

[Sundhedsministeren]

I Levnedsmiddelstyrelsens rapport indgår det, spørgeren efterlyser: en dansk sundhedsmæssig vurdering såvel af stoffets kræftfremkaldende egenskaber som af befolkningens belastning beregnet ud fra det nuværende kendskab til indhold i forskellige levnedsmidler og kostsammensætningen.«

Jeg kan henholde mig til det af Levnedsmiddelstyrelsen oplyste.

Jeg kan endelig oplyse, at de initiativer, som jeg har tilsluttet mig, er iværksat, herunder den omtalte undersøgelse af karakteristiske danske brød- og surmælksprodukter.

Den næste sag på dagsordenen var:

2) *Forhandling om redegørelse nr. R 5:*

Forhandling om sundhedsministerens sundhedspolitiske redegørelse af 2. december 1987.

(Redegørelsen anmeldt 2/12 87. Redegørelsen givet 2/12 87. Beslutning om forhandling 2/12 87).

Forhandling

Torben Lund (S):

Jeg vil gerne starte med at sige, at selve oprettelsen af et Sundhedsministerium mener jeg er positivt for sundhedsområdet, da det kan være med til at sætte fokus på de sundhedsmæssige forhold og problemer i vores samfund. Men den reelle værdi af Sundhedsministeriet vil i høj grad afhænge af, på hvilken måde ministeriet bliver opbygget. Det må ikke blive et ministerium, der ensidigt er orienteret mod økonomi og besparelser på sundhedsområdet. Der må opbygges et apparat i ministeriet og i dets styrelser, som også omfatter sundhedsfaglige eksperter, der kan være med til at skabe den nødvendige koordination mellem sundhedssektoren og andre relevante områder, og som kan være med til at formulere en samordnet sundhedspolitik – i den forbindelse også gerne i samarbejde med bl.a. de faglige organisationer. Men der må også etableres et organ i ministeriet eller i en af styrelserne, som kan belyse sundhedsproblemerne i samfundet på en kvalificeret og politisk uafhængig måde. Sundhedsstyrelsen i dag er efter min opfattelse alt for politisk styret.

På den baggrund må jeg nok se den sundhedspolitiske redegørelse som en stor skuffelse. Redegørelsen er generel, og den er overfladisk, så overfladisk, at den er vanskelig at forholde sig til. Det er et idéoplæg, nogle ideologiske betragtninger uden konkrete oplæg til handlingsplaner.

Sundhedsministeren har taget udgangspunkt i WHO's sundhedspolitiske strategi: »Sundhed for alle i år 2000«, som vi tiltrådte i 1984, og det er godt, men det sker på en meget uforpligtende måde. F.eks. har ministeren udeladt strategiens allerførste mål, nemlig en formindskelse af uligheden i vores sundhedsområde, og det er næppe nogen tilfældighed, for ministeren giver ikke udtryk for nogen erkendelse af, at borgerenes levevilkår har afgørende betydning for deres sundhed. Sygdom, invaliditet og dødelighed er i høj grad bestemt af den enkeltes livsbetingelser: børns og unges opvækstvilkår, arbejdsmiljøet, boligforhold, erhvervsforhold, sociale levevilkår, arbejdsløshed osv.

Til gengæld gør ministeren meget ud af at fremhæve det enkelte menneskes ansvar for eget helbred, og det er da korrekt, at livsstilen er en vigtig faktor til at forklare sygdommen, men ministeren har altså ikke nogen erkendelse af, at den enkeltes holdning og livsstil – vores vaner – ikke er et resultat af ingenting, men selvfølgelig er et produkt af de påvirkninger, den enkelte er udsat for hver dag, et produkt af vores livsbetingelser. Derfor kan man ikke bare løfte pegefingeren eller snakke om oplysningskampagner, der skal ændre folks livsstil; de grundlæggende forhold, som har skabt livsstilen, må også ændres.

Der er brug for en sammenhængende forebyggende indsats, som tager nøje fat på en forbedring af levevilkårene og planlægningen i vort samfund på nogle af de områder, jeg nævnte før.

Der bør i den forbindelse også sættes ind med en øget forskningsindsats inden for forebyggelse og sundhedsfremme, og det er i øvrigt karakteristisk, når vi taler om den forebyggende indsats, at alle andre end netop regeringen tilsyneladende skal stå for den; det er kommunerne, det er amtskommunerne, det er de frivillige organisationer, det er den enkelte borger, der skal stå for den.

Forebyggelsen må heller ikke koste noget. Det er næsten uartigt, fremgår det af redegørel-

[Torben Lund]

sen, overhovedet at tale om penge i forbindelse med forebyggelse. Men selvfølgelig vil forebyggelse koste noget; vi skal også være villige til at sætte midler af til den. En benægtelse af, at den har en pris, at den kræver nogle ressourcer, er i virkeligheden alene et udtryk for manglende vilje til at sætte handling bag de smukke ord.

Derfor må jeg sige, at den bebudede handlingsplan for forebyggelse i 1988, som vel er det mest konkrete bud, der overhovedet gives i redegørelsen, fremstår som et nøgent skelet.

I bestræbelserne på at styrke den forebyggende indsats er den primære sundhedssektor af afgørende betydning, og for at sikre en bred og sammenhængende indsats bør der gennemføres nogle strukturændringer i denne. Socialdemokratiet vil i løbet af ganske få dage fremsætte et forslag om forsøgsvirksomhed med offentlige sundhedscentre, som er i stand til at arbejde tværfagligt og på tværs af sektorer, og hvor også læger indgår i det tværfaglige personale.

For at få det bedste udbytte af denne tværfaglige indsats må vi have de berørte sundhedsuddannelser samordnet, og der skal tilbydes relevant efteruddannelse til de deltagende faggrupper. Jeg vil også godt på det lokale plan fremhæve lokale forebyggelsesråd, som vi mener bør etableres i alle kommuner, forebyggelsesråd, som kan udføre informationsarbejde, tage selvstændige lokale forebyggelsesinitiativer og være med til at skabe debat om sundheden i lokalområdet, og her er borgernes aktive medvirken på samme måde som i sundhedscentrene af afgørende betydning.

Sygehusenes hovedopgave skal fortsat være en højt specialiseret behandling. Det er helt afgørende for os, at sygehusvæsenet er offentligt drevet, og at der ikke røres ved gratisprincippet. Begge dele er sundhedsministeren tavs om i sin redegørelse.

Fremtidens behandlingskrav klares ikke alene ved rationalisering, effektivisering, rammestyring, og hvad man nu ellers kan kalde det. Jeg vil godt understrege, at efter vores mening er der behov for, at der tilføres sygehusvæsenet yderligere ressourcer. Årsagerne er mange, de er velkendte, og jeg skal kun repetere nogle enkelte.

Effekten af den forebyggende indsats, vi nu gerne skulle have sat i gang rundt i landet, vil selvfølgelig først slå igennem senere. Vi ser og-

så en stigende ældreandel i befolkningen, vi har stadig bedre behandlingsmuligheder, vi har en stadig større bevidsthed i befolkningen om behandlingsmuligheder, vi ser nye sygdomme i vores samfund – her kan jeg blot nævne AIDS som et eksempel – og de eksisterende ventetider i vores sygehusvæsen bør naturligvis nedbringes. Derfor er der brug for yderligere ressourcer.

Jeg synes også, visse alternative behandlingsmetoder, som tilsyneladende har vist gode resultater, må have vores bevågenhed. Vi må i forhold til sygehuskommunerne sørge for, at de får en reel – også økonomisk – mulighed for at opfylde de berettigede behandlingskrav.

Den prioritering af undersøgelser og behandlinger, som under alle omstændigheder skal foretages, må afgøres politisk. Den faglige økonomiske styring, der vil være i vores sygehusvæsen, skal ikke erstatte det overordnede politiske ansvar, et ansvar, som vi også er villige til at påtage os.

I øvrigt glæder det mig meget, at etikken har fået en så fremtrædende plads i sundhedsministerens redegørelse. En af de store udfordringer til et sundhedsvæsen i de kommende år ligger vel netop i at tackle de etiske problemer, som ny teknologi og nye behandlingsmuligheder giver os.

Min grundholdning er, at den enkelte patient selv skal træffe et valg. Den behandling, der kan opleves livsforlængende og livsforbedrende for den ene patient, kan blive opfattet som en meningsløs livsforlængende lidelse af den anden. Men patienten må naturligvis have et godt grundlag at beslutte sig på, og derfor må der i vores sygehusvæsen være tid til at diskutere behandlingsmuligheder, komplikationer og bivirkninger med den enkelte patient og de pårørende.

Nogle enkelte bemærkninger om Grønland. Jeg vil opfordre sundhedsministeren til at medvirke til, at Grønlands store sundhedsmæssige problemer løses på en forsvarlig måde. Der skal i virkeligheden meget begrænsede midler til for at vende en truende udvikling for det grønlandske folk.

Hr. Rosing vil senere i eftermiddag sige nogle ord om den sundhedsmæssige situation i Grønland og om, hvilke tiltag der bør iværksættes for at rette op på sundhedstilstanden.

[Torben Lund]

Sundhedsministeren slutter sin redegørelse med nogle overvejelser om at samle lovene for sygehusene og sygesikringen i en fælles sundhedslov. Vi føler også, at der er brug for modernisering og regelforenkling, og at der er mulighed for at skabe en mere samarbejdende og sammenhængende sundheds- og socialektor, men jeg vil advare sundhedsministeren imod at haste en sundhedslov igennem. Målene og midlerne for den fremtidige sundhedspolitiske udvikling må gennemarbejdes og fastlægges, inden en fælles sundhedslovgivning kan behandles på en forsvarlig måde her i Tinget.

(Kort bemærkning).

Ib Jakobsen (FK):

Jeg lyttede naturligvis med stor opmærksomhed til hr. Torben Lunds indlæg. Det, som jeg syntes var specielt interessant, og som kaldte mig herop, var den del af hans indlæg, hvori han nævnte, at sundhedssektoren efter hans opfattelse fortsat skulle være i det offentliges regi. Jeg forstod det sådan, at han dermed indirekte tog afstand fra de bestræbelser, som i øjeblikket udfoldes for oprettelse af private hospitaler. Jeg siger, at det var en indirekte antydning, og det, jeg gerne vil spørge hr. Torben Lund om, er, om han også vil gøre denne antydning direkte og tage afstand fra de bestræbelser, der i øjeblikket er i gang for at få oprettet private hospitaler.

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Jeg er nødt til at sige til hr. Ib Jakobsen, at ganske kort tid før jul behandlede Folketinget et beslutningsforslag, som jeg selv havde skrevet, og titlen på det var præcis, at der burde etableres et forbud mod etablering af private betalingshospitaler her i Danmark. Derfor må jeg sige, at jeg er meget overrasket over at få stillet dette spørgsmål.

Socialdemokratiet er absolut modstander af privatisering i hospitalssektoren. Vi ønsker ikke private hospitaler, betalingshospitaler, i Danmark.

(Kort bemærkning).

Ib Jakobsen (FK):

Nu er jeg jo ikke totalt åndssvag. Selvfølgelig er jeg opmærksom på det forslag, som Socialdemokratiet har fremsat i Folketinget, og det er

naturligvis specielt interessant, når det er det største parti, nemlig Socialdemokratiet, der har disse synspunkter. Men det, man har kunnet se andre steder i landet, hvor socialdemokraterne har optrådt, har altså været på en anden facon. Det bekymrer mig naturligvis, når Socialdemokratiet taler med to tunger, og jeg vil derfor gerne have, at hr. Torben Lund præciserer sit synspunkt. Er han f.eks. også modstander af det, som Socialdemokratiet i bl.a. Ebeltøft foretager sig? De hylder jo princippet om private hospitaler og har bl.a. været medvirkende til at sikre opførelse af private hospitaler.

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Mon ikke vi kan gøre det færdig nu? Uanset hvad en socialdemokrat i Ebeltøft måtte have sagt, vil jeg gerne understrege, at vi med et beslutningsforslag her i Folketinget klart har markeret, at Socialdemokratiet er imod private betalingshospitaler, og at vi direkte ønsker at gennemføre en lovgivning her i landet, der indeholder et forbud mod private betalingshospitaler. Det kan vist ikke siges tydeligere.

Lis Aaltonen (KF):

Indledningsvis vil jeg gerne takke sundhedsministeren for en seriøs og meget fyldestgørende redegørelse, en redegørelse, som efter min opfattelse kun bør afstedkomme positive reaktioner.

Formålet med sundhedsministerens redegørelse er først og fremmest at fremlægge rammerne for regeringens overordnede sundhedspolitik og ikke på alle områder at forelægge en færdig handlingsplan. Og det er ikke uvæsentligt at mærke sig, at sundhedsministeren med denne redegørelse har ønsket at fremlægge grundlaget for en realistisk sundhedspolitik, hvor der skal være balance mellem den sundhedspolitik, der skal føres, og viljen og evnen til at betale, hvad den koster at gennemføre.

Vi ved alle, at der kan bruges langt flere ressourcer til det helbredende sundhedsarbejde, end nationaløkonomien overhovedet kan bære. WHO's oplæg: »Sundhed for alle i år 2000« har en meget detaljeret beskrivelse af de i alt 38 mål for en europæisk sundhedspolitik, som blev vedtaget i september 1984.

I rapporten fastslås det, at der skal lægges meget større vægt på den rolle, som enkeltper-

[Lis Aaltonen]

soner, familier og lokalsamfund kan spille i sundhedsudviklingen. Hensigten er at give befolkningen en positiv helhedsopfattelse. Hovedvægten bør derfor lægges på sundhedsfremme og forebyggelse af sygdomme. Sundhed for alle skal opnås af folk selv. En velinformeret, velmotiveret og aktivt medvirkende befolkning er nøglen til, at det fælles mål kan nås.

For Det Konservative Folkeparti er det væsentligt at fremhæve, at vi bygger på, at vi som mennesker er ligeværdige og forskellige. Det betyder respekt for det enkelte menneske og dets frie valg. For at vi kan få det forebyggende sundhedsarbejde fremmet, er det af stor betydning, at det at vælge en sund livsstil er det letteste. Det er det offentliges opgave at sikre de bedst mulige oplysninger, og det er så det enkelte menneskes ansvar at vælge den livsstil, som passer den enkelte bedst.

Rundt omkring i flere af vore lokalsamfund bliver man mere og mere bevidst om, at det forebyggende sundhedsarbejde skal nyde fremme. Jeg kender eksempler på, at praktiserende læger har fundet sammen om at etablere sundhedscentre med læger, jordemødre, kiropraktorer m.fl. for i fællesskab at have fælles faciliteter, som giver brugerne af sundhedssystemet en langt bedre service, og som indebærer færre sygehusbesøg.

Den store oplysningskampagne, som Statens Husholdningsråd havde i 1986-87 om ernæringsrigtig kost for skoleelever med undervisningsmateriale til skolerne, og som lokalt blev fulgt op af husholdningskonsulenter og af de mange lokale husholdningsforeninger, føler jeg mig overbevist om er en af de vigtige fremgangsmåder til at fremme borgernes engagement i en sund livsstil.

Den nyligt offentliggjorte rapport om danskernes kostvaner viser helt klart, at oplysningskampagnerne også skal rettes mod den voksne del af befolkningen. Det hjælper f.eks. ikke meget, at der bliver gjort mange og gode forsøg på at sikre et godt arbejdsmiljø for at undgå sundhedsskader, hvis vi, når vi forlader arbejdspladsen, spiser et stort usundt måltid for derefter at sætte os mageligt til rette i stolen, f.eks. foran fjernsynet. Det er en klar forudsætning, når vi taler om sundhedsforebyggelse, at den enkelte er sig sit ansvar bevidst, og at den enkelte har mulighed for at vælge den livsstil, som passer vedkommende bedst.

Jeg tager det som en selvfølge, at vi er enige om, at det moderne samfunds sundhedsproblemer ikke kan løses i den traditionelle behandlingsorienterede sundhedssektor. Derfor er det nødvendigt, at vi ændrer holdning til sundhedssystemet, og at vi får overbevist befolkningen om, at det er den enkeltes eget ansvar et meget langt stykke ad vejen at føre en sund livsstil eller bare lade stå til. Adfærdsændringer vil have stor effekt på befolkningens generelle sundhedstilstand.

Det Konservative Folkeparti har en tro på, at vi kan ændre vores livsstil, når vi får at vide, hvorfor vi skal gøre det, og hvordan det kan gøres. Det forebyggende arbejde skal fortsat bygge på frivillighed, oplysning, oplysning og atter oplysning.

