

## Af industriministeren:

### Til § 1

Efter »lovbekendtgørelse nr. 309 af 3. august 1965,« indsættes: »samt lov nr. 151 af 10. maj 1967«.

### Bemærkninger

Ved den omhandlede lov nr. 151 af 10. maj 1967 om ændring af lov om rettens pleje er betryggelseslovens § 7 om påtale ved sø- og handelsretten i København i tilfælde af overtrædelse af loven ophævet.

Lovforslagets paragraffer, ændringsforslaget og spørgsmålet om lovforslagets overgang til tredje behandling sattes til forhandling under ét.

Ingen bad om ordet.

### Afstemning

Ændringsforslaget, således ændret, og § 2 vedtoges uden afstemning.

Lovforslagets overgang til tredje behandling vedtoges uden afstemning.

Den næste sag på dagsordenen var:

#### 4) Forespørgsel til indenrigsministeren:

##### Forespørgsel af Glistrup (FP):

»Vil regeringen være med til en patientvenlig sygehuspolitik med mindre, lokale sygehuse i højsædet?«

(Forespørgsel nr. 10. Anmeldt 17/12 79. Fremme af forespørgslen vedtaget 21/12 79).

### Forhandling

#### Glistrup (FP):

I 1980 må vi regne med at der bliver anvendt omkring 24 mia skatteyderkroner inden for sundhedsområdet eller pr. dansk gennemsnitsfamilie godt og vel 15.000 kr.

Det er bestemt ikke tal, som giver myrekryb på nogen som helst måde i fremskridtspartiet. Tværtimod vil forholdet være det, at den dag vi får lov til at opstille de offentlige

budgetter sådan, som vi mener det skal gøres, vil der snarest blive anvendt noget mere af skatteydermidler på netop sundhedsområdet, end man gør i øjeblikket. For det, vi her taler om, er faktisk den allervigtigste af alle tænkelige offentlige udgifter, idet man sørger for, at mennesket har det helt grundlæggende for, at det kan få en tilfredsstillende tilværelse, nemlig at dets helbred er i orden. Her er de danske erfaringer – det tror jeg der vil være meget bred enighed om her i denne sal – at netop ved at lade samfundet, det kollektive, ordne en meget stor del, langt den dominerende del, af sundhedsområdet opnår man de for befolkningen bedste resultater.

Men i og med, at der anvendes så store midler, siger det sig selv, at vi jævnlig i dette ting må have opmærksomheden henledt på: hvordan bruges pengene bedst? Vi kan nemlig ikke henfalde til denne boulevardbladspopopfattelse, at når det drejer sig om liv og førlighed, så må vi simpelt hen bruge alt, hvad der skal til, og det er overhovedet ikke noget spørgsmål om at se på de økonomiske problemer. Det er ikke rigtigt med den vidunderligt store udvikling, der i den sidste menneskealder har været på hele sundhedsområdet, lægevidenskabeligt, med hensyn til det teknologiske, med apparatur og med indretninger osv. Sandheden er jo den, at hvis vi skulle bruge alt, hvad der overhovedet kunne sættes ind på, at folk fik den bedst mulige helbredstilstand, så kunne vi glimrende bruge over en billion kroner eller mange gange nationalproduktet. Derfor er det nødvendigt for os at vælge.

Naturligvis kan vi ikke ved én enkelt folketingsforespørgselsdebat finde frem til, hvad der skal gøres inden for hele sundhedsområdet. Da det er så stort, er det nødvendigt at dele det op i flere debatter. Jeg kan da godt bebude, at fremskridtspartiet jævnlig vil tage initiativ til sådanne debatter. Noget af det næste, vi mener det kunne være rimeligt at få diskuteret, er at få ført ud i praksis den meget vigtige gamle erfaring om, at det er vigtigere at forebygge end at sygdomsbehandle, endside bare opbevare mennesker, der er kommet ud i en så sen fase af deres helbredsforringelse, at der simpelt hen ikke kan gøres noget som helst for væsentligt at forbedre deres forhold.

Når vi alligevel har sat sygehuse på i første omgang, beror det først og fremmest

[Glistrup]

på, at sygehusfeltet er det enkeltområde, der sluger den største del af de 24 mia kr. Derfor kan hver enkelt procent inden for sygehusområdet, der bliver anvendt bedre end nu, virkelig betyde de helt store fremskridt.

Når vi inden for sygehusområdet særligt har lagt vægt på det planlægningsmæssige, beror det på, at vi tiår efter tiår har oplevet, at man har været tilbøjelig til at lave de nye sygehuse større og større og større og større. Hele denne elefantiasisudvikling finder vi er gået for vidt. Der er mangfoldige argumenter for, at man nu, når vi lige har taget hul på et nyt årti, standser op og besinder sig og finder frem til, at det nok ikke er lykken at blive ved med at lave disse kæmpestore byggerier.

Skal der bremses op i den henseende, er det noget, som skal gøres med henblik på en meget langsigtet problemstilling, for der har jo været en tilbøjelighed her i Danmark til at bygge sygehuse, som om det skulle være kæmpepyramider og mausoleer over en eller anden amtsborgmester – mausoleer, der meget gerne skulle vare i 100, 120, 140 år, i jern, stål, glas og beton, hvor man får det hele stablet op oven på hinanden. Det kan simpelt hen ikke i en tid, hvor tingene udvikler sig så hurtigt, som de gør i øjeblikket, være rigtigt at lave disse meget, meget store kæmpesiloer for syge mennesker i stedet for at lave mindre, mere overskuelige enheder.

På nuværende tidspunkt i udviklingen, hvor den sygehusplanlægning, der begyndte i indenrigsministeriet for snart 10 år siden, efterhånden begynder at udkrystallisere sig i, at man i de kommende år i amterne i meget vidt omfang skal til at fastlægge, hvordan sygehusstrukturen skal være langt ud i fremtiden, må vi have en samlet debat her i folketinget, hvor vi får stillet fordele og ulemper ved større og mindre sygehuse op over for hinanden.

I fremskridtspartiet er vi som nævnt ikke i tvivl om, at sammenlignet med den linje, man i øjeblikket dyrker i Amtsrådsforeningen, og hvor afgørelserne ellers træffes, må den korrektion, den justering af udviklingen, som vi fra folketingets side skal inspirere til som resultatet af denne debat, være, at man skal lægge vægten på mindre, lokale enheder fremfor de store fjerncentralsygehuse, som ikke mindst her i hovedstadsområdet er groet

op: Herlev, Hvidovre, det nye rigshospital osv.

Debatten får altså to sider, nemlig for det første at hindre, at man laver den slags byggeskandaler en gang til, og for det andet, at man stopper den nedlæggelse af mindre sygehuse – hvad enten man taler om Finsen eller Sydthy eller Haslev – som er så dårligt i gang i øjeblikket. Dette skulle være et oplæg til den gode og saglige debat, som det forhåbentlig lykkes folketinget at få gennemført denne eftermiddag.

**Indenrigsministeren (Henning Rasmussen):**

Jeg vil gerne indlede med at sige, at jeg er ganske enig i, at det er mindst lige så vigtigt at forebygge, som det er at helbrede, hvad enten forebyggelsen foregår ved indsatser på arbejdspladsen, i hjemmet, i trafikken eller andre steder, men spørgsmålet er jo betydelig snævrere formuleret, og jeg vil holde mig inden for spørgsmålets ramme.

Jeg vil gerne starte med at svare et klart ja til den del af spørgsmålet, som går ud på, om regeringen vil føre en patientvenlig sygehuspolitik. Det offentlige sygehusvæsen i dette land er til for patienterne og ikke for noget som helst andet.

Når jeg som minister for sygehusvæsenet har givet udtryk for denne indlysende sandhed, vil jeg gerne uddybe, hvad jeg mener der ligger i at føre en patientvenlig sygehuspolitik. En sådan politik har det hovedsigte at indrette sygehusvæsenet sådan, at patienter tilbydes den behandling, som er den rigtige og tilstrækkelige over for den sygdom, patienten lider af, og at patienten behandles på det nærmeste sygehus, der kan tilbyde den behandling.

Det er klart, at en sådan sygehuspolitik må gøre brug af alle amtskommunens sygehuse og dermed alle de behandlingstilbud, de kan give befolkningen. Sygehuspolitikken kan således med andre ord ikke begrænses til en bestemt type af sygehuse. Afhængigt af patientens sygdom og forhold i øvrigt vil den rigtige behandling kunne gives på et lille, lokalt sygehus, på et centralsygehus eller et andet større sygehus eller eventuelt kun på et lands- eller landsdelssygehus. Et overordentlig vigtigt led i tilrettelæggelsen af sygehusvæsenet er derfor at sikre, at patienten bliver

[Indenrigsministeren]

henvist – eller, som det siges i sygehusproget, visiteret – til det rigtige behandlingssted.

Jeg vil altså tage afstand fra den sidste del af spørgsmålet, hvorefter en patientvenlig sygehuspolitik udelukkende eller overvejende skulle være at lægge hovedvægten på mindre, lokale sygehuse.

Jeg vil godt for en ordens skyld erindre om, at det ifølge sygehusloven er overladt til amtskommunerne at drive sygehusvæsenet i dette land, dog inden for de rammer, som lægges i lovgivningen og i andre forskrifter. De centrale sundhedsmyndigheder, indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen, har nogle mere overordnede opgaver med hensyn til planlægningen af sygehusvæsenet, udsendelse af vejledende retningslinjer o. lign. I den forbindelse må naturligvis også de ressourcemæssige hensyn indgå i overvejelserne, også på centralt hold. Og så har sundhedsstyrelsen som særlig opgave at give lægefaglig rådgivning til amtskommunerne.

Samspillet imellem de centrale og lokale sygehusmyndigheder reguleres i vidt omfang gennem det planlægningssystem, der ifølge sygehusloven er opbygget for sygehusvæsenet.

Det skal altså understreges, at ansvaret for sygehusvæsenet ifølge lovgivningen er placeret hos amtsrådene, der også er de nærmeste til at varetage de lokale interesser. Sygehuspolitikken kommer derfor til udtryk dels gennem amtsrådenes vedtagelser, dels gennem en vekselvirkning imellem amtsrådene og indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen som godkendende og vejledende myndigheder.

Inden jeg går nærmere ind i en redegørelse for de synspunkter, jeg her indledningsvis har skitseret, vil jeg give en kort oversigt over strukturen og størrelsesforholdene i det danske sygehusvæsen, for det er altid godt at have rede på, hvilke faktiske forhold vi taler om. Sygehusvæsenets størrelse og struktur i dag er jo også meget afgørende for de beslutninger, der skal træffes om sygehusvæsenet i fremtiden.

Først vil jeg skitsere, hvilke typer af sygehuse der findes i det danske sygehusvæsen i dag. Med udgangspunkt i sygehusenes størrelser og opgaver deles de i sygehuse med mindst 3 kliniske afdelinger med mindst 800 senge, sygehuse med mindst 3 kliniske afdelinger, men under 800 senge, de såkaldte del-

te sygehuse, som er opdelt på kirurgiske og medicinske afdelinger, de blandede sygehuse, som ikke er opdelt i specialafdelinger, de somatiske specialsygehuse og de psykiatriske specialsygehuse.

De mindre sygehuse, som forespørgslen koncentrerer sig om, har man i grupperne delte sygehuse og blandede sygehuse.

Først om de blandede sygehuse. I nogle amtskommuner findes der blandede sygehuse. De er små egnessygehuse, typisk med 75–100 sengepladser, sygehuse, som ikke er opdelt på specialer, og som er ledet af en kirurgisk overlæge. Sygehuset har oftest en stab af 1–2 ikke-specialuddannede sygehuslæger og 2–4 reservelæger. Disse sygehuses opgaver har traditionelt været koncentreret om den kirurgiske behandling, men de modtager også patienter til medicinsk behandling, og for at varetage denne opgave modtager sygehuse normalt speciallægebistand på konsulentbasis fra et andet sygehus i amtskommunen inden for specialiet intern medicin. Konsulentbistand på andre områder, inden for andre lægelige specialer, ydes på samme måde. Nogle af sygehuse i denne gruppe er desuden særegne derved, at de betjener øsamfund.

De delte sygehuse har typisk 100–150 senge med en kirurgisk og en medicinsk afdeling. Derudover har de en vekslende grad af udbygning af røntgen- og narkosefunktioner, oftest under ledelse af en overlæge for hver af disse funktioner.

I gruppen af store og større sygehuse med mindst 3 kliniske afdelinger finder vi central-sygehuse og landsdelssygehuse. Gruppen rummer de sygehuse, der varetager sygehusfunktionen i en amtskommune. Et hovedsygehus er det sygehus, der er udpeget i amtskommunens sygehusplan til at skulle rumme alle de kategorier af specialer og ekspertområder, som normalt bør forefindes i en amtskommune. Disse sygehuse har typisk 300–500 sengepladser. De meget store sygehuse er ikke det karakteristiske, det er derimod sygehuse med 300–500 sengepladser. De varetager specialer for hele amtskommunen, men er samtidig lokalsygehus for byområdet med opland.

Dertil kommer de store, fuldt udbyggede, specialiserede sygehuse i enkelte større byer. Ud over almindelige sygehusfunktioner varetager de også sygehusfunktioner, som kun

[Indenrigsministeren]

skal findes ganske få steder i landet, de såkaldte lands- og landsdelsfunktioner. Groft regnet udgør disse 8 pct. af landets samlede sygehusforbrug.

De somatiske specialsygehuse er sygehuse, som kun behandler særlige, afgrænsede sygdomme, eksempelvis gigtsygdomme, og de såkaldte efterbehandlingssygehuse.

De psykiatriske specialsygehuse er de tidligere statshospitaler, der er overført til amtskommunerne. Jeg vil i det følgende kun omtale de somatiske sygehuse, for jeg har indtryk af, at det er dem, forespørgslen går på.

En opgørelse af landets samlede sygehusvæsen i januar 1979 viste, at der var 116 somatiske sygehuse med i alt 33.500 sengepladser. Der var 24 blandede sygehuse og 30 delte sygehuse med i alt godt 6.000 sengepladser. I øvrigt er der i perioden i løbet af 1970erne sket en reduktion i antallet af mindre sygehuse. Der er 3 blandede og 1 delt sygehus mindre, end der var for 10 år siden. Det er altså en beskedent nedgang.

Selv om disse to kategorier af sygehuse således procentvis udgjorde en stor del af det samlede antal sygehuse, næsten halvdelen, tegner disse sygehuse sig for en beskedent del af den sygdomsbehandling, der i året 1978 blev ydet til befolkningen på sygehusene. Mens de blandede sygehuse tegnede sig for ca. 5 pct. af ydelserne over for de indlagte patienter, tegnede de delte sygehuse sig for ca. 15 pct., altså i alt ca. 20 pct. For de ambulante ydelsers vedkommende var tallene henholdsvis 2 pct. og 10 pct., altså i alt ca. 12 pct.

Det er sådan, at den betjening, befolkningen i dag får af sygehusvæsenet, i langt overvejende grad foretages af de større sygehuse – ikke de meget store, men de større sygehuse. Betragter man udviklingen i sygehusvæsenet i 1970erne, er der ikke sket nævneværdige forskydninger i disse forhold.

Jeg skal derefter gå over til at gøre nogle bemærkninger om de svage sider, der kan være ved de små sygehuse. Dem skal amtsrådene nemlig være opmærksomme på, hvis de ønsker at opretholde dem. Jeg vil herunder gøre rede for, hvilke muligheder der er for at indpasse dem i sygehusvæsenet i en amtskommune på en for patienterne hensigtsmæssig måde, herunder også ud fra et lægefagligt synspunkt.

De mindre sygehuse har kun i begrænset omfang – af gode grunde – ansat lægelige specialister og kan derfor ikke behandle alle patientgrupper. Det er ensbetydende med, at disse sygehuse som hovedregel ikke er i stand til at yde så omfattende en service som den, der kan ydes af sygehuse med flere specialer, som f. eks. hovedsygehusene eller større delte sygehuse er i stand til det.

Det hører med til de svage sider ved de små sygehuse, at det er vanskeligt at tilrettelægge en tilfredsstillende døgn-dækning. Det siger sig selv, at den faglige ekspertise særlig uden for dagarbejdstiden, men også i ferier ikke kan være på samme stadi som på hovedsygehuset. Det skyldes dels, at hovedsygehuset dækkes døgnet igennem af kvalificerede speciallæger, dels, at behandlings- og undersøgelsesfaciliteterne i øvrigt er mere omfattende på hovedsygehuset. Denne forskel i den faglige dækning på de forskellige typer af sygehuse kan medføre risiko for en uensartet behandling af patienterne i samme sygehuskommune.

En utilstrækkelig behandling kan betyde længere sygeperioder og øget forbrug af andre sygehusedelser og af andre ydelser fra social- og sundhedssektoren. Det var på baggrund af disse forhold samt af en vurdering af den lægelige og teknologiske udvikling, at de vejledende retningslinjer for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning, der blev udsendt af indenrigsministeriet i 1971, anbefalede amtskommunerne at lægge hovedvægten på udbygningen af hovedsygehusene og at nedprioritere de små sygehuse.

Som det fremgik af de hovedtal, jeg refererede før, har det ikke betydet, at der er nedlagt små sygehuse i noget større omfang siden 1972. Mange amtsråd har nemlig ud fra en række hensyn – erhvervsgeografiske, egnudviklingsmæssige og beskæftigelsesmæssige – truffet beslutninger om, at de mindre sygehuse skal fortsætte, i hvert fald inden for en overskuelig fremtid. I visse tilfælde er det besluttet at omdanne dem til specialsygehuse.

Jeg vil gerne med det samme slå fast, at det er helt legitimt, at amtsrådene også tager sådanne hensyn i deres sygehusplanlægning, og jeg vil gerne dertil føje, at når et amtsråd har ønsket at bevare et lille sygehus, har sundhedsstyrelsen da også i en lang række tilfælde rådgivet og bidraget til, at der er fundet rimelige og forsvarlige løsninger.

[Indenrigsministeren]

Men det er også rigtigt at fremhæve, at de vejledende retningslinjer fra 1971 anbefalede, at de enkelte amtskommuner anvendte hovedparten af anlægsressourcerne i sygehusvæsenet ved de større sygehuse. Denne anbefaling havde sammenhæng med den samling af de tidligere amts- og købstadkommunale sygehuse i fælles amtskommunale sygehusvæsen, der blev gennemført i 1970 som et led i kommunalreformen. Formålet med denne samling var, at man ønskede opbygget et sammenhængende sygehusvæsen i den enkelte sygehuskommune med en fornuftig arbejdsdeling og et samarbejde sygehusene imellem. Ved at koncentrere anlægsressourcerne ved de større sygehuse kunne man, hvor det ikke allerede var tilfældet, få samlet de lægelige specialer, der skal dække hele amtskommunen, til en solid hovedsygehusfunktion som hjørnestenen i amtskommunens samlede sygehusvæsen. Amtsrådene har i stor udstrækning fulgt denne anbefaling, og man kan i dag konstatere, at hovedsygehusfunktionen i det store og hele er planlagt tilfredsstillende udbygget i alle amtskommuner.

Såfremt amtsrådene ønsker på længere sigt at opretholde små sygehuse som led i deres sygehusvæsen, hvad jeg udmærket kan forstå ud fra en række synspunkter, er det vigtigt, at det sker på grundlag af grundige overvejelser om, hvordan disse mest hensigtsmæssigt kan indpasses i amtskommunens samlede sygehusvæsen. Lad mig derfor ridse nogle hovedtræk op for, hvad jeg opfatter som værende i bred forstand sundhedsmæssigt forsvarlige løsninger på de små sygehuses problemer, og hvad indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen lægger og vil lægge vægt på over for amtsrådene i sygehusplanlægningen.

Udgangspunktet er, at hvor vi i dag har små sygehuse, som amtsrådene ønsker bevaret, må disse gennem en udvidelse af speciallægebetjeningen fra de større sygehuse sættes i stand til at varetage en bredt dækkende opgave som egnssygehus for en befolkningsstørrelse, som er afgrænset efter sygehusets størrelse. Det vil sige, at opgaverne må koncentrerer om det behov for sygehusydelse, som er hyppigt forekommende i befolkningen. Med det udgangspunkt kan nogle af de opgaver, som de små sygehuse i varierende omfang allerede varetager, udbygges, ligesom der kan peges på nye opgaver, som de små

sygehuse kan varetage. De små sygehuse vil på denne måde få et sæt af opgaver, som gør, at de vil kunne dække en væsentlig andel af sygehusbetjeningen af lokalbefolkningen. De vil på denne måde kunne varetage en naturlig og patientvenlig nærfunktion.

En vigtig del af de nuværende opgaver, som kan udvides, er en bred ambulant betjening af befolkningen. Jeg ved ikke, om man erindrer sig, at den ambulante del af sygehusbetjeningen kun for 12 pct.s vedkommende foregår på de delte og blandede sygehuse, der har 20 pct. af sengene og er ca. 50 pct. af det samlede antal sygehuse. Hovedområderne er for det første en udvidet ambulant fysioterapi. For det andet vil der kunne tilbydes røntgenundersøgelser, som kræver tilstedeværelse af en røntgenlæge. Det kan ske ved, at en røntgenoverlæge fra hovedsygehuset eller et af de øvrige større sygehuse på faste dage i ugen udfører sådanne undersøgelser på det lille sygehus. For det tredje kan det lille sygehus have svangreambulatorium, som bør betjenes således, at det fungerer som et satellitambulatorium for hovedsygehusets fødeafdeling. Dertil kommer, at det lille sygehus i videre omfang kan forestå prøvetagning, sådan at prøver videresendes til analyse på hovedsygehusets laboratorium.

