

[Sundhedsministeren]

At definere sundhedsfremme så ensidigt som handlemuligheder hos den enkelte finder jeg ligesom forslagsstillerne vil være forkert, og jeg mener også, det vil være bekymrende for forebyggelsesindsatsen. Tænkemåden overser i alt for høj grad – som også Middellevetidsudvalget påpeger – at der er forskel på dødeligheden og forekomsten af sygdom mellem forskellige befolkningsgrupper.

Levevilkår er her et nøgleord. Levevilkår, der sætter grænser for den enkeltes muligheder for at vælge et sundt liv, er et aspekt, som naturligvis bør inddrages i det forebyggende arbejde. Vi bør altså arbejde, som også forslagsstillerne er inde på, efter WHO's, Verdenssundhedsorganisationens, brede sundhedsbegreb.

Eksempelvis indgår der i flere og flere job monotont arbejde i et stressende og opskruet arbejdstempo, vi kender til støj- og luftforureningsproblemer i arbejdsmiljøet, og vi kender boligområder, hvor der er problemer, som giver nogle grupper langt større vanskeligheder end andre. Også de sidste mange års voldsomt stigende udstødelse fra arbejdsmarkedet har medført, at store grupper af borgere risikerer at blive isoleret fra samfundslivet.

Det gælder derfor primært om at afhjælpe de tab af kræfter og de begrænsninger i valgmulighederne, som dårlige levevilkår ofte fører med sig. Vi må rette søgelyset mod de kritiske livsomstændigheder og de vanskelige levevilkår. De har nemlig i særlig grad en begrænsende og negativ indvirkning på både evnen til og mulighederne for at tage de nødvendige hensyn til helbredet.

Det er meget tilfredsstillende, at Middellevetidsudvalgets arbejde viser, at forebyggelsen fagligt set er på rette spor både centralt og lokalt. Men det skal naturligvis ikke udvikle sig til en sovepude, og derfor vil regeringen allerede i år i forbindelse med finanslovsforslaget for 1995 lægge op til, at der afsættes øgede midler til styrkelse af den forebyggende indsats.

Men der er ikke blot behov for generelt at øge ressourcerne til forebyggelse. Selve fundamentet og hovedprincipperne for retningen i forebyggelsespolitikken skal have en ny kurs. Vi må i højere grad sigte mod en målrettet indsats for de svage, de udstødte og dem, der på anden måde befinder sig i en risikogruppe. Det kræver, at sundhedsmæssige hensyn indgår

med større vægt på næsten alle samfundsområder.

Som forslagsstillerne ganske rigtigt påpeger, skal der en koordineret indsats til, hvor sektorerne går sammen om problemernes løsning. Det sygdomsbillede, vi har, viser, at sygdomsårsager ikke respekterer sektorgrænser. Sundhedsmæssige hensyn må indgå med større vægt på mange samfundsområder uden for sundhedsvæsenet.

Sundere rammer i skolen, på arbejdspladsen, i boligens indretning og i vore omgivelser skal skabes i et samarbejde mellem centrale og lokale offentlige myndigheder og bl.a. også organisationerne på arbejdsmarkedet. Det kræver en langsigtet og tværgående indsats ikke alene på statsligt niveau, men også i langt højere grad lokalt i kommunerne og amtskommunerne. Det stiller store krav til ledelse, til koordinering og til samarbejde mellem sektorerne i hver enkelt kommune og amtskommune.

Dette meget vigtige element i det forebyggende arbejde har fået, kan vi sige, en noget tilbagetrukket plads i beslutningsforslaget, som baserer sig meget på, at staten skal være den primære drivkraft i varetagelsen af den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende opgave.

Jeg vil godt om det regionale og det lokale sige, at vi har fået nye bestemmelser om sundhedsplanlægning. De trådte i kraft den 1. januar i år, altså for knap to måneder siden. Her har Folketinget givet forebyggelsesarbejdet en egentlig politisk forankring i kommuner og amter. Kommunal- og amtspolitikkerne skal nu også påtage sig deres formelle del af ansvaret. Det er blevet et lovkrav, at forebyggelsesindsatsen skal beskrives og gennemdrøftes i sin helhed i det enkelte amtsråd og den enkelte kommunalbestyrelse.

Forebyggelse og behandling for alkoholmisbrug er blandt de særligt udpegede planlægningsstemaer. Det planlægningsarbejde, der nu er sat i gang, vil forhåbentlig bidrage til at styrke det lokale engagement i indsatsen for forebyggelse og sundhedsfremme, og det vil være helt afgørende, at det kan ske. Men planlægningsarbejdet vil samtidig skabe bedre muligheder for opsamling og formidling af lokale erfaringer med forsøg og projekter. Også her er jeg enig med forslagsstillerne – denne proces med opsamling og formidling af lokale erfaringer