Det er svært at forestille sig, at de samlede offentlige udgifter kan øges. Derfor er det en klar nødvendighed, at sygehusene effektiviseres, og at der sker en bedre styring gennem ledelse, hvilket jeg erfarer at flere sygehusledere allerede har indset, for den nødvendige omstillingsproces er indledt på mange sygehuse rundt omkring i landet.

Jeg har allerede omtalt de tiltag, der på privat initiativ er gjort med hensyn til oprettelse af sundhedscentre, som noget særdeles positivt. Noget sådant skal efter vores opfattelse fortsat ske i privat regi, altså ingen offentlig ansættelse af praktiserende læger.

I flere amter er det lykkedes selv med en stram budgetstyring at nedbringe ventelisterne. Nu er begrebet ventelister noget diffust, for hvad dækker det egentlig over? Hvornår er man på venteliste? Er det, når man er ved de indledende undersøgelser, men ikke er klar til operation?

Der findes en amtskommune, der indsatte ekstra personale omkring ferier og helligdage for at nedbringe ventelisterne. Det var nu ikke den store succes for brugerne, som ikke havde forestillet sig, at de skulle bruge påsken, pinsen eller sommerferien til at være patient.

Efter min opfattelse bør de oversigter over ventelister, der offentliggøres, nøjere analyseres, for at de kan bruges som et relevant diskussions- eller beslutningsgrundlag.

Regeringen har i sit lovprogram anmeldt en ændring af sygehusloven og sygesikringsloven for at fremme regelforenklung, modernisering og ikke mindst tilpasning for at opnå et bedre

[Lis Aaltonen]

samarbejde i sundheds- og socialektoren. Vi vurderer det positivt, at ministeren nøje vurderer, om der skal udarbejdes et fælles lovkompleks, en sundhedslov.

Og så vil jeg gerne afslutningsvis lige sige til hr. Torben Lund, at vi har i Det Konservative Folkeparti ikke forestillet os, at sygehusvæsenet skulle ændre karakter. Det skal fortsat være gratis at blive behandlet på de offentlige sygehuse i Danmark.

Birgitte Husmark (SF):

For første gang i Folketingets historie er vi danskere blevet stillet i udsigt, at der vil ske noget nyt og gennemgribende anderledes på sundhedsområdet. Vi har fået en minister, vi har fået et ministerium, og nu ligger der en redegørelse på vores bord. Efter at det blev klart, hvilke sagsområder ministeriet skulle indeholde – det tog jo nogen tid – og efter at sundhedsministeren i stribevis af interview har understreget, at ansvaret for sundheden skal placeres hos hver enkelt af os, har forventningerne været blandede.

Hvad er det, ministeren siger til os? Jo, som noget nyt tager redegørelsen udgangspunkt i Verdenssundhedsorganisationen WHO's sundhedsprogram, »Sundhed for alle i år 2000«. Dette omfattende program tiltrådte regeringen i 1984, men først nu begynder det at leve en synlig tilværelse både i befolkningen og i sundhedsfaglige kredse, og det er godt.

Derfor er det så meget mere interessant at se, hvilke af WHO's seks hovedtemaer ministeren medtager, og hvilke ministeren udelader. De fire temaer, der er med, handler om forebyggelse og sundhedsfremme, oplysning og folkelig medvirken, samarbejde på tværs af sektorer og vigtigheden af en velfungerende primær sundhedstjeneste. At disse temaer er afgørende forudsætninger for en omlægning af vores sundhedsvæsen, kan SF kun være enig i. Og SF har her den 14. januar fremsat forslag om udarbejdelse af en sundhedslov, der netop skal bygge på disse hovedtemaer.

Men til gengæld er det bekymrende, men ikke egentlig overraskende, at ministeren ikke medtager det første tema, som WHO betragter som en forudsætning for sit sundhedsprogram, sådan som hr. Torben Lund fra Socialdemokratiet også påpegede. Det er det tema, der siger:

»Sundhed for alle indebærer retfærdighed. Det betyder, at de nuværende uligheder i sundheden landene imellem og i de enkelte lande bør mindskes så meget som muligt.«

Endelig medtager redegørelsen heller ikke WHO's sidste forudsætning, der drejer sig om problemløsninger, der kræver internationalt samarbejde.

På samme måde afgrænser ministeren sit område fra hele resten af samfundet i det afsnit, der handler om forebyggelse af sygdomme, idet forebyggelse gøres til et spørgsmål udelukkende om personlig livsstil. Redegørelsen hævder således, at årsagerne til hjerte- og kredsløbssygdomme og kræft primært skal søges i vores kost-, tobaks-, alkohol- og motionsvaner.

Vi er i SF enige i, at disse forhold også er af stor sundhedsmæssig betydning, men vi forstår ikke, at regeringen så ikke sørger for en langt bedre koordinering og langt mere åbenhed med hensyn til den forening af levnedsmidler, som det så bliver dagspressens opgave at afsløre. Og det gælder lige fra pesticidrester på vindruer til listeriabakterier i ost. Hvorfor er kontrollen med disse forhold ikke samlet i Levnedsmiddelstyrelsen, der jo nu er overført til Sundhedsministeriet?

I SF ønsker vi en redegørelse fra de mange forskellige instanser, som i øjeblikket varetager kontrollen på disse områder, og vi vil godt have en kulegravning af deres samspil.

Et andet problem er befolkningens manglen af tiltro til, at det etablerede sundhedssystem har hele svaret. I SF vil vi se, hvordan vi kan fremme et konstruktivt samarbejde mellem dele af det alternative sundhedssystem og det etablerede. F.eks. er den officielle skepsis over for en del af det tidligere alternative sundhedssystem, nemlig kiropraktorerne, skiftet til anerkendelse, og det kunne tænkes, at der var andre alternative behandlingsformer og behandlere, som var værd at anerkende.

Men tilbage til redegørelsen. Om forebyggelsen uden for sundhedssektoren hævder redegørelsen, at der i dag foregår et meget omfattende forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Det sidste var et citat. Så er det, vi må spørge: Hvordan? Og hvad er ændret, siden den daværende indenrigsminister, hr. Knud Enggaard, i maj 1986 gav sin sundhedspolitiske redegørelse, hvor han anerkendte ulykker, gift, dårlig ryg og overfølsomhed som nogle af de store

[Birgitte Husmark]

sygdoms- og dødsårsager ved siden af dem, der allerede er nævnt?

For samfundsbevidste mennesker i almindelighed og for dem, der har læst Socialforskningsinstituttets redegørelse i særdeleshed, er det imidlertid dybt nedslående, men heller ikke særlig overraskende, at ministeren ikke anerkender vigtigheden af, at der ydes en helt anderledes målrettet og sammenhængende indsats med hensyn til hele miljøområdet, specielt arbejdsmiljø- og boligmiljøområdet.

På samme måde er psykiske forhold, herunder betydningen af sociale belastninger, kun omtalt helt indirekte. Disse forhold bliver afsluttet med et pennestrøg:

»Ministeriet kan ikke overtage ansvaret for forebyggelsesindsatsen i samfundets mange forskellige sektorer.«

Det, der går som en sort tråd igennem ministerens redegørelse, er desværre, at ministeren ikke vil anerkende, at der ikke er lige ret til sundhed i Danmark, og at hun sammenhængende med dette samfundssyn heller ikke planlægger at ændre på dette forhold. Det er derfor uden de store forventninger, vi i SF ser frem til den plan, sundhedsministeren har lovet at fremlægge i løbet af 1988.

Når vores forventninger er små, hænger det sammen med, at ministeren indtil nu har været utilbøjelig til at anerkende behovet for ressourcetilførsel på sundhedsområdet på trods af de smukke ord om at styrke den forebyggende indsats. Vi har heller ikke set nogen vilje til forskning, og vi har heller ikke set nogen konkrete planer endnu med hensyn til, hvordan man vil styrke denne indsats.

Hvis regeringen virkelig ønsker en omlægning, så koster det en målrettet indsats, og det koster også i en overgangsperiode en ekstra indsats på det økonomiske område.

Henrik Toft (V):

Først vil jeg gerne takke sundhedsministeren for den redegørelse, vi her i dag forhåbentlig får en fornuftig debat som følge af.

Et nøgent skelet, sagde hr. Torben Lund. Ja, men det bliver nu ikke Venstre, der vil klæde det på efter svensk model med offentlige sundhedscentre.

Er det ikke tit sådan, at først når vi bliver syge, så skønner vi på et godt helbred? Derfor er det vigtigste i sundhedspolitikken at forebygge,

at vi overhovedet bliver syge. Der skal oplysning til. Det er også et spørgsmål om holdning, om at tage ansvar for sit eget liv. Selv om vi gør meget på mange områder inden for sundhedspolitikken, så skal vi langt videre. Vi skal kridte den politiske bane af på den måde, som vi forlanger at der skal ageres efter.

Der er i grunden en del områder, hvor en forebyggende indsats er lykkedes. For nu at begynde forfra, så gælder det graviditetsperioden, det gælder sundhedsplejerskernes tilsyn med spædbørn, og med hensyn til tandsundheden er vi nået fantastisk langt. Fornuftige kostvaner, hvor der i oplysningsforbundene holdes virkelig mange kurser for at oplyse om betydningen heraf, har også gjort deres del.

Alt sammen kan det sikkert modvirke en del af vore velfærdssygdomme. Det siges, at en tredjedel af vore sygdomme skyldes velfærdsproblemer. Så sådan lidt i spøg kan vi jo spørge, om nedgang i velfærden kunne modvirke nogle af vores dårligdomme med skrumpelever, hjerte-kar-sygdomme, stress osv. Altså helt alvorligt: Enhver af os kan sikkert selv gøre en hel del.

I sundhedsministerens redegørelse er amtsborgmester Erling Tiedemann citeret for at sige, at vi forventer, at der står et godt og velfungerende behandlingsapparat til rådighed: Lad mig med det samme sige, at selv om vi synes, at vi bruger mange penge på vores sundhedsvæsen, så hører vi ikke til de lande, som bruger mest. Helt i top ligger USA, og Vesttysklands udgifter er også væsentlig højere end vores. Men vi kan helt sikkert prioritere vort ressourceforbrug mere hensigtsmæssigt. Det kan vi, når vi sætter i med den højeste grad af forebyggelse: ved at modvirke trafikulykker, ved at sikre mod faldulykker og ved at anvende sundhedspersonalet mere hensigtsmæssigt.

Praktiserende læger er for resten billige i forhold til det, vi bruger på sundhedssektoren, i hvert fald så længe de ikke er offentligt ansat. Lægehuse og velfungerende familielæger kan klare virkelig mange ting, bl. a. ved hensigtsmæssig brug af specialister ambulant. Lægerne skal helst ikke overbebyrdes med kontorarbejde. Jeg tror for øvrigt, at vi kan bruge nogle flere sygeplejersker på en god måde, både forebyggende og på sygehusene.

Når vi stiller større krav til de praktiserende læger, forudsætter det selvfølgelig, at deres ud-

[Henrik Toft]

dannelse er i top, og uddannelsen skal de have på sygehusene, ingen tvivl om det. Men de skal kunne komme til for hverandre. Jeg er temmelig sikker på, at vi har ansat lidt for mange læger på sygehusene gennem de seneste år. Hvordan vi løser den vanskelighed, er det svært at give et godt bud på, men det er klart en af de store opgaver, sygehuskommunerne har, når de nu skal have deres sygehusservice til at fungere bedre, når de skal reducere ventelisterne, og når de skal være så fleksible over for deres naboer, at vi bliver fri for de uoverstigelige amts- og kommunegrænser.

For øvrigt er der vel løst lidt op for problemet med fleksibilitet i lægebemandingen på mindre sygehuse, og det er godt. Alt andet lige fungerer mange små sygehuse virkelig godt, men det er klart, at der nødvendigvis må prioriteres med investeringer i det nyeste og mest avancerede isenkram og apparatur, og det kan kun lade sig gøre på de større sygehuse.

For øvrigt et hjertesuk: de installerede faciliteter skal anvendes betydelig bedre tidsmæssigt. Det må også være en god måde at reducere ventelisterne på.

Venstre vil ikke afvise, at vi kan hente hjælp til sygdomsbekæmpelse i akupunktur, hos kiropraktorer, i kinesologi og hos andre, der gør noget for at hjælpe med vanskelighederne. Troen gør jo meget. Venstre ser private betalingshospitaller som et godt alternativ.

Forskningen på universiteterne om sundhedsforhold bør have en højere prioritet.

Når vi bevæger os ind på det etiske område, så lad os træde varsomt. Hvis vi gør det ud fra en grundholdning med respekt for liv og det enkelte menneskes integritet, så kommer vi nok ikke helt galt af sted.

Brugen af moderne isenkram til opretholdelse af liv, uden at der reelt er tale om noget menneskeværdigt, stiller os som mennesker i vanskelige situationer. Det stiller bestemt også store krav til lægers vejledning. Der kan efter min mening ikke opstilles faste grænser her. Men som sagt: Lad os gå til de vanskelige opgaver med meget stor respekt for menneskeliv.

Venstre går selvfølgelig ind for WHO's program »Sundhed for alle i år 2000«. Ja, personligt ser jeg gerne, at det nås, inden jeg fylder 66 ved årtusindskiftet.

Jeg tror, at der sundhedspolitisk kan hentes store gevinster gennem et bedre samarbejde

ved at tage alle personalegrupper med ind i en forbedring af det bestående. Det gælder på tværs af de forskellige hjælpere i systemet, fra hjemmehjælpere til overlæger på Rigshospitalet. Vi er da også enige i, at der skal ske efteruddannelse på alle områder, fra sygeplejersker til læger, ja simpelt hen alle.

Til sidst vil jeg gerne stille nogle helt konkrete ting op, som kan være til gavn for patienterne.

Er det nødvendigt, at en patient, som er undersøgt på kryds og tværs af en læge, skal have stillet nøjagtig de samme spørgsmål, når han eller hun kommer til den næste læge? Er det ikke muligt i større omfang at overholde tiderne, når patienter skal behandles ambulant? Vi hører så tit om urimeligt lange ventetider. Skal vi ikke også tage fat i sådan en lille, banal ting som blodprøver? Det må da være noget, der kan klares, uden at man skal forfærdelig langt op i systemet, og kan de ikke også følge patienten?

Venstre er meget enig i sundhedsministerens afslutning, hvor der siges, at der fortsat skal styres decentralt med hensyn til sundhedspolitik, både når det gælder planlægning af, hvordan vi samlet udnytter ressourcerne, og hvordan vi giver den bedst mulige service. Vi har med rette været stolt af vores sundhedspolitiske indsats. Lad os give den den politiske ledelse, der også kan få det til at fungere fremover.

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Det er hr. Henrik Toft, der bringer mig på tærstolen. Det er, fordi hr. Henrik Toft så utvetydigt siger, at han går ind for WHO's program.

Jeg synes, det viser noget om hulheden, for samtidig beskriver hr. Henrik Toft i sin ordførertale, at der ikke er nogen som helst forståelse for det allervigtigste punkt i WHO's målprogram og strategi, nemlig at det er det enkelte menneskes levevilkår i bred forstand, som er med til at afgøre sundheden for det pågældende menneske.

Tværtimod tillod hr. Henrik Toft sig den flodhed at sige, at det kunne jo godt være, at vi skulle sætte levestandarden ned, så blev sundheden i befolkningen nok bedre. Det var et fantastisk udsagn.

Jeg skal i øvrigt, da nu hr. Henrik Toft var inde på den forebyggende indsats, som var udmærket efter hr. Henrik Tofts opfattelse, sige, at

[Torben Lund]

der er nu ikke meget forebyggende indsats. Sandheden går den anden vej.

Først omkring børnetandplejen. Det er korrekt, at børnetandplejen har været en af de bedste forebyggende foranstaltninger, man overhovedet har lavet, en af de mest succesfulde foranstaltninger af forebyggende karakter, man overhovedet har lavet her i landet. Det er en offentlig foranstaltning, hr. Henrik Toft. Det karakteriseres netop ved, at ens levevilkår, ens indkomst, ens formueforhold, ens velstand ikke er afgørende for, om man får hjælp eller om man ikke får hjælp til bedre sundhed. Og i øvrigt går hr. Henrik Toft jo ikke ind for, at vi skal udbygge børnetandplejen. Det har vi fået illustreret her i Folketinget flere gange.