Det er derudover også muligt og hensigtsmæssigt inden for de små sygehuses nuværende fysiske rammer at etablere en række nye funktioner, som vil forbedre betjeningen af lokalbefolkningen. På det ambulante område vil det være muligt i et vist omfang i al fald at etablere en mere decentraliseret speciallægebetjening. Det kan ske ved, at overlægerne fra de større sygehuse modtager ambulante patienter til undersøgelse og behandling på faste dage i de små sygehuses ambulatorier. En sådan decentralisering af speciallægebetjeningen vil desuden gøre det muligt at gennemføre ambulant efterkontrol af udskrevne patienter på de små, lokale sygehuse. Det har den fordel, dels at det bliver til mindst muligt besvær for patienterne at gå til denne efterkontrol, dels at der spares senge-dage på de større sygehuses specialafdelinger. En del af den efterkontrol, som er nødvendig, må nemlig i dag ofte foretages ved indlæggelser på de større sygehuse, bl. a. fordi patienten bor for langt fra dem.

Også efterbehandling eller efterkontrol, som under alle omstændigheder kræver ind-

[Indenrigsministeren]

læggelse af patienten, vil kunne foretages på det lille sygehus for patienter, som er behandlet f. eks. på landsdelssygehuset eller et hovedsygehus. Det kræver også en udvidet speciallægebistand fra de større sygehuse. En væsentlig fordel herved er, at patienter med længere sygdomsforløb vil kunne placeres nærmere hjemmet under en væsentlig del af indlæggelsesperioden.

Endelig vil jeg pege på, at lokalsygehuset også vil kunne fungere som barselhvileafdeling, hvortil fødepatienter fra egnen kan overføres fra amtets specialafdelinger, efter at fødslen har fundet sted.

Min konklusion er derfor, at såfremt et amtsråd ønsker at opretholde et lille sygehus, har man fra centralt hold peget på en række muligheder for at indpasse et sådant sygehus på en forsvarlig måde i amtskommunens samlede sygehusvæsen.

For at få et sådant samlet sygehusvæsen til at fungere efter planernes hensigt er det imidlertid nødvendigt, som jeg allerede har været inde på, at gennemføre en klar visitationsordning for amtskommunens sygehusvæsen. En sådan ordning indebærer, at der gennemføres retningslinjer for, hvilke typer af patienter der skal henvises til det enkelte sygehus og den enkelte sygehusafdeling.

Retningslinjerne må sikre, at enhver patient uanset bopæl får adgang til den efter lidelsen afpassede rigtige og tilstrækkelige behandling. Endvidere, at patienten behandles på det nærmeste sygehus, der opfylder disse krav.

Grunden til, at jeg så stærkt fremhæver vigtigheden af, at amtsrådene udarbejder visitationsretningslinjer, er, at en meget væsentlig del af indlæggelserne på sygehuse foregår efter henvisning fra de praktiserende læger. Og hvis ikke det enkelte kommunale eller amtskommunale sygehusvæsen til enhver tid forsyner de praktiserende læger med relevante oplysninger om, hvor de forskellige kategorier af patienter bør behandles, og hvilke ventetider der aktuelt er inden for amtskommunens sygehusvæsen, risikerer man, at patienterne bliver henvist til de forkerte sygehuse eller afdelinger, og det er klart en ulempe for patienten og naturligvis også for sygehusvæsenet.

Det er ligeledes vigtigt, at der fastlægges retningslinjer for, hvornår en patient skal flyttes fra det ene sygehusvæsen til det andet.

Alle de forhold, jeg her har været inde på, skal amtsrådene søge at løse i deres sygehusplanlægning, og i øvrigt skal de løse en del andre vanskelige spørgsmål.

Løsningerne må som sagt før i meget høj grad tage udgangspunkt i det sygehusvæsen, man allerede har i de enkelte amtskommuner; det er navnlig aktuelt under de udgiftsbegrænsninger, der er gennemført for amtskommunerne.

Vi står nu over for, at amtskommunerne i løbet af de nærmeste måneder skal afslutte anden runde i deres sygehusplanlægning, idet de i løbet af foråret skal indsende reviderede sygehusplaner til indenrigsministeriet. Det er min forventning, at vi i denne runde i et samarbejde mellem amtskommunerne og de centrale myndigheder kommer et væsentligt skridt nærmere i udviklingen af sygehusvæsenet.

Nu, da første runde af sygehusplanlægningen er afsluttet, vil jeg gerne slå fast, at amtsrådene virkelig har levet op til den tillid, folkettinget viste dem, da man ved gennemførelsen af kommunalreformen overlod ansvaret for dette for hele samfundet så vigtige område til amtskommunerne. Amtsrådene har i løbet af 1970'erne i et positivt samarbejde med de statslige myndigheder gennemført en væsentlig udbygning og planlægning af sygehusvæsenet, sådan at vi i dag står med et sygehusvæsen af en meget høj kvalitet.

Jeg vil gerne afslutte redegørelsen med at vende tilbage til det, der var mit udgangspunkt, altså patientvenligheden i den sygehuspolitik, der føres.

Som jeg nævnte, er det min opfattelse, at en patientvenlig sygehuspolitik indebærer, at hele sygehusvæsenet og dets relationer til andre sider af social- og sundhedsvæsenet inddrages. Jeg vil i den forbindelse gerne fremhæve, at hovedvægten i det danske sygehusvæsen ligger på de lidt større sygehuse på typisk 300-500 sengepladser.

Det er min opfattelse, at denne sygehusstruktur er overordentlig hensigtsmæssig for et samfund som det danske. Denne sygehusstruktur tager på én gang hensyn til at skabe muligheder for at udnytte den lægelige og teknologiske udvikling inden for sygdomsbehandlingen og til at tilbyde befolkningen den lettest mulige adgang til at blive betjent af sygehusvæsenet. Opbygningen indebærer, at hovedvægten ligger på de lidt større og store

[Indenrigsministeren]

sygehuse, men også, at der er plads til velmøttere opgaver for små sygehuse.

Jeg vil derfor konkludere med at sige, at det er min opfattelse, at det samlede danske sygehusvæsen i det hele er hensigtsmæssigt og patientvenligt opbygget, og jeg har stor tillid til, at amtsrådene i et fortsat samarbejde med indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen er i stand til at befæste og videreudvikle denne patientvenlige sygehuspolitik.

#### Glistrup (FP):

Når folketinget sætter spørgsmålet store eller små sygehuse i fokus, er meningen selvfølgelig, at man skal tage stilling til den udvikling, vi er inde i, og se, om man bare kan sige: det går jo ganske glimrende, sådan som indenrigsministerens redegørelse mundede ud i, eller om man må sige, at det er ønskeligt med eller uden lovændringer at komme frem til en noget anden kurs – en justeret kurs – end den, man altså følger i øjeblikket.

Resultatet af fremskridtspartiets arbejde med emnet er blevet, at vi mener, at der er behov for, at man ændrer på hele den udbygning, der er i gang vedrørende sygehuse, sådan at man i højere grad går over til en småsygehusstruktur med flere lokalsygehuse end den struktur, vi i øjeblikket tenderer i retning af.

Det danske land indeholder egne med vidt forskellige befolkningstætheder, og det smitter selvfølgelig af på, hvor stort et rimeligt sygehus skal være. Men for at give et lidt mere konkret begreb om, hvad det er, fremskridtspartiet mener, kan jeg sige, at vort udgangspunkt er, at det typisk vil være rigtigt, når man skal ændre på sygehusordningen, at sigte efter sygehuse med omkring 120 sengepladser til at betjene lokalområder med omkring 20.000 indbyggere. I byområder må udgangshospitalet selvfølgelig være noget større, men meget nødt så uoverskueligt, at det vokser til at have over 500 senge, og de senere års dinosaursygehuse, hvor man snart nærmer sig de 2.000 sengepladser, er efter vor opfattelse aldeles uacceptable.

Naturligvis skal der ud over de almindelige sygehuse også være specialhospitalet for det forholdsmæssige fåtal af tilfælde, hvor sygdommen er så sjælden, dyr og kompliceret at behandle, at apparatur og specialkundskab må have et større befolknings-

grundlag end de nævnte 20.000 indbyggere, men sådanne specialhospitalet behøver i langt de fleste tilfælde heller ikke at være større end svarende til de omkring 200 sengepladser, som man nødtigt skulle komme til at overskride alt for ofte.

Hvorfor er nu fremskridtspartiet kommet frem til den vurdering, som jeg her gør mig til talsmand for? Jo, for det første er det særdeles vigtigt for både patienter, pårørende og personale, at de kun har kort vej til sygehuset. Under nutidens lægebehandlingsfacon, som jo udvikler sig mere og mere, vil det ofte være sådan, at patienten kan tage en del af behandlingen – og i fremtiden, må det forudses, en stadig større del – som ambulant, eventuelt også i forbindelse med efterbehandling og efterkontrol, som ministeren var inde på, og at man under den egentlige indlæggelse i langt højere grad end hidtil vil kunne tillade patienten at tage hjem i flere eller færre timer eller døgn, weekender, eller hvad der ellers er tale om, og så er det selvfølgelig af betydning, at der er kort afstand fra patientens bopæl til sygehuset.

Det samme gælder i forhold til de pårørende, hvor det er af betydning for sygehusbehandlingen og rent menneskeligt er noget, som vi må lægge vægten på, at de pårørende uden at skulle ofre alt for mange tid- og pengekrævende rejser skal kunne komme ind og besøge den, der nu ligger på sygehuset, f. eks. i en frokostpause. Personalet har jo meget ofte arbejdstider, som begynder eller slutter på tidspunkter i døgnets ydertimer, eller har måske tilkaldevagter, og derfor er kort transporttid mellem hjem og arbejdsplads på sygehusområdet endnu mere ønskværdig end i næsten alle andre brancher.

Forholdet buler ud på den måde, at mange storhospitalet i lange perioder må lukke adskillige sengeafsnit, fordi det plejepersonale, man skulle bruge, i meget vidt omfang bor så langt væk, at de ikke vil påtage sig arbejdet, dels fordi de får den lange transporttid, dels fordi storhospitalet ikke er nær så attraktiv en arbejdsplads: den har et langt mere upersonligt præg.

Problemet med hensyn til sygeplejersker ude af erhverv har efterhånden antaget et så enormt omfang – og det må antages at vokse yderligere – at vi er nødt til at tage hensyn dertil også i sygehusplanlægningen.

[Glistrup]

Når vi af hensyn til hele sygdomsforebyggelsen og forståelsen for sundhedsplejens udvikling ude i befolkningen skal søge at fremme alle de mange nye ting, som kommer ind i billedet, er det faktisk det mest sunde, at vi får vore læger spredt ud til at bo dér, hvor befolkningen bor, sådan at de ikke lukker sig inde i Hellerupghettoer, hvor mange læger kun færdes i lægekredse eller eventuelt sammen med andre akademikere, men at lægerne, deres familie, deres børn naturligt gror ind i samfundet og derigennem kan være med til at påvirke i den sundhedshjælpende retning, som der er et så enormt behov for.

Men ud over disse direkte fordele ved småsygehusene må det efterhånden gå op for sygehusplanlæggerne, arkitekter, amtsrådsmedlemmer og sundhedsstyrelsen, og hvem der ellers kommer ind i billedet, at storhospitaller på en lang række områder er stive, menneskekolde og sårbare over for mangfoldige farer og risici, som alle er temmelig uhandelige.

Den enkelte patient kommer meget let i klemme i de store, uoverskuelige systemer, der præger de kæmpehospitaller, som vi har set opført her, og som vil forekomme meget fremmedartede. Patienten bliver glemt eller – hvad der kan være lige så slemt – tror selv at være glemt og lider og ængstes herunder, og ikke mindst den langtidsindlagte opnår på et lille sted en helt anden tryghed og sindsbalance end den, der kan opnås inden for hospitalsfabrikkernes mure. Det er faktisk lige så vigtigt som, at man har et præ til medicinsk embedseksamen, alverdens fine tekniske EDB-opbygning, laboratorier osv. Vi ved også, hvad der i nutidens storbyggeri findes af pestmuligheder i form af statisk elektricitet, ventilatorlarm, vinduesulidelighed og masser af andre ting, som det måske forekommer trivielt og bagatelagtigt at tage med her ved denne drøftelse, men som for den enkelte patient, og for at han virkelig kan komme ind i et godt helbredsmiljø, er meget væsentlige ting.

På et storhospital er der enormt mange forskellige personalegrupper, som knap nok forstår hinanden; der bliver ensformige, usunde og beskidte arbejdsprocesser, som hober sig op i et sådant omfang, at det ikke er noget, man sådan kan stikke ind imellem, men man må antage særlige arbejdere til det,

og det fører ofte til, at man ikke får danskere til alt det meget beskidte arbejde, der også er på et sygehus, men det bliver folk, der taler kroatisk, tyrkisk og urdu. Så er der de speci-allæger, der kommer ind på storhospitallerne, og som taler tysk og engelsk; der er EDB-sprog, lægelatin og kancellibureaukratisk sprog osv., som får lov til at brede sig, når man har så mange større personalegrupper. Når overblikket og personalets indbyrdes kendskab forsvinder på en arbejdsplads, kommer der uundgåeligt et væld af spild og frådserier med de ressourcer, der stilles til rådighed. Der er ikke rigtig nogen til, om man så må sige, at være det kontrollerende og bebrejdende øje, for hele institutionen er så upersonlig hele vejen igennem, og det udvikler sig meget lettere til at gå over i det helt ukontrollable, når man ikke i den grad færdes blandt bekendte mennesker: penge og smykker stjæles, folk bliver slået ned, der sker tyverier fra linnedepot og spiritusluger, folk brækker ind i biler, forulemper medpatienter, sælger narkotika – og alt det andet, som sker på storhospitaller, der jo også meget vel kan være mål for terroraktioner. Simulanter kan lettere smutte gennem systemet og komme til at ligge i længere tid som patienter, og det er bestemt ikke noget, som vi bør bruge af sygehusressourcerne til.

Dertil kommer, at selve incitamentet til at gøre en arbejdsindsats i det store maskineri og en menneskelig arbejdsindsats, der først og fremmest begrundes i menneskelige fornemmelser og følelser, er vigtigt, netop når det drejer sig om at helbrede sygdomme. Det kommer ikke så let ind i billedet, når man faktisk betjener forskellige patienter næsten fra den ene dag til den anden dag, og når man ikke har den nære kontakt med kolleger, overordnede og underordnede, patienter og deres pårørende, som naturligt kommer frem i et lille miljø. Slendrian helt op til massegiftmord som dem, vi så i Malmö for et års tid siden, kan meget længe passere skjult og uopdaget, når vi har at gøre med de større sygehuse. Og er katastrofen ude med brand eller epidemier, ja, så rammer den selvfølgelig så meget hårdere, hvis man har sammenstuvet måske 800, 1.000, 1.200, 1.700 syge mennesker, i stedet for at de syge mennesker er delt ud over mindre områder.

En anden fare, som vi også i nu- og fremtidens samfund må se i øjnene, er, at der kan



[Glistrup]

ske ting, som der f. eks. skete på rigshospitalet den 5.-10. september sidste år, nemlig at en enkelt medarbejdergruppe på 319 portører ved en arbejdskonflikt kan ramme så mange som 1.700 patienter. Fristelsen til en sådan spillen med musklerne og klimaet herfor er langt, langt mindre på et lille sted, hvor man kender hinanden, og skulle der endelig forekomme sådanne arbejdskonflikter rettet imod patienterne, vil det være overkommeligt med smidighed at få hårdknuden løst op, i værste fald at flytte patienterne nogle få snese kilometer et andet sted hen, uden at man roder sig ind i samme risici for, at konflikten breder sig med sympatiaktioner og andre ting, som når tingene går i hårdknude på steder som f. eks. rigshospitalet.

Folketinget må selvfølgelig under alle omstændigheder sætte kraftigt ind imod kollektive arbejdsstandsninger netop på et område som sygehusfeltet – liv og førlighed står jo på spil her – og fremskridtspartiet vil da også i løbet af nogle få dage genfremsætte sit forslag om, at man simpelt hen forbyder kollektive arbejdsstandsninger på hospitaler, men derudover er det nok også rart at have den sikkerhedsventil, at det, hvis det alligevel skulle indtræde, ikke kan ramme så umådelig mange mennesker, som vi så det for et lille halvt års tid siden på rigshospitalet.

Ikke bare er selve driften af storkospitalerne noget, der skaber vanskeligheder, forholdet er også det, at det under selve byggeriet af disse storkatedraler af sygehuse er meget vanskeligt at fastholde overblikket, således at man meget let får lavet noget, som man bygger for en fremtid, man overhovedet ikke kan overskue, hvor man meget lettere kan overse tingene ved mindre sygehusbyggeri.

Indenrigsministeren lagde bl. a. megen vægt på, at vi jo havde amterne til at regulere disse ting, men jeg er bestemt ikke sikker på, at det er rigtigt at lægge så stor vægt på det lokale selvstyre på netop et område som det foreliggende, som indenrigsministeren på grundlag af gældende lov var tilbøjelig til. Forholdet er jo det, at landvindingerne med helt nye perspektiver galoperer frem inden for netop sygehusområdet, og det er alt for kompliceret til, at man kan overse det fordelt over 16 sygehuskommuner ude over Danmark. Derfor var der nok god grund til, at man, samtidig med at man beholdt de lokale enheder, i højere grad fik centralstyring på

området, end vi hidtil har haft. Men i og med, at man går ind for mindre sygehusenheder, vanskeliggør man ikke tingene for selve amternes arbejde, for der skal sikkert under alle omstændigheder – små eller store sygehuse – en strukturomlægning til.

Der er ud over det, jeg allerede har nævnt, adskillige andre argumenter, som taler for, at man meget hellere skulle sigte efter en sådan struktur inden for det danske sygehusvæsen, at man i højere grad bevarer og udbygger de små enheder og opgiver disse Stochholmsdrømme fra 1960'erne, og derfor vil jeg på fremskridtspartiets vegne fremsætte følgende:

#### *Forslag om motiveret dagsorden.*

»Folketinget udtaler, at der i den fortsatte udbygning og forbedring af de danske sygehuse skal lægges hovedvægt på mindre, lokale enheder, hvorefter folketinget går over til næste sag på dagsordenen.«

#### **Formanden:**

Der er nu fremsat følgende forslag om motiveret dagsorden: (se ovenfor). Dette dagsordensforslag indgår nu i forhandlingen.

#### **Henning Jensen (S):**

Jeg vil indledningsvis erklære mig helt enig med indenrigsministeren i, at det offentlige sygehusvæsen er til for patienterne og ikke for nogen som helst andre. Sådan har det altid været, og sådan bør det naturligvis blive ved med at være.

Jeg kan forstå, at denne forespørgsel om sygehusspørgsmål ikke er stillet for at rose vort sygehusvæsen – så kender jeg i hvert fald ikke fremskridtspartiet ret – men jeg synes, der er grund til om ikke at rose, så dog at udtrykke tilfredshed med udviklingen inden for det danske sygehusvæsen.

Sygehusvæsenet er fremfor alt udbygget i tiden fra ca. 1915 og frem til nu. Alene i dette århundrede er der sket en voldsom udvikling i sundhedsvæsenets behandlingsmæssige muligheder og naturligvis også i dets ressourceforbrug. I 1915 blev ca. 105.000 mennesker hospitalsindlagt, i 1972 var tallet ca. 800.000, hvilket svarer til en årlig vækst i antallet af indlagte patienter på ca. 3,7 pct. i gennemsnit. Der har således været en rivende og positiv udvikling inden for sygehussektoren.

[Henning Jensen]

På baggrund af denne udvikling har Danmark uden diskussion et af verdens mest vel-fungerende sundhedsvæsen, hvis dækning såvel socialt som geografisk må betegnes som ret enestående.

Men uden problemer er sygehussektoren desværre ikke – og jeg skal komme tilbage til et par af de mest iøjnefaldende – men først lidt om det, forespørgslen egentlig drejer sig om.

Hr. Glistrup og fremskridtspartiet mener tilsyneladende ikke, at vi har et patientvenligt sygehusvæsen. Det er jeg ikke enig i. Jeg synes, der kan fremføres en række eksempler på, at der gøres alt for, at patienterne kan føle sig trygge på sygehusene, så længe opholdet varer. Bevares, vi kan med jævne mellemrum registrere læserbreve fra patienter, der føler sig dårligt behandlet, men det interessante og egentlig også glædelige er, at hver gang vi oplever en negativ reaktion fra en utilfreds sygehuspatient, er der en række andre patienter, der reagerer ved at meddele deres tilfredshed med opholdet på dette eller hint sygehus.

Jeg mener, der er grund til at konkludere, at vores sygehuse i det store og hele er så patientvenlige, som man formår at gøre dem med de ressourcer, der er til rådighed.

Den anden del af forespørgslen drejer sig om sygehusenes størrelse. Også her må jeg erklære mig enig med indenrigsministeren i, at forespørgeren har en tilbøjelighed til at overdramatisere situationen. Jeg mener, at der i det store og hele er en rimelig balance i forholdet mellem større og mindre sygehuse, og at amterne på vanlig vis i overensstemmelse med lovgivningen vil gennemføre de ændringer, der skal ske, på en tilfredsstillende måde. Det afgørende er ikke sygehusenes størrelse, men hvor effektiv en behandling man kan give.

