

1997, at udgiften pr. barn i 1998-priser vil være ca. 200 kr. Det vil så sige, at sundhedsministeren da har ret, når han siger, at det vil være ca. 12 kr. årligt.

WHO anbefaler også indførelse af hørescreening, og det samme gør eksperter herhjemme og i udlandet. Der er ca. 100 børn om året, der vil få gavn af et sådant tiltag.

Hvis man så holder det op imod de udgifter til livslang kompensation for høretab – hvad koster det ikke samfundet? – så synes jeg i realiteten, at det er et billigt forebyggende initiativ, for slet ikke at tale om det tab af livskvalitet, det er ikke at kunne kommunikere med andre mennesker. Det er et reelt stort problem.

Så har jeg jo også lyttet til spørgsmålet om, hvorvidt jeg sygeliggør en hel fødselskohorte. Det har jeg da ikke tænkt mig at gøre. Derfor vil jeg i udvalget meget gerne fremlægge de forslag, der ligger til uddannelse af sundhedsplejerskerne til at varetage den her opgave, sådan at man ikke får sygeliggjort det eller kan lægge andre ting i det.

Jeg er meget glad for, at ministeren var imødekommende, når det drejer sig om at sætte fokus på området, og der er da også grupper, som umiddelbart er risikogrupper. Det ved vi. De er at finde i mange forskellige miljøer. Man har efterhånden også en idé om hvor. Og hvis man fra styrelsens side gerne vil undersøge det, vil jeg være glad, hvis man så også derudover vil give amterne incitamentet til at gå videre med det og lave de egentlige undersøgelser. For hvis man fik en profil af de særligt udsatte grupper, så er man da kommet et stykke længere, når nu man ikke vil screene. I øvrigt tror jeg ikke, at der blæser milde vinde vedrørende screening i øjeblikket. Jeg kan da klart mærke, at det er ikke det, man skal komme med.

Jeg kan ikke lade være med at sige, at det ikke er så længe siden, at vi havde den debat om screening for brystkræft og screening i al almindelighed. Det rinder mig sådan i hu, når nu jeg står her. Og der kan jeg da huske, at vi diskuterede akkurat de samme ting: Kunne det nu svare sig at sygeliggøre alle de her mennesker for at finde nogle enkelte? Det kan man have forskellige opfattelser af.

I CD har vi altså en meget klar opfattelse af, at forebyggelse er en rigtig god ting. Forebyggelse er en rigtig god ting, fordi den sparer utrolig mange mennesker for tab af helbred, tab af livskvalitet. Den sparer også samfundet for udgifter

til behandling af ting, som vi kunne have gjort noget ved.

Jeg vil takke de ordførere, som har været positive over for forslaget. Jeg kan regne ud, at det, der er sket, er, at man stort set støtter det stykke arbejde, som ministeren var så venlig at skitsere, så man kan gå tættere ind og finde risikogrupperne.

Selvfølgelig havde vi da hellere set, at man havde sagt, at det vel nok var en rigtig god idé at få sådan en screening, men så heldig kan man jo ikke være på sådan en mandag eftermiddag og aften.

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

Formanden:

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

Den næste sag på dagsordenen var:

7) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 148:

Forslag til folketingsbeslutning om udbygning af registret for knoglemarvsdonorer.

Af Birthe Skaarup (DF), Ester Larsen (V), Henriette Kjær (KF) og Yvonne Herløv Andersen (CD).

(Fremsat 15/3 2001).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Sundhedsministeren (Arne Rolighed):

Beslutningsforslaget pålægger regeringen inden udgangen af indeværende folketingssamling at iværksætte en udbygning af registret for knoglemarvsdonorer med henblik på at bringe antallet af donorer op på ca. 20.000 over en 3-års-periode.

Forslaget begrundes med et ønske om at styrke behandlingen af kræftpatienter i Danmark samt et ønske om, at Danmark kan bidrage mere til det internationale samarbejde om knoglemarvsdonorer. Der henvises endvidere til fi-