Hr. Henrik Toft nævnte også den forebyggende indsats i forbindelse med graviditet. Jeg er i besiddelse af et brev fra Sundhedsstyrelsen af 11. december 1986, hvori Sundhedsstyrelsen skriver til Amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening, at nu er man ikke længere i stand til at udsende vejledning for forældre om graviditet og fødsel eller for forældre om barnets første leveår eller om legebarnet, barnets udvikling i årene fra et til syv år, af besparelsemæssige grunde.

(Kort bemærkning).

Henrik Toft (V):

Først må jeg konstatere, at hr. Torben Lund ikke forstår spøg, men det er jo værst for ham selv. Jeg sagde netop det om nedgangen i levevilkår som en spøg. At det så ikke bliver optaget på den måde, kan jeg kun beklage.

Selvfølgelig går vi da ind for, at vi skal have nogle bedre livsvilkår. Selvfølgelig går vi da ind for, at vi alle sammen skal have nogle færre vanskeligheder med at betale vores regninger. Men det er ikke det samme som at sige, at det ikke kan lade sig gøre at omprioritere med hensyn til vores forbrug på sygehusområdet, med hensyn til den forebyggende indsats. Jeg går meget ind for, at vi skal gøre alt, hvad der kan gøres forebyggende. Og netop ved at anvende de praktiserende læger, hvad jeg slog på, mener jeg at vi kommer langt.

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Jeg synes, hr. Henrik Toft slipper for nemt

om ved det, hr. Henrik Toft foreslog i forbindelse med disse pæne ord om den forebyggende indsats, og at vi alle sammen skulle have det bedre. Jeg forstår, at jeg ikke havde sans for hr. Henrik Tofts humor, men jeg havde nu en frygt for, at det ikke var ment humoristisk. Hr. Henrik Toft foreslog samtidig, at vi skulle lave private hospitaler.

Og jeg lagde også mærke til et andet ord. Jeg ville egentlig have ventet til anden runde med det, men lad mig nu tage det her. Hr. Henrik Toft brugte ikke det ord, sundhedsministeren plejer at bruge om private betalingshospitaler, nemlig at det skulle være et supplement til det offentlige sygehusvæsen. Nej, hr. Henrik Toft brugte ordet, at det skulle være et alternativ til det offentlige sygehusvæsen. Her er i hvert fald en væsentlig forskel. Jeg er bange for, at hr. Henrik Toft hermed kom til at afsløre sin reelle holdning til, hvordan sygehusvæsenet her i landet bør indrettes.

(Kort bemærkning).

Henrik Toft (V):

Det her kan vi jo fortsætte med længe, men jeg går ikke ud fra, at det er meningen. Jeg skal sige til hr. Torben Lund, at jeg betragter betalingshospitaler som en god konkurrence til de bestående hospitaler.

Dagmar Mørk Jensen (RV):

Det var med meget stor spænding, vi alle imødeså den første redegørelse fra Danmarks første sundhedsminister. Vi ventede at se, hvilke tanker ministeren gør sig om vort sundhedsvæsens fremtid. Det var måske nok for meget at forvente på så kort tid. Vi må erkende, at det ikke hidtil er lykkedes hverken amterne eller Kommunaludvalget at lægge en virkelig handlingsplan.

Det, vi nu har fået, er da også mere en statusoversigt plus nogle løse tanker, som vi så i fællesskab må se at få en handlingsplan ud af, vel vidende, at med de eksisterende regler er opgaven umulig, specielt med de midler, der er til rådighed, og som ingen af os vel for alvor forventer vil blive forøget væsentligt. Jeg må allerede nu gøre opmærksom på, at det vil koste penge. Det at gå fra et sygdomsvæsen til et sundhedsvæsen – det må jo være det, der er vores mål – kan altså ikke gøres gratis.

[Dagmar Mørk Jensen]

Nogle af de forudsætninger, vi har efterlyst, sidst ved debatten den 29. oktober 1987, er ved at komme på plads. Opmandskendelsen vedrørende yngre læger er kommet, så arbejdsforholdene på sygehusene er ved at blive forhandlet færdig, og den nye sygesikringsaftale forhandles. Forudsætningen for en godkendelse af den må være, at den tager højde for, at vægten skal flyttes til forebyggende arbejde, og man kan jo altid henvise til tandlægernes gode eksempel.

Lotz-udvalget er kommet med sine anbefalinger, og for os ser adskillige af disse udmærket brugbare ud. Når vor forudsætning er, at forebyggende arbejde skal i gang inden for ikke alt for udvidede rammer, og når vi ved, at resultatet heraf først bliver synligt efter en årrække, kan vi lige så godt se i øjnene, at det både koster penge og en prioritering, ikke mindst i betragtning af de nye opgaver, der trænger sig på, og vi ved jo også, at AIDS vil medføre væsentlige udgifter.

Men det er vanskeligt at komme i gang med forebyggende arbejde. Det hænger selvfølgelig sammen med, at bevillingerne skal gives straks, mens resultaterne først kommer senere. Et eksempel herpå og på, at besparelserne ikke altid kommer dér, hvor udgifterne er, at det ikke altid passer sammen, er, da vi indførte vaccination mod mæslinger og fåresyge. Da fik vi nogle beregninger, der viste, at det betød en udgift på 75 mio. kr., men at samfundet ville tjene 138 mio. kr. Men forholdet var det, at staten mistede 29 mio. kr., amterne fik en lille gevinst på 13 mio. kr., forældrene fik en gevinst på 77 mio. kr., og arbejdsgiverne fik en gevinst på 57 mio. kr.

Det forklarer, hvorfor det kan være så svært at få politikere til at vedtage noget. Men alligevel kan det ikke nytte, at vi tror, at vi kan vente, indtil al behandling er overstået. Jeg vil sammenligne med trafikforhold. Det er ligesom mere forståeligt for mange mennesker.

Vi kommer tit ud for et vejkrads, som skal reguleres; det kan jo ikke hjælpe, at vi venter med at gøre det, indtil alle brækkede ben er repareret. Det samme gælder for dette område.

Jeg sagde, at der også skulle prioritering til, og hvem skal så foretage den prioritering? Det Radikale Venstre ønsker fortsat et decentralt sundhedsvæsen med rammebevillinger, gerne helt ud i afdelingerne for sygehusenes vedkommende, men også for den primære sundhedsstje-

nestes vedkommende, også for sundhedsplejersken. Man skal ikke glemme, hvor vigtige de er i det arbejde. Alligevel er vi tilbøjelige til at tro, at der må foretages en overordnet prioritering, ikke mindst fordi der er grænser for, hvor stor forskel i behandlingsmuligheder befolkningen vil acceptere.

Sundhedsministeren har forudsagt en rekonstruktion af plads- og visiteringsudvalget. Et sådant moderniseret udvalg vil formentlig komme til at bestå af repræsentanter for centrale og lokale myndigheder, men hvis det udvalg skal påtage sig prioriteringsopgaverne, var det vel rimeligt, om man fik en eller anden form for patientrepræsentation eller i hvert fald borgerrepræsentation tilknyttet. Det endelige ansvar for prioriteringen må selvfølgelig ligge hos politikerne med god bistand af lægerne, men befolkningen må være med i debatten.

En prioritering vil uvægerlig komme til at røre mange hellige køer. Jeg kan nævne amternes uindskrænkede kompetence, lægernes frie ordinerings- og henvisningsret, utallige organisationsprivilegier osv. osv., skrankerne mellem praktiserende læger, sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, speciallæger og sygehuse af forskellig størrelse. Alt det skal nedbrydes. Som eksempel på ting, vi synes ikke har været helt heldige, vil jeg nævne indførelsen af behandling af barnløse. Det forekommer os, at den kom temmelig administrativt ind uden den fornødne forudgående diskussion.

Jeg vil også nævne, at samarbejdet mellem alle de nævnte parter og socialforvaltningen vil være en nødvendighed.

Jeg talte før om, at der skal både penge og prioritering til, og det rejser det ubehagelige spørgsmål: Hvor skal pengene tages fra? Hvis ikke man vil – det kommer man sikkert til – bevilge midler til dette, så kommer man til at stille spørgsmålet: Hvad er det for gamle behandlinger, man kan vælge fra? Hvilke nye er det, der ikke må komme i gang?

Jeg vil supplere med, at for det forebyggende arbejdes vedkommende må man tage fat på alle områder: arbejdsmiljø, det psykiske klima på arbejdspladsen, boligpolitik osv. osv. Det har jeg forstået at der er bred enighed om.

Det er vores opfattelse, at vi skal holde fast på den blanding, måske ikke nøjagtig den samme, men i hvert fald en blanding af offentligt sundhedsvæsen og det liberale islet, vi har, og

[Dagmar Mørk Jensen]

lade tingene udvikle sig naturligt, idet alle implicerede må bringes til at forstå, at det er hensynet til klienterne, der tæller højest. Som Dansk Sygeplejeråd udtrykker det: Det er ikke nok at trække på samme hammel. Man må også trække samme vej.

Det først fornødne må være en hensigtsmæssig struktur, så enhver syg behandles dér, hvor det er mest hensigtsmæssigt for patienten, og med det mener jeg i enhver henseende helbredsmæssigt og økonomisk for den enkelte og for samfundet. Nøgleordet her må være koordinering, koordinering mellem behandlingssystemet og som sagt mellem socialvæsenet og ikke mindst over til det forebyggende arbejde.

Udgangspunktet for Det Radikale Venstre for en overordnet sundhedspolitik vil derfor være en opprioritering af forebyggende arbejde under enhver form. Vi skal satse på sundhed først og fremmest og derefter på behandling. Behandlingen mener vi foregår bedst i et decentralt sundhedssystem bygget på lokale forhold, men naturligvis med bevarelse af de højt specialiserede hospitaler for de sjældnere tilfælde og med et smidigt system, der ikke hindrer behandling uden for eget amt, hvor det er bedst for patienten.

Vi må animere til alle tænkelige fremskridt for patienterne med forskning, med plejeforhold og med et klagesystem og erstatningslovgivning, der fremmer det, men vi må samtidig være på vagt over for de såkaldt amerikanske tilstande, der kan føre til det, man kalder defensiv medicin, altså sådan at lægerne viger tilbage for nye behandlingsmetoder af frygt for ansvar.

Der må være større åbenhed over for de nye muligheder, så patienten oplyses om de muligheder og de risici, der er ved bivirkninger, og derefter må det være patienten, der har den afgørende indflydelse på, om behandlingen skal foretages. Jeg vil gerne tillade mig at citere Lægeforeningens formand, Jens Kristian Gøtrik, der udtrykker det på denne måde:

»Lægerne må acceptere at skulle dele interessen for fundamentale etiske problemstillinger i patientbehandlingen med borgere og politikere.«

Han konstaterer endvidere:

»Vi har ikke længere eneret på at behandle befolkningen for sygdom og smerte, men ser et alternativt, uautoriseret, privat behandlernetik ved vokse frem.«

Spørgsmålet for Folketinget må være, hvor frit spillerum de alternative behandlere skal have. Folk skal naturligvis have ret til selv at vælge, så længe de har mulighed for at vurdere eventuel risiko derved. Et af de områder, jeg tænker Folketinget nok bør til at se på, er akupunktur.

Der må skabes tryghed for, at forsøg foretages af hensyn til den aktuelle patient og ikke udelukkende af videnskabelige grunde, de kan være aldrig så seriøse. Afgørelsen om deltagelse skal ligge hos patienten. Men først og fremmest må det naturligvis oplyses, hvor meget man selv kan gøre med hensyn til levevis og adfærd for at sikre sig størst mulig sundhed.

Fjerde næstformand (Ole Vig Jensen):

Folketinget har i dag og i morgen besøg af Slesvig-Holstens Landdags præsident, fru Lianne Paulina-Mürl, og det er mig en stor glæde her fra Folketingets formandsstol at kunne byde landdagspræsidenten hjertelig velkommen. Slesvig-Holsten er som bekendt vor nærmeste nabo mod syd, og vi har derfor set frem til besøget. Vi håber, at præsidenten må få nogle udbytterige dage i Danmark. Hjertelig velkommen!

(Medlemmerne påhørte stående formandens velkomstord).

Birgith Mogensen (CD):

Sundhedsministerens redegørelse er en god, bred oversigt, der i store træk belyser hele spektret inden for syge- og sundhedssektoren. CD er meget tilfreds med, at sundhedsministeren prioriterer forebyggelse af sygdom meget højt. Det er min opfattelse, at vi ad den vej kan reducere både lægebesøg, sygehusindlæggelser og behandling væsentligt. At vi ikke skal forvente store resultater på kort sigt, det siger sig selv, men på længere sigt vil fremtiden måske og forhåbentlig kunne mindske sygehusvæsenet i alle led ret betydeligt. Grundsætningen »det er lettere at forebygge end at helbrede« vil uden tvivl kunne omsættes til realiteter, hvis vi griber de sundhedsfremmende foranstaltninger rigtigt an.

At nøgleordet hedder oplysning, oplysning og atter oplysning, hersker der ingen tvivl om. Det højest opnåelige vil være at gøre hele befolkningen til forkæmpere for sundhed. At leve

[Birgith Mogensen]

et sundt liv fra fødsel til en sen død må være det overordnede mål for os alle.

At det er ladsiggørligt at nå langt ad forebyggelsesvejen, er vi mange der tror på; eksempelvis kan nævnes, at USA har reduceret cigaret-rygning med ca. 15 pct. inden for 3 år og forventer procentsatsen fordoblet i de næste 3 år. At man i USA har opnået dette resultat ved hjælp af advarende oplysning, skal vi lægge mærke til. Parolen hedder: Hensigten helliger midlet, og jeg tror, at vi uden at bruge forbud kan opnå lignende positive resultater både i forbindelse med tobak og alkoholmisbrug. Begge såkaldte nydelsesmidler nedbryder sundheden og belaster sygesektoren i meget høj grad. Det er mit indtryk, at vi i Danmark stærkt bør intensivere bekæmpelsen af disse to gifte.

Ligeledes er vores modforholdsregler alt for slappe, når det drejer sig om narkomaner, herunder amfetaminmisbruget, der mere og mere belaster sygehusvæsenet. Bl.a. florerer AIDS-smitten kraftigt i disse misbruger kredse, men mange andre følgesygdomme koster menneskelige lidelser og millioner af offentlige kroner.

Altså, vor forebyggende indsats kontra tobak, alkohol og narkotika samt det overdrevne forbrug af nervemedicin må strammes gevaldigt op. Visse stop op-love kan måske blive nødvendige for at reducere sygdom, der er fremkaldt af nævnte selvforskyldte årsager.

Med hensyn til yderligere forebyggelse af de mest dominerende danske sygdomme, nemlig kræft, hjerte- og blodkarlidelser, ved man også, at f.eks. rigtig kost og motion virker forebyggende, men på dette område er vor information til hele befolkningen ikke gennemgribende nok. Sygdomsforebyggende oplysninger skal starte tidligt i folkeskolen. Tv, radio og andre medier må tage denne vigtige oplysningsopgave mere alvorligt, og frem for alt må de væsentligste leveregler for en sund sjæl i et sundt legeme gentages ustandselig. Ja, kald det manipulering eller indoktrinering; i den gode sags tjeneste er disse påvirkningsformer helt o.k.

At gennemføre og praktisere mine skitserede oplysningsmetoder på de nævnte felter og at forebygge sygdom som helhed vil koste mange penge, det ved vi. Men det vil koste mere at lade være. Personligt er jeg sikker på, at 1 antisygdomskrone til fremme af sundhed vil komme hundredfold igen. Behandling af sygdom ko-

ster dyrt, og generelt kan der ikke spares ret meget mere i den eksisterende sygdomssektor. En omlægning af befolkningens levevaner er og bliver den allervigtigste besparelsesfaktor. Målet må være at reducere sygdom i det hele taget.

Ja, mit indlæg har været domineret af sygdomsforebyggelse, fordi jeg oprigtigt mener, at det i alle henseender er den vigtigste vej at betræde, såfremt vi vil opnå en både menneskeligt og økonomisk god balance i syge- og sundhedssektoren.

Jeg vil ikke være med til at skyde skylden på lægerne blot, fordi der er nogle enkelte også inden for den branche, der har trådt i spinaten. Naturligvis kan jeg ikke godtage de yngre lægers slow down- og strejketendenser. I det hele taget må der tages afstand fra strejkemidlet, når det drejer sig om både læger og andre medarbejdere, som har deres virke i sygesektoren. Hvis ikke patienternes tarv varetages 100 pct., så må de ansvarlige bortvises omgående.