Indenrigsministeren nævner næsten for periferisk i sin redegørelse statshospitalernes udlægning til amterne. Jeg synes, at den meget vigtige beslutning fortjener et par ord med på vejen, idet der her er tale om en sygehuspolitisk landvinding, som i det store og hele er blevet en succes. Da folketinget vedtog forslaget om at overføre den psykiatriske behandling til amtsregie, var det i erkendelse af, at den somatiske behandling og den psykiatriske behandling bør følges ad.

Det har vist sig at være rigtigt, og – hvad vigtigere er – befolkningen har fået større forståelse for og tillid til de psykiatriske behandlingsmetoder. Eller sagt på en anden måde: de medborgere, der har brug for psykiatrisk behandling, føler det ikke længere som noget nedværdigende at blive indlagt; det skete desværre alt for ofte under den gamle lov. Men det har også ført til, at visse sygehuse er blevet større, uden at man dermed kan påvise, at der er tale om en forringelse af behandlingsmulighederne, tværtimod.

Et af de største problemer i forbindelse med sygehusvæsenet er vel nok tendensen til at gøre store dele af vore sygehuse – ja, måske dem alle – til plejhjemsafdelinger for ældre og svagelige. Baggrunden kender vi alle: vi kan ikke klare plejhjemsbyggeribehovet og vælger derfor ofte den løsning at placere ovennævnte grupper på sygehusene; midlertidigt naturligvis, men alligevel alt, alt for længe. Det giver store problemer på mange sygehuse, der ikke har for megen plads i forvejen til deres egentlige opgaver, men hvad værre er: de anbragte føler sig med megen ret diskrimineret og opfatter det som en ikke-menneskeværdig tilværelse. Jeg vil gerne høre, om ministeren har gjort sig nogle overvejelser med henblik på en løsning af disse meget store problemer.

Jeg finder også anledning til at nævne personalebehovet på vore sygehuse og uddannelsesproblemerne inden for sygehussektoren, som til trods for vores rimeligt gode og effektive sygehuse og sygehusvæsen afsætter nogle mørke pletter på kortet.

Men syge- og sundhedsvæsenet er jo mere end indlæggelse og behandling – heldigvis – der er også noget, der hedder det forebyggende arbejde. Socialdemokratiet hilser med tilfredshed, at der er realiseret en række forebyggende foranstaltninger, som overflødiggør behandling og indlæggelse. Men der er lang vej endnu med hensyn til det forebyggende, og socialdemokratiet bidrager gerne til forbedringer på dette vigtige område.

Jeg vil gerne sluttelig takke for indenrigsministerens grundige redegørelse, hvis indhold jeg fuldt ud kan give tilslutning til.

Svend Erik Hovmand (V):

[Svend Erik Hovmand]

At venstre principielt er tilhænger af at bevare de små sygehuse, turde være kendt for de fleste i denne sal. Men lige så betydningsfuldt vi finder det er at sikre en decentral, lokal betjening af de sygdomme og ulykker, som forsvarligt kan behandles på de små og blandede sygehuse, lige så vigtigt er det for patienterne, at der også findes større og mere specialiserede sygehuse til behandling af mere komplicerede tilfælde.

Centralisering og decentralisering er ikke noget, man skal vælge imellem, men noget, man skal have til at virke sammen. Vi må erkende, at de små sygehuse ikke i alle tilfælde kan stå alene. Men det betyder ikke, at de skal falde, hvis de kan stå ved at blive støttet. Tværtimod er vi i venstre af den opfattelse, at nærhedsværdien er af meget stor betydning menneskeligt, psykologisk og dermed også i mange konkrete behandlingssituationer. Forestillede man sig, at man, som nogle eksperter gør sig til talsmænd for, nedlagde alle de små, blandede sygehuse i dette land – altså dem med under 100 sengepladser – ville det betyde, at vi skulle nedlægge op imod en fjerdedel af samtlige sygehuse i landet. Dette ville igen betyde, at mange, der i dag har et sygehus i deres by eller i deres nærhed, i fremtiden ville få 20–30 km til det nærmeste sygehus og i visse tilfælde endog endnu længere. Jeg tror, at vi alle sammen erkender for os selv, at trods effektiviseringen, trods den tekniske udvikling har det gamle ord »hurtig hjælp er dobbelt hjælp« alligevel sin berettigelse også i denne sag.

I alt fald er jeg overbevist om, at en stor del af befolkningen føler en større tryghed ved bevidstheden om at have et lokalt sygehus ikke for langt fra hjemmet eller for langt fra arbejdspladsen.

Jeg ved udmærket, at disse mere følelsesmæssige betragtninger ikke lader sig måle i konkrete tal, men over for dem, der i effektiviseringens og specialiseringens hellige navn har en ubændig trang til at centralisere og gøre det hele så stort som muligt, er der vel grund til at understrege, at vi med den sygehusstruktur, vi har i dag, har et af verdens bedste og mest anerkendte sygehus-systemer. Jeg har indtil denne dag ikke mødt en argumentation, der på overbevisende måde kunne få mig til at tro, at netop en nedlæggelse af de små, blandede sygehuse ville kunne forbedre dette system, tværtimod.

Derimod er der efter venstres opfattelse meget at vinde ved at styrke den forebyggende indsats, først og fremmest gennem en hurtig og nær behandling, sådan som den private læge, lægehuse og de lokale ambulatorier bidrager til det. Allerede før PP II's og prioriteringsudvalgets indstillinger om at styrke den forebyggende indsats har vi i venstre sagt meget klart, at det netop er på dette område, indsatsen skal øges for at højne befolkningens generelle sundhedstilstand. Udviklingen fra slutningen af 1960'erne og op gennem 1970'erne har jo med al ønskelig tydelighed vist os, at opførelsen af de nye, store hospitalsenheder ikke i sig selv har bidraget til en generel forbedring af befolkningens sundhedstilstand målt i dødelighed og middelevetid.

Vi er ikke i tvivl om, at på specielle områder som f. eks. hjertekirurgi, behandling af nyresvigt, korrektion af misdannelser osv. kan det være en fordel at centralisere og også at centralisere i større sygehusenheder. Men på alle områder, hvor en centralisering ikke har helt indlysende fordele, ønsker venstre et decentraliseret sygehusvæsen. Vi ønsker principielt, at flest muligt skal kunne behandles så tæt ved deres hjem som forsvarligt og muligt, og vi mener, at den generelle folkesundhed vil være bedre tjent med, at et stigende ressourceforbrug anvendes på den forebyggende indsats fremfor på endnu større og endnu mere specialiserede sygehusinvesteringer. Dermed siger vi ikke nej til enhver form for større sygehuse og specialiserede sygehuse, men vi siger, som jeg nævnte det indledningsvis, at dette med centralisering og decentralisering skal gå op i en større enhed.

Skal vi sige det lidt firkantet: i stedet for at bruge vore sparsomme ressourcer på at bygge så mange og så store sygehuse som muligt gælder det i langt højere grad om at forebygge behovet for flere sygehuspladser overhovedet, herunder især behovet for de stærkt specialiserede sygehuspladser, og her kommer de små, blandede sygehuse ind i billedet. Naturligvis skal den forebyggende indsats først og fremmest ske uden for sygehusenes døre, men i mange situationer vil vi i fremtiden efter min opfattelse kunne have megen glæde af at have de mindre, lokale sygehusenheder, som kan indgå som en integreret del af den forebyggende sygdomsbe-kæmpelse. Vi er allerede kommet langt med

[Svend Erik Hovmand]

hensyn til forebyggende kræftundersøgelser. Efter det, vi nu ved, må vi forvente, at vi i løbet af 1980'erne ikke alene på cancerområdet, men også i en lang række andre sammenhænge vil kunne styrke den forebyggende indsats gennem bedriftssundhedstjeneste, folkeundersøgelser osv., hvor man vil have en stor fordel i at have et lokalt sygehus, som er i stand til at tage de nødvendige prøver, røntgenbilleder o. lign. for herefter at sende dem til undersøgelse på de mere specialiserede sygehuse eller få speciallæger ud, som ministeren nævnte det, til at vurdere tingene lokalt, således som det allerede sker i et vist omfang mange steder i dag. Det siger sig selv, at denne nære betjening også på dette område har stor betydning for lokalsamfundet i form af sparet arbejdstid, transport osv., men også i mange sygdoms- og behandlingssituationer har den som sagt stor værdi. Det gælder eksempelvis for fødselspatienter og langtidspatienter, hvor den nære kontakt med de nærmeste pårørende kan have meget stor betydning for patientens behandlingsforløb.

Men en fortsættelse af den nuværende sygehusstruktur, som altså indbefatter både store, mindre store og små, blandede sygehuse, indebærer ikke bare en række åbenbare fordele af lokaliseringsmæssig karakter, den indebærer også, at vi må have sikkerhed for, at de kan betjenes rent fagligt på en forsvarlig og betryggende måde i fremtiden, og i den forbindelse vil jeg gerne opfordre ministeren til nærmere at redegøre for, hvilke tanker han gør sig med hensyn til den lægelige ekspertise på fremtidens små, blandede sygehuse. Jeg hørte i hans indlæg dette med, at man sendte eksperterne ud, men jeg er ikke overbevist om, at det vil være en permanent holdbar løsning i al fremtid. Jeg er i hvert fald ikke overbevist om, at den kan stå alene i al fremtid, men måske vil den med fordel kunne suppleres med andre former.

Tidligere var det jo sådan, at overlægen på disse mindre sygehuse havde en mere almen uddannelse, der gjorde ham i stand til om ikke at behandle, så dog hurtigt at vurdere, hvor de mere komplicerede sygdomstilfælde ville kunne blive behandlet bedst muligt, hvis det ikke kunne ske på det lokale sygehus.

I dag er lægeuddannelsen fordelt på vel omkring 25 forskellige specialer, mens vi efter min opfattelse savner den mere almene

medicinske eller kirurgiske uddannelse, der kan sikre en effektiv første behandling og visitation på de mindre sygehuse, og da der som sagt er tale om næsten  $\frac{1}{4}$  af samtlige sygehuse i landet, tror jeg, det vil være en overvejelse værd ikke bare at lade de specialiserede læger komme på turnusbesøg på de mindre sygehuse i al fremtid, men også at undersøge mulighederne for at finde en mere permanent løsning af den lægelige uddannelse, således at disse sygehuse kan få en mere betryggende faglig ledelse. Jeg nævner dette som et åbent spørgsmål, som jeg ikke har nogen entydig løsning på, men som jeg gerne vil opfordre ministeren til måske i samarbejde med nogle af sine kolleger at overveje meget grundigt.

Lad mig så sige, at det efter min opfattelse er særdeles værdifuldt, at vi i vores sygehusplanlægning har nogle overordnede retningslinjer, som har betydning, det er klart; men det er også overordentlig vigtigt, at vi i sammenhæng respekterer den lokale indflydelse, at vi ikke fra det offentliges, fra statens side i den grad dikterer, som nogen har fået opfattelsen af at det har været tilfældet gennem nogle år.

Jeg tror, det er vigtigt at sige klart til sundhedsstyrelsen og til indenrigsministeriet, at vi skal have nogle overordnede retningslinjer, men at det også er overordentlig vigtigt, at man giver spillerum og albuerum for lokale forskelligheder. Danmark er jo trods alt forskelligt fra egn til egn.

Det er også vigtigt, at vi sikrer i sygehusplanlægningen, at speciallægerne indpasses i denne plan. Jeg tror, det er nødvendigt her at understrege spørgsmålet om ansættelsesvilkårene. Man kunne udmærket forestille sig, at flere speciallæger blev deltidsansat i sygesektoren, og at flere overlæger havde specialpraksis på deltid på privat basis.

Man kunne også, synes jeg, ønske sig en bedre geografisk dækning, når det drejer sig om speciallæger. Det kan ikke være rimeligt, at speciallægerne kryber i ly af de geografiske universitetsområder; de bør virkelig komme ud i landet, hvor der er behov for dem.

Lad mig så endelig sige et par ord om amtsgrænserne eller regiongrænserne i relation til sygehusplanlægningen.

Jeg ved vel, at der er sket en opblødning her, men jeg tror alligevel, vi må sige, at selv

[Svend Erik Hovmand]

om det formelt er ændret, er det reelt stadig væk sådan i dag, at amtsgrænserne virker som lidt af en Berlinmur i sygehusemæssig sammenhæng. I al fald oplever vi, at der på den ene side af amtsgrænsen er lange, lange ventetider for en række undersøgelser og behandlinger, mens det ikke findes på den anden side amtsgrænsen. Jeg synes, der kunne være grund til at opfordre ministeren til at se på dette problem og se, om der kunne findes en rimelig løsning på det. Det er i hvert fald vanskeligt at skabe forståelse for, at folk, der går med lidelser i månedsvis, skal vente, bare fordi de bor på den forkerte side af en amtsgrænse.

Jeg vil gerne med disse bemærkninger understrege, hvor vigtigt det er, at vi ikke hen over hovedet på den store planlægning, der er foregået i amter og kommuner, og hen over hovedet på den store debat, der har været om disse ting, pludselig skulle ændre signaler og nedlægge eller ophøre med at bidrage til en fortsat eksistens af de mindre sygehuse. Jeg tror, det er vigtigt, at de mindre sygehuse indtager den plads i det samlede sygehusbillede, som de gør i dag, at vi gør en indsats, en ekstraordinær indsats, for at beholde dem, som vi har, og som der er ønske om at beholde, for dermed også at tage højde for den fremtidige udvikling, og hermed tænker jeg ikke mindst på den forebyggende indsats, som jeg tror at netop nærsygehuse kan indgå som en meget vigtig, integreret del af.

**Grove (KF):**

Jeg vil gerne takke ministeren for en meget god og fin, men jeg må også sige lidt teknisk redegørelse for vort sygehusvæsen. Det er måske også især tilrettelagt efter eksperter ønsker og mål, men jeg må dog sige, at i de senere år – det gav ministeren også udtryk for i sin redegørelse – er man vel i højere grad begyndt at tilrettelægge lidt efter de lokale ønsker.

Når vi tænker tilbage på den tid, da betænkningen kom i 1971 med hovedsygehus-tanken, og den diskussion, der var dengang, og vi så ser resultaterne af en del af den sygehusplanlægning, der er kommet efter, må vi nok sige, at der har været en opblødning på dette område, og det er vi tilfredse med.

Jeg synes, en gennemgående ting her har været, at man nok taler om patienterne, men man prøver egentlig ikke at tænke på, hvad patienternes forventning til sygehuset er, og det må vel i første omgang være det, det drejer sig om, for at man kan gøre sig klart, om man lever op til disse forventninger. De fleste patienter forventer vel først og fremmest den bedst mulige og vel også den hurtigst mulige behandling. Man forventer et venligt personale, og man forventer, at man får information og oplysning, og her er måske et af de områder, man kunne sætte noget mere ind på også på de sygehuse, vi har i dag. Vi ved, hvor lang tid patienter kan ligge i en seng uden at få nogen besked fra læger osv. Vi kunne nok ønske erfarne læger noget nærmere sygehussengen for at give oplysning og information. Og som en anden ting kræver man hotelfaciliteter, altså god pleje og mad osv. Og som et sidste punkt ønsker patienterne, at der er en rimelig afstand til sygehuset, sådan at de kan få besøg af de pårørende.

Alle disse ting er vel nogle af de umiddelbare forventninger, patienterne har, og dem skal vi opfylde så vidt som muligt. Men jeg synes også, at når vi taler om sygehuse, taler vi om dem som et sted, man opholder sig i meget, meget lang tid, men mig bekendt er gennemsnitsliggetiden under 10 dage. Det skal der vel også tages hensyn til, når man taler sygehuse og patientvenlige sygehuse.

Planlægningen af sygehusenes anvendelse er sygehuskommunerne i fuld gang med, og det er efter sygehusloven, som det blev fremhævet, et lokalt anliggende. Man skal så, efter at man har planlagt, tage en diskussion med ministeren på dette område. Jeg er fuldt tilfreds med, at dette er lokalt bestemt, for det må være de lokale amtsrådspolitikere og kommunalpolitikere, der tager ansvaret, da de har den nærmeste kontakt med den lokale befolkning, og det er også dem, der bedst kender den lokale økonomi.

Men noget af det, der står løst i denne diskussion om sygehuse og egentlig også, når man diskuterer det ude i den lokale planlægning, er: hvad er små sygehuse? Ifølge de ordførere, der har været oppe indtil nu, kan det næsten være fra 20 senge og op til 300 senge, og derfor var det måske rart, hvis man virkelig fik defineret og fastlagt, hvad man forstår ved små sygehuse, for i den daglige diskussion om små sygehuse mener én 100

[Grove]

senge, og en anden mener 20 senge. Vi har heller ikke fået præciseret af forespørgeren, hvad han forstår ved små sygehuse. Jeg forstod, at det var noget i retning af 200 senge, der skulle dække 20.000 patienter. Men det kunne vi måske få præciseret.

Det, der volder besvær, er egentlig ikke selve planlægningen af sygehusfaciliteterne, men nok i langt højere grad, hvordan vi får de rette læger til sygehuse af den rette størrelse. Vi kender jo alle de små sygehuse, der har fungeret med, skal vi sige den gamle overlægetype, der var all round; han kunne klare alt fra en blindtarm til det medicinske, men den uddannelse har vi jo overhovedet ikke mere. Det er vel et spørgsmål – og jeg vil gerne høre ministerens syn på den sag – om ikke vore læger efterhånden bliver for specialiserede. Det er jo efterhånden sådan, at hvis en læge kan operere et knæ, kan han overhovedet ikke lave andet, og det har også vist sig ved udvidelsen af overlægestaben på de enkelte sygehuse, at man bliver temmelig udspecialiseret. Det er en af de ting, der virkelig spiller en rolle, når man skal planlægge ude i amter og kommuner, om man overhovedet kan få læger, der kan udføre den opgave, der svarer til det pågældende sygehus.

I det sygehusvæsen, jeg har talt om hidtil, har ansvaret udelukkende ligget ude i det lokale, og det er derude, planlægningen foregår. Men man kunne måske så, når man taler sygehuse i dag, rette en advarsel, ikke til indenrigsministeren, men til undervisningsministeren, som i øjeblikket tilsyneladende lægger op til et gigantisk byggeri her i København og vil nedlægge små sygehuse i den forbindelse – her tænker jeg naturligvis på den diskussion, der i øjeblikket foregår om rigshospitalet, Finsen og Hornbæk – og vi vil da gerne fra konservativ side advare ministeren mod at køre løbsk i det løb.

Vi har fra konservativ side helt klart fremlagt, hvad vi mener om sygehusudbygningen og sygehuspolitikken her i Danmark. Vi har sagt: der bør være områdesygehuse, og ved områdesygehuse forstår vi sygehuse med mellem 100 og 300 senge, og de skal være firdelte. Der kan godt være både kirurgi og medicin, og dertil skal der naturligvis være en anæstesi-, en røntgen- og en laboratorieafdeling. Disse firdelte sygehuse skal være lokalt beliggende og dække et rimeligt område. Et sådant lokalområdesygehus kan nemlig have

et glimrende samarbejde med praktiserende læger, det kan behandle mellem 80 og 90 pct. af de sygdomme, befolkningen får, og det kan samtidig være det nære sygehus, der kan varetage de normale fødsler og have de langtidsafdelinger, der er nødvendige.

De helt små sygehuse må enten udvides, hvis der er grund til det, til et firdelt sygehus, eller også må de i en overgangsperiode indpasses i et områdesygehus som en afdeling deri. Derudover skal der i et amt også være et specialiseret sygehus vel på 300–500 senge, som kan tage de sygdomme, som ikke er almindelige, og så ønsker vi at fastholde landsdelssygehusene, som tager de helt specielle sygdomme, som kræver et meget stort befolkningsgrundlag, for at man kan være tilstrækkelig dygtig på sit område.

Det, vi fra det konservative folkeparti lægger vægt på, er, at vi viderefører et af verdens bedste sygehusvæsener, og det skal være baseret på lokal bestemmelse og lokal tilknytning til befolkningen. Men når vi taler om et af verdens bedste sygehusvæsener, kan vi vel også sige, at vi har verdens bedste sundhedspolitik i det hele taget og fører en patientvenlig sundhedspolitik her i Danmark. Derfor var det med interesse, jeg lyttede til den socialdemokratiske ordfører, der jo i sin afslutning var lidt inde på sundhedspolitik i almindelighed, og jeg havde egentlig ventet, at vi havde fået udbygget det socialdemokratiske forslag, der ligger, om sundhedspolitik. Det var med spænding, jeg lyttede, men det kom man meget let hen over.

Jeg vil gerne fremhæve nogle af de ting, som jeg med spænding havde hørt uddybet. Socialdemokratiet vil jo nu til at socialisere hele sundhedsvæsenet. Man vil fastansætte læger og tandlæger, og man vil afskaffe huslægeordningen og familielægeordningen. Nu skal 10.000 patienter danne grundlag for et lægecenter med 8–10 læger. Det er det, socialdemokratiet nu lægger op til som patientvenligt. Man vil lave et stort center med disse 8–10 læger, socialrådgivere, sundhedspædagoger, fysioterapeuter osv., et kæmpestort lægehus, hvor patienterne aldrig kan finde sig til rette. Når man kommer dér som patient, kan man få en sundhedspædagog i den ene hånd og en socialrådgiver i den anden, samtidig med at lægen kigger én i halsen, og når det så er overstået, går dette team ind ved siden af og begynder at diskutere, hvad

[Grove]

de egentlig skal behandle vedkommende for. Hvis det bliver gennemført, ødelægger vi vort sundhedsvæsen. Patienten bliver et nummer i rækken, og det bliver et behandlersamfund og ikke et patientvenligt samfund.

