

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

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

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

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

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

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

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

gjorde meget opmærksom på, at man skulle passe på.

Kl. 17.45

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

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

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

(Kort bemærkning).

Naser Khader (RV):

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

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

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