I den forbindelse er jeg glad for at hilse den nye medicinaldirektør, hr. Palle Juul-Jensen, velkommen som chef i syge- og sundhedssektoren. Det er min faste overbevisning, at hr. Juul-Jensen bliver en positiv forstærkning inden for denne vigtige samfundssektor. Bl.a. forventer jeg, at hr. Juul-Jensen vil være foregangsmand for en snarlig decentralisering af sygebehandlingsopgaverne. Den primære sektor, de praktiserende læger og speciallægerne, skal involveres mere i behandling og helbredelse. Mange sygdomme kræver ikke den dyre behandling på et hospital. Læger og speciallæger samt ambulant behandling kan klare mange patienters problemer både hurtigere og lige så sikkert som det omkostningstunge hospitalsvæsen.

Afslutningsvis vil jeg sige, at det er tilfredsstillende, at ventelisterne generelt er på vej ned.

Pia Dahl (FP):

Der er sandelig forskel på den 7. september sidste år og i dag. Den 7. september 1987 skulle hele sundhedsvæsenet revolutioneres, men den 20. januar 1988 er alt ved det gamle.

I Fremskridtspartiet skal vi ikke lægge skjul på, at vi langt foretrækker holdningen fra den 7. september og alle de dage, der gik forud, hvor man var ude på at kapre stemmer fra de vælgere, der ikke huskede, hvor groft de var blevet svigtet ved tidligere valgflask.

[Pia Dahl]

Vi behøver blot at tænke på sundhedsministerens udtalelser i forbindelse med AIDS, som skulle registreres, og der var i øvrigt ingen ende på alle de gode ideer fra sundhedsministerens side.

Og hvad får vi så serveret i den redegørelse, ministeren nu omsider har fået skrevet færdig? Vi får serveret en lang række problemstillinger, som desværre kan føres tilbage i lige linje til Perspektivplanerne henholdsvis 1 og 2 fra 1971 og 1973, som blot er blevet støvet en lille smule af.

Denne kop te bærer præg af at være tilberedt af en pose og oven i købet af en pose, som har været nede i forskellige kopper utallige gange. Resultatet er rent ud sagt kogt vand og intet andet.

Det hedder i redegørelsen, at regeringen lægger meget vægt på at undgå luftkasteller, men ikke desto mindre må man nok konstatere, at tankerne i redegørelsen virker noget luftige, og man må da også sige, at det i høj grad er et ambitiøst foretagende, når man fra Sundhedsministeriets side, som det er tilfældet, som udgangspunkt har WHO's »Sundhed for alle i år 2000«, og da specielt når man skriver sig bag øret, at WHO's egen definition af ordet sundhed er »en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velvære«. Det ville unægtelig være godt, om vi fik at vide, hvad sundhedsministeren har tænkt sig at gøre for at sikre befolkningen denne lykketilstand eller i hvert fald for at komme et par haneffjed nærmere denne tilstand.

Sundhedsministeren burde nok stikke hovedet sammen med f.eks. skatteministeren, finansministeren og måske ikke mindst socialministeren, for det er da rigtigt på sin vis, som sundhedsministeren påpeger flere gange i sin redegørelse – og det er nok det, der springer først i øjnene, når man læser redegørelsen – at skylden for den manglende sundhed bliver skudt over på de øvrige sektorer.

Efter Fremskridtspartiets mening er det da helt rigtigt, at vi først opnår en rigtig sund befolkning i Danmark, når vi afskaffer de ulidelige forhold, som den enkelte borger må leve under netop på grund af disse øvrige sektorer.

Naturligvis tilslutter vi os, som de øvrige partier også har givet udtryk for i dag, i allerhøjeste grad den gamle tanke om, at det at forebygge er bedre end at helbrede, og i den forbindelse vil jeg da godt understrege, at vi i Fremskridtspar-

tiet også har viljen til at betale det, det kommer til at koste. Jeg vil gerne spørge ministeren, om ministeren også har den vilje.

Hvad står der så egentlig i denne redegørelse? Ja, der står i hvert fald ikke noget nyt, og der er på ingen måde en klar formulering af, hvad regeringen egentlig har i sinde at gøre. Dette er specielt interessant, når man tager i betragtning, at der i redegørelsen sp. 3195 står, at regeringens formål netop er at sætte handling bag de gode politiske viljer.

Handling har vi indtil videre ikke mærket noget til, og de politiske viljer er for Fremskridtspartiet at se meget vagt, meget uklart formuleret. Så jeg vil gerne igen spørge sundhedsministeren, om hun kan give nogle oplysninger om, hvilke tiltag der aktuelt vil blive gjort, og hvornår vi eventuelt kan forvente disse initiativer.

Et helt reelt spørgsmål, som jeg meget gerne vil have svar på, er, hvem der hælder grus i maskineriet, således at ingenting bliver til noget som helst. Hvad er det, der forhindrer, at alle disse gode ideer fra for mere end 20 år siden ikke bliver gennemført?

Det er væsentligt også for mig at få at vide, hvor langt vi er nået i den oldgamle problemstilling om at få skabt en form for informationssystem på de enkelte sygehuse, altså et omkostningsregistreringssystem, som f.eks. kan fortælle os, hvad en konkret behandling koster på et sygehus, hvad en overlæge koster osv., altså nærmest de almindelige costbenefitanalyser, som kan give os en mulighed for at få de tal på bordet, som er af helt vital betydning for, at vi herinde kan tage stilling til, hvordan vi opnår mest mulig velfærdsskabelse ud af de bevillinger, der er givet til sundhedsvæsenet.

I forbindelse med sådanne analyser vil jeg også gerne stille sundhedsministeren spørgsmålet, hvad der f.eks. forhindrer ministeren i i morgen at ansætte et uvildigt managementfirma eller en konsulentvirksomhed, således at det enkelte hospitals drift kan effektiviseres, økonomien kan blive gennemskuelig og vi således kan få den længe tiltrængte rationalisering på området.

Det arbejde er naturligvis ikke udført fra den ene dag til den anden, og det vil naturligvis også koste en hel del penge, men set gennem Fremskridtspartiets briller er det penge, som vi kan hente mængfold tilbage igen.

[Pia Dahl]

Jeg vil ligeledes gerne høre helt klart fra sundhedsministeren, om den politiske vilje er til stede for at få disse problemer løst, og hvordan ministeren i bekræftende fald havde tænkt sig at demonstrere en sådan vilje.

Det er forstemmende, må jeg indrømme, for Fremskridtspartiet at konstatere, at et så centralt problem ikke overhovedet er omtalt i redegørelsen.

Hvad angår AIDS-problematikken, så er AIDS nævnt med et enkelt ord i redegørelsen. Der står, at det eneste, vi kan gøre, er at forebygge. Men igen, hvordan havde sundhedsministeren tænkt sig at gøre det? Og i den forbindelse også: Hvordan havde hun tænkt sig at få inkorporeret de mange penge, som AIDS-behandlingen i de kommende år vil komme til at koste sundhedsvæsenet, i sit budget? Og samtidig: Hvordan ser ministeren på det svenske forbillede i AIDS-behandling, og hvad mener ministeren vi kan lære heraf?

Redegørelsen slår imidlertid fast, at den hidtil førte sundheds- og forebyggelsespolitik har været både en succes og en fiasko. Succesen bliver omtalt, men fiaskoen omtales ikke yderligere. Vi kan så kun håbe på, at sundhedsministeren hentyder til forebyggelseskampagnen imod AIDS.

En rigtig rar ting, der anføres i redegørelsen, er, at sundhedsfremme og forebyggelse skal være til gavn for hele befolkningen og ikke især for de ansatte i sundhedsvæsenet. Det vil vi i hvert fald i Fremskridtspartiet meget gerne holde fast ved, og vi ser derfor også med forventning frem til den nye medicinaldirektørs virke.

Sammenfattende må vi sige, at de problemstillinger, der bliver taget op i redegørelsen, er gamle som Metusalem. Man kunne måske nok have forventet, når der nu er oprettet et sundhedsministerium, at man så havde effektueret sit eget mål om at sætte handling bag den politiske vilje og således få taget hul på løsningen af disse problemstillinger i stedet for de konstateringer, som vi gang på gang møder i redegørelsen. Det gælder bemærkninger som, at vi skal effektivisere samarbejdet mellem de forskellige faggrupper, at vi skal overvinde de strukturelle og organisatoriske barrierer, altså oversat til almindeligt dansk sygeplejerskers og sygehjælperes arbejdsfordeling dem selv imellem og mellem alt det øvrige personale, at vi skal have en kombineret faglig-økonomisk styring af vort

hospitalsvæsen, det vil sige, at den læge, der skal lede, administrere, et hospital, skal have en administrativ overbygning på sin uddannelse og således være kvalificeret her. Alt sammen ting, som vi kan tilslutte os, men hvad bliver det til?

Jeg vil lige slutte med en applaus til ministeriet vedrørende ansættelsen af Palle Juul-Jensen som medicinaldirektør. Denne nydelige herre har udtalt sig rigtig Z-venligt i medierne, specielt med hensyn til strejkeretten på hospitalerne. Det er vi glade for i Fremskridtspartiet.

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Kristeligt Folkeparti takker for redegørelsen. Man kunne have lyst til at minde nogle ordførere om, at det er et meget nyt ministerium, vi har. Det er meget kort tid, vi har haft en sundhedsminister, så det er vel begrænset, i hvilken udstrækning man kan forlange, at man også ligefrem skulle være begyndt at realisere alle de tanker, man har. Der må en vis tid til.

Jeg kan egentlig ikke lide, at man ser så sort på hele vores sundhedssystem og på hele hospitalsområdet. Man skal være effektiv, og man skal være meget andet. Når man er syg og kommer til et hospital, er det dejligt i dag at møde læger, sygeplejersker, der løber og springer og spørger og gør langt, langt mere, end de får løn for, med ét eneste formål: at hjælpe den patient, der nu er kommet ind. Det er realiteten i langt de fleste tilfælde. Man ser i dagligdagen ikke så meget på arbejdsfordeling og alt det, for tingene skal gøres, og de bliver gjort.

Vi skylder faktisk en stor tak til mange af de mennesker, der for en måske endda ret dårlig løn udfører et stykke arbejde, som vi på et eller andet tidspunkt sikkert, hvis vi bliver gamle nok i hvert fald, får brug for.

Jeg ønsker selvfølgelig, at sundhedssystemet skal være så effektivt som muligt, sådan at vi får brugt vores penge rigtigt, men vi må aldrig blive så effektive, at det bliver pengene, der bliver sat over hensynet til det enkelte menneske, den enkelte patient.

Jeg synes, denne debat er en af de allervigtigste, vi har haft i Folketinget i lang tid. Vi snakker så meget om økonomi og prøver på at finde ud af, hvordan vi kan løse vores problemer, alt imens vi lukker øjnene for, at sundhedsvæsenet optager en større og større mængde af disse penge. Det er, ligesom vi ikke tør se i øjnene, at

[Inger Stilling Pedersen]

hvis ikke vi gør noget og sætter ind – forebyggelse er omtalt meget – så kommer vi i de kommende år til at stå med nogle udgiftskrav, som vi simpelt hen ikke kan honorere, medmindre vi skal have et skattetryk så stort, at ingen kan leve med det.

Så vi bliver nødt til at være virkelig realistiske og sige: Jamen med de tekniske fremskridt, der sker i dag, med de muligheder, der er, og med de mange flere ældre, vi får, får vi nogle meget store udgifter. Vi ved jo, at når man er over de 50 år, så begynder småkavankerne – man kalder det reparationsalderen – og jo ældre man bliver, des flere ting bliver der, der skal rettes.

Samtidig med at vi selvfølgelig i dag skal hjælpe alle de mennesker, vi kan, så godt vi kan, skal vi sætte ind over for børn, unge, yngre, for at medvirke til, at de ikke får så mange skader, så mange problemer, når de bliver ældre.

Det er meget vigtigt, når vi snakker sundhed, også at se på spørgsmålet: Hvad er det at være sund? Hvad er det at have et godt liv? Jamen det er jo mange ting. Det er ikke bare, om man er syg eller rask. Det er omgivelserne, det er miljøet, man bor i, det er, hvordan man har det, om man er ensom, om man er ulykkelig. Alle disse mange faktorer tæller med i det at være sund.

Jeg kunne have lyst til, at vi måske også overvejede, om vi ikke skulle tænke lidt mere positivt. Ikke at man ikke må være kritisk over for tingene, men vi ved jo, at jo mere bekymret man er, jo flere sorger og vanskeligheder man har, des mere modtagelig er man også for sygdomme. Og måske skulle vi også alle sammen til at se på, hvad vi selv kan gøre. Det er rigtigt, at der er mange ting, der hænger sammen med det offentlige og med samfundet, med arbejdsmiljø og mange, mange andre ting, der er uhyre vigtige, men det er vigtigt, at vi også siger til os selv: Hvad kan vi gøre for os selv, og hvad kan vi gøre for vore nærmeste, for vore naboer? Hvad kan vi gøre for at hjælpe? At vi ikke altid siger: Jamen det er det offentlige system, der skal træde til.

Der er mange måder, man kan blive syg på, og det vigtigste er så at undgå det. Så kan man ganske kontant komme ind på at spørge: Jamen hvad kan vi så gøre? Jo, der er virkelig mange ting, vi kan gøre. Og ved I hvad, nu skal

man heller ikke være for pessimistisk igen. Der er sket utrolig meget. På kostområdet er der gradvis sket en ændring, sådan at man har fået større forståelse for kostens betydning, og sådan tror jeg også det fremover vil ske med andre ting: at man får en større forståelse for, hvorfor man skal gøre dette eller hint.

Dér tror jeg det er vigtigt, at man tager medicinerne i brug, og at man bruger undervisning, børnehaver, skole, ungdomsklubber, og hvor man nu ellers kommer, til også at fortælle, hvordan en menneskekrop fungerer. Altså man skal ikke bare sige, at nu skal du spise sundt, men også hvorfor, og også fortælle noget om vores store alkoholforbrug og om tobak. Hvad sker der, når man bruger for meget af det? Det er ikke nok at sige: Du skal ikke drikke for meget, og du skal ikke ryge for meget, du skal ikke spise for mange søde kager. Spørgsmålet er: Hvad sker der i din krop, når du gør det?

Hvis man får denne større forståelse, tror jeg også, det vil lykkes hen ad vejen. Men vi bliver bare nødt til at se realistisk på det. Det er, som om vi både vil det ene og det andet og så alligevel ikke rigtig vil noget.

Men jeg vil gerne understrege i dag, at hvis ikke vi gør det, så kommer vi i en situation, hvor vi kommer til at prioritere: Hvem skal vi hjælpe? Allerede nu er man inde på det. Som vi har hørt, står der mange på venteliste, desværre. Heldigvis er vi nu kommet så langt, at det bliver færre. Dér må vi også forstå, at for hver gang vi hjælper et menneske med et dårligt syn eller med en dårlig hofte, er vi med til at gøre det menneskes liv bedre. Det er én ting. Men vi er sandelig også med til at spare samfundet for penge. Vedkommende kan måske klare sig selv nu med mindre hjemmehjælp, mindre assistance, får mere ud af tilværelsen, bliver måske gladere og derved mindre syge.

Jeg synes også, vi i dag må nævne de psykisk syge. Desværre er det sådan i Danmark, at man næsten ikke kan fortælle, at man er eller har været psykisk syg, eller at ens pårørende har været psykisk syge. Det skal helst være noget med en blindtarm eller en fod eller sådan noget. Så kan vi sagtens stå herinde og sige: Jamen det er ikke rigtigt. Men det er det bare. Man tør ikke fortælle, at man har været psykisk syg, for så får man måske ikke den ansættelse, man gerne vil have, og det gør, at nogle ikke tør lade sig behandle for det.

[Inger Stilling Pedersen]

Vi kan også se på, hvordan de psykisk syges problemer opstår. Kunne vi sætte ind på et tidligere tidspunkt, så det ikke udvikler sig så meget, som det gør? Og hvordan giver vi den rette behandling og den rette forståelse? Vi taler så tit om personer, der måske ikke har det så godt, og vi føler, at de er skubbet lidt til side. Men jeg synes, at der er mange områder, hvor man kunne sætte ind til fordel for en gruppe som de psykisk syge, som vi alle herinde fra tid til anden får henvendelser fra, fordi de er stødt på nogle problemer.