Vi har jo set afskrækkende eksempler i den retning. Vi kan bare tage socialiseringen i Sverige, der har medført lange ventetider. Det er umuligt at få en lægevagt ud i Sverige, og som en læge fra Sverige selv har sagt: patienterne står i kø, mens lægerne passer deres båd og fritidshus. Er det den slags sundhedsvæsen, man ønsker indført her i Danmark? Jeg kan også nævne verdens første socialiserede sundhedsvæsen, som findes i Sovjet, hvor man har flere læger og flere senge pr. indbygger end her, men til trods for det har man lange ventetider også for almindelig sygdomsbehandling. Ja, man er nået så vidt i Sovjet, at man begynder at betale underhånden for at rykke frem i køen. Man kan vel kalde det lægernes måneskinsarbejde, eller skal vi sige kontraøkonomi? Det er meget udbredt i Sovjet. Er det det, socialdemokratiet lægger op til? Vil man virkelig nu til at eksperimentere med et af verdens bedste systemer, der virkelig fungerer godt, og hvor der er meget få klagemål, for det vil jeg give indenrigsministeren ret i, at det er meget få patientklager, vi i det hele taget har herhjemme.

Hvis socialdemokratiet gennemfører sin sundhedspolitik, vil vi – og det kan man ikke slå stærkt nok fast – udvikle Danmark til et behandlersamfund, der er til for behandlergruppens skyld og ikke for patienternes skyld, og det tager vi meget stærkt afstand fra i det konservative folkeparti. Vi ønsker fortsat, at de patienter, vi har i Danmark, får den bedste, den hurtigste og den billigste behandling for at blive raske igen.

**Thorndahl (FP):**

Jeg vil godt indledningsvis slå fast, nu da begrundelsen for forespørgslen har været lidt diskuteret, at det er fremskridtspartiets opfattelse, at vi har et sygehusvæsen af noget forskellig kvalitet, men internationalt bedømt er det helt åbenbart, at det rangerer højt. Det er imidlertid naturligvis ikke ensbetydende med, at det ikke kan gøres bedre, og det er bl. a. begrundelsen for denne debat her i dag.

Der er også grund til at hilse debatten velkommen. Den sidste større debat om sygehusvæsenet fandt jo sted i maj 1978 i anledning af indenrigsministerens redegørelse af 3. maj 1978 om prioritering i sundhedsvæsenet. Den daværende indenrigsminister fastslog i sin redegørelse, at det ikke mindst var fremkomsten af perspektivplanredegørelsen i december 1973, der intensiverede debatten om sundhedsvæsenet, og ministeren anførte, at der i PP II blev peget på en række muligheder for en begrænsning af den dengang stærke vækst i sundhedsvæsenets ressourceforbrug. Vor forespørgsel i dag hviler i princippet på det samme grundlag som den debat, der i maj 1978 blev rejst på basis af indenrigsministerens redegørelse.

Specielt om sygehusplanlægningen sagde den daværende indenrigsminister bl. a. – folketingets forhandlinger 1977–78, sp. 9493:

»For sygehusplanlægningens vedkommende må det imidlertid samtidig erkendes, at de fleste af de hidtidige sygehusplaner bærer præg af, at man har stået med et helt nyt og uvant arbejdsredskab uden tilstrækkeligt udviklede planlægningsmetoder. Hertil kommer, at planlægningsarbejdet herudover er stødt på vanskeligheder af forskellig art. Bestræbelserne for en funktionel samordning af sygehusvæsenet har således vakt modstand dels i lokale befolkningsgrupper, der fejlagtigt har opfattet disse bestræbelser som et generelt anlæg mod alle mindre sygehuse, dels hos lægechefer i sygehusvæsenet, der har følt deres traditionelt meget selvstændige ledelsesfunktioner truet. Ønsket om en koordinering af sygehusplanerne med planlægningen for de øvrige dele af sundhedsvæsenet har i øvrigt været vanskeliggjort både af, at der først nu er igangsat en planlægning for praksisområdet, og af, at forskellige myndigheder har haft ansvaret for de forskellige planordninger.

Regeringen er imidlertid indstillet på, at problemerne såvel inden for de enkelte planlægningsordninger som i forbindelse med en samordning af disse skal søges løst snarest.«

Det sagde indenrigsministeren i maj 1978, og da jeg går ud fra, at det indholdsmæssige i ordet »snarest« må indebære, at alle disse problemer nu også er blevet løst siden maj 1978, vil jeg da gerne bede den nuværende indenrigsminister bekræfte, at det faktisk forholder sig sådan, og samtidig bede om en

[Thorndahl]

kort redegørelse for den måde, problemerne da er blevet løst på.

Der er allerede blevet berørt mange andre problemer her i dag, og jeg vil forsøge at beskæftige mig med et, som jeg mener er meget væsentligt for dette område, for sådan som jeg opfatter specielt sygehusvæsenet, er det et meget lukket samfund, og da er denne debat med til at lave et lille kighul ind i denne sluttede kreds.

I almindelighed er det jo ikke politikerne mere i dette land, der styrer. Det er teknokraterne og bureaukraterne, fortrinsvis inden for den offentlige sektor. Politikerne af i dag – og sådan har det jo været længe – ligger i den grad underdrejet over for de såkaldte eksperter, at de har mere end vanskeligt ved at bevare overblikket over et offentligt område, endsiige styre udviklingen inden for dette område med den sunde folkelige fornuft, som burde være kendetegnet for et folkestyre, for et demokrati.

Inden for sygehusvæsenet er dette endnu mere udtalt. I almindelighed kan politikerne jo ikke engang sproget, og ve den formastelige politiker, der forsøger sig med lidt sund fornuft inden for hospitalsområdet, f. eks. med en omfordeling af ressourcerne; så sker der det, at sundhedsvæsenets eller sygehusvæsenets pressionshold kaster sig over den forsvarsløse formastelige, der lynhurtigt får læst og påskrevet, og som rådvild ser sig trængt op i en krog af de hvidkitlede, der med løftet pegefinger som den store bastian fortæller den opskræmte offentlighed, at denne persons forslag, hvis man da forestillede sig, at dette vanvittige forslag blev gennemført, ville invalidere og dødsmerke så og så mange. Hospitalssektorens hurtige udrykningshold har på den måde fjernet betydelige dele af den nødvendige offentlige og politiske indsigt i og styring og ledelse af hospitalsvæsenet. Denne meningskontrol virker ikke blot udadtil. Den virker givetvis lige så effektivt indadtil. Der er næppe mange folketingsmedlemmer, der ikke privat har fået mange oplysninger om betydeligt ressourcspild inden for sygehusområdet. Det kan dreje sig om anskaffelse af avanceret teknologi, anskaffet enten af hensyn til nogle lægers behov for legetøj, som værktøj til at tilfredsstille enkelte lægers personlige ambitioner eller blot – og det er ikke mindst tilfældet – som led i prestigeræset i den indbyrdes kon-

kurrence mellem hospitalerne og deres enkelte afdelinger. Prisen for dette ressourcspild betaler de mange – altså patienterne – og ikke mindst det seriøst arbejdende og samvittighedsfulde personale, som vi også har på vore hospitaler.

Det seneste eksempel på denne meningskontrol inden for sygehusområdet leverede amtsborgmester Erling Tiedemann, Vejle amt, i december måned sidste år. Overlæge Mogens Andersen, Dyrehavegård hospital i Kolding, havde offentligt kritiseret, at amtets sygehusvæsen havde spildt – som han kaldte det – 6 mill. kr. på at købe en såkaldt helkropsscanner. Det er et meget avanceret udstyr, som utvivlsomt kun med fornuft og udbytte kan placeres nogle få steder i landet og altså efter overlægens mening ikke i en så provinsiel del af landet som Vejle amt. Overlægen mente derfor, at samfundet og sygehusvæsenet kunne få betydeligt mere ud af de 6 mill. kr. til andre ting end det indkøbte prestigelegetøj. Det måtte overlægen imidlertid ikke mene, sagde amtsborgmesteren, i hvert fald måtte han ikke sige det offentligt. Amtsborgmesteren beskylder i ret direkte vendinger – og altså også offentligt – overlægen for at være illoyal over for amtet og sygehusvæsenet.

Amtsborgmesterens fremgangsmåde, som efter min bedste overbevisning er en grov krænkelse af grundlovens bestemmelse om ytringsfrihed, illustrerer på udmærket måde, hvilke kræfter der er i sving for at lukke hospitalsverdenen for offentligheden.

Men det er min faste overbevisning, at vi har brug for, at først og fremmest lægerne, men da også hele det øvrige personale i sygehusvæsenet frigør sig for den misforståede kollegialitet, som i dag binder dem som fluer på et fluepapir, og at de også frigør sig for den administrativt pålagte mundkurv og deltager i den almindelige offentlige debat om sygehusvæsenet. Det vil demokratisere forholdene på hospitalerne og helt klart på lidt længere sigt sikre en betydelig bedre udnyttelse af de ressourcer, samfundet investerer i vores hospitaler i dag.

Jeg finder i øvrigt også, at det er rimeligt nu, da vi har en hospitalsdebat, at omtale planerne om rigshospitalet og nedlæggelsen af Finseninstitutet.

Efter min bedømmelse er det ud fra enhver fornuftsbetragtning ganske urimeligt at



[Thorndahl]

lave et så gigantisk hospitalsforetagende som det, der her er tale om, specielt da rigshospitalet jo i forvejen – det har man dog hørt – fungerer ret dårligt som arbejdsplads, hvorimod Finseninstituttet, som man reelt vil nedlægge, virkelig fungerer. Der er gennem årene – det tror jeg ikke der overhovedet er tvivl om – skabt en ganske særlig værdifuld atmosfære på Finseninstituttet, som sygehusteknokraterne nu vil have spoleret ved at lægge Finsen ind under rigshospitalet.

Hertil kommer yderligere, at denne sammenlægning uundgåeligt vil indebære kolossale og helt unødvendige merudgifter, og det er jo ikke lige præcis tiden til at afholde unødvendige udgifter.

Den redegørelse, der danner grundlag for den administrativt – indtil videre da – besluttede forvoksning af rigshospitalet, forelå i øvrigt i marts 1978 fra sundhedsstyrelsen, men det må formodes, at den forhenværende indenrigsminister, hr. Enggaard fra venstre, har tilrådt denne sammenlægning gennem den beretning, som sundhedsstyrelsen, som jo hører under indenrigsministeriet, udsendte i 1979, og hvoraf beslutningen fremgår. Og er det rigtigt, er der absolut grund til at beklage denne holdning.

Det er fremskridtspartiets opfattelse, at sygehuspolitikken fremover først og fremmest skal udformes af hensyn til patienterne, ikke bare i ord, men også i gerning, og det vil bl. a. sige, at de mindre sygehuse skal bevares, således at et mindre sygehus kun undtagelsesvis kan tillades nedlagt, at den fremtidige udbygning i højere grad skal ske på mindre sygehuse, at de økonomiske ressourcer til sygehusvæsenet skal anvendes til patienterne og væsentlig mere direkte, end tilfældet hidtil har været, jfr. den sag, jeg nævnte fra Vejle amt, at lægerne og sygehuspersonalet i øvrigt som alle andre og kun med den meget beskedne begrænsning, som hensynet til den enkelte patient direkte kan kræve, udtaler sig om forholdene inden for hospitalsvæsenet og det enkelte hospital, at der fremover skal lægges mange flere mindre og mellemstore opgaver ud til de praktiserende læger og speciallæger, gerne organiseret i lægehuse med både poliklinikker og specialklinikker.

Så skal jeg understrege, som det også blev fremført af hr. Glistrup, at fremskridtspartiet prioriterer sundhedsområdet højt inden for

det offentlige udgiftsområde, så højt, at vi også er villige til at forøge omkostningerne. Det har vi markeret, siden partiet blev stiftet, altså siden 1972.

Det er derfor helt fantastisk efter min bedste overbevisning, at fremskridtspartiet bestandig er blevet påduttet det synspunkt, at medborgerne overensstemmende med vor politik fremover skulle betale for deres ophold på sygehusene, et synspunkt, vi er blevet påduttet dels af politiske modstandere, dels af den danske presse. Det må, de mange ord taget i betragtning, helt klart ske og være sket mod bedre vidende, for jeg har ikke fantasi nok til at forestille mig, at man kan være så uvidende i så lang en periode. Og netop på sygehusområdet er der blevet ført en politik imod os, der slår bunden ud af al tidligere politisk tarvelighed.

Lad mig derfor endnu en gang og forhåbentlig for sidste gang fastslå, at i fremskridtssamfundet vil det være en selvfølge, at det er samfundet, der afholder omkostningerne ved hospitalernes drift og ved hospitalsindlæggelsen i hvert enkelt tilfælde.

#### **Birthe Nielsen (SF):**

Jeg kan godt sige, at vi fra socialistisk folkeparti er glade for, at vi får denne debat vedrørende vor sygehuspolitik. Sygehusplanlægningen er jo en del af den samlede sundhedsmæssige planlægning og indgår derfor i den samlede plan for, hvordan man skal sikre, at alle mennesker her i landet er mest muligt raske. Derfor er det vigtigt for mig at gøre det helt klart fra starten, at socialistisk folkepartis politik altid skal måles på, om den tjener mennesker. Vi siger: ingen ideologi, ingen studehandel, ingen politisk idé kan gå forud for menneskers sundhed. Når vi nu har forskellige politiske tilhørsforhold, er det, fordi vi har forskellige holdninger til, hvad der tjener mennesker, men vi er enige om, at vi er her for at skabe de bedste livsbetingelser for alle borgere i Danmark.

Jeg har hermed også sagt, at sygehuspolitikken skal begrundes i bredest mulig menneskelig trivsel og sundhed. Hvis vi ser på, hvordan sundhedsvæsenet er i dag, og vi giver os til at vurdere, hvordan det har udviklet sig i de sidste 8 år, må vi konstatere, at der er sket en stigning i sygehusudgifterne på ca. 60 pct. i faste tal, og så må vi spørge os

[Birthe Nielsen]

selv: er befolkningen blevet meget sundere? Lever vi meget længere og lykkeligere? Nej, det er der ikke noget der tyder på. Vi har i socialistisk folkeparti ikke set et eneste tal, der kan tolkes i retning af, at ganske almindelige mennesker er blevet sundere og lykkeligere i disse år, måske snarere tværtimod. Altså må vi have grebet sagen forkert an. Vi har brugt midler til at skabe sundhed, som ikke har medført øget sundhed. Vi har altså i samfundets planlægning taget fejl, og det bør vi tage til efterretning og ændre på.

Forklaringen på, at det er gået så skævt, er også ret åbenlys for os. Levevilkårene er blevet betydelig hårdere gennem 1970'erne, og arbejdsløsheden er steget med den deraf dokumenterede sygelighed til følge. Tempoet på arbejdspladserne er steget, mængden af giftstoffer er vokset, trygheden for børn, unge og ældre er blevet ringere. Alle disse ting, som skaber dagligdagens mange sygdomme af både fysisk og psykisk art, er vokset, så vi har altså ikke kunnet holde sundheden oppe, selv med den betydelige vækst i sygehusvæsenet.

Hvis vi ser på de sygdomme, der er dominerende i dag, er det nervøse lidelser, kræftsygdomme og miljø- eller arbejdsbetingede sygdomme som gigtsygdomme, overfølsomhed, hovedpine og almindelig nedslidning. Det logiske ville så være, at man øgede indsatsen over for disse folkesygdomme. I sig selv er det jo meningsløst at ville bekæmpe utryghed i menneskers hverdag ved at bygge og udvide store sygehuse. Centraliseringen og den høje specialisering kan hverken forsvares menneskeligt, socialt eller økonomisk, når samtlige omkostninger medregnes. Egentlig er vores sygehusvæsen jo en amtsopgave, men når jeg tænker på statens opgaver og her det, som hører ind under undervisningsminister Dorte Bennedsens område, rigshospitalet og Finsen, vil jeg da godt fra SFs side spørge ministeren, hvorfor man nedlægger Hornbæk, Ortopædisk Hospital og Finsen til fordel for en stor mastodont af et rigshospital, når befolkningen er glad for Finsen. Vi fra SFs side er ikke interesserede i de store sygehuspaladser, der fremmedgør mennesker i det miljø, som rigshospitalet nu engang har.

Jeg er derimod ikke enig med hr. Glistrup i, at spørgsmålet om strejker har noget at gøre med rigshospitalet som sådant – det vil

jeg senere vende tilbage til. Det, det drejer sig om, er ledelsesstrukturen inden for det offentlige.

En anden ting, som jeg også vil nævne, når vi snakker om store sygehuse, er de vanvittige investeringer, for hvad får vi ud af disse penge? Jeg tænker på hospitaler som f. eks. Odense sygehus, hvor der er tomme sengepladser, og Herlev sygehus, som var en stor misforståelse, og som ikke engang er rigtigt udnyttet den dag i dag. Ja men er det da ikke på tide, vi begynder at standse op og tænke over, hvad det er, vi gør? Hvorfor er det så svært at vende denne udvikling? Hvorfor kæmper ingen for større indsats over for de almindelige lidelser, som oven i købet kan behandles på eller fra små sygehuse, hvis de ellers udvikles tidssvarende? Jeg tror, det har noget at gøre med, at prioriteringen på sygehusområdet påvirkes af, at de enkelte specialister kæmper vildt for hver sit område. Jo mere specielt området er, jo mere uoverskueligt er det for befolkningen, og derfor går det så forholdsvis let at få bevillinger igennem til de få specielle patienter.

Jeg tænker også i denne forbindelse på det, vi har hørt om i de sidste 14 dage, nemlig forskningen omkring reagensglasbørnene, disse prestigeprojekter. Ja men hvad er det, vi vil med vores samfund? Er det det, vi vil bruge pengene til, eller er det ikke netop til folkesygdommene og det, som vi aldrig rigtig har gjort nok ved? Derfor bliver de små sygehuse uden specialafdelinger stående på det samme niveau, indtil de en dag er så utidsvarende, at de nedlægges. Derfor er der ikke penge til behandling af de almindelige sygdomme, og der forskes også alt for lidt i disse sygdomme.

Menneskelige problemer opstår altid, når indlæggelse på sygehus bliver nødvendig. Det rammer både patienten og de pårørende. Lige så vigtigt som et godt miljø er spørgsmålet om information og medbestemmelse, og noget af det, der hindrer et godt miljø og en aktiv indsats hos mange sundhedsarbejdere på vores sygehuse, er den hierarkiske opbygning, ledelsesstrukturen, den bureaukratiske opbygning. Den indebærer et lavt informationsniveau og forhindrer medarbejdere og patienter i at have en afgørende indflydelse på det miljø, der findes på sygehusene, og den behandling, der finder sted. Derfor er det fundamentalt nødvendigt, at man ikke

[Birthe Nielsen]

nedlægger de mindre sygehuse hen over hovedet på såvel befolkningen som personalet.

Det er efter socialistisk folkepartis mening særdeles vigtigt at slå fast, at sygehusene må styres mere demokratisk, så de mennesker, der har tæt kontakt med patienterne, får øget indflydelse på, hvordan sygehusene skal prioriteres. Vi finder det nødvendigt med en demokratisering af beslutningsprocesserne, således at alle ansatte er med til såvel prioritering af de økonomiske midler som ledelse af sygehusene.

Hr. Henning Jensen var inde på tidligere i dag, at der lå mange ældre plejepatienter på sygehusene, og det vil jeg give ham ret i. Derfor mener vi også, at hjemmesygeplejen må udvides, så borgerne ikke kun får deres behov for pleje dækket ved indlæggelse, og det gælder især de ældre borgere. Derfor må vi i samme forbindelse pålægge kommunerne betaling af en plejehjemstakst for ældre, som ikke kan udskrives på grund af de manglende plejehjemsmuligheder i kommunerne. En hospitalsseng koster 1.000 kr. om dagen, en plejehjemsplads kun det halve, og samtidig er der en masse menneskelige ting i dette, fordi ældre meget hellere vil være på et plejehjem end i et hospitalsmiljø.

Den medicinske forskning må gøres til genstand for offentlig politisk debat, så der kan ske en politisk prioritering af den, og her tænker jeg på det, jeg sagde tidligere om reagensglasbørnene. Det er jo også noget, specialisterne finder på, uden at man i virkeligheden har drøftet, om det egentlig er rimeligt at bruge penge netop på sådanne områder i betragtning af de få ressourcer, vi har.

Vi mener også fra SFs side, at det vil få konsekvenser for forskningen, som bør koncentrerer om at skaffe præcise oplysninger om livsvilkårenes betydning for sundheden. Forskningsresultaterne må formidles på en sådan måde, at de kan forstås også af ikke-specialister og bruges af fagforeninger, beboergrupper, skoler og forbrugergrupper i deres arbejde.

