

[Britta Schall Holberg]

privat praksis uden for sygehusene. For det tredje skal vi bruge ambulat behandling så meget som muligt. For det fjerde skal vi effektivisere arbejdsgangen på sygehusene. For det femte må vi have en øget omkostningsbevidsthed i hele vores sundhedssystem. Og for det sjette – og det er ikke det mindst vigtige – må sundhedsvæsenet ikke belastes af det stadig voldsommere alkoholforbrug, vi har, ligesom vi ikke til stadighed kan acceptere, at så mange kommer til skade i trafikken f.eks., som tilfældet er.

Jeg har aldrig kunnet forstå, at vi på disse to områder fuldstændigt lukker øjnene for, at vi her har nogle voldsomme ting, som vi godt kunne rette op på, hvis vi gjorde noget for det. Det er to virkelig omkostningskrævende områder, som betyder mange udgifter i sundhedsvæsenet. Alkohol koster mellem 5 og 6 mia. kr. om året alene i sygehusbehandling. Hertil kommer alle de sociale og menneskelige problemer, der følger af dette alkoholforbrug. Det var i øvrigt noget, vi kunne satse nogle forskningspenge på: Hvordan kan det være, at mennesker føler behov for et sådant alkoholmisbrug? Derudover kunne man i høj grad forestille sig et større internationalt samarbejde om behandlingen. Men vi kunne også starte herhjemme. Det er jo ikke nødvendigt, at hvert amt kan det hele, men det er nødvendigt, at man ved et samarbejde over amtsgrænserne sikrer den mest kvalificerede og specialiserede behandling og apparaturudnyttelse, ligesom et tættere samarbejde mellem amt og kommune er bydende nødvendigt på sundhedsområdet.

Amterne kan imidlertid ikke klare denne opgave, hvis der ikke ved forhandling af overenskomster, løn og arbejdstilrettelæggelse fra Finansministeriet og fra amterne sikres en så fleksibel arbejdsgang som overhovedet muligt. Her har også Folketinget en forpligtelse.

Det, jeg har sagt, kan jeg måske konkludere på den måde, at det ikke er rimeligt, at vi prioriterer ved at afskære os fra at behandle mennesker, fordi vi ikke har fået sørget for, at vi inden for det givne system bruger pengene bedst og mest fleksibelt. Det bliver nemlig borgerne, der kommer til at betale med deres liv eller deres livskvalitet, hvis vi ikke sørger for at få de interne forhold bragt i orden.

Dagmar Mørk Jensen (RV):

Prioritering er ikke et nyt problem for sundhedsvæsenet. F.eks. beskæftigede det Zeuthenudvalget, der i 1977 afgav betænkning nr. 809, og hvori der bl.a. sad folk som hr. Palle Simonsen og fru Ebba Strange. Dette udvalg konstaterede – og jeg tillader mig at citere – »at sundhedsvæsenets forskellige sektorer fortsat i vid udstrækning fungerer uden tilstrækkelig indbyrdes koordination«, og – et nyt citat – »at en stadig øgning af ressourceforbruget i undersøgelses- og behandlingssektoren ikke automatisk giver sig udslag i en stadig øgning af sundhedstilstanden målt ved dødelighed eller middellevetid.«

Så vidt kom man altså allerede dengang. I mellemtiden har flere, også medlemmer af dette Ting, bidraget til, at ordet prioritering har fået en lidt forkert klang i forbindelse med netop sundhed; det kan derfor være på sin plads at minde om, at prioritering, som flere har været inde på det, faktisk betyder at beslutte rækkefølge, med andre ord planlægning. Det er ikke ensbetydende med at udelukke noget. Planlægning er vel netop, hvad der trænges til inden for sundhedsvæsenet, og det gælder på alle områderne: forebyggelse, behandling og forskning.

Hvem skal så planlægge og efter hvilke kriterier? Hidtil har der også været prioriteret, og det har stort set været efter lægelige kriterier. Nu ønsker de samme læger, at politikerne skal deltage i denne prioritering ved at fastlægge niveauet i kraft af de ressourcer, der stilles til rådighed for sundhedsvæsenet. Størrelsen af disse midler har i de senere år været fastlagt af amterne ud fra samfundets almindelige ønsker om decentralisering, men lægernes dygtighed og de tekniske muligheder har vanskeliggjort denne arbejdsdeling. Alt i alt kan det således være nødvendigt med en generel vurdering af den rækkefølge, hvori man skal tage fat på forbedringer, og her kunne det være en mulighed at skele til den norske debat om emnet.

Det er klart, at livreddende behandling kommer i første række, men allerede som nummer 2 medregner nordmændene hele plejesektoren, både for sunde og for syge, idet man har den opfattelse, at et tilfredsstillende niveau her i sig selv vil mindske presset på de andre kategorier.

Efter Det Radikale Venstres opfattelse er det et udmærket eksempel på forebyggelse i praksis.