Alternativ medicin er også nævnt. Det er vigtigt, at man giver befolkningen mulighed for at udnytte både det bestående sundhedssystem og – hvis man ønsker det – prøve noget alternativt. Jeg tror, at alle, der kommer i den meget vanskelige situation, at der ikke er noget håb, gerne vil prøve det, hvis de får at vide, at der er en eller anden mulighed for noget andet. Her er det vigtigt, at vi så undgår alt det, jeg vil kalde for forkert oplysning, altså at man – og det sker allerede nu – siger om noget, at det virker sådan eller sådan, men får mulighed for nogle andre behandlinger eller noget andet medicin. For man må også huske på, at meget naturmedicin har sin oprindelse meget langt tilbage i tiden, og det ikke er alt, der er udeligt.

Jeg håber på, at denne debat kan åbne for nogle nye perspektiver, kan bidrage til, at vi prøver på at se tingene fra forskellig side, se, hvor meget det spiller sammen, at en person er en helhed, så vi ikke bare behandler én del af os. Altså at man f.eks. ikke sender en ældre dame på sygehuset og opererer – det koster tusinder af kroner – og så dør hun fjorten dage efter af væskemangel, fordi der ikke var nogen, der tog sig af hende bagefter.

Vi er nødt til at tænke på, hvordan det hele skal hænge sammen, og det tror jeg vi kan blive enige om, uanset hvilket parti vi kommer fra. Det er denne helhed, helhedssynet på mennesket, vi skal have ind. Vi vil alle sammen gerne have et så sundt og så godt liv som muligt, men der er mange aspekter, der indgår i det.

Ib Jakobsen (FK):

Da der blev oprettet et sundhedsministerium, blev det både i befolkningen og i sundhedsvæsenet modtaget som en positiv tilkendegivelse af, at nu skulle regeringen til at prioritere løsningen af problemerne i sundhedsvæse-

net på en anden måde, end det hidtil havde været tilfældet. Det var vel heller ikke mere, end hvad man med rimelighed kunne forlange, al den stund firkloverregeringen nu gennem 5 år havde mishandlet vort sundhedsvæsen og dermed først og fremmest vort sygehusvæsen i en sådan grad, at ingen med respekt for sig selv længere taler om, at Danmark har et af verdens bedste sundhedsvæsener. Alene vore sygehuse er, hvad standarden angår, blevet overhalet af lande i Europa, som vi bare for 10 år siden ikke kunne drømme om nogen sinde at skulle sammenligne os med, hvad angår standarden inden for sygehussektoren.

Desværre må man erkende, at den optimisme og den positive tilkendegivelse, der var, blev gjort til skamme, idet det meget hurtigt blev slået fast, at formålet med oprettelsen af et Sundhedsministerium ikke var at ændre på disse forhold. Vi fik det klart dokumenteret i ministerens allerførste proklamationer i dagspressen. »Det skal være benhårdt«, sagde hun, og hun fastslog, at det offentlige, hvad sundheden angår, ikke skulle prioritere anderledes, end den borgerlige regering hele tiden havde gjort.

De væsentligste opgaver, sundhedsministeren havde fået, var at sikre, at der ikke gik flere penge til det offentlige sundhedsvæsen. Derimod skulle der slås et slag for det private initiativ. Folk skal til at forstå, at de belaster de offentlige budgetter, hvis de forlanger den behandling, der skal til for at helbrede deres lidelser. Derfor skal der iværksættes en pædagogisk indsats, så folk får forståelse for, at det er rimeligt, de selv betaler for deres behandling. Det var sådan set ministerens budskab ved hendes tiltrædelse. Derfor er der vel heller ingen større grund til at stille store forventninger til den politiske redegørelse, som ministeren afgav i begyndelsen af december. Vi havde jo fået en forsmag på, hvordan ministeren redegør for sundhedsvæsenets situation. Det fik vi i forbindelse med den forespørgselsdebat, Fælles Kurs rejste om ventelistesituationen. Ved den lejlighed stod ministeren fra denne talerstol og løj over for Folketinget og dermed for den danske befolkning. Og det må med denne redegørelse i hånden konstateres, at det er en linje, ministeren ikke har i sinde at ændre. Det kan vi naturligvis kun beklage.

Men det underer mig ikke, at ministerens hovedindfaldsvinkel alene er økonomien. Der bli-

[Ib Jakobsen]

ver sunget den samme sang, som man har hørt gentagne gange, nemlig at udgifterne til sygehuse aldrig har været større, end de er for tiden. Nu er tal jo et taknemligt materiale til at beskrive både det ene og det andet, og sundhedsministeren bruger altså tallene til at fortælle, at der inden for sygehussektoren i hvert fald ikke har været tale om nedskæringer.

Hvis man vil kontrollere disse voldsomme udgiftsstigninger, som ministeren altså påstår der er, kan man – og det vil jeg tilråde andre at gøre, hvis man vil ofre 115 kr. – erhverve sig den betænkning, der er afgivet af det udvalg, der blev nedsat af indenrigsministeren med den opgave at give et bud på, hvordan det amtskommunale pres kan stoppes. Hvis man læser denne betænkning, vil man kunne se, at de udgiftsstigninger, der er tale om, og som altså kun ligger på omkring 1 pct., ikke er forbundet med stigninger i sygehusenes serviceniveau. Tværtimod har det været nødvendigt at skære ned på serviceydelserne for at fastholde den begrænsede udgiftsstigning. Det er altså nedskæringer, nedskæringer og atter nedskæringer, der har været tale om, og det fortsætter stadig væk inden for sygehussektoren. Det vil man kunne få at vide, hvis man henvender sig til sygehusudvalgene i de forskellige amtskommuner.

I sin redegørelse kommer ministeren ind på – og det er selvfølgelig fornuftigt – nødvendigheden af sundhedsfremmende foranstaltninger og forebyggelse. Men hvor er det i grunden en utrolig fattig forestillingsevne, ministeren besidder, når hun giver sit bud på, hvori denne forebyggelse skal bestå. Efter ministerens opfattelse er det alene det enkelte menneske, der har ansvaret. Skulle man komme til at lide af en hjerte-kar-lidelse eller en kræftsygdom, er man efter ministerens opfattelse selv ude om det: man kunne jo bare lade være med at ryge eller drikke. Og når man nu har levet et så uansvarligt liv, skal man altså ikke blot komme anstiggende og bede om behandling. Det er rent faktisk ministerens budskab.

Men man må spørge sig, hvorfor ministeren ikke beskæftiger sig med det væsentligste og det mest elementære, når det gælder forebyggelse af sygdomme, nemlig arbejdsmiljøet. I rapporter fra arbejdsmedicinske klinikker, fra Sundhedsstyrelsen og fra andre eksperter er det gang på gang slået fast, at den væsentligste årsag til det sygdomsmønster, vi kender, er arbejdsmil-

jøet. Og det dokumenteres, at halvdelen af alle hjertelidelser kunne undgås ved, at man satte ind over for den måde, giftstoffer og opløsninger anvendes på på de danske arbejdspladser. Det samme kunne man sige om de fleste kræftlidelser, og dertil kommer en lang række andre lidelser, som er betinget af arbejdsmiljøet. Men det bliver kun nævnt med ét eneste ord i hele den sundhedspolitiske redegørelse.

Men hvorfor ønsker ministeren ikke at sætte ind over for dette arbejdsmiljø? Ja, der er vel kun én årsag til dette, nemlig at sundhedsministeren i lighed med resten af regeringen anerkender arbejdsgivernes ret til at betragte den arbejdskraftreserve, de har, som et reservedelslager. Når en arbejder som følge af arbejdsmiljøet er slidt ned, kan arbejdsgiveren blot smide vedkommende på porten og ringe til Arbejdsformidlingen efter en ny forsyning. Derfor er det selvfølgelig betimeligt, at man ikke ændrer de arbejdsmiljøer, vi kender, for det vil betyde nogle udgifter for arbejdsgiverne, og de skal naturligvis, som det altid er tilfældet, fredes, også når det angår sundhedsproblemerne.

Sundhedsministeren gør jo i øvrigt også klart i sin redegørelse, at hun ikke kunne drømme om at gribe ind, når det gælder fremme af sundheden i samfundets forskellige sektorer. Hun nævner også i redegørelsen noget om uddannelser inden for sektoren. Ja, vi kender jo alle problemerne. Der råbes og skriges efter ekstra personale. Men der er ingen vilje i regeringen og heller ikke hos sundhedsministeren til at imødekomme det behov, der er for ny uddannelse og ekstra personale. Et eksempel på konsekvensen er, at man bl.a. på Bispebjerg Hospital har sat en efterlysning i gang for at finde pårørende, som kunne medvirke til plejen af patienterne, og det er naturligvis en anden måde at få etableret sig på med det private initiativ.

Med den forskning og teknologiske udvikling, vi har oplevet inden for de seneste år, forholder det sig rent faktisk sådan, at man er i stand til at kurere så mange lidelser, som i dag ikke bliver behandlet, at det svarer til, at man kan spare mindst 200 menneskeliv om året. Dette er ikke noget, jeg står og postulerer; det er et tal, som er offentligt tilgængeligt igennem de undersøgelser, der er foretaget.

Man er altså bedøvende ligeglad med, at der ligger i hundredvis af mennesker og dør på vores hospitaler, på gangene eller hjemme

[Ib Jakobsen]

hos sig selv, fordi man ikke vil sætte ind med den nødvendige indsats og ansætte det nødvendige personale. Det er en tragedie, som er en følge af den uansvarlige politik, regeringen har ført.

Men hvad der er endnu værre, er, at regeringen ikke offentligt vil stå frem og sige: Det er altså vores politik, og vi anerkender, at prisen for politikken skal være denne.

Man må tage fat i den store svøbe, når det gælder sygehussektoren, nemlig ventelisterne. Nu hører vi igen, at ventelisterne er mindsket; vi hører, at ministeren sammen med kommunerne og amtskommunerne har lavet et stykke arbejde, som har bidraget til en væsentlig ændring af disse ventelister. Jeg ved egentlig ikke, hvordan man skal betragte sådan nogle oplysninger, når man kan læse Sundhedsstyrelsens egen redegørelse den 20. november 1987, altså 14 dage før ministeren afgav sin redegørelse, og her kan få dokumentation for, at forholdene er nøjagtig det modsatte af, hvad ministeren gør opmærksom på i sin redegørelse.

Jeg ved ikke, hvorfor statsministeren har valgt den sundhedsminister, han har valgt – det kan have forskellige årsager: Enten skulle han finde en benhård kyniker, eller også har han gjort det som et led i ligestillingskampen. Man har hørt nogle betragte kampen om ligestilling på den måde, at man først får reel ligestilling, den dag middelmådige kvinder indtræder i ledende stillinger. Hvis det er det, der har været statsministerens argument, kunne han vel næppe have fundet en bedre kandidat.

Formanden:

Jeg vil gerne sige, at det er en meget alvorlig sag, hvis en minister lyver over for Folketinget. Jeg hørte denne påstand blive fremført, men jeg hørte den ikke dokumenteret.

(Kort bemærkning).

Ib Jakobsen (FK):

Det er vel ikke sædvanligt, at man får korte bemærkninger i denne forsamling til formandens bemærkninger, men jeg vil klart gerne dokumentere det, jeg sagde.

Når jeg sagde, at ministeren havde stået og løjet fra denne talerstol, var det i forbindelse med hendes beskrivelse af ventelistsituationen inden for vores sygehusvæsen. Hun gør det igen i sin redegørelse, idet hun påstår, at vente-

tiderne inden for de væsentligste sygdomme, først og fremmest hjerte-kar-sygdommene, er blevet nedbragt igennem det fantastiske arbejde, hun har udført sammen med vores sygehuskommuner. Der er det, jeg henviser til de officielle redegørelser, der kommer fra Sundhedsstyrelsen, og som altså er kommet, 14 dage før ministeren afgav sin redegørelse, hvorfor hun må være bekendt med, hvordan forholdene er. Derfor er det at lyve over for denne forsamling og over for den danske befolkning, når hun påstår det modsatte af det, der er kendsgerningerne.

Rosing (S):

Ministeren har været på besøg i Grønland her i november måned – ganske vist et ganske kort besøg – og planlægger, så vidt jeg forstår, et forhåbentlig lidt længere besøg i Grønland her til foråret og har også nævnt Grønland i den redegørelse, vi behandler i dag, ganske vist ikke med så forfærdelig mange ord. Det siges heri bl.a., at det grønlandske sundhedsvæsen har en række store problemer, bl.a. på grund af de store afstande, den spredte bebyggelse og det særlige grønlandske sygdomsbillede.

Det siges videre, at man er nødt til at finde utraditionelle løsninger på de specielle grønlandske problemer, men man kommer ikke ind på, hvilke løsninger der er tale om.

Jeg vil gerne spørge ministeren, om der her i dag kan løftes en lille flig af sløret for de utraditionelle løsninger for Grønlands vedkommende, som man påtænker.

Jeg er klar over, at der skal påbegyndes forhandlinger mellem regeringen og det grønlandske hjemmestyre om de økonomiske og andre vilkår, der vil være forbundet med en overtagelse af sundhedsvæsenet på et eller andet tidspunkt i de kommende år.

Men der er i hvert fald nogle problemer i det grønlandske sundhedsvæsen, som der bliver talt meget om, og som ministeren også er blevet præsenteret for under sin rejse til Grønland. Ud over de nedslidte sygehuse, vi har rundt på kysten, er det mest akutte problem nok manglende personale, herunder læger. I sin tale ved ministerens besøg i Grønland sagde den grønlandske lægerådsformand bl.a.:

»Det grønlandske klima er godt, men barsk af og til, som det ses i disse dage, mens ministeren er på besøg. Klimaet på sygehuset i Godt-

[Rosing]

håb, Dronning Ingrid's Hospital, er fint, men bemandingsmæssigt barsk og ikke kun af og til. Vi mangler sundhedsmedhjælpere, vi mangler sygeplejersker, og vi mangler læger i den grad, at det ganske enkelt er ved at slå sundhedsvæsenet i stykker.»

På baggrund af forskellige oplysninger, som tilgik ministeren, sluttede lægerådets formand af med at sige:

»Disse forhold er baggrunden for, at vi alle, simpelt hen alle, også os gamle garvede, står helt parat til at forlade dette land og det arbejde, vi finder så fascinerende og spændende.«

Jeg vil gerne spørge ministeren, om regeringen vil være mere fleksibel, end den har været hidtil i de forhandlinger, der føres om personalsituationen i Grønland, idet jeg mener, at de ord, der blev udtalt på daværende tidspunkt, er endnu mere aktuelle i dag. Vi risikerer, at et så stort og flot hospital som det, vi har i Nuuk i Grønland, Dronning Ingrid's Hospital, hvor der allerede på nuværende tidspunkt står tomme afsnit, simpelt hen bliver totalt tomt, og at sundhedsvæsenet i Grønland bliver lammet.

Jeg vil ikke forudskikke de forhandlinger, der skal finde sted mellem regeringen og sundhedsvæsenet om sundhedsvæsenet. Jeg ved, at de skal påbegyndes her i februar, og at man har forskellige udspil fra Grønlands side, men det ville måske være en idé for Folketinget, at man planlagde en tur for Sundhedsudvalget til Grønland, sådan at Folketinget kunne få et bredere billede af sundhedssituationen i Grønland og de store problemer, vi står over for.

Den tidligere minister for Grønland, Tom Høyem, har ved utallige lejligheder på rejser til Grønland talt om Grønlands sundhedsvæsen og »Sundhed for alle i år 2000« og lagt nogle tanker frem, som gerne skulle skabe en standard, som er lig den, der er her i Danmark på sundhedsvæsenets område.

Jeg vil gerne til sidst spørge sundhedsministeren, om hun også mener, at standarden for sundhedsvæsenet i Grønland skal være på samme niveau som her i Danmark.

Sundhedsministeren (Agnete Laustsen):

Som ny sundhedsminister har det været en både meget stor og også dejlig opgave at skulle forberede en redegørelse for den sundhedspolitiske strategi, som regeringen vil lægge til grund for sin politik.