Der er i dag mange mennesker på sygehuset, hvis egentlige behov slet ikke er en sygehusbehandling, men nedsat arbejdstid, forbedring af deres sikkerhed arbejdsmæssigt, økonomisk og bolig-mæssigt og øget indflydelse på deres egen situation. Vi ville uden skade for befolkningen kunne nedtrappe sygehusvæsenet, i takt med at vi forbedrer livs-

betingelserne, og endda opnå en højere sundhedsgrad. Hvad koster det ikke samfundet af lidelser og af penge, f. eks. at privatbilismen har fået lov til at udvikle sig uhæmmet på bekostning af de offentlige transportmidler? Man hører som regel kun om antallet af dræbte og lemlæstede trafikanter pr. år, vi får aldrig oplyst summen af disse omkostninger.

I denne forbindelse vil jeg da godt snakke netop om de offentlige transportmidler og de mennesker, der er ansat inden for dette område. De er nedslidte, fordi der mangler midler, der mangler personale inden for DSB-området.

Det, jeg har sagt her, betyder også, at folk selv skal have magt til i fællesskab at hindre de lidelser, som samfundet påtvinger de enkelte mennesker. Det er derfor vigtigt, at sundhedsvæsenet bliver demokratiseret, så den konkrete prioritering af indsatsen ikke er enkeltpersoners beslutning. Der må inddrages mange i prioriteringen. Denne demokratisering er en afgørende forudsætning for, at en ny målsætning for sundhedsvæsenet kan virkeliggøres.

Vi mener i socialistisk folkeparti, at sundhedsvæsenet bør opbygges i små enheder, og at man må prioritere nærhedsprincippet meget højt. Vi er imod nedlæggelse af velfungerende mindre sygehuse.

### Drøbye (RV):

Det radikale venstre har gentagne gange fra denne talerstol og senest ved vedtagelsen af sit sundhedspolitiske program i september sidste år udtrykt ønske om at bevare de mindre sygehuse og dermed lokalt beholde afdelinger til de almindelige medicinske og kirurgiske sygdomme samt fødeafdelinger og afdelinger for efterbehandling. Målet for os er at indpasse de lokale sygehuse i den samlede sygehusplanlægning, der foregår i amtskommunerne, og som jo er foregået, siden ministeriet udsendte sine vejledende retningslinjer i juni 1971. Konsekvensen af disse retningslinjer var, at der ikke skulle investeres i de små sygehuse, og at de efterhånden skulle nedlægges.

I dag har alle erkendt, at der i de mindre, ofte ældre, lokale sygehusmiljøer er værdier, der er værd at bevare. Selv de centrale planlægningsmyndigheder har nu opgivet tanken

[Dræbye]

om, at de mindre sygehuse blot skal nedlægges efter tur. Spørgsmålet er ikke, om vi skal bevare de mindre, lokale sygehuse, men under hvilke omstændigheder de skal bevares.

Det er derfor meget vigtigt at få diskuteret, hvilke funktioner de mindre sygehuse skal varetage på længere sigt. Vi er derfor tilfredse med, at indenrigsministeren for sin del i sin besvarelse af forespørgslen anbefalede en række konkrete ting, som kunne styrke de mindre sygehuse, f. eks. udvidet ambulans behandling, efterbehandling, udrykning med specialister m. m., alt sammen noget, som kunne give de mindre sygehuse en større mening, en større attraktivitet.

Men der er selvfølgelig også det problem, at vi skal forhindre, at mindre enheder udvikler sig til noget andet og større, end de var planlagt til, og at de dermed måske på længere sigt kommer til at forøge omkostningerne i sygehusvæsenet uønsket. Med den befolkningsstruktur og den størrelse, Danmark har, er vi nødt til at se i øjnene, at der må ske en central behandling af de mere sjældne sygdomme. Omkostningerne til det specialuddannede personale og det avancerede udstyr er så store, at vi ikke kan tillade os ikke at udnytte det mest muligt. Patienter med meget sjældne sygdomme må derfor affinde sig med relativt lange afstande til et landsdels- eller et landssygehus.

Denne kendsgerning lader det ikke til at forespørgeren tager hensyn til. Når der direkte opfordres til at sætte det mindre, lokale sygehus i højsædet, må det naturnødvendigt medføre en prioritering af det mindre, lokale sygehus fremfor en fortsat udbygning af amts- eller landssygehuse.

Heri er det radikale venstre, som jeg sagde før, ikke enig. Vi mener, at der også er behov for denne udbygning, men vi mener samtidig, at der er behov for at få revideret retningslinjerne for sygehusplanlægningen fra 1971. Man kan vel sige, at det er det, som amtskommunerne allerede har gjort i praksis i deres planlægning. Således som det også fremgik af ministerens besvarelse, er der jo ikke foretaget den forudsete nedlægning af de små sygehuse, sådan som anbefalingen oprindeligt var.

Der ligger også i forespørgslen en antydning af, at kun de mindre sygehuse er patientvenlige. Nu er patientvenlighed et vidt begreb. Jeg har allerede været inde på for-

skellen på det fysiske miljø i de mindre og ældre sygehuse og i nybyggeriet, men væsentligere for patienternes velbefindende er dog to helt afgørende faktorer: for det første at den behandling, de modtager, er den rigtige. Jeg skal senere komme med nogle yderligere uddybninger af begrebet behandling. For det andet at den rent menneskelige behandling opleves som rimelig og venlig.

For det andet punktets vedkommende er det først og fremmest spørgsmålet om det samarbejde og den omgangsform, der er mellem personale og patienter og mellem personalet indbyrdes. Om klimaet er godt eller dårligt i en afdeling, er for så vidt uafhængigt af, om afdelingen indgår i et større eller et mindre sygehus. Afgørende for patienternes velbefindende er også, om han eller hun oplever, at sygehuset er til for patienternes skyld, eller det snarere er det omvendte, der er tilfældet. Om man oplever, at man bliver informeret og bliver taget med i afgørelsen af, hvad der skal ske én. Det er nu engang sådan, at hospitaler og det personale, der er ansat dér, må opfattes som værende ansat for patienternes skyld og i princippet være en service, som patienterne tilbydes – ikke modsat – og at man derfor ikke skal opleve sig selv som en genstand, der er blevet sluset ind i et stort og upåvirkeligt maskineri.

Det er klart, at faren for denne uheldige oplevelse af patientrollen er større, jo større enheder vi planlægger. Men vanskeligheder af den art er jo med held overvundet på mange sygehuse, og det er meget væsentligt, at man fra de politiske myndigheders side til stadighed er opmærksom på dette, når vi på en række områder er nødt til at fastholde, at vi også har brug for de store enheder.

Jeg skal om begrebet behandling understrege, at behandling er andet og mere end blot de tekniske og medicinske indgreb. Behandling må omfatte patientens samlede situation; de psykiske og sociale omstændigheder, behandlingen foregår under, kan helt påviseligt også have betydning for behandlingens resultat.

I denne forbindelse må jeg så endelig pege på, at når vi nu her alene diskuterer sygehuse som led i en sygehusplanlægning, er det ikke udtryk for, at der ikke prioriteringsmæssigt i hele sundhedsdebatten ligger store opgaver i forbindelse med det forebyggende arbejde, som i en samlet debat om sundhedsvæsenets

[Dræbys]

prioritering er nok så væsentlige at tage fat på. Det har jeg undladt i dette indlæg, men det skal afslutningsvis understreges, at disse problemer eksisterer.

### Mimi Jakobsen (CD):

Jeg vil også godt tage udgangspunkt i forespørgslen tekst, hvori man fra forespørgers side sådan set meget klart formulerer det synspunkt, at en patientvenlig politik er lig med mindre, lokale sygehuse, og at støtte til disse bør ydes på bekostning af de større sygehuse. Nu har næsten samtlige ordførere til gengæld været inde på, at man naturligvis må nuancere denne opfattelse, alt efter hvilke sygdomme der er tale om, hvor hyppige de er, og hvordan befolkningsunderlaget er i det pågældende område, altså en lang række geografisk og sygdomsmæssigt betingede forhold, og at man ikke alene kan slå sig op på sloganet »small is beautiful«. Der er en lang række problemer knyttet til dette.

Alligevel synes jeg nok, at såvel forespørgeren i sit indlæg som selve forespørgslen og nu sidst dagsordensforslaget har været med til at skabe det indtryk, at man alene bør se på miljøet. Det understregedes også af ordføreren for SF, som jo mener, at man på de store sygehuse naturligt må føle sig fremmedgjort. Man må kræve mere medbestemmelse, man må kræve en øget demokratisering. Jeg vil bare sige, at vi er ikke enige. Jeg ser med frygt frem til den dag, da man som patient kan få at vide, at nu er det med 7 stemmer mod 5 afgjort, at man skal opereres. Jeg håber ikke, det bliver aktuelt.

Jeg vil gerne understrege, som også hr. Grove gjorde det, at det er dejligt at ligge på et hospital, hvor man får besøg af sin familie, og vi kan alle glæde os over blomsterne og vindruerne. Men det væsentlige må være, at man får en effektiv, hurtig og rigtig behandling, og at man kommer ud fra sygehuset, så hurtigt som det er forsvarligt. Jeg tror, det er det, patienter forventer af et sygehus. Jeg tror også, de forventer af et sygehus, at skulle der støde komplikationer til den sygdom, man er indlagt for, er der folk på stedet, der kan tage sig af det, uden at man på dramatisk vis skal transporteres med fly et eller andet sted hen. Derfor er dette spørgsmål ikke så nemt, men det er populært at sige disse ting, også ude i amterne, og jeg

forstår de amtsfolk, som ligger under for det pres, der er tale om, når folk siger: det er da dejligt at have vores eget sygehus, at have den gode gamle institution bevaret. Men der er problemer i det.

Selvfølgelig er det væsentligt for patienten, hvordan personalets holdning til én er, hvor meget tid det kan tage sig til at tale med én og oplyse én, det erkender jeg blankt. Men jeg vil gerne understrege det, som hr. Dræbys sagde, at miljø på en afdeling i meget få tilfælde har noget at gøre med sygehusets størrelse. Det kan godt være, der er et dårligt miljø på rigshospitalets 13. sal, men det kan være, der er et glimrende miljø på 15. sal eller på 8. sal. Det er et spørgsmål om den overlæge og det personale, der er der, og det er et spørgsmål om, hvilket serviceniveau de har besluttet sig til at lægge sig på i forhold til patienterne.

Jeg håber på denne måde at have fået frem, at CDs syn på centralisering og decentralisering er, at vi er for centralisering og for decentralisering og vi er imod centralisering og imod decentralisering, for det tror jeg er det meningsfyldte, der kan siges om dette i denne henseende.

Det, der så selvfølgelig ligger tilbage, er opdelingen i behandlingsniveauer. Hvad skal foregå hvor? Det kræver et betydeligt fagligt indseende. Politikerne må naturligt ofte komme i en situation, hvor de siger: her kommer vi til kort, her må vi lytte til eksperter, uanset at jeg erkender, at man ikke skal ligge under for et hvilket som helst pres fra en gruppe, der siger: vil du tage ansvar for, at denne mand dør 8 dage efter, at han skulle være død? Jeg erkender det, men det er et problem, vi står i, hver eneste gang vi bevæger os som politikere ind på områder, hvor der er højt specialiserede folk, der er ekspertrådgivere, og da må vi forsøge at bedømme det, så godt vi kan, og tage imod de råd, vi får.

Jeg mener altså ikke, at vi bevidstløst skal hælde os til disse udsagn, men jeg mener på den anden side set heller ikke, at man på forhånd skal søge at skabe mistillid til de mennesker, der, engageret i deres erhverv og engageret i deres arbejde, forsøger at rådgive os. Og jeg må nok indrømme, at hr. Glistrups malende beskrivelse af, hvordan det foregår på de store sygehuse, har jeg ikke hørt før. Jeg tror heller ikke, jeg kommer til at høre den igen. Jeg har sjældent hørt noget

[Mimi Jakobsen]

lignende, men stadig væk, det er ikke et spørgsmål alene om sygehusets størrelse. Det er vel et spørgsmål om, at de tre faser, der ligger i dette, nemlig undersøgelsen, behandlingen og plejen, ikke nødvendigvis behøver at foregå samme sted og slet ikke ved de forskellige sygdomme, som man kommer ud for.

Fra CDs side forestiller vi os, at man bør lægge stor vægt på centre af praktiserende læger i samarbejde med speciallæger, idet det jo så må forventes, at de praktiserende læger ikke er alt for beskedne, når det drejer sig om at uddelegere opgaver, de ikke umiddelbart føler de kan klare, til deres specialistikolleger. Det er selvfølgelig en forudsætning. Men det må også være noget nemmere at henvise, hvis man ved, at denne speciallæge findes i samme hus, ja, det kunne yderligere skabe en meget fornuftig og påkrævet dialog mellem disse to grupper. Nu har flere ordførere været inde på dette, og jeg skal ikke fremstille det, som om det er noget nyt. Vi har lægelaboratorier, der kører på den basis, vi har haft tuberkulosestationer, så det er ikke noget nyt, men jeg tror stadig væk, at en væsentlig del af problemet ligger her.

Men også mellem de praktiserende læger – hvad enten de nu er specialister eller almindeligt praktiserende læger – og sygehusene bør der være en bedre dialog, og her tror jeg man kan se noget af løsningen for de mindre sygehuse, som vi da gerne ser bevaret, hvis der er fornuftige grunde, der taler for det. Man kunne vel forestille sig, at disse centre simpelt hen blev lagt ind i sygehusene i de tilfælde, hvor det kunne anses for at være fornuftigt, således at de små sygehuse rundt omkring ikke alene tog sig af de mere traditionelle ting, som de kunne klare på stedet, men at der, som nogle ordførere har været inde på, også blev tale om dels en efterkontrol, der kunne klares på stedet, dels rent plejemæssige funktioner.

Vi må desværre erkende, at hospitaler er trådt i stedet for plejehjem i nogle henseender, og jeg er ganske enig med socialdemokratiets ordfører i, at det ikke er hensigtsmæssigt. Jeg siger ikke, at de ældre ikke kan have det godt på hospitalet i den tid, de skal være der, men jeg synes, at det, der er gået igen i denne debat, er, at de ældre ikke kan tage den usikkerhed, der ligger i, at de ikke ved, om de skal være der i 3, 6, 9, 12 eller 18

måneder. Jeg tror, at det er dér, den ligger. Hvis man på en eller anden måde kan få styret det, så tror jeg ikke, at selve det, at de ældre må være på et hospital i 3 måneder, er så skadeligt, og jeg bemærkede da også med glæde, at man tværtimod understregede, at personalets indstilling var der i hvert fald ikke noget galt med.

Men altså, ud over disse små, almindelige funktioner og de funktioner, der allerede i dag ligger hos sygehusene, kunne man måske forestille sig, at man rykkede centrene ind, således at man også her fik en dialog mellem sygehuslæger og almindeligt praktiserende læger.

En anden fordel ved at samle disse funktioner i centre hænger sammen med, at et af de store problemer, vi har i dag, vel nok er, at apparaturet bliver dyrere og dyrere. Det er sin sag at nedsætte sig som f. eks. røntgenlæge i dag, for det kræver en fantastisk investering. Jeg skal ikke her fremsætte forslag, som ikke har været drøftet til bunds i CDs folketingsgruppe, men jeg kunne tænke mig, at man kunne opstille dette apparatur i sådanne centre og så lade speciallæger lease dette udstyr, lade dem leje sig ind og have udstyret til rådighed. Derved kunne man fra det offentlige opnå det, at man fik en styring af, hvor dette udstyr befandt sig, men det gav samtidig mulighed for, at lægerne kunne fortsætte deres liberale erhverv, idet det ikke er CDs målsætning, at man skal socialisere lægestanden. Denne styring kunne man efter vor opfattelse på den måde måske opnå. I det hele taget vil jeg gerne understrege, at vel er det bedre at forebygge end at helbrede, det er vi da enige i – det er sagt så tit, at man næsten ikke burde sige det i dag – men det er også vigtigt at styre, og før man forebygger, skal der også styres.

Her står vi i dag over for flere problemer. Vi står over for problemer med de typiske traditionelle opbygninger i ministerier, som vi har, når man taler om det landsplanmæssige. Vi har arbejdsmiljø, vi har boligmiljø, vi har trafikmiljø, og vi har en lang række andre faktorer fordelt på forskellige ministeriers ressort, faktorer, som har noget at gøre med, hvilke sygdomme man kan blive udsat for, plus selvfølgelig det, som man er prædestineret til ved fødslen osv. Der er en lang række sygdomme, som kunne forebygges, men det kræver et større samarbejde mellem

[Mimi Jakobsen]

og en bedre styring af nogle områder, som ellers traditionelt er opdelt.

Det samme gælder, når vi kommer ud i amterne og i primærkommunerne, hvor der er forvaltningsgrænser og forskellige forvaltningsgrene, som man jo ved ikke altid er de nemmeste at bygge bro mellem – det er måske endnu vanskeligere end i ministerierne, når det kommer til stykket. Jeg synes, man savner den forlængede arm fra ministerierne og ud i kommunerne og amterne, altså ud i lokalområderne, således at man også derude får en koordinering af bestræbelserne for et bedre trafikmiljø, et bedre boligmiljø, og hvad jeg nu har nævnt, og så det kunne føres videre.

Så er der blevet talt meget om styringen af sygehusplanlægningen inden for det enkelte amt, men jeg vil gerne understrege, at centrum-demokraterne betragter det som en mulig løsning og som en forhåbentlig løsning, at der bliver en fælleskommunal styring, at det ikke alene er det enkelte amt, der inden for sit område skal planlægge, men at man simpelt hen erkender, at vi er nødt til at have et Danmarks sygehusvæsen. Jeg siger ikke, at det skal foregå her fra folketinget. Jeg tror stadig væk, at rammerne skal lægges her, intet ved siden af og intet over folketinget, som det hedder, men at man i et fælleskommunalt, amtskommunalt organ samordner de målsætninger, som man føler man kan udbygge rammerne med.

Hermed er jeg inde på vores gamle synspunkt om, at man nok i virkeligheden burde opkræve en fælleskommunal skat netop til dækning af sådanne udgifter. Der er ingen rimelighed i, at et amt skal hænge særlig tungt på sygehusbyggeri, mens andre amter måske slipper nemmere. Vi så gerne en udledning også på dette område. Stadig væk skal rammerne naturligvis lægges af folketinget.

Jeg synes også, at hr. Groves bemærkninger om den øgede specialisering i uddannelserne og den manglende allround-orientering hos lægerne gør, at styring bliver endnu mere påkrævet fremover.

Vi har også set skandaler, som det hed. Skandalen er vel i alles øjne spørgsmålet om Herlev sygehus. Jeg vil gerne understrege, at fra CDs side opfatter vi skandalen som det, at en presse på det tidspunkt med noget, der lignede en menneskejagt, fik forsinket bygge-

riet, at nogle politikere, der ikke stod ved, hvad de havde vedtaget, fik forsinket byggeriet, som i dag viser sig at være i orden og have været forudseende og være det, som vi i dag har brug for. Jeg skal dog tilføje, at man naturligvis må erkende, at samordningen mellem udvidelsen af rigshospitalet og bygningen af Hvidovre og Herlev hospitaler kunne have været bedre. Der manglede vi det forbindelsesled mellem amt og stat, som jeg tidligere har været inde på. Men skandalen lå ikke dengang på de ansvarlige politikeres side; den lå i jagten og den urimelige hetz mod de mennesker, der havde set rigtigt, og som vi i dag ikke kan takke nok for, at de fik den idé. Desværre er det ikke fuldført endnu, men det er ikke de politikeres skyld.

Om forskningen tror jeg ikke der er meget at sige. Jeg fornemmer en bred enighed om, at der naturligvis skal være penge til det, og at den skal øges. Det er ikke nok, at vi bare sidder og læser tidsskrifter fra udlandet; der skal fortsat forskes herhjemme. Det er for så vidt heller ikke så meget det, der er i centrum af forespørgslen.

Så nogle bemærkninger med hensyn til ressourceudnyttelse. Det er jo meget populært at sige, at vi skal udnytte ressourcerne så godt som muligt, det tror jeg vi kan få et bredt følrig om, men jeg vil gerne yde et lille bidrag. Med de weekendordninger, vi har i dag på sygehusene, som givetvis ikke bliver mindre, men som vil få et større og større omfang, ved jeg allerede i dag, at man stort set standser de fleste aktiviteter omkring fredag kl. 12, og så genoptager man dem i løbet af mandagen. Jeg tror ikke, det er holdbart. Jeg tror ikke, det er holdbart af hensyn til alt det udstyr og de installationer, som må stå ubrugt. Jeg tror heller ikke, det er holdbart af hensyn til de lange ventelister, man har mange steder. Selvfølgelig ved jeg, at det er et spørgsmål om personalemangel, en ændring kræver mere personale, men jeg tror, det vil være umagen værd. Jeg tror ikke, vi kan leve med, at folk må gå og vente i 7, 8, 9 måneder på at blive indlagt, hvilket givetvis fordyrer deres behandling senere, for det er klart, at de ikke får det bedre af at gå og vente. Derfor vil det være en fornuftig investering.

Derfor forestiller vi os fra CDs side, at man må drøfte med tiden at gå over til toholdsskift for sygehuspersonale. Vi må simpelt hen sige, at hvis der er en gruppe med-

[Mimi Jakobsen]

arbejdere, vi kan få til at arbejde fredag, lørdag, søndag i stedet for mandag, tirsdag, onsdag, torsdag og måske noget af fredagen, så må vi satse på det, og så må vi betale folk for det. Det kræver unægtelig et lidt andet syn på lønningerne inden for det offentlige område. Vi ved udmærket i CD, at der er en stor gruppe, bl. a. sygeplejersker, som ikke føler sig særlig kaldet til at genoptage deres arbejde, alene af den grund, at lønningerne simpelt hen er for dårlige. Det er desværre ikke noget, der er specielt for sygehusområdet.