Jeg vil også ved denne lejlighed sige, at det jo var en opgave, som fulgte ganske kort efter, at jeg tiltrådte embedet. Man vil kunne se af redegørelsen, at den er skrevet, efter at Sundhedsministeriet havde eksisteret i 2½ måned, og i dag, hvor vi nu diskuterer den, har ministeriet altså kun omkring 4 måneder på bagen. Derfor håber jeg, alle vil erkende, at man ikke med rimelighed kan forvente af mig, at jeg skal kunne fremlægge en detaljeret redegørelse for de konkrete planer på alle områder. Det var heller ikke meningen, for som det fremgår af redegørelsen, er det en vurdering af de overordnede principper og det, vi vil lægge vægt på i det fremtidige arbejde mod det mål, WHO har sat sig: »Sundhed for alle i år 2000«, og jeg vil gerne, som andre her i dag har gjort det, sige: Også meget gerne før den tid.

Det er gået igennem debatten i dag, at sundhedsvæsenet er meget omfattende. Det omfatter ikke bare det, vi i daglig tale kalder sundhedsvæsenet, men også mange tilgrænsende sektorer, hvor sundhed har noget at gøre med arbejdsmiljø, med trafik, med boligforhold og med de sociale forhold. Det har også noget at gøre med, at hele sygehusvæsenet som bekendt – om end nogle lader til at have glemt det i dagens debat ikke mindst fra Fælles Kurs' side – er et decentralt væsen, og at ansvaret for driften af dette derfor ligger hos amtskommunerne og hos Frederiksberg og Københavns Kommuner.

Det vil sige, at vi for at komme igennem med forandringer – de forandringer, som efter min opfattelse er nødvendige på mange områder – naturligvis må have et meget bredt samarbejde og ikke bare et bredt politisk samarbejde – det er nemlig også nødvendigt, men jeg har indtryk af, at det er noget, som alle har vist vilje til her i dag – men også et samarbejde mellem de centrale og de decentrale myndigheder. Endelig er det ikke mindst meget nødvendigt, at vi får et samarbejde mellem alle de forskellige faggrupper, som har deres arbejde inden for dette område. Der er som bekendt et ord, der hedder: Alle elsker reformer, men få forandringer, i alle tilfælde når det gælder én selv, og derfor er det en ganske stor opgave at påtage sig.

Jeg vil også gerne ved denne lejlighed understrege betydningen af, at vi i denne meget store proces løbende får en politisk dialog, og derfor kan jeg sige, at jeg er glad for, at vi har haft denne debat i dag, som jeg som sagt synes viser en

[Sundhedsministeren]

vilje fra næsten alle partier til en positiv udvikling.

Jeg startede med at nævne WHO, og jeg vil også gerne sige, at det jo er de mål, som WHO har stillet, der har ligget til grund for den sundhedspolitiske redegørelse. Disse overordnede mål er de tre punkter, som i WHO's program er formuleret således: 1) livsstil og sundhed, 2) risikofaktorer, som påvirker sundheden og omgivelserne, 3) omstilling i sundhedsvæsenet.

Derudover vil jeg gerne nævne noget andet, som der er gjort meget ud af i redegørelsen, og som flere har været inde på i dag både ud fra en positiv og en negativ indstilling, nemlig at WHO også udtrykkelig under dette angiver som noget afgørende et velinformeret og motiveret samfund, da et sundt liv først og fremmest skabes af borgerne selv.

Det blevet betonet i redegørelsen flere gange, at det først og fremmest er os selv, der har ansvaret for vores helbred, og det hænger sammen med hele den forebyggende indsats, der går, som nogle sagde, som en sort tråd – jeg ved ikke, hvilken kulør vi skal give den, men lad os kalde den en ledetråd – igennem det, regeringen lægger op til: at vores sundhedspolitik er en sundhedspolitik og ikke en sygdomspolitik, at det er forebyggelsen, der skal være ledende, og at behandlingen skal forbeholdes hospitaler på et højt specialiseret og højt teknologisk udviklet niveau.

Jeg vil gerne gøre nogle kommentarer til en række af de indlæg, der har været her i dag. Jeg kan ikke love at gå ned i alle detaljer, men det tror jeg heller ikke er meningen, for en redegørelsesdebat må naturligt dreje sig om de mere overordnede begreber.

Flere har været inde på samarbejdet imellem sundhedssektoren og andre sektorer og har peget på, at man synes, der har været taget for lidt hensyn til dette. Det giver mig anledning til at sige, at man til tider skulle tro, at de pågældende ikke rigtig havde læst denne redegørelse igennem, for der står faktisk et helt kapitel om forebyggelse i andre sektorer, hvor både boligstandard, arbejdsmiljø, sikre produkter osv. fremhæves som noget meget væsentligt, men hvor det samtidig understreges, at Sundhedsministeriet naturligvis ikke skal overtage ansvaret for disse områder, men skal fremme et samarbejde mellem de forskellige sektorer; Sundhedsministeriet er bl.a. blevet oprettet for

at skabe mulighed for at få en koordinering i gang fra det ministerium, som tegner sundheden i Danmark.

Hr. Torben Lund var inde på spørgsmålet om, hvorvidt en forebyggelse også havde mulighed for bedre at trives i det, han kaldte offentlige sundhedscentre. Ja, det er også en af de ting, vi har interesseret os meget for – jeg tror dog nok med et lidt andet indhold i et offentligt sundhedcenter end det, hr. Torben Lund lægger i det. Det eksisterer jo også i realiteten allerede, og jeg kan glæde forsamlingen med at oplyse, at det fungerer aldeles udmærket, bl.a. i Nibe og i Skævinge og flere andre steder, hvor man har tilsvarende initiativer.

Dette kan også være et svar til hr. Henrik Toft bl.a. angående det forhold, at man har inddraget ældre små sygehuse, som ikke mere er i stand til at fortsætte i denne funktion, og oprettet sundhedscentre, hvor læger, sundhedsplejersker, socialvæsen osv. har et meget nært samarbejde over faggrænserne. Det er nemlig noget meget væsentligt og noget af det, jeg mener vi skal bygge fremtiden på, at man ser væk fra de for snævre faggrænser, fordi det er en af de ting, der er med til at hindre, at vi får en større koordinering og en bedre udnyttelse af ressourcerne.

Jeg vil gerne sige til hr. Torben Lund, at disse sundhedscentre er baseret på, at de forskellige læger arbejder som privatpraktiserende læger, som privatpraktiserende speciallæger, og at der derfor ikke er tale om nogen offentlig ansættelse, som jeg også til enhver tid vil vende mig imod. Man har noget tilsvarende i Sverige, og der viser det sig i alle tilfælde, at befolkningens tilfredshed hermed bestemt ikke er optimal, og at bureaukratiet som følge af lægernes offentlige ansættelsesforhold måske trives bedre end befolkningens helbredstilstand. Jeg synes således, at sundhedscentre er noget, som skal tilstræbes, men som sagt på andre vilkår end hr. Torben Lunds.

Flere har været inde på – og den konservative ordfører har sådan set også allerede besvaret spørgsmålet – om der er tale om, at regeringen ville drømme om at gå bort fra den fri behandling for alle inden for vort sundhedsvæsen. Jeg vil gerne endnu en gang slå fast, at der naturligvis ikke er tale om noget sådant. Der har overhovedet ikke været tilløb til noget sådant, når man har diskuteret private hospitaler, som jo

[Sundhedsministeren]

også har været bragt ind i debatten i dag. Jeg vil gerne gentage, hvad jeg ved tidligere debatter har sagt, nemlig at vi betragter det som et supplement til vores hospitalsvæsen, hvis nogen ønsker at skabe private hospitaler, som måske også er i stand til at fungere på en anden måde end de hospitaler, vi kender i dag, og måske også kunne vise sig inspirerende for vort offentlige hospitalsvæsen i kraft af bedre arbejdstilrettelæggelse, ledelsesstruktur og måske også en mere effektiv behandling. For jeg tror nok, det er karakteristisk for vores sygehusvæsen, der jo lægger beslag på den meget store del af sundhedsvæsenets udgifter, at patienterne gennemgående ikke synes, disse meget store ressourcer udnyttes effektivt nok. Det er en af de ting, vi må fokusere meget på, når vi diskuterer, hvordan vi finder økonomien til disse perspektiver, som det også er gået igennem flere af ordførernes indlæg.

Det er svært at prioritere forebyggelse højt, fordi forebyggelse aldrig rigtig viser sig som behandling på et hospital. Kommer man på et hospital med en brækket arm, går man glad derfra med den sat sammen, og man kan med det samme se resultatet af indsatsen. Forebygger man, at en eller anden bliver syg, er det straks meget vanskeligere at se effekten af det: den kommer som regel først noget senere. Men jeg er ikke i tvivl om, at den økonomiske gevinst ved forebyggelse er umådelig stor, og at det er derfra, pengene skal hentes. Som fru Birgith Mogensén var inde på, må vi naturligvis se i øjnene, at i det øjeblik mennesker selv tager ansvaret for eget helbred og forebygger deres sygdom, vil der ikke blive behov for de store midler i sektoren, som rent faktisk anvendes i dag, hvor ca. 70 pct. af amternes udgifter bruges på sundhedssektoren. Det er derfor mit bud på spørgsmålet om penge.

Jeg vil i øvrigt bare knytte en kommentar til den tidligere debat, som Fælles Kurs ved denne lejlighed fandt anledning til at drage frem, at jeg desværre må bedrøve hr. Ib Jakobsen med at gøre opmærksom på, at det, han beskrev som drastiske nedskæringer, ikke var drastiske nedskæringer. Det er selvfølgelig altid kedeligt, når man misforstår nogle af tallene – ja, man misforstår dem nok ikke, men misfortolker dem formentlig helt bevidst – men tallene viste med al tydelighed, at der ikke var tale om drastiske nedskæringer, men tværtimod såvel inden for

sygehusvæsenets område som inden for sygesikringens tale om en vækst, om end en mere begrænset vækst, end vi har været vidne til i tidligere tider.

Fru Birgitte Husmark og flere med hende har også været inde på spørgsmålet om alternative behandlinger. Jeg vil gerne sige, at jeg tror, man skal være åben i disse år for, at mange mennesker også søger en mulighed for alternativ behandling. Der er blevet nævnt kiropraktik, men jeg kunne også nævne akupunktur, som har været fremme mange gange, og jeg kan kun sige, at vi vil være åbne for, at der også er mulighed for dette.

Men samtidig vil jeg sige, at det nok ikke altid er let at trække grænsen imellem alternativ behandling og det, der kan nærme sig kvaksalveri, kynisk økonomisk udnyttelse af patienter, og derfor advarer jeg også imod, at man i overdreven glæde over, at der måske også er andre muligheder, bare uden videre og uden kontrolforanstaltninger, ikke mindst fra Sundhedsstyrelsens side, accepterer behandlingsformer, bare fordi man kan påvise, uden at det nogen sinde er blevet bevist, nogle resultater, for der kan altså også godt være tale om udnyttelse.

Flere har også været inde på spørgsmålet om forskning. Der vil jeg gerne gøre opmærksom på, at vi faktisk i dag har et meget nært samarbejde med forskningsmyndighederne og også har tilsluttet os WHO's fælleseuropæiske forskningsstrategi, »Research for Health for All« i september måned 1987. Vi har i Sundhedsministeriet stadig kontakt til Planlægningsrådet for Forskningen, til Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd og Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, bl.a. vedrørende realisering af forslagene om en samlet sundhedsforskerplanlægning. Jeg tror, vi i allerhøjeste grad også i denne forbindelse skal være opmærksom på, at det, der måske har haft overvægten hidtil, nemlig den biomedicinske forskning i sygdomsbehandlingen, nok skal kanaliseres over til at få større vægt inden for det socialmedicinske, således at hospitalerne med al den ekspertise, der er samlet i dag både lægefagligt og personalemæssigt i øvrigt, også anvendes i et samarbejde med primærsektoren, f.eks. de sundhedscentre, vi har været inde på, og sådan at lægerne også fokuserer på denne del af deres viden. Derved får man mulighed for at indgå i samarbejdet med det, som i det forebyggende

[Sundhedsministeren]

også er noget, der er væsentligt for regeringen, nemlig at styrke den primære indsats, styrke den praktiserende læge og den privatpraktiserende speciallæge og så vidt muligt undgå indlæggelser på sygehuse.

Fru Dagmar Mørk Jensen sagde noget meget væsentligt, synes jeg, da hun sagde, at det, der jo var væsentligt, når man skulle etablere dette samarbejde, var, at man trak den samme vej. Det er nok det, der gør, at det er vanskeligt at komme meget hurtigt videre på dette område. Alle har gode ideer om samarbejde, men når man skal til at realisere det gode samarbejde, er der ganske mange, der stadig væk foretrækker at blive i deres elfenbenstårne, og den udvikling, som man gerne ville fremme centralt, kommer altså en gang imellem til at lide skibbrud, hvis de enkelte personalekategorier og amter og kommuner ud fra økonomiske overvejelser ikke altid trækker i samme retning.

Fru Pia Dahl var ret så kritisk i sit indlæg og havde måske efter min mening ikke nogen særlig logisk opbygning af det. Hun startede med at sige, at nu var sundhedsministeren »omside« blevet færdig med denne redegørelse. Nu ved jeg ikke, hvor lang tid fru Pia Dahl ville have til at lave en sundhedspolitisk redegørelse. Jeg synes ærlig talt, at Sundhedsministeriet, der arbejder ret så interismistisk og endnu i dag ikke har fået tag over hovedet, har klaret det gevaldig godt. Det er et meget dygtigt arbejde, der ligger bag en redegørelse som den, vi i dag står med. Efter at have været etableret i 2½ måned i kontorer, hvor der end ikke eksisterede en telefon, må jeg sige, at jeg ikke kan acceptere fru Pia Dahls bemærkning om, at det omsider blev færdigt. Blandt andre luftige betragtninger var fru Pia Dahls sammenligning af redegørelsen med te, eller rettere sagt fru Pia Dahl udnævnte den til at være kogt vand. I tilknytning til dette skyndte fru Pia Dahl sig at sige, at den i øvrigt var meget ambitiøs og meget luftig. Nu har jeg egentlig kun hørt om kogt vand, at det er sundt, men om det ligefrem er noget, der kan sammenlignes med, at man er ambitiøs og luftig, ved jeg ikke. Jeg savnede oprigtig talt en linje i det, fru Pia Dahl egentlig ville give udtryk for.

Som fra andre er der også fra Fremskridtspartiets side blevet efterlyst mere konkrete planer. Jeg kan kun sige, at jeg havde naturligvis gerne fremlagt mere konkrete planer, men som sagt: efter 2½ måned er det ikke muligt at kon-

kretisere mere, så opgaven må være at tage de overordnede retningslinier. Men jeg vil sige, at blandt det mere konkrete ud over det, som tidligere er nævnt, vil vi komme med en samlet plan for det forebyggende arbejde. Her ligger det helt konkret og allerede udmøntet, at der under sundhedsministerens ledelse er blevet nedsat det, der hedder et Sundhedspolitisk Kontaktudvalg, der i samarbejde med indenrigsministeren, med socialministeren, med finansministeren ikke at forglemme, med repræsentanter for Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg Kommuner skal have den overordnede styring og koordinering inden for hele sundhedsområdet. Det er gået ganske hurtigt med at nedsætte dette udvalg, hvad jeg håber alle kan være tilfredse med. Det er faktisk gået så hurtigt, at der har kunnet indkaldes til det første møde i begyndelsen af februar, hvor en række af de ting, vi i dag har været inde på, vil blive drøftet med de implicerede parter. Her vil bl.a. også ventelisterne og en anden forebyggende ting, regeringens tobakspolitiske plan, blive forelagt.

Må jeg til slut til hr. Rosing, som var inde på nogle meget væsentlige spørgsmål vedrørende Grønland, sige, at det er rigtigt, at jeg var deroppe, desværre kun i 2 dage, mere var det ikke muligt, men at jeg agter mig derop igen her ved påsketid. Ved den lejlighed fik jeg selvfølgelig et indtryk af Grønlands sundhedsvæsen, som jeg ikke kunne acceptere. Jeg synes, der var mange ting, som unægtelig trængte til forbedring. Spørgsmålet var naturligvis, må jeg så sige, hvor pengene kommer fra til dette. Grønland overtager nu sundhedsvæsenet i begyndelsen af det nye år, formentlig da. Det skal drøftes i hjemmestyret. Jeg kan oplyse, at jeg under mit besøg deroppe fik det ordnet således, at Grønlands landsstyreformand og sundhedsministeren aftalte, at man i samarbejde mellem de grønlandske myndigheder og de danske myndigheder skulle prøve at gennemgå de problemer, sundhedsvæsenet i Grønland har, og opstille en prioriteringsplan med henblik på, i hvilket omfang og hvor hurtigt de kunne løses i relation til de økonomiske midler, der skulle sættes af. I denne forbindelse skulle også spørgsmålet om, hvorvidt Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk eller de mindre hospitaler skulle nyde den overordnede fremme, drøftes. Det er som sagt et område, jeg er meget interes-

[Sundhedsministeren]

seret i bliver vel og rimeligt tilgodeset i samarbejde med Grønland og Danmark.