Med disse bemærkninger tror jeg at jeg har tilkendegivet, at centrum-demokraterne ikke kan stemme for det fremsatte dagsordensforslag. Vi mener, det er alt for snævert i sin formulering, det er ikke dækkende for de problemer, vi står over for. Man løser ikke alle problemer ved alene at sætte de mindre, lokale sygehuse i højsædet. Men omvendt mener vi selvfølgelig – som vel næsten alle andre – at hvor der overhovedet er rimelige ressourcemæssige, geografiske, sygdomsmæssige muligheder for det, skal man naturligvis gøre det.

#### Tyroll (VS):

I konsekvens af VS' klare opprioritering af det forebyggende arbejde og af den primære del af sundhedssektoren, de praktiserende læger m. fl. har vi nogle klare intentioner med den sekundære sundhedssektor, altså hospitaler og andre institutioner af forskellig art. Deres funktion må først og fremmest være at sikre en opbakning af frontarbejdet, det vil sige at sikre mulighed for henvisning af problemer, som man ikke kan klare, eller som belaster den primære sektor uhensigtsmæssigt.

VS mener, at det skal tilstræbes, at de forskellige niveauer af sundhedssystemet så vidt muligt integreres. Et sådant formål kunne fremmes ved at lade sundhedsarbejdere fra hospitaler m. fl. periodevis arbejde i den primære sektor og omvendt. Det ville effektivisere henvisningssystemet og modvirke specialisering og institutionalisering inden for sygehussektoren. Samtidig ville det i højere grad kunne sikre en fornemmelse for og forståelse af årsagerne til sundhedsproblemerne og dermed deres bekæmpelse. Forståelsen af klien-

ternes oplevelse af deres sygdom ville kunne blive meget større på hospitalerne.

Ved organiseringen af hospitalsvæsenet må nødvendig specialisering i videst muligt omfang undgås, og VS finder, at det bl. a. bør ske ved en opsplitning af sygehuse og ved bevarelse af de mindre sygehuse, således at de varetager befolkningens behov i mindre, geografiske områder. Målet for os er, at den enkelte kan bevare kontakten med sit miljø, sine venner og familie, og at den syge, familien og personalet kan overskue hospitals indretninger og funktioner.

Skal et sådant indhold sikres, så er vi overbeviste om, at det er nødvendigt at ændre væsentligt på styringsformen både i planlægningen og i driften af hospitalssektoren. I tilrettelæggelsen af arbejde, behandling, forskning m. v. skal deltage repræsentanter for brugerne, for den lokale befolkning, arbejdspladser og boligområder, for alle personalekategorier på hospitalet. Det forekommer os at være en forudsætning for at nedbryde det hierarkiske system og den struktur, som i øjeblikket er dominerende på hospitalerne, de babelstårne, der er bygget op på disse hospitaler.

Når man kaster blikket på, hvordan tingenes tilstand i sundhedssektoren er for øjeblikket, så er det jo ikke store opmuntringer, der er at hente for de holdninger, jeg her har givet udtryk for. Den samlede planlægning inden for sundhedssektoren synes at være præget af vilkårlighed. Der synes ikke at være nogen sammenhæng mellem de forskellige foranstaltninger, der gennemføres. Alligevel er der en klar tendens: den almindelige aktivitet hos socialdemokratiet og de borgerlige partier for at flytte forbruget fra kollektivt til privat forbrug med en tilsvarende større profitmulighed for privatkapitalen.

Hospitalssektoren er i dag præget af nedskæringer. Oprindelig fremkom Perspektivplan II med tanker om en omfordeling af midlerne i sygehussektoren til den primære sektor, det opsøgende og forebyggende arbejde. Uden at sikre resultater i den forebyggende aktivitet først kastede man sig ud i spareiveren på hospitalsområdet, samtidig med at der blev lovgivet om amtskommunernes udarbejdelse af samlede planer for sygehusopgaverne, og beslutningerne centraliseredes gennem krav om godkendelse af konkrete projekter i sygehusrådet under indenrigsmini-



[Tyroll]

steriet. Så tog man skridt til at afvikle sygehusrefusionerne, som bortfaldt 1. april 1975. Resultaterne af disse foranstaltninger blev en halvering af den årlige vækst af heltidsbeskæftigede i sygehussektoren uden en tilsvarende stigning i den primære sektor.

Ideerne om en egentlig omfordeling af ressourcerne fra sygehussektoren til den primære sektor er ikke blevet iværksat. Et forslag om en sådan omfordeling, fremsat i folketinget, blev stoppet. Prioriteringsudvalget blev nedsat i stedet. Der er afgivet betænkning, men alligevel sker der ikke noget. Jo, der er blevet nedsat et forebyggelsesråd, eller man er ved at nedsætte det, som foregiver, at der sker noget, samtidig med at den forebyggende indsats gøres til noget meget vanskeligt, som der skal forskes meget i, før der kan sættes en udvikling i gang.

De mange forlig om besparelser på de offentlige udgifter har medført, at indenrigsministeriet har udsendt sparevejledninger til amtskommunerne. Disse indeholder bl. a. en opfordring til centralisering af flere funktioner for at få en bedre udnyttelse af ressourcerne. Menneskehensyn kommer i anden række. Sparevejledningerne er blevet forvaltet forskelligt fra amt til amt og fra hospital til hospital. Visse steder har man ikke mærket så meget til rationaliseringer. Andre steder er der sket fyringer, lukning af afdelinger, ansættelsesstop, forringet patientpleje og forringede arbejdsforhold for personalet. Opgaverne i sygebehandlingen er nemlig ikke blevet mindre – tværtimod.

Besparelserne kan blive dyre for samfundet ved at forlænge sygdomsvarigheden hos patienterne. F. eks. er der på de københavnske hospitaler blevet lukket sengepladser, hvilket har betydet længere venteliste til almindelige indlæggelser. Desuden udskrives patienterne nu tidligere for at give plads til nye, ofte før de er i stand til at klare sig selv hjemme. Nednormeringen af personalet betyder forringede arbejdsforhold i form af rationalisering af arbejdet, øget arbejdstempo, dårlig faglig kvalitet og formindsket overblik over behandlingen. Personalets sygedage er forøget betydeligt, siden nedskæringerne begyndte i 1976.

Med denne politik lægger de ansvarlige myndigheder selv op til de konflikter, der har været på en række hospitaler. Intolerancen og kynismen hos medansvarlige borgerli-

ge politikere har ikke kendt grænser ved disse konflikter. Løsninger som fratagelse af strejkeretten bliver jo tit bragt på bane. Men det er selvfølgelig udtryk for det kapitalistiske systems kynisme.

Hele dette handlingsforløb viser klart, at dette system ikke egner sig til at tilfredsstille menneskenes behov, heller ikke på dette område. Den aktuelle sparepolitik med personaleindskrænkninger må bekæmpes. Nedskæringerne på sygehusene vil kun være acceptable, hvis de fremkommer som en konsekvens af en effektiv sygdomsforebyggelse i samfundet og bedre behandling og pleje i den primære sundhedstjeneste. Derfor støtter VS da også de aktiviteter, som sundhedsarbejderne har udfoldet for at bekæmpe angrebene på deres arbejdsforhold.

Hvis man ser på de aktuelle begivenheder på det område, som vi diskuterer her i dag, så ser man, at sygehusplanlægningen for hovedstadsområdet viser, at den skæve udvikling fortsætter. En samlet planlægning af sundhedssektorens udvikling i dette område saboteres. Indenrigsministeriet har et stort ansvar herfor. Hovedstadsrådet har været bundet af indenrigsministeriets retningslinjer i arbejdet med en overordnet sygehusplan.

Den skitse, der foreligger, er udarbejdet ud fra meget snævre rammer. I et brev fra ministeriet til Hovedstadsrådet fra 1975 hedder det således, at det vil være en rimelig målsætning for den samlede sengeforsyning i hovedstadsområdet at tilstræbe en sengedækning med egentlige sygehussenge svarende til den, der eksisterede pr. 1. april 1974, det vil sige 6,2 senge pr. 1.000 indbyggere. Og senere hedder det i et brev fra 1977, at hovedstadsrådets forsyning af egentlige somatiske sygehussenge ikke må overstige forbruget i 1974-75.

Dette fritager dog ikke for en fuldstændig ukritisk anvendelse af tallene i planlægningen. Grovskitsen til en hospitalsplan er lavet ud fra statistiske fremskrivninger af forskellige aldersgrupper, ikke ud fra reelle undersøgelser af sygdomsbilledet, ikke ud fra virkninger af opvækst- og levevilkår i storbyen og ikke med det formål at skabe en sammenhæng mellem de forskellige grene i sundhedssektoren. Der er ikke tale om forbedringer, men tale om at efterleve nogle økonomiske sparerammer, dikteret af folketinget.

[Tyroll]

Planen er lavet af et snævert udvalg af embedsmænd, politikere og overlæger efter et meget snævert kommissorium fra indenrigsministeriet. Ikke én eneste fagforening, personalegruppe eller patientgruppe er blevet medinddraget. Planen er ikke udtryk for en rimelig dækning med en alsidig og effektiv hospitalsbehandling, hvor socialmedicin og arbejdsmedicin inddrages, og hvor der skabes et sammenhængende system mellem hospitalssektor, primærsektor og socialektor, baseret på en forskning i de lokale livsforhold, arbejdsmiljø, boligforhold, sociale forhold, trafikforhold m. m. Behov og kapacitet kan faktisk på forhånd siges ikke at være nøje forbundet.

Som led i planerne om at reducere antallet af senge i hovedstadsområdet ønskes der nedlagt en række sengepladser på mindre hospitaler. Planerne ser således ud: Sønderbro hospital, nedlæggelse af 195 senge. Børnehospitalet på Fuglebakken, nedlæggelse af 107 senge. Sankt Josephs hospital, nedlæggelse af 305 senge. Københavns amtssygehus Lyngby, nedlæggelse af 65 senge. Finseninstitutet, nedlæggelse af 253 senge. Hornbæk hospital, nedlæggelse af 105 senge. Kysthospitalet på Refsnæs, nedlæggelse af 148 senge.

En række af de funktioner, der tidligere blev varetaget på disse mindre hospitaler, overføres til mammothospitaler som rigshospitalet, Herlev hospital og Hvidovre hospital med alle de ulemper, jeg tidligere var inde på: kolde mastodonter, der virker frygtindgydende og uoverskuelige, og hvor kommunikationen, når man ringer efter hjælp, foregår pr. samtaleanlæg. »De ønsker?« lyder det fra en højtaler i loftet. Jo, forholdene bliver skam rationelle efterhånden. Personlig kontakt begrænses så meget som muligt, personalets arbejdspresses forøges.

Hvad sker der så egentlig med de forskellige funktioner? Hvis man prøver at se på, hvad der sker med de funktioner, som de enkelte hospitaler har, så sker der følgende for Finseninstitutets vedkommende: strålebehandling og medicinsk behandling af kræft overføres til rigshospitalet, Københavns amtssygehus Herlev og bestående almenkirurgiske og medicinske afdelinger. Man forventer et stigende antal patienter frem til 1990, men anslår ikke, at behovet for sengepladser stiger. Efter at radiumstationen på

Herlev blev taget i brug, har der stadig været ventetider på den ambulante behandling af flere kræftformer. Der foregår hver dag omkring 700 ambulante behandlinger eller besøg på Finseninstitutet. Hvor skal de hen i fremtiden? Det spørgsmål kunne man jo stille indenrigsministeren.

På hudsygdommenes område regner man med det samme sengebehov som i dag uden at tage hensyn til, at der på dette område kan forventes et stigende antal patienter på grund af allergi og andre miljøskader, bl. a. i arbejdsmiljøet. Den ambulante virksomhed synes der ikke at være taget stilling til, uanset at den har haft funktioner som at foretage alle forhåndsundersøgelser inden indlæggelse, måske med besparelser til resultat, og at foretage en del efterbehandling. Men en række af funktionerne skal altså flyttes til planlagte nye kæmpebyggerier ved rigshospitalet, uanset at en billigere løsning pr. seng med større kapacitet kunne opnås dér, hvor Finseninstitutet ligger i dag, selvfølgelig med fornyelse og renovering af en del bygninger efterhånden.

I forbindelse med de hospitalsplaner, der altså ligger for hovedstadsområdet, kunne der nævnes en masse funktioner, som på forskellige leder og kanter bliver omlagt. Det ville være ganske rimeligt, om indenrigsministeren ville redegøre nærmere for, hvordan ministeren ser den plan, den grovskitse, der ligger for Københavns kommune, som led i bevarelsen af de mindre hospitaler. Det ville også være rart, om indenrigsministeren ville forklare, hvad der er formålet med de enkelte af disse dispositioner, som jeg har nævnt, de hospitaler, der nedlægges i hovedstadsområdet, og hvis funktioner altså skal overflyttes til andre steder, hvordan det står til med antal senge beregnet for fødsler, for dér ser det ud til, at man i fremtiden så vidt muligt skal til at føde tvillinger for at klare de behov, der vil være i hovedstadsområdet. Der mangler en masse svar på disse områder. Det er selvfølgelig udmærket, at vi har kunnet få at vide fra indenrigsministerens side, at man vil gøre sig bestræbelser for at bevare de mindre sygehuse ved at søge at give dem nogle øgede funktioner ved forskellig konsulentbistand osv., men når vi ser på hovedstadsområdet, så er det, ligesom det ikke her er behandlet tilstrækkeligt, hvilke problemer der kan opstå i dette område.

[Tyrol]

Forskellige ordførere har været inde på hele spørgsmålet om forebyggelsen i sundhedssektoren, og jeg bemærkede, at hr. Henning Jensen også var inde på denne problemstilling og sagde, at socialdemokratiet meget gerne bidrager til forbedringer af den forebyggende indsats. Også ved denne lejlighed er det derfor af interesse at spørge, om vi kan regne med, at dette bidrag til forbedringer af den forebyggende indsats vil blive en afvisning af de forslag, der har været fra forskellig borgerlig side – og jeg kan forstå, at nogle socialdemokrater mener at skulle være med til at stille forslagene – om at indføre lægeafgift. Det ville klart vende sig imod den dårligst stillede del af befolkningen, hvor man samtidig kan se, at deres behov for lægebesøg er større end andres. Har man ikke selv kunnet konstatere det i det omgivende samfund, så er det jo muligt at se det af de undersøgelser af fordeling af levevilkårene, som socialforskningsinstituttet har foretaget.

Det ville faktisk være rart snart at få en tilkendegivelse fra socialdemokratiets side om, hvorvidt det er sådan, at hele socialdemokratiet vil bakke op bag disse krav om lægeafgift, eller om man blankt vil afvise dem som asocial politik og som værende i modstrid med det sundhedsprogram, som vi egentlig troede at socialdemokratiet havde, og som blev lagt frem her i sommer.

#### Steffensen (KrF):

For kristeligt folkeparti er det med nærmedemokratiet en vigtig ting, og vi mener også, at de små og mindre sygehuse rummer en lang række fordele, som alene på grund af de større sygehuses funktion ikke kan opnås dér. Men det er dog ikke sådan, at vi kan undvære dem. Det er rimeligt, at vi har et samspil, således at vi både har de store, veludbyggede hospitaler, hvor de mere specielle sygdomme kan behandles, og i så stor udstrækning som muligt de små sygehuse nær forbrugerne.

Sygehusplanerne skal som bekendt godkendes. Amterne burde efter vor opfattelse selv kunne bestemme strukturen i langt højere grad, end tilfældet er i dag. Sundhedsstyrelsen og indenrigsministeriet, der skal godkende amternes sygehusplaner, har efter vor opfattelse ført en ret så centralistisk politik i

de seneste år, men på trods heraf har amterne stort set holdt fast ved de mindre sygehuse, hvilket jo også fremgik af ministerens redegørelse, på en sådan måde, at de i de fleste tilfælde indgår i amternes sygehusplaner.

Der er én bestemt ting, jeg gerne vil gøre opmærksom på her, nogle har været inde på det i dag, og det er selve uddannelsespolitikken med hensyn til lægerne. Alle specialiserer sig efter vor opfattelse ret så voldsomt i dag, og kun de store afdelinger med uddannelsesstillinger giver kompetence for lægerne i deres fortsatte virke. Et mindre sygehus er ikke godkendt som kompetencegivende uddannelsessted, og det i sig selv er et problem, for det gør jo, at mange læger, der godt kunne have lyst til at søge stilling på et mindre sygehus, ikke rigtig får noget ud af det med hensyn til deres videre uddannelse.

Reservelægeproblemet er velkendt. Man kan som bekendt være reservelæge et år, hvorefter man bliver 1. reservelæge, og det kan man være i fem år. Der er i dag ikke slutstillinger til alle disse mennesker, der har gået 3-4-5 år i 1. reservelægestillinger, og de er utrygge og ved ikke rigtig, hvad de skal gøre, for enten skal de ud af selve sygehusystemet og over i praktiserende lægevirksomhed, eller også – hvad? Ja, så er der jo overlægestillingerne.

Disse mennesker har stor viden inden for et bestemt speciale. Kristeligt folkeparti kunne derfor forestille sig, at disse læger i langt større udstrækning blev specialister på deres område. Det ville være med til at give en større spredning af specialister ud over landet, sådan at disse specialister ikke bare er knyttet til enkelte uddannelsessygehuse. Det ville også på sygehusene afhjælpe presset på overlægerne, der jo ofte driver specialpraksis uden for selve sygehusene. Der er eksempler på, at man er blevet tvunget til sammenlægning af f.eks. to reservelægestillinger til én overlægestilling, fordi man ikke kunne få reservelæger.

Jeg vil derfor gerne spørge ministeren, om han er opmærksom på det problem, som ligger i lægernes uddannelse, således at vi også fremover kan få læger uddannet, der kan betjene såvel de små som de store sygehuse i amterne rimeligt, sådan at det også kan give kompetence for en læge at have gjort tjeneste på et mindre hospital. Ministerens redegørelse viste jo klart, at det er amternes ønske at

[Steffensen]

bevare såvel de mindre som de små sygehuse, dér hvor der er mulighed for, at de kan inkorporeres i amternes sygehusplaner.

### Flygaard (DR):

Indledningsvis vil jeg gerne takke ministeren for en god redegørelse. Jeg synes, der blev trukket en række linjer op, der har dannet en god baggrund for den efterfølgende debat.

Jeg vil gerne om sygehuspolitikken i øvrigt sige, at jeg ikke tror, der findes noget parti, der ikke vil være patientvenligt, men det kan godt være, at der er en vis uenighed, når man skal til at definere, hvorledes man vil gennemføre en sådan venlighed over for patienterne. Der er ingen tvivl om, at rammerne for enhver politik bliver bestemt af mange forhold, herunder økonomiske og tekniske forhold.

Man skal i øvrigt ikke glemme, at de første hospitaler ikke så meget blev oprettet af hensyn til de syge som af hensyn til de raske, for at de syge ikke skulle smitte de raske, og det er jo også derfra, man har udtrykket Sankt Jørgens gårdene. Serviceniveauet var i øvrigt meget beskedent, hvilket medførte, at den bedrestillede del af befolkningen langt op i 1800-tallet holdt sig væk fra hospitalerne, fordi man kunne få en bedre behandling hjemme.

Begyndelsen til moderne hospitalsdrift får vi med Kgl. Frederiks hospital helt tilbage til 1757, og i 1806 får man den kongelige resolution, der i almindelighed anses for at være grundstenen, eller vi kan sige grundloven for dansk kommunalt hospitalsvæsen. Man forudsatte, at der skulle være et sygehus i hvert amt, en 24-30 senge. Senere har vi oplevet, at adskillige købstadkommuner og sognekommuner har bygget sygehuse. Når man efterhånden fik forholdsvis mange sygehuse, så skyldtes det først og fremmest transportproblemet, da det ikke virkede befordrende på patientens tilstand, at patienten eventuelt over en længere afstand skulle ligge og rumle i en ubekvem hestevogn, også selv om der var lagt lidt halm i bunden. Efterhånden vendte udviklingen, og vi fik store, i nogle tilfælde meget store sygehuse, hvor man havde de fleste af de specialer, der var behov for.

Ser vi bort fra rigshospitalet og enkelte andre hospitaler, hvor staten lejede sig ind, drev staten ikke hospitalsdrift, med undtagelse af statshospitalerne for de sindssyge og åndssvageanstalterne. Nu er udviklingen vendt igen, således at amtskommunerne bliver den helt centrale enhed, nærmest enerådende på hospitalsområdet. Hele denne udvikling skal selvfølgelig ses i forlængelse af kommunalreformen, der jo også har ført med sig, at nogle få og små kommunale sygehuse er blevet nedlagt.

Vi har i dag efter min opfattelse i langt de fleste amter et sådant hospitalsvæsen, at det stort set er i stand til at klare næsten alt. I løbet af 1970'erne er antallet af patienter, målt i forhold til indbyggertallet, vokset, men vi skal samtidig notere os, at sygehusopholdets varighed har været faldende. Det har en tendens til at trække i hver sin retning, således at antallet af sygehusdage ikke er gået så stærkt op, som man ellers kunne have ventet.