Må jeg til slut sige, at jeg synes, at denne debat har ført os langt omkring. Det skulle den også gerne gøre, men jeg vil gerne gentage, at jeg mener, det er nødvendigt, at vi fortsat har sådanne debatter om mere generelle problemer. Jeg glæder mig til en fortsat drøftelse af dette vigtige område.

Torben Lund (S):

Jeg er selvfølgelig ked af det med, at Sundhedsministeriet har problemer med at få tag over hovedet. Det er jeg måske også selv medvirkende til, men vi er jo ressourcebevidste i Socialdemokratiet, og derfor var der nok grund til at overveje andre løsninger.

Så vil jeg i øvrigt gerne sige om de alternative behandlinger, at jeg er meget enig med sundhedsministeren i det, der er sagt. Jeg mener, at der er nogle alternative behandlinger, som tilsyneladende viser gode resultater, og som vi derfor naturligvis bør have opmærksomheden henvendt på, men vi skal også passe på, for der er andet på det, vi kalder det alternative behandlingsområde, som er rent kvaksalveri, som er svindel, som ødelægger folks helbred, som forhindrer, at relevante behandlinger sættes ind. Det ødelægger også folks økonomi, og derfor er det et kolossalt svært område, men vi indgår gerne i en diskussion af dette vanskelige emne.

Jeg er glad for fru Dagmar Mørk Jensens bemærkninger om, at det ikke bare er et sygehusvæsen, men et sundhedsvæsen, vi skal have opmærksomheden henvendt på fremover, og at en styrkelse af sundhedsvæsenet vil koste penge. Det synes jeg var en korrekt melding. Det er klart, at vi fremover må drøfte, hvordan vi så får disse penge sat af, men jeg synes, det er en erkendelse, der er god i forhold til den erkendelse, som regeringen tilsyneladende er nået frem til.

Det fremgår af sundhedsministerens redegørelse, at det efter regeringens opfattelse er en hindring for en styrkelse af forebyggelsen, at en forebyggelsesdebat meget ofte indledes med krav om øgede bevillinger og normeringer. Det viser jo noget om viljen til at gøre noget ved dette område. Jeg vil spørge sundhedsministeren, om det har givet sig udslag i, at man heller ikke er indstillet på – jeg tager det bare som et

eksempel – at sætte yderligere bevillinger af til Forebyggelsesrådet. Det er dog noget, der gøres en del ud af i redegørelsen, men får Forebyggelsesrådet øgede ressourcer og bevillinger til at lave et effektivt stykke forebyggelsesarbejde? Jeg kan spørge helt generelt: Hvilke statslige midler til forebyggelse vil sundhedsministeren afsætte?

Så vil jeg i øvrigt sige, at det må være en bizar oplevelse for repræsentanter eller medlemmer af faglige organisationer på forebyggelsesområdet at opleve ikke bare redegørelsen, men også nogle af de bemærkninger, der er faldet her under redegørelsesdebatten. Af redegørelsen fremgår det, at sundhedsfremme og forebyggelse skal være til gavn for hele befolkningen og ikke især for de ansatte i sundhedsvæsenet. Man tør nok sige, at her lurder sådan lige under overfladen et ønske om personalenedskæringer og i hvert fald en nedvurdering af de ansattes evne til at diskutere sundhedsvæsen og sygehusvæsen på et seriøst niveau.

Derudover har vi hørt indlæg her fra salen fra fru Birgith Mogensen og fru Pia Dahl, der priser den nye medicinaldirektør for hans særlige evne til at bruge ridepysken i forhold til personalet i vores sundhedsvæsen. Fru Pia Dahl fik vist også fremhævet hans udtalelser om strejkeretten på hospitalerne. Man får bange anelser over den udpegning, der er sket til medicinaldirektør, i særdeleshed når de væsentligste støtter under denne debat tilsyneladende skal komme fra fru Birgith Mogensen og fra Fremskridtspartiet.

Jeg vil i øvrigt sige om dette spørgsmål, at jeg er meget bekymret for, om vi fremover her i landet vil have et uafhængigt sundhedsfagligt, sundhedskyndigt organ, der kan vejlede befolkningen, som kan vejlede os som beslutningstagere, og som kan vejlede ude i sundhedsvæsenet på en kvalificeret måde. Jeg er virkelig bange for, at vi har fået tingene indrettet således, at Sundhedsstyrelsens vejledninger fremover også vil have politiske bindinger i sig.

Det må specielt være bizart for personalet rundt omkring i vores sundhedsvæsen at opleve, at fru Inger Stilling Pedersen glæder sig over, at personalet løber langt hurtigere og springer langt højere, end de i virkeligheden har arbejdsvilkår til og får løn for. Jeg synes, det havde været mere rimeligt, om vi havde prøvet at diskutere, om ikke vi skulle sætte nog-

[Torben Lund]

le ressourcer af til personale, sådan at de kunne yde den udmærkede indsats, de gør, inden for normale arbejdsrammer.

(Kort bemærkning).

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Nu kan alting jo misforstås og misfortolkes. Jeg mente det, jeg sagde, oprigtigt. Jeg kunne også ønske, der var nogle flere penge, så de fik bedre lønvilkår, men det var netop en ros til dem, at de på trods af deres vilkår gør dette stykke arbejde. Jeg mener faktisk, at de er for dårligt lønnet, men det er en anden diskussion. Vi skal ikke sige, at de så måske, som man kunne fristes til at sige, slækker lidt. Det er en hyldest til dem.

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Jeg synes, det bliver mere og mere besynderligt. Det, fru Inger Stilling Pedersen så må gå ind for, må jo være, at vi får nogle øgede bevilninger til sygehusvæsenet. Man kan ikke det ene øjeblik sige, at det er en vældig indsats, der ydes, og at de også skal have nogle bedre bevilninger, uden at fru Inger Stilling Pedersen også må tage konsekvensen og erkende, at det rent faktisk koster nogle penge at skaffe nogle normeringer og arbejdsvilkår, der kan være tilfredsstillende for personalet og i sidste ende til glæde for patienterne. Men vi glæder os til i en senere debat at høre fru Inger Stilling Pedersens reelle vilje til også at afsætte de ressourcer.

Birgitte Husmark (SF):

For os i SF er et af de væsentligste formål med en omstrukturering af sundhedsvæsenet, at der skal blive langt større tillid til, at man kan få den behandling, man har brug for, og på den måde, som man som bruger af sundhedsvæsenet synes er rigtig. Det kræver, at der kommer langt mere sammenhæng i sundhedssystemet, at det kommer tæt på brugerne. Derfor har vi, som jeg nævnte i mit første oplæg, stillet forslag om, at vi skal have en sundhedslov. Det skal ikke være en stor central sundhedslov, men en sundhedslov om den primære sundhedstjeneste, hvor SF ønsker, at sundhedsvæsenet skal praktiseres langt mere sammenhængende tværfagligt, end det i øjeblikket kan lade sig gøre, men ikke sådan, at privatpraktiserende læger

kan slå sig ned og arbejde i aldeles ophøjet ensomhed hver for sig. Det samme gælder i ret stor udstrækning også speciallæger. Her er præcis det samme problem. Her ønsker vi også, at der skal ske en helt anden sammenknytning mellem det primære sundhedssystem og, når det er nødvendigt, hospitalssystemet. Denne formidling kan, når det er nødvendigt, ske ved hjælp af speciallægerne indsats.

Vi glæder os i Socialistisk Folkeparti meget over, at Det Radikale Venstre også er indstillet på, at en omstilling af sundhedsvæsenet til en forebyggende indsats må kræve ekstra penge, i hvert fald i en overgangsperiode. Det er vi helt enige i og også i, at der selvfølgelig må ske en prioritering af de opgaver, som sundhedsvæsenet skal varetage. Den prioritering må vi politikere selvfølgelig være med til at foretage i håb om, at både vi og befolkningen kan blive rådgivet uafhængigt og kyndigt. Vi ønsker bestemt også, at befolkningen skal ind i debatten om, hvordan sundhedsvæsenet og det enkelte menneskes sundhed skal varetages.

Men vi kommer ikke uden om, at disse ting koster penge, og vi sidder stadig væk i den situation, at vores sundhedsminister ikke ønsker, at der skal bruges flere penge på dette område. Vi kan så kun gentage spørgsmålet: hvordan skal der så, når der skal ske den omlægning, som vi åbenbart er fælles om at ønske, både Socialdemokratiet og SF og regeringen, komme igennem med den, uden at der bliver afsat penge til videreuddannelse og også meget gerne socialmedicinsk forskning, som sundhedsministeren selv var inde på. Det glædede mig meget, at det netop var til forskning, som ikke er specielt lægespecialistorienteret. Det, vi er bange for, er stadig væk, at det kun bliver en del af sundhedsvæsenet, man fokuserer på, og ikke på den del, hvor de virkelig vanskelige problemer opstår, nemlig på arbejdsmiljøområdet. Her må vi med skam at melde sige, at det offentlige er faktisk også en stor synder på arbejdsmiljøområdet. Det gælder inden for sygehussektoren, hvor der sker en stor nedslidning i øjeblikket. Det sker også inden for andre offentlige områder. Man kan nævne asbestarbejdet på Foulum, der heldigvis er blevet stoppet, og man kan se de sidste virkninger nu på de arbejdere, som har været beskæftiget med at grave tunnelen under Københavns Havn og nu dukker op som arbejdsmiljøskadede personer med sten-

[Birgitte Husmark]

lunger. Hvis de forebyggende bestræbelser, som vi ønsker, skal i gang, skal der en bred indsats til. Det må sundhedsministeren forhåbentlig også anerkende og tage et meget kraftigt initiativ til.

Dagmar Mørk Jensen (RV):

Selv om den primære sundhedstjeneste er den, der bruger langt den mindste del af sundhedsudgifterne, er det alligevel den, de fleste borgere kommer i kontakt med. På det område har tandlægerne heldigvis vist os, hvordan resultater kan nås. De har givet os alle sammen et eksempel til efterfølgelse.

Den primære sundhedstjeneste bør fortsat hvile på praktiserende læger, mener vi, altså ikke på kommunalt ansatte, men vi ønsker mere lokal indflydelse på praksisplanlægning, der ikke altid forekommer patientvenlig. Naturligvis ønsker også læger menneskelige arbejdsvilkår, og et af midlerne hertil er lægehuse. En følge af disse lægehuse er undertiden voldsomt lange afstande til nærmeste læge, ikke mindst i vagttiderne, og da ambulancebetjeningen ofte er tilsvarende dårligt fordelt, skaber det ofte ulykke.

I hvert fald i Jylland har vi bestemt os for, at vi vil beholde den decentrale sygehusdækning vel vidende, at det koster, og at det betyder, at vanskelige tilfælde må behandles længere væk. Den tankegang kunne man måske overføre til debatten om transplantationer. Nu er det heldigvis en debat, der ikke er afklaret. Jeg synes heller ikke, der er grund til særligt at fremskynde den. Kommer der på et eller andet tidspunkt en aftale om, at man skal have transplantationer i Danmark, er det altså ikke givet, at alle specialer inden for dette felt skal findes netop i Danmark med vort relativt beskedne befolkningstal. Man kunne overveje et skandinavisk samarbejde.

Vi står fast på, at serviceniveauet i såvel sygehusvæsenet som den primære sundhedstjeneste skal afgøres lokalt. Vi tror, de mindre sygehuse kan indgå i et koordineret sundhedsvæsen, ikke mindst hvis man går i gang med med nogle af Lotzudvalgets anbefalinger og samtidig får en ny generation af overlæger, der er lidt mindre autoritetsbevidste.

Speciallægerne rolle i det system må analyseres og tilrettelægges. Vi tror, at ved en fornuftig planlægning kan de få en betydelig rolle i det fremtidige sundhedsvæsen.

Det er også klart, at der til ethvert sundhedsprogram hører forskning, dels for at lægerne kan holde deres viden ajour, dels for at fremskridtene kan fortsætte. Men det er lige så vigtigt at få resultaterne populariseret, så borgerne ved, hvilke forventninger de kan stille til sundhedsvæsenet. Trods alt kan ikke alting klares og slet ikke omgående.

Så havde jeg en fornemmelse af, at Grønlands sundhedssystem måske kunne trænge til en gennemgang, inden vi efter hjemmestyrets ønske afleverer ansvaret herfor til hjemmestyret. Vi har så også i dag fået at vide, at denne fornemmelse var temmelig rigtig. Jeg håber, jeg kan forstå ministerens udtalelse på den måde, at hun er indstillet på at finde en løsning.

Vort sundhedsvæsen, vil jeg gerne slutte med at sige, er ikke udsultet, og det er ikke dyrere, end det kunne forventes, men behovet er steget på grund af de tekniske muligheder, så man nu tager fat på nye områder, der før ansås for at være håbløse. Desuden gør de nye stoffer, at nye problemer opstår. Derved får man de uønskede ventelister og undertiden forventninger, der ikke kan opfyldes, og det kan betyde unødige skuffelser.

Derfor er der brug for mere åbenhed og klarhed i vort sundhedsvæsen. Derfor er der brug for initiativer nu, og Det Radikale Venstre agter meget hurtigt at fremsætte et beslutningsforslag herom.

Ib Jakobsen (FK):

Man oplevede den sædvanlige facon fra ministerens side, når det gjaldt om at lægge ansvaret fra sig. Det er da rigtigt, hvad ministeren siger, at sygehuskommunerne, amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg Kommuner ikke skal fritages for ansvaret, når vi taler om nedskæringer og forringelser inden for sundhedssektoren. Vi kunne heller aldrig drømme om det, for amterne, hvad enten de ledes af borgerlige partier eller af Socialdemokratiet, er villige til at føre kniven videre; vi oplever, at man velvilligt i amtskommunerne viderefører de direktiver, som er blevet udstukket af regeringen.

Men der er jo ikke, som ministeren forsøger at illustrere det, tale om decentralisering. Hvis der skulle være tale om decentralisering, skulle der også være de økonomiske muligheder for amterne for at føre en fornuftig politik på sund-

[Ib Jakobsen]

hedsområdet. Det kan jo ikke hjælpe, når regeringen og et flertal i Folketinget pålægger amterne og kommunerne nogle vilkår, som gør det umuligt for dem at opfylde deres opfattelse af ansvarlighed, at man bagefter kommer, når de har fået gjort deres betingelser så umulige, og siger, at det, der foregår, er deres skyld.

Det overordnede ansvar ligger hos Folketinget, hos regeringen og hos det flertal i Folketinget, som har været med til at gennemføre de forordninger, der er sket i amterne og kommunerne.

Hvad angår det, som ministeren sagde vedrørende mine ord om drastiske nedskæringer, vil jeg gerne skære det ud i pap for ministeren. Jeg vil gerne bede hende om at erkende og konstatere, at det, der er tale om, hvad angår udgiftsniveauet, er, at der i sygehussektoren er tale om udgiftsstigninger pr. år samlet på 1 pct. Jeg vil også gerne have hende til at konstatere, at for at fastholde det udgiftsniveau på 1 pct. har man været nødt til at skære ned i serviceydelserne. Nu ved jeg godt, at når jeg taler om »drastiske nedskæringer«, er det, fordi jeg har et andet syn på konsekvenserne af nedskæringer, end ministeren har, så lad os lade være med at kalde dem drastiske. Jeg synes, de er det; der er tale om væsentlige nedskæringer. Jeg vil da gerne bede ministeren om at erkende, at der er tale om nedskæringer i serviceydelserne, og at de stigninger, der er i udgifterne, er på 1 pct., altså mindre, end man kan forestille sig i andre sektorer.

Hvis hun ikke kan sige, at det er sådan, vil jeg foreslå, at hun beder indenrigsministeren om at fyre det udvalg, han har nedsat med det ene formål at belyse disse ting, idet det er fra disse kilder, man har fået oplysningerne.