Jeg vil også gerne sige en lille smule om standarden. Uanset standarden vil man vel altid kunne forøge den, og det spørgsmål skal derfor rejses, om det ud fra en samlet samfundsøkonomisk vurdering er rimeligt, at man ekspanderer i samme takt i 1980'erne, som man har gjort i 1970'erne. Spørgsmålet er ganske enkelt, om vi har råd til det, om vi har ressourcer til det. Jeg tror personlig godt, at man for en tid kan stoppe en lille smule op og trække vejret.

Det er muligt, at væksten i antallet af læger har haft indflydelse på den større hospitalsbenyttelse, men deraf kan man nu ikke slutte, at der har været tale om misbrug. Lægedækningen har i dele af landet ikke været særlig stor og absolut set ret ringe.

Når væksten i de offentlige udgifter, bl.a. på hospitalsområdet, har været meget kraftig, så skal man også tage et andet forhold i betragtning. Den mekanisering, der har fundet sted, har medført en relativ forskydning til ugunst for alle de områder, hvor man ikke har været i stand til at mekanisere. Her bliver det offentlige ramt, i særlig grad hospitalerne, fordi lønudgiften udgør en meget stor procentdel af de samlede udgifter, vel omkring 65-70 pct. af de samlede udgifter. Man må selvfølgelig under en sådan udvikling være opmærksom på, at man ikke af traditionsbestemte grunde anvender overkvalificeret arbejdskraft, men det skal også siges, at

[Flygaard]

man skal sørge for, at den offentlige sektor ikke kommer bagud i forhold til det private arbejdsmarked rent lønmæssigt set.

Der bliver ofte talt om, at man på hospitalerne anskaffer nyt udstyr, før det gamle i rimeligt omfang er slidt. Selvfølgelig er det sidste nye nok det bedste, men man kan måske rejse spørgsmålet, om der ikke somme tider foregår et vist ressourcespild, som kunne undgås. Man skal i øvrigt heller ikke glemme, at anlægsudgifter ikke blot skal betragtes ud fra et isoleret synspunkt, fordi de løbende medfører en række driftsudgifter.

Det må også, som andre ordførere har været inde på det, anses for dårlig udnyttelse af hospitalerne, hvis mennesker, der egentlig ville have det bedre på et plejehjem, opholder sig på et hospital og optager en dyrere plads end på et plejehjem. Men vi skal selvfølgelig også erkende, at flere plejehjemspladser forudsætter afholdelsen af anlægsudgifter til opførelsen af plejehjem.

Jeg vil gerne pege på et andet problem. Når der nu foretages ganske betydelige investeringer i hospitaler, er det så rimeligt, og har samfundet råd til det, at disse i stigende omfang lykkes i ferierne? En anden af ordførerne var inde på spørgsmålet, om det var rimeligt, at der var så lang en weekend, fordi udnyttelsesgraden jo derved bliver formindsket. Det er i øvrigt mit indtryk, at de fleste hospitaler, når man ser bort fra de nævnte forhold, har en absolut rimelig udnyttelsesgrad.

Kan man spare noget ved mere konsekvent at fastholde, at arbejdstiden er 40 timer om ugen, og så antage flere? Jeg tænker f. eks. på lægernes arbejdstid. Det forudsætter selvfølgelig, at der er læger at få, men jeg har forstået, at det er der i hvert fald på nogle områder.

Det har igennem lang tid været diskuteret, hvilken grad af centralisering man skulle have inden for det enkelte amts sygehusvæsen. Der synes klart at gøre sig to tendenser eller synspunkter gældende. Det lokale hensyn er, at man gerne vil have et lokalt sygehus, og jeg forstår det godt, hvis man ud fra et lokalt synspunkt ønsker at bevare sit eget. Men jeg er også bange for, at for små sygehuse får for store faste omkostninger, fordi udnyttelsesgraden af læger og sygeplejersker samt vagter bliver for beskeden. Jeg tror ikke, at et sygehus i almindelighed skal ned under 200 sen-

gepladser, hvis der skal være rimelig økonomi i det; man skal i hvert fald ikke bygge hospitaler under denne størrelse. De store sygehuse vil bedre kunne udnytte de faste anlæg og vil kunne anskaffe udstyr, som der slet ikke er basis for på de små sygehuse. Jeg tror derfor, at der er bedre økonomi i større sygehuse. Men et sygehus kan selvfølgelig også blive så stort, at det kommer til at knirke i administrativ henseende, at man får for meget bureaukrati, og så forsvinder i hvert fald nogle af de økonomiske fordele.

Jeg vil også gerne i denne forbindelse sige, at menneskelige hensyn selvfølgelig taler for, at også andre hensyn end de økonomiske skal tages i betragtning. Det har igennem lang tid været et knæsat princip, at ophold på et sygehus ikke skulle koste patienten noget. Historisk forholder det sig således, at man i sidste århundrede fastsatte et beløb for ophold på sygehus, således at der blev dækning for omkostningerne. Man tilstræbte det i hvert fald, men det nåede aldrig at dække. I lang tid blev man stående på det samme beløb, og så oplevede vi, at sygekasserne betalte, så den enkelte patient ikke mærkede, at han/hun kom af med noget. Dette princip bør man efter min opfattelse bevare. Så vidt det er mig bekendt, afregner sygehuskommunerne sig imellem et beløb, når de har indlæggelser hos hinanden.

Det spørgsmål, jeg her vil rejse, er, om det er rimeligt, at udlændinge og udlandsdanske ikke kommer til at betale, hvad det koster at ligge på hospital og blive behandlet. Vi kan i den forbindelse spørge: hvorledes bliver vi behandlet i udlandet? Der er det min opfattelse, at vi i mange tilfælde betaler et noget større beløb end det beløb, der skal betales af udlændinge her i landet.

Man har ofte diskuteret, hvorfor der kan være forskel i prisen pr. seng pr. dag på de enkelte hospitaler. Her kan mange forhold imidlertid spille ind, som gør det vanskeligt umiddelbart at sammenligne. Visse behandlinger er dyrere end andre, ligesom anskaffelsestidspunktet i relation til faste omkostninger kan spille en betydelig rolle. Endvidere skal man tage hensyn til, at nogle hospitaler har flere ambulante behandlinger end andre, således at det også af denne grund kan være svært at foretage en umiddelbar sammenligning. Når der stilles særlige krav til hospitaler, f. eks. hvad angår uddannelse – her tæn-

[Flygaard]

ker jeg på rigshospitalet – så må det være klart, at omkostningerne alene af denne grund bliver større.

I en tid, hvor økonomien strammer mere til, end vi har kendt igennem en årrække, må det være rimeligt, at man er ekstra omhyggelig med hensyn til at sikre en fornuftig anvendelse af pengene, og derfor vil jeg gerne rejse spørgsmålet, om de gældende regler for befordringsgodtgørelse er hensigtsmæssige, sagt på en anden måde, om udviklingen måske ikke udgiftsmæssigt har været vel kraftig. Jeg kender et enkelt amt, i øvrigt Fyns amt, hvor udgifterne til befordringsgodtgørelse fra 1974 til 1979 er vokset fra 6 til 38 mill. kr. Jeg ved godt, at der er administrative og kontrolmæssige hensyn forbundet med det, men spørgsmålet er alligevel, om det ikke var muligt at finde en ordning, så denne udgiftsstigning måske blev knap så udtalt, som vi har oplevet det igennem de seneste år.

Når landet er i økonomiske vanskeligheder eller i hvert fald må rebe sejlene en lille smule, så må hospitalsområdet naturligt også inddrages i overvejelserne, selv om vi sikkert alle erkender det forhold, at man gerne vil give generel tilslutning til besparelser, men at man konkret er mere tilbageholdende.

Jeg skal slutte med den bemærkning, at vi alle dage har sagt, at det er en opgave at helbrede, hvor man støder på sygdom, men at det nok er endnu bedre at forebygge. Derved løber vi ind i det problem, i hvert fald i en overgangsperiode, at man både skal forebygge og helbrede samtidig, og det vil forøge udgiftsniveauet inden for det pågældende område. Men spørgsmålet er alligevel, om vi ikke skulle lægge mere vægt på det forebyggende arbejde. I den forbindelse vil jeg gerne spørge ministeren, hvordan det går med nedsettelsen af et forebyggelsesråd, om man ikke snart er så langt fremme, at det virkelig kan træde i funktion. Jeg synes, der er gået en ganske pæn tid, siden loven blev vedtaget.

**Inge Krogh (KrF):**

Der er tale om en stor udvidelse på rigshospitalet, der skal koste omkring 700 mill. kr. I forvejen er rigshospitalet et hospital, der er meget stort og kan virke forvirrende og skræmmende på patienterne. Udvidelsen skal bl. a. rumme Finseninstitutet, hvor der er opbygget et udmærket center for behandling

af og forskning i kræft. Der er et meget stort ambulatorium, bl. a. til kontrol af dem, der tidligere har været patienter. Der er en hudafdeling, hvortil der ligeledes er et meget stort ambulatorium, og der er et godt samarbejde mellem kræft- og hudafdelingen.

Det vil vanskeligt kunne lade sig gøre at udvikle et kræftcenter på rigshospitalet, der svarer til den kvalitet, der er udviklet på Finseninstitutet. Det siges til forsvar for flytningen, at det er bedst, at patienterne er i nærheden af de andre specialer. Men det viser sig, at rigshospitalet bliver så stort, at patienterne under alle omstændigheder, når de skal til undersøgelse på andre afdelinger eller til behandling på andre afdelinger, skal transporteres med ambulance. Så det ville vel ikke gøre så stor forskel, om man blev på Finseninstitutet. Ved en lempelig modernisering af Finseninstitutet vil man formentlig kunne bevare et kræftcenter, der vil fungere betydelig bedre, end det ville kunne på rigshospitalet.

**Indenrigsministeren (Henning Rasmussen):**

Jeg vil gerne indlede med at gentage, at jeg vil holde mig inden for forespørgslens rammer, og den lyder: »Vil regeringen være med til en patientvenlig sygehuspolitik med mindre, lokale sygehuse i højsædet?« Det fremgår direkte af forespørgslen, at det, man ønsker at diskutere, er den igangværende sygehusplanlægning. Det har jeg holdt mig til, og jeg tror, det er rigtigst af hensyn til andet, der er at foretage for folketinget i dag, at jeg stadig væk holder mig til det.

Jeg vil derfor ikke gå ind i en generel sundhedspolitisk debat, f. eks. om det lange principielle sigte i en socialdemokratisk sundhedspolitik, eller i en debat om et ikke-færdigvurderet og ikke-fremsat lovforslag om løsningen af de tilbageværende større sygehusproblemer i hovedstadsområdet. Det bliver der jo lejlighed til for folketinget på et betydelig bedre grundlag end det, der eksisterer i dag, at diskutere inden længe. Jeg synes heller ikke, at det kan være rigtigst, at jeg fortsætter den generelle sundhedspolitiske prioriteringsdebat fra maj 1978 – så skulle i al fald oplægget fra forespørgerne have haft en anden karakter. Mine bemærkninger her går ikke til forespørgeren, men til andre par-

[Indenrigsministeren]

tiers repræsentanter, som har bragt en lang række andre ting ind i diskussionen.

Jeg vil derfor, inden jeg siger noget til selve forespørgslen og diskussionen, nøjes med at sige til hr. Flygaard i anledning af spørgsmålet, om der var grund til at overveje reglerne for befordring i forbindelse med sygehusbehandling, at det jo er en af de ting, amtskommunerne har peget på i deres sparekatalog, og det er derfor et af de områder, hvor man foreløbig på embedsmandsplan overvejer eventuelle ændringer.

Jeg vil gerne sige tak for den tilslutning, de fleste ordførere har givet til de synspunkter, der er tilkendegivet om begrundelsen for og sigtet med den igangværende sygehusplanlægning og sygehusudbygning. Det ligger sådan, hvad også andre har været inde på, at den oprindelige, lidt stramme målsætning fra 1971 er lempet en del. Der er nået en betydelig grad af enighed mellem sygehuskommunerne og de vejledende og godkendende centrale myndigheder. Jeg føler mig overbevist om, at med de tilkendegivelser om en fornuftig udbygning af de mange mindre sygehuse, der formentlig vil eksistere også i fremtiden, som jeg er kommet med i dag, vil også anden runde af sygehusplanlægningen forløbe i harmoni og i en høj grad af enighed imellem sygehuskommunerne og de centrale myndigheder.

Jeg vil gerne erklære mig enig i det, som hr. Svend Erik Hovmand og andre ordførere har været inde på, nemlig at det må være muligt at udbygge de mindre sygehuse, der skal bestå i fremtiden. Jeg er også glad for de tilkendegivelser, der er kommet, om, at det nok i alt væsentligt må foregå ved hjælp af specialister fra de større sygehuse. Udbygningen er sket en lang række steder, og den vil ske i endnu højere grad i fremtiden.

Det, der er problemet, hvis det skal siges meget kort, er, hvornår det er forsvarligt – her tænker jeg ikke bare på det økonomiske og lægefaglige, men sandelig også på hensynet til den rette behandling af patienterne – at ansætte specialister med udstyr og personale på det lidt mindre sygehus i stedet for at lade specialisterne komme udefra til støtte for sygehusets faste lægestab. Det er vel nok det, der har været kerneproblemet i det meste af diskussionen i dag. Hvornår er det forsvarligt? Hvornår er det patientmateriale med de sygdomme, som den pågældende er

specialist i, til at retfærdiggøre den specialviden og dermed den specialindsats, den pågældende møder med? Hvornår er der det patientmateriale, som er en forudsætning? Hvornår er det økonomisk fornuftigt og lægefagligt i orden at ansætte de pågældende, for det at opretholde en faglig viden kræver jo en vis mængde arbejde med de faglige problemer?

Her anlægges helt naturligt lidt forskellige vurderinger, alt efter om man er lægefaglig specialist, lægefaglig rådgiver, om man er styrende myndighed, om man er læge på det mindre sygehus, om man hører til personalet på det mindre sygehus, om man er amtsrådsmedlem, om man er patient i nærheden af et sådant lille sygehus eller man ikke er det. Det er en uundgåelig vurdering, men det er den vurdering, som først og fremmest amtsrådene, deres politikere, deres rådgivere og sundhedsstyrelse og indenrigsministeriet er nødt til at anlægge. Da der kan anlægges forskellige synspunkter, er det også uundgåeligt, at der vil komme forskellige vurderinger af i og for sig principielt nøjagtig det samme problem.

Så er jeg blevet spurgt, om ikke det ligger sådan, at lægeuddannelsen efterhånden er så specialiseret, at det bl. a. gør det svært for de små sygehuse at få de bredt uddannede læger. Det har ind imellem været svært for et mindre sygehus at få den bredt uddannede overlæge. Når den tidligere overlæge er gået af på grund af alder, har det været noget vanskeligt at få en ny med de samme brede forudsætninger.

Spørgsmålet er imidlertid, om det er uddannelsessystemet, der først og fremmest er en hindring for, at man har kunnet få de pågældende læger. Det er muligt, at stillingerne har været knap så attraktive af flere grunde. Men der er sikkert også noget om, at med den viden, der i dag findes på det lægelige område, så er det efterhånden vanskeligt for et enkelt menneske at rumme den viden, der skal til for nogenlunde at beherske et traditionelt bredt område. Problemet skyldes givetvis også, at mange unge læger ser en større fremtid i at uddanne sig inden for et speciale end i at søge en bred uddannelse.

Jeg vil da godt erindre om, at det trods alt i de senere år er lykkedes at uddanne mange praktiserende læger, at udvide uddannelseskapaciteten og at forsyne markedet – hvis

[Indenrigsministeren]

man kan sige det sådan – med en betydelig tilgang af praktiserende læger, der jo i høj grad må karakteriseres som bredt uddannede, kvalificerede læger.

Jeg tror derfor ikke, at det vil volde de store problemer at skaffe de kvalificerede, bredt uddannede læger også til de mindre sygehuse i fremtiden. Det kan nemlig godt være, at en del af årsagerne til, at tilgangen har været lidt knap, er den, at der har været usikkerhed omkring de mindre sygehuses fremtid, hvad vi med den igangværende sygehusplanlægning kommer til livs i langt, langt de fleste tilfælde. Jeg tror, det i sig selv kan være medvirkende til, at tilgangen af interesserede bliver større, sådan at der ikke skulle blive de store problemer med hensyn til den nødvendige tilgang.

Det er nu i øvrigt ikke det eneste område inden for lægestanden, hvor det stadig væk er vanskeligt at skaffe en rimeligt stor tilgang. Der er også i dag faldet bemærkninger om mangel på speciallæger, i hvert fald i visse dele af landet. Der er for mig ingen tvivl om, at der stadig væk er specialområder, hvor vi har brug for en større tilgang end den, der er i øjeblikket. Det er altså ikke »kun« de bredt uddannede overlæger, der i visse tilfælde er mangel på, det er også speciallæger inden for en række områder. Jeg tror som sagt, dette problem vil lettes i de nærmeste år. Men jeg skal meget gerne, om man så må sige, forske i den uddannelsesmæssige side af problemet for at se, om det er et problem, som er skabt af selve uddannelsessystemet.

Med risiko for at skride lidt ud over min egen lidt stramme opfattelse af redegørelsen vil jeg godt benytte lejligheden til, da jeg er blevet spurgt om det, lige at sige, at der i disse år sker en ikke uvæsentlig udvidelse af kapaciteten på landets sygeplejeskoler. Det er et arbejde, som på ingen måde er færdigt, og der er ustandselige bestræbelser på at udvide uddannelseskapaciteten. Nøjagtig det samme kan siges om uddannelsen af fysioterapeuter, hvor der er oprettelse af nye skoler og udvidelse af eksisterende skoler i gang sidste år, i år og i det kommende år. Tilsvarende gælder for ergoterapiuddannelsen, tilsvarende gælder for jordemoderuddannelsen, og der sker også i øjeblikket en omprioritering af statens midler til uddannelse af ledende og undervisende sygeplejersker.

Som sagt, jeg har kun givet en rent faktisk oplysning, med den risiko naturligvis, at jeg skrider lidt uden for den ramme, jeg selv har sat for indlægget, inspireret af forespørgeren.

Jeg vil gerne erklære mig enig med den socialdemokratiske ordfører i, at for mange sygehuspladser er belagt med plejepatienter. Der vil derfor, uanset den diskussion, der helt naturligt altid vil være om den rigtige måde at klare problemerne for vores ældre medborgere på, stadig være behov for en udbygning af plejehjemmene, bl.a. for at aflaste sygehusvæsenet yderligere.

Det er mig også bekendt, at der er kommuner, der tilsyneladende temmelig bevidst anvender sygehusvæsenet til at klare deres plejehjemsproblemer, men jeg tror nok, det er retfærdigt og rigtigt at sige, at det er et fåtal af kommuner. For de fleste kommuners vedkommende gælder det, at det er økonomiske rammer, det er ressourceproblemer med hensyn til plejepersonale og andre tilsvarende problemer, der gør, at det er vanskeligt at udvide deres plejehjems kapacitet. Der foregår også, som alle vil vide, en stadig udbygning af alle de indsatser, der kan gøres for, at ældre og invalide kan forblive i deres eget hjem i stedet for at komme på plejehjem.

Jeg tror, jeg dermed sådan nogenlunde har svaret på de spørgsmål, der lå inden for forespørgsels rammer.

Jeg vil gerne slutte af med at sige, at jeg ud fra de betragtninger, jeg har ført frem, ikke kan godtage den dagsorden, der er foreslået.

#### **Glistrup (FP):**

Retsforbundets ordfører formodede, at omkostningerne pr. sygedag blev mindre, når sygehusene blev større, og han så det, som om det blev alt, alt for dyrt, hvis man kom ned på sygehuse med mindre end 200 sengepladser.

I de rent faktiske forhold, som vi kender dem, ligger der ikke noget belæg for den antagelse – tværtimod, vil jeg vove at hævde og skal deroverfor selvfølgelig først og fremmest henvise til de synspunkter, som jeg redegjorde for i mit tidligere indlæg.

Ser vi f. eks. på fejlinvesteringsrisikoen, så er den jo ganske klart langt større, når man går i gang med sygehusbyggerier i milliard-



[Glistrup]

klassen. Projekterne er uoverskuelige, og der udvikler sig meget lettere simpelt hen rent og skært skandaløse fejlpositioner undervejs, som man først på et for sent tidspunkt får øje på. Folkene i byggeudvalget skal måske opstille til genvalg i løbet af kort tid eller skal gå på pension efter lidt længere tid, og derfor skjuler man det, og tingene vokser sig endnu større.

Når man først bygger deroppe i milliardklassen, så har man en tilbøjelighed til, at så skal det også være noget, der virkelig kan holde og kan afskrives over en lang periode. Er der noget, man ikke kan låse sig fast på, så er det sygehusbyggeri i dag, for man kan simpelt hen ikke skue ud i en lang fremtid. Sygebehandlingsmetoderne ændrer sig meget kraftigt i vor tid, og derfor kan det ikke nytte noget at lægge sig fast på ganske bestemte indretninger. Byggeteknikken, byggemulighederne ændrer sig kraftigt, og selve sygdomsmønstret ændrer sig jo også. Vi er mange i denne sal, der er så gamle, at vi kan huske, dengang sygdomme først og fremmest var fattigdomssygdommene med dårlig ernæring, med tuberkulose, og hvad man nu døde af i vores forældres og bedsteforældres tid. Og nu er det jo altså blevet til vellevnedsygdomme, der faktisk kræver sundhedsvæsenets indsats, og der kan meget vel tænkes yderligere udviklinger på dette felt. De smidige små lokale enheder er meget bedre egnede til hurtigt og effektivt at optage de nye signaler, der kommer på alle disse felter, og derfor er det dem, vi først og fremmest skal satse på.

Det, der har været nævnt med lægeprestigeræset, med, at man absolut skal have noget legetøj til mange, mange millioner kroner, som måske kan anvendes en eller to gange om året, er også noget, som trives i de store hospitalsmiljøer.

Det, vi har brug for, er først og fremmest steder, hvor man kan behandle de lidelser, som titusinder af os kommer ud for: dårlig ryg, ondt i maven, hovedpine og andre ting, der måske kan forekomme superlægen noget trivielle og banale, men som det virkelig er vigtigt at sygehusvæsenet er indstillet på at kunne klare. Samspillet med den lokale lægestand, sundhedsplejerske, hjemmesygeplejerske osv. udfoldes også meget bedre, når vi har mange lokale enheder spredt ud over landet. Det er utvivlsomt dér, vi skal hen, også når vi skal ind på netop forebyggelsen,

som vi alle er enige om at der skal satses meget mere på fremover.

Man har hævdet, at fremskridtspartiet, når vi siger, at vi skal satse kraftigere end hidtil på mindre, lokale enheder, dermed skulle gå imod de specialiserede sygehuse, som selvfølgelig kun kan bestå med et større befolkningsgrundlag end 20.000, 50.000, 100.000 mennesker. Det er ikke rigtigt. Fordi man på mere specielle behandlingssteder har behov for måske at få 1 million eller 5 millioner mennesker som sit befolkningsgrundlag, behøver det ikke at være store, uoverskuelige, upersonlige enheder. Det kan glimrende deles op, sådan at man altså har de landsdækkende eller landsdelsdækkende specialer delt ud på enheder, der ikke er alt for store hver for sig. Vi er da f. eks. i fremskridtspartiet særdeles tilfredse med, at man på de områder, hvor selv et befolkningsgrundlag på 5 millioner er for lille til meget sjældne sygdomme – som man har gjort det fra indenrigsministeriets side – faktisk er gået et skridt videre med bekendtgørelsen her fra marts 1978 om, at folk kan få deres sygehusbehandling betalt af danske skatteydere på udenlandske specialinstitutioner.

Derfor skal man bestemt ikke opfatte det fremsatte forslag om motiveret dagsorden om, at man skal lægge hovedvægt på mindre, lokale enheder, således, at vi derved udtrykker, at man skal lægge den udelukkende vægt derpå. Selvfølgelig har vi da i vor tid brug for specialsygehuse – måske endda også specialsygehuse, der kan komme helt op imod de 1.000 sengepladser – men det må bare være undtagelsen, og derfor skal hovedvægten ikke lægges derpå.

Derfor er f. eks. det radikale venstres og venstres bemærkninger til fremskridtspartiets indlæg til en vis grad beroende på misforståelser, og derfor skal vi også anbefale de partier at stemme for vort dagsordensforslag.

### Henning Jensen (S):

Hr. Grove og hr. Tyroll efterlyste en kommentar eller en reaktion, om man vil, fra min side med hensyn til socialdemokratiets sundhedspolitiske udspil. Jeg mener ikke, at debatten i dag er den rigtige anledning til at diskutere dette udspil, men jeg synes, hr. Grove nærmest ser spøgelser ved højlys dag, når han giver udtryk for alle de forskrække-

[Henning Jensen]

ligheder, disse tanker om en sundhedspolitik kan medføre. Jeg vil gerne sige både til hr. Grove og til hr. Tyroll, at naturligvis udarbejder socialdemokratiet ikke – i øvrigt efter en stor medlemsdebat – et sundhedspolitisk program, for at det skal ryge i affaldsspannen. Vi vil vende tilbage til de tanker og de ideer, der er i dette oplæg, men vi erkender naturligvis, at det er med sundhedspolitik som med alt andet, der skal behandles i denne sal, at der naturligvis skal et flertal til for at gennemføre det, og det har vi naturligvis også med i vore tanker. Men vi vender tilbage med dette oplæg på et andet tidspunkt.

Med hensyn til det af hr. Glistrup fremsatte dagsordensforslag skal jeg meddele, at vi ikke kan stemme for det. Vi er ikke modstandere af de små sygehuse som sådan, det vil jeg gerne understrege, og det fremgik også klart af indenrigsministerens redegørelse, men vi synes, dagsordensforslaget er alt for diffust. Vi mener, at sygehusenes størrelse skal afhænge af behov og befolkningsgrundlag, så vi kan altså ikke medvirke til at stemme for det af hr. Glistrup fremsatte forslag om motiveret dagsorden.

Vi mener, at ministerens redegørelse var absolut dækkende og tilfredsstillende, og jeg skal derfor fremsætte følgende:

#### *Forslag om motiveret dagsorden.*

»Idet folketinget tager indenrigsministerens redegørelse til efterretning, går tinget over til næste punkt på dagsordenen.«

#### **Formanden:**

Der er nu fremsat følgende forslag om motiveret dagsorden: (se ovenfor). Også dette forslag indgår nu i forhandlingen.

#### **Svend Erik Hovmand (V):**

Jeg vil allerførst gerne have lov til at sige ministeren tak for det svar, han gav på mit første indlæg. Jeg synes, det er værd her at notere ministerens understregning af, at målsætningen i den oprindelige sygehusplan er lempet en del. Jeg tror, hele denne debat næppe havde fundet sted, om denne lempelse havde fundet sted på et tidligere tidspunkt. Jeg tror, det er her, vi skal finde kimen til den diskussion, den debat og den

utilfredshed, som kommer til orde her i dag fra visse sider, kimen til den betænkelighed og den foruroligelse for fremtiden, som man møder rundt omkring ude i landet. Derfor er jeg glad ved, at ministeren nu understreger denne lempelse i den oprindelige målsætning, som i høj grad tager sigte på – sådan må jeg forstå det – at lægge vægt på lokale ønsker om at bevare de mindre sygehusenheder.

Ministeren beskæftiger sig med det problem, jeg rejste omkring at sikre den fagligt forsvarlige ledelse af de mindre sygehuse. Han pegede her på nogle forhold, som jeg også er enig i kan have betydning: det har måske ikke været så attraktivt, det har måske været vanskeligt at få en tilstrækkelig bredde i uddannelsen, fordi uddannelsen bliver mere kompliceret, og det har måske også for nogle ansøgere haft betydning, at der har været usikkerhed om, hvorvidt de små sygehuse også ville bestå i fremtiden. Men, siger ministeren, denne usikkerhed er nu fjernet. Jeg takker for de ord. Det er netop det tilsagn, som vi fra vestres side har efterlyst i denne debat. Vi mener, at ministeren hermed giver tilsagn om at ville respektere saglige, lokale ønsker om at bevare de små og de mindre sygehuse, og hvis det er tilfældet, så har vi sikkerhed for, at der også i fremtiden vil eksistere en sygehusstruktur i dette land, hvori de mindre sygehuse udgør en meget væsentlig og måske endda en stigende andel af det samlede antal sygehuse i Danmark. Jeg går ud fra, at den opfattelse, som jeg her har tilkendegivet, fuldt ud kan bekræftes af ministeren, og føler mig i så fald stærkt beroliget derved.

#### **Grove (KF):**

Også jeg vil gerne takke ministeren for svaret om den videre uddannelse af lægerne. Jeg tror, ministeren har ret i, at årsagen til, at vi måske mangler nogle af de bredere uddannede læger i dag, til dels ligger i den usikkerhed, der har været om de mindre sygehusers fremtid. Ministeren har nok ret i, at debatten kan hjælpe lidt på det forhold. Men jeg tror alligevel, vi skal gå videre og se lidt på specialiseringstendenserne. Det forstod jeg også at ministeren ville. Det takker jeg for. Jeg er spændt på resultatet, der kommer ud af det.

[Grove]

Den socialdemokratiske ordfører, hr. Henning Jensen, sagde, at jeg så spøgelse ved højlys dag, når jeg omtalte det socialistiske sundhedsprogram, som hr. Henning Jensen står som fortaler for. Jeg ville ønske, jeg gjorde det, men det gør jeg desværre ikke. Jeg nævnedes også en række eksempler fra lande, der har foretaget det eksperiment, og jeg skal gerne blive ved at fremhæve det for hr. Henning Jensen, så han også selv begynder at sætte sig ind i de eksperimenter, der har været lavet i de lande med socialiseret sundhedssystem. Så vil han opdage, at det ikke er spøgelser, vi taler om, men det er realiteter. Hvis I har lavet det, fordi I troede, at det var spøgelser, går jeg ud fra, at i det øjeblik I opdager, at det er realiteter, så vil I lave det om. Efter det, hr. Henning Jensen sagde, var hr. Henning Jensen klar til at gå med til at lave det om og beholde vores fornuftige sundhedsvæsen, og det er da i hvert fald tiltalende.

Hr. Glistrup har fremsat et dagsordensforslag, der siger, at vi skal lægge vægt på hovedsygehusene. Det vil vi altså ikke være med til. I det omdelte dagsordensforslag står der »mindre lokale«, der er intet komma imellem; det betyder, at sygehusene skal være mindre lokale, end de har været hidtil, og det tyder altså på, at vi skal have hovedsygehuse i stedet for. Det kan vi slet ikke stemme for.

Vi mener, at ministeren ikke blot i sin redegørelse, men også i sit svar her ganske klart har lagt op til, at det bliver amtsrådene, der kommer til at bestemme, hvordan sygehusstrukturen skal være, og vi skal heller ikke lovgive eller presse noget ned over amterne igennem en dagsorden. Jeg tror på den planlægning, der bliver resultatet. Når den er færdig ude i amterne, vil resultatet i langt højere grad blive både små og mellemstore og enkelte store sygehuse. Jeg tror, der bliver en glimrende blanding inden for sygehusvæsenet, alt efter amtets struktur osv., og derfor kan vi godt tage ministerens redegørelse til efterretning.

**Thorndahl (FP):**

Jeg er ikke rigtig i stand til at sige ministeren tak for svarene på de spørgsmål, jeg stillede, i og med at ministeren ikke har besvaret dem. De spørgsmål, jeg stillede, var base-

ret på de betragtninger, den daværende indenrigsminister, hr. Egon Jensen, fremkom med i redegørelsen den 3. maj 1978 vedrørende sygehusplanlægningen, og jeg har egentlig tilladt mig at forudsætte, at de bemærkninger, indenrigsministeren dengang gjorde i redegørelsen omkring sygehusplanlægningen, også efter den nuværende indenrigsministers opfattelse ligger inden for denne forespørgsels rammer.

Jeg skal derfor kort gentage spørgsmålet, idet jeg lige skal gøre opmærksom på, at det citat, jeg benyttede som baggrund for spørgsmålet, indeholdt en lang række af de betragtninger, som den daværende indenrigsminister gjorde gældende i redegørelsen. På den baggrund sagde den daværende indenrigsminister, at regeringen var indstillet på, at problemerne såvel inden for de enkelte planlægningsordninger som i forbindelse med en samordning af disse skulle løses snarest, og det var med ordet »snarest« som udgangspunkt, jeg gik ud fra, at de problemer, som regeringen dengang lovede at man hurtigt ville løse, også rent faktisk er blevet løst i løbet af de 2 år, der er gået siden maj 1978. Det var det, jeg bad den nuværende indenrigsminister om at bekræfte, idet jeg samtidig gerne ville have en kort redegørelse for den måde, problemerne rent faktisk var blevet løst på.

Ministeren fastslog i sit første indlæg her i salen i gennemgangen af sundhedsadministrationens opbygning om det centrale element, sundhedsstyrelsen, at denne styrelse varetog helt overordnede opgaver. Jeg studerede, da jeg forberedte mig til debatten her i dag, over nogle oplysninger om sundhedsstyrelsens virksomhed, som fremgår af den seneste årsberetning fra 1978, hvor man på side 122 gør rede for den detaljeringsgrad, hvormed man går ind i de enkelte projekter. Jeg skal citere fra side 122:

»Vedrørende nogle projekter har sundhedsstyrelsen tilskyndet til forstærkede overvejelser om den langsigtede disposition. Hygiejneproblematikken er blevet gennemdrøftet, navnlig vedrørende projekter omhandlende undersøgelses- og behandlingsafsnit. Endvidere er overskueligheden og rumfordelingen i projekter for sådanne afsnit blevet drøftet. De største problemer har ombygningsprojekter af eksisterende sengeafdelinger forvoldt, idet sundhedsstyrelsen i flere

[Thorndahl]

tilfælde fik forelagt projekter, der ikke indebar en tilstrækkelig tidssvarende bygningsstandard i henseende til patientstuestørrelser, øvrige patientfaciliteter samt birumsfaciliteter.«

Uden at tage stilling til det sagligt rigtige i de betragtninger forekommer det mig i hvert fald, at man har bevæget sig ned på et betydeligt detaljeringsniveau. Det harmonerer i hvert fald ikke med de betragtninger, som ministeren gjorde om sundhedsstyrelsens opgaver, idet ministeren placerede sundhedsstyrelsen som det helt overordnede organ med helt overordnede opgaver.

#### **Birthe Nielsen (SF):**

Jeg vil indledningsvis sige til fru Mimi Jakobsen, som åbenbart ikke rigtig forstod, hvad jeg mente med mit indledende foredrag omkring ledelsesfunktionerne på hospitalerne, at vi fra SFs side, og det vil jeg stadig væk fastholde, finder det meget udemokratisk, at man handler hen over hovedet på de offentligt ansatte. Det er bl.a. det, der var medvirkende til den strid, der var på rigshospitalet. Den samme strid foregår også andre steder på hospitaler her i landet. Jeg kan nævne f.eks. Holbæk, hvor jeg selv kommer fra. Det er de samme problemer. Det er derfor vigtigt, at man får en bedre ledelsesfunktion, således at medarbejderne får større indflydelse på deres arbejdsplads. Det har de netop ikke inden for hospitalsområdet i dag. Det gælder også mange andre offentlige arbejdspladser. Det er særdeles vigtigt for trivsel for patienterne, at medarbejderne har et godt miljø at arbejde i. Det smitter af på patienterne, således at de også får en pænere eller en bedre behandling.

Med hensyn til de to dagsordensforslag, der er fremsat, vil jeg sige følgende: fra SFs side går vi, hvad jeg også sagde i min indledning, ind for de nærdemokratiske principper; vi mener, at nærmiljøet og de små sygehuse er det, befolkningen ønsker, og det, medarbejderne ønsker. Alle partier kender til at få besøg af delegerationer herinde i Folketinget, fordi man ikke på en fornuftig og demokratisk måde tager medarbejderne med ind i beslutninger omkring deres egen arbejdsplads, men bare flytter dem over. På denne baggrund kan vi absolut ikke stemme for det socialdemokratiske dagsordensforslag. Vi

havde hellere set det andet dagsordensforslag komme til afstemning.

#### **Dræbye (RV):**

Vedrørende den af hr. Glistrup foreslåede dagsorden synes jeg, der er grund til at understrege et par forhold. Det første er, at det er amtskommunerne, der har ansvaret for den økonomiske prioritering inden for sygesektoren, og at statens opgave i forbindelse med bl.a. det også af os formulerede ønske om at bevare mindre sygehuse for det første er gennem godkendelse og vejledning omkring sygehusplanlægningen at sørge for, at man får mulighed for at imødekomme de af amtskommunerne fremsatte ønsker om at bevare de lokale sygehuse, således som det også tidligere er sket, for det andet på konkrete områder at understøtte bestræbelserne for at bevare lokale sygehuse. Det kan være i forbindelse med uddannelsen, og det kan være i forbindelse med vejledning og oplysning omkring mulighederne for at give en lokal sygehusservice på mindre sygehuse.

Vi mener, at ministeren i sine svar i forbindelse med debatten her har givet tilsagn om, at det også er ønsker, som regeringen har, og vi kan derfor godt tage redegørelsen til efterretning. Vi mener derimod, at hr. Glistrups forslag til dagsorden for det første er formelt upræcist, fordi det ikke tager højde for, at en hel del af det økonomiske prioriteringsansvar ligger i amtskommunerne, sådan som lovgivningen er, og for det andet også skaber uklarhed omkring, hvad der egentlig mere detaljeret er sigtet med, hvorledes den statslige del af sygehuspolitikken skal tilrettelægges.

#### **Indenrigsministeren (Henning Rasmussen):**

Jeg vil gerne sige til hr. Thorndahl, at så vidt jeg hørte den oplæste redegørelse for en vis del af sundhedsstyrelsens virksomhed, så er man ikke ved den rådgivning, som jeg forstod der var tale om dér, gået ud over, hvad jeg vil karakterisere som en lægefaglig rådgivning. Men jeg skal nok have lejlighed til at se det noget tættere, hvis jeg skal sige det med 100 pct.s sikkerhed. Jeg føler mig temmelig overbevist om, at der i det pågældende tilfælde har været tale om, at de sygehusansvarlige gerne har villet høre sundhedsstyrelsen som lægefaglige rådgivere.

[Indenrigsministeren]

Jeg vil gerne sige til hr. Svend Erik Hovmand, at jeg tror ikke, der er nogen uenighed mellem os i opfattelsen af, hvordan det skulle forstås, det, jeg sagde. Det er måske nok rigtigt, at jeg lige minder om, at jeg gjorde nogle bemærkninger om det nødvendige i, at sygehuse, der ønskes bevaret, bliver udbygget og udvidet med hensyn til de tilbud, de giver til lokalbefolkningen, og at jeg også af ressourcemæssige og lægefaglige og andre grunde har henledt opmærksomheden på, at det i første række må være baseret på hovedsygehuse og andre lidt større sygehuses eksisterende specialister og andre ressourcer.

(Kort bemærkning).

**Glistrup (FP):**

Jeg kan trøste den konservative ordfører med, at han har ganske og aldeles uret – hvad han sikkert udmærket selv ved – når han kommer her og påstår, at man ved en anstrengt læsning kan få ud af fremskridtspartiets dagsordensforslag, at vi skulle være imod småsygehuse, lokale sygehuse. Enhver, der har fulgt fremskridtspartiet fra dets opvindelse for snart en halv snes år siden og har fulgt vore indlæg så sent som i dag, vil vide, at det, som dagsordenen går ud på, netop er at styrke de mindre, lokale sygehuse og først og fremmest satse på dem. Hr. Groves uro i forbindelse med dette dagsordensforslag var altså aldeles ubegrundet.

Vi må nok principielt understrege, at det, der må være meningen med en debat som den, vi har ført i dag, er, at den meget gerne skulle munde ud i en tilkendegivelse fra folketingets side. Der ligger selvfølgelig ikke nogen lovændring i en sådan tilkendegivelse, men det er dog værdifuldt – det er et svar til hr. Dræbye – at man ude over landet er klar over, hvad det øverste statsorgans, altså folketingets, ønskemål er.

Her er det jo sådan, at den af hr. Henning Jensen foreslåede dagsorden fuldstændig forplumrer vandene. Man tager til efterretning en redegørelse – bevares, en saglig fremstilling af, hvordan forholdene var – som strakte sig over et kvarters tid, og hvor der var mange pro et contra'er, men i og for sig ikke noget som helst, der hjælper ude over landet. Derfor må vi holde fast ved, at det er en rigtig dårlig idé også i dette tilfælde at bruge dette afværgedagsordensinstitut, sådan at

folketinget ikke kan komme til at udtale sig for eller imod en bestemt holdning inden for det område, som er til debat.

Af den principielle grund i folketingsarbejdet vil jeg anbefale, at man under alle omstændigheder stemmer imod det af hr. Henning Jensen fremsatte forslag om motive ret dagsorden, således at vi kan komme frem til, at folketinget virkelig siger noget for eller imod det, som har været genstand for forhandling her i dag. Det kan man gøre ved, at den anden dagsorden kommer til afstemning. Når man senere hen læser indlæggene igennem fra de forskellige ordførere, vil man se, at der er ganske betydelige behov for at få fastlagt, hvordan man i folketinget i grunden ser på det tema, som er lagt op i det af mig fremsatte dagsordensforslag. Derfor, både af demokratiske og af saglige grunde og af hensyn til den videre udvikling, henstiller jeg meget, at man stemmer nej til den af hr. Henning Jensen foreslåede dagsorden, og når så vejen er banet for afstemning om fremskridtspartiets dagsordensforslag, må jeg selvfølgelig af de grunde, som jeg har anført, meget anbefale, at man går ind for, at den justering, der skal være i udviklingskursen på dette område, går i retning af en småsygehusstruktur.

Hermed sluttede forhandlingen.

#### *Afstemning*

Forslag om motiveret dagsorden af Henning Jensen (S) (se foran)  
vedtoges med 96 stemmer mod 30.

Hermed var følgende forslag bortfaldet:

Forslag om motiveret dagsorden af Glistrup (FP) (se foran).

Hermed sluttede forespørgslen.

Den sidste sag på dagsordenen var:

**5) Forhandling om ministeren for offentlige arbejders redegørelse af 21. december 1979:**

*Redegørelse om postvæsenets forhold.*

(Redegørelse nr. IV. Anmeldt 21/12 79. Redegørelsen givet 21/12 79. Meddelelse om forhandling 15/1 80).