Jeg vil også gerne sige vedrørende hendes syn på de private hospitaler, at der er for vores vedkommende ingen tvivl om, at det, regeringen sigter efter, er at få de samme synspunkter gjort gældende i befolkningen, som man udstikker fra EF, nemlig at man skal deltage i de harmoniseringsbestræbelser, som foregår, få nedbrudt det offentlige sygehus- og sundhedsvæsen og få gennemført det private sundhedssystem. Det er efter vores opfattelse, hvad regeringen sigter efter. Det drejer sig selvfølgelig om penge og økonomi, og vi har vel aldrig oplevet sundhedsministeren sige, at nu skal vi være villige til at yde de nødvendige midler. Det

skulle være – måske – i et enkelt tilfælde, nemlig i hendes start af ministerperioden, da hun skabte en masse ballade i Sundhedsstyrelsen, da hun ville trænge sig ind med sig selv og sin stab på 70 mennesker i sit ministerium. Da kunne hun ikke få plads nok, og der var ikke grænser for, hvad der skulle ydes af offentlige bevillinger, for at hun kunne få det, som hun ville have det. Man kan naturligvis stille sig spørgsmålet: Hvad skal madammen med 70 mennesker i sit ministerium?

Formanden:

Jeg håber ikke, det er ministeren, der omtales på den måde.

Ib Jakobsen (FK):

Åh, undskyld. Hvad skal fru. . .

Formanden:

Ministeren.

Ib Jakobsen (FK):

Ministeren? O.k. Hvad skal hun bruge disse 70–80 mennesker til? Hun kunne nøjes med at ansætte en 10–20 stykker. Mere skal der vel ikke til for at gennemføre disse nedskæringer, som hun går ind for. I stedet for kunne man ansætte eksempelvis 50 nye læger. Man kunne naturligvis også tage skridtet fuldt ud og videreføre besparelserne. Hvis man skulle følge ministerens perspektiv, hvad angår sundhedssektoren og specielt sygehussektoren, kunne hun nøjes med at ansætte en bøddel. På den måde kunne vi altså spare en 70–80 mennesker i et fuldkommen unyttigt ministerium.

Pia Dahl (FP):

Det kan godt være, at ministeren ikke synes, at 2½ måned eller 4 måneder er særlig længe, men jeg tror, at de, der venter på at blive opereret for en eller anden slem lidelse, synes, det er meget længe. Set fra offentlighedens synspunkt kan det se ud, som om ministeren har haft vældig travlt. Det har vi ikke mærket særlig meget til her i Tinget, så jeg må nok sige, at travlheden måske mest har gået på at markedsføre sig selv som sundhedsminister. Det er da rigtig dygtigt gjort, og min største compliment til sundhedsministeren for det.

[Pia Dahl]

I forbindelse med Fremskridtspartiets overordnede sundhedspolitiske synspunkter skal jeg henvise til efterårets debat, hvor vi fremlagde en hel del af vore synspunkter på området. Jeg er lidt ked af, at sundhedsministeren i så høj grad, som hun gør, lægger ansvaret over på amterne. Derfor forstår jeg egentlig ikke rigtig, hvorfor vi har fået et sundhedsministerium. Vi har en decentral styring, ja. Men vi må have en overordnet styring, og den må nødvendigvis komme fra Sundhedsministeriet.

Jeg skal ikke undlade at sige til ministeren, at jeg er glad for ministerens udtalelser om de alternative helbredelsesmetoder. Vi er enige om de allerfleste ting i denne redegørelse, som sundhedsministeren har givet. Det, jeg og Fremskridtspartiet kritiserer, er: Hvornår kommer der handling bag ordene, hvornår sker der noget?

Når jeg har sagt, at jeg synes, hele foretagendet er ret ambitiøst, vil jeg gerne gentage for sundhedsministeren, at det skyldes, at redegørelsen ikke giver en løsningsmodel. Vi får ikke at vide, hvordan sundhedsministeren reelt vil opnå denne fysiske, psykiske og sociale velfærd for den enkelte borger.

Så må jeg gentage mine spørgsmål, som jeg ikke har fået svar på. Det allervigtigste spørgsmål til sundhedsministeren er: Er den politiske vilje til stede til at oprette et omkostningsregistreringssystem på det enkelte hospital, eller skal jeg forstå ministeren på den måde, at hun ikke anser disse tal for nødvendige for den politiske beslutningsproces?

Derudover spurgte jeg også om, hvorvidt sundhedsministeren havde gjort sig tanker om, hvorledes hun vil skaffe midlerne til sit forebyggelsesarbejde, og om der var taget højde for de kolossale summer, der vil blive nødvendige til behandlingen af AIDS i Danmark.

Jeg vil være glad, hvis jeg kan få helt klart svar på disse forholdsvis enkle spørgsmål.

Sundhedsministeren (Agnete Laustsen):

Flere har også i anden omgang været inde på det, der naturligvis ikke er uvæsentligt, når man ønsker at omstille den sundhedspolitiske indsats fra helbredelse til forebyggelse, nemlig hvor midlerne kommer fra til dette, og om det er regeringens hensigt at søge om øgede midler til specielt dette formål.

Må jeg ikke gøre opmærksom på – det fremgår også af redegørelsen – at forebyggelse ikke udelukkende er et område, der ligger inden for Sundhedsministeriets rammer – jeg nævnte i første omgang også det bolig-mæssige, det arbejdsmiljø-mæssige, sikkerhed med hensyn til produkter og andre ting – og det vil sige, at den prioritering, der skal foretages, også vedrører andre sektorer. Der er også allerede inden for disse sket en ganske stor opprioritering af forebyggelsesområdet, og der er også stillet ganske store midler til rådighed. Jeg vil gerne gøre opmærksom på, at der også inden for ministeriet allerede er tilført midler, idet der bl.a. er sket det, at Forebyggelsesrådet nu er blevet permanent, og også Tobaksskaderådet er som bekendt blevet oprettet. Begge råd har naturligvis fået tilført midler og skal også udføre en hel del af de fremadrettede opgaver, som hænger sammen med forebyggelse. Dernæst må øgede midler til forebyggelse komme i naturlig sammenhæng med, at der forhåbentlig ikke mere – hvis det da ellers er lykkedes os at løse opgaven – sker den store henvisning til sygehussektoren, som er den virkelig økonomisk krævende del af sundhedssektoren i dag. Det er den udvikling, der skal sættes på.

Jeg kunne måske lige sige til hr. Ib Jakobsen, som endnu en gang bad mig om at svare på, om der var sket nedskæringer inden for sygehussektoren, at jeg tidligere har bekræftet, at dette ikke var tilfældet, hvilket de tørre tal beviser. Men når hr. Ib Jakobsen så henviser til, at der er skåret ned inden for diverse servicetilbud på en række områder, vil jeg endnu en gang gentage – det kan åbenbart ikke ske ofte nok – at sygehusvæsenet er decentralt, og hvis hr. Ib Jakobsen måtte have erfaret, at der inden for et eller andet amt er sket en nedskæring inden for en eller anden funktion, er det, fordi det pågældende amt har vurderet, at denne skal nedprioriteres på bekostning af noget andet. Dette er som sagt et led i den decentralisering, som jeg i øvrigt finder meget væsentlig inden for dette område. Jeg finder, at alt, hvad der har med behandling og med patientpleje at gøre, bør finde sted så nær patienten som overhovedet muligt. Det er også dér, man får den bedste indsats.

Jeg kan også godt sige, at jeg ikke umiddelbart har til hensigt at foreslå ansættelse af flere læger, uanset hvor mange eller hvor få hr. Ib Jakobsen regner med at Sundhedsministeriet ad-

[Sundhedsministeren]

ministrativt kan klare sig med, idet jeg kan oplyse, at antallet af læger alene i tidsrummet 1980–85 er steget med 23 pct. Det er altså ikke lige den vej, jeg vil anbefale at man går.

Fru Pia Dahl, som erkender, at der skal være et decentralt ansvar, spørger: Jamen hvad skal Sundhedsministeriet så egentlig gøre? Og dertil vil jeg gerne sige, at Sundhedsministeriet skal gøre lige præcis det, fru Pia Dahl selv efterlyser, nemlig have den overordnede og den koordinerende styring. Det er det, vi agter at gennemføre ved det udvalg, som jeg fortalte var blevet nedsat, Det Sundhedspolitiske Kontaktudvalg, da vi på det politiske plan mener det er muligt at få en bedre styring inden for hele dette område. Det er som sagt tanken bag ministeriet – på dette område i alle tilfælde.

Så efterlyses der et omkostningsregistrerende system på hospitaler. Jeg erkender, at vi nok i dag mangler taloplysninger på mange områder, om end vi i vidt omfang er forsynet med sådanne. Det er noget, jeg gerne vil være med til at opprioritere. Jeg kan sige, at jeg også gerne vil gøre det, fordi jeg ved denne lejlighed kan oplyse, at en af de ting, som vil indgå i ministeriets nye struktur, er ansættelse af økonomisk sagkyndige planlægningsfolk, og det er bl.a. dem, som skal være med til at give Sundhedsministeriet den vægt og den betydning, det gerne skulle få. Som følge af ansættelsen af disse specielt sagkyndige mennesker skulle det nok også være muligt at nå frem til at få en større mængde tal om de meget vigtige områder, så vi fremtidig bedre kan styre det hele.

Til slut spurgte fru Pia Dahl mig om indsatsen på AIDS-området. Jeg kan fortælle, at de midler, der er afsat til dette specielle formål, er steget fra 85 mio. kr. sidste år til 120 mio. kr. i år. Jeg kan også sige, at det, indsatsen vil komme til at gå på, i højere grad nu vil blive de særlig udsatte grupper. Det er ikke for at skabe frygt og rædsel for sygdommen, men for at søge at forebygge den specielt i de grupper, som vi nu ved er særlig udsat.

Må jeg til slut sige, at baggrunden for oprettelsen af Sundhedsministeriet er, at vi skulle være i stand til bedre at opfylde befolkningens forventninger om et velfungerende sundhedsvæsen. Der er sat meget store midler af til vores sundhedsvæsen, ca. 35 mia. kr. om året. Der kan gøres en bedre indsats, end der gøres i dag, hvis disse midler styres på en bedre måde, hvis

der skabes den fornødne koordinering befolkningsgrupperne imellem, arbejdsgrupperne imellem og ikke mindst på det politiske plan.

(Kort bemærkning).

Ib Jakobsen (FK):

Jeg vil gerne spørge ministeren, om hun overhovedet har læst den betænkning, jeg henviser til – det forudsætter naturligvis, at hun overhovedet kan læse. Men hvis hun har, vil hun kunne se, at de nedskæringer i serviceydelserne, jeg taler om, ikke drejer sig om bare en tilfældig nedgang i det ene eller det andet amt. Man kan tage et eneste eksempel: Hvis man ser, hvad der er sket med de medicinske forundersøgelser i forbindelse med hjerte-kar-sygdommene, er det generelt, og det udtryk, som, så vidt jeg husker, bliver brugt i betænkningen, er, at ventetiden er steget drastisk, og det er altså generelt over hele linien, måske på nær i hovedstadsområdet.

Hvad angår muligheden og behovet for ansættelse af nye læger, så foreslog jeg, at man kunne bevilge dem ved at smide et par udelige embedsmænd i ministeriet ud. Et eksempel: Hvis man tager Århus Amt, der har kapacitet til teknisk vanskelige operationer, også når det gælder hjerte-kar-sygdommene, så har man hele den tekniske side af sagen i orden, men man har ikke lov til at ansætte det nødvendige personale, som man har uddannet. Hvis man gjorde det – og det drejer sig altså om at få læger, fru minister! – ville man, det er oplyst af formanden for Sygehusudvalget i Århus Amt, alene i det område kunne spare 40 menneskeliv om året. Det er altså det, man taler om, det er spørgsmålet om liv og død, og det var vel ikke urimeligt, om man smed et par af de dér fjolser i ministeriet ud og brugte midlerne til at ansætte noget af det nødvendige personale på sygehuse.

Første næstformand (Knud Østergaard):

Ordføreren har jo selv en enestående mulighed for at fastsætte niveauet for debatten. (Ib Jakobsen (fra salen): Det skal vi nok tage vare på!). Jeg beder vedkommende om, hvis han vil forblive i salen, at lade være med at komme med tilråb til formanden.

Hermed sluttede forhandlingen.

Den næste sag på dagsordenen var:

3) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 67:

Forslag til folketingsbeslutning om forbud mod markedsføring og reklamering for tobak og spiritus.

Af Berlau (FK) m.fl.

(Fremsat 17/12 87).

Forslaget sættes til forhandling.

Forhandling

Sundhedsministeren (Agnete Laustsen):

Som det er fremgået af den sundhedspolitiske redegørelse, vi netop har haft til forhandling, vedkender regeringen sig til fulde, at det sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende arbejde må styrkes. Den fornemste opgave er at forhindre, at sygdomme opstår. Det er en opgave for hver enkelt af os, men det er også en opgave for det offentlige.

Vi ser for øjeblikket en interesse, ja man kan vel næsten kalde det en bevægelse fra sygdomsbevidsthed mod sundhedsbevidsthed. Denne forståelse for, at hver enkelt gennem sin livsstil, kost, motion, tobak, alkohol m.v., selv kan vælge en sundere tilværelse, er kun opnået gennem oplysning og motivation. Derfor er det en fortsat sundhedspædagogisk indsats, der skal til. Livsstils sygdommene bekæmpes efter regeringen opfattelse ikke ved forbud.

Derfor kan regeringen ikke tilslutte sig Fælles Kurs' forslag om forbud mod markedsføring og reklamering for tobak og spiritus. Vores holdning bygger på tillid til, at det enkelte menneske selv kan og bør tage ansvaret for sit forbrug valg, og jeg nærer ingen frygt for, at vi af den grund taber forebyggelsen af syne.

Vi har i øvrigt nu på begge områder lovfæstede rådgivende organer: Alkohol- og Narkotikarådet og Tobaksskaderådet, hvis opgave primært er – i første række gennem oplysning – at bidrage til at fastholde og udbygge den forebyggende indsats.

Markedsføring og reklamering er helt naturlige led i vores dagligdag, kun underlagt de begrænsninger, som i første række findes i markedsføringsloven og i øvrigt i en række speciallove vedrørende f.eks. medicinalvarer suppleret med frivillige aftaler.

Dette system finder regeringen ikke grundlag for at fravige, ej heller når det drejer sig om markedsføring og reklamering for tobak og spiritus. Erhvervsorganisationerne har i øvrigt allerede vist en positiv vilje til ad frivillighedens vej at være med til at opstille rimelige rammer og begrænsninger for markedsføring og reklamering, som overvåges af forbrugerombudsmanden. Således har tobaksindustrien, senest i 1980, selv fastlagt regler for markedsføring af tobaksvarer, der bl.a. sætter grænser for, hvordan annoncering i dagblade og tidsskrifter kan ske, hvor anden markedsføring må finde sted, og hvilke personer der må optræde i forbindelse med markedsføringen. Disse regler er i øvrigt i 1986 ved aftale mellem tobaksindustrien og Indenrigsministeriet blevet suppleret med regler om reduktion af tjæreindholdet i cigaretter samt om styrkeangivelse og advarselstekst på cigaretpakninger og i annoncer.

Tilsvarende har producent- og detailhandelsorganisationerne på alkoholområdet, senest i 1987, i samarbejde med forbrugerombudsmanden fastsat retningslinier vedrørende reklame for øl, vin, spiritus og andre alkoholholdige drikkevarer.

Det er regeringens vurdering, at man i kraft af disse aftaler allerede har opnået, at markedsføringen ikke rettes særlig mod svagere grupper som f.eks. børn og unge eller optræder i sammenhænge eller med et indhold, som kan virke stødende.

Det er i øvrigt lidet sandsynligt, at det forbud, man ønsker, vil have den tilsigtede positive virkning på folkesundheden. Det er i dag sådan, at det er den enkelte producent, der står for markedsføring og reklamering, men der er ikke så meget, der tyder på, at det samlede forbrug af en vare, der som tobak eller spiritus ikke er ny, vokser på grund af en mere intensiv markedsføring og reklamering. Der er med andre ord i første række tale om forskydninger i forbrugernes valg mellem forskellige mærker. Hertil kommer for tobakkens vedkommende, at et markedsførings- og reklameforbud ville svække mulighederne for ad denne vej at påvirke forbrugerne til at foretrække cigaretter med lavere indhold af skadelige stoffer.

Debatten om den sundhedspolitiske redegørelse har som sagt vist, at der er enighed om, at oplysning og frivillighed er grundlaget for den offentlige indsats, når vi taler om forebyggelse.