

[Tinning]

sen, for fru Merete Aarup har formentlig ikke selv skrevet den tale. Der blev talt om, at der ikke var nogen udsigt til positive ændringer ad den foreslåede vej. Jeg synes, fru Merete Aarup skulle hilse fru Karen Højte Jensen og sige, at den formulering var den strammeste i hele debatten, og den vil formentlig vise sig at være uholdbar, så det er næsten synd, at den findes i en tale, hvor vi er blevet beskyldt for at være for kirkantede.

Men så til konklusionerne i øvrigt. Jeg forstod på ministeren, at det er ukendt for mange, hvad der foregår rundt omkring i disse år. Altså det er ukendt for mange, hvad der foregår af distriktspsykiatriske forsøg og udviklinger og sådan noget rundt omkring i amterne. Det tror jeg ministeren har ret i, men det hænger jo sammen med, at der lige præcis aldrig ud over den undersøgelse fra 1984, jeg refererede, er gjort forsøg på at lave en samlet opsamling af, hvordan det er gået med udbygningen af distriktspsykiatrien, efter at vi har lagt disse sager ud til amterne.

Så jeg vil godt spørge ministeren: når nu forslaget går i udvalg og vi stiller et spørgsmål, for det gør vi nemlig, som lyder: »Hvad er de hidtidige erfaringer med udbygning af distriktspsykiatri i Danmark?«, er det så muligt at få noget ordentligt, velunderbygget frem om det i løbet af en måneds tid? Findes der sådan noget materiale? Det synes jeg er vigtigt, for jeg kunne godt forestille mig, at det gør der ikke. Jeg mener faktisk ikke, der gør det, men ellers synes jeg, vi skal have fat i det. Men hvis det ikke findes, så er det jo ikke så underligt, at det er ukendt for mange, hvad der foregår.

Nu ville ministeren ikke i første omgang tage stilling til, om man skulle lave nogle flere forsøg, hvor man gav økonomisk kompensation, så lad os vente med at tage stilling; så ligger det og flyder lidt, det kan også være meget fornuftigt. Men jeg kunne godt tænke mig at få lidt at vide om, hvor hurtigt vi kan få noget klar med hensyn til sådan en erfaringsopsamling, for det bliver meget naturligt det første. Folketingets kommunaludvalg får brug for, når vi sidder og arbejder med disse ting. Det er i hvert fald centralt for os som forslagsstillere. Vi ser meget nødig, når nu vi har førstebehandlet forslaget og alle er enige om, at vi skal have en udbygning af distriktspsykiatrien, og det så går i udvalg, at vi måske får at vide, at man ger-

ne vil samle erfaringerne op, og det går der så et år med. Det resultat vil efter vores mening være for lidt.

Hvis det viser sig, at det tager så lang tid, så mener jeg, vi skal i retning af det, fru Dagmar Mørk Jensen var inde på. Ikke fordi vi synes, der er så gode erfaringer med handlingsplaner, men hvad den ene minister gør, bør jo ikke nødvendigvis direkte gå ud over den anden, så vi vil ikke fuldstændig afvise den model.

Men kunne ministeren slutte debatten med at oplyse, hvor hurtigt der kan gøres noget, som ændrer på den situation, at det for mange er ukendt, hvad der egentlig foregår, eller sagt på en anden måde: hvor hurtigt kan vi få en opsamling af erfaringerne, som kan ligge til grund for udvalgets arbejde?

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Forslagets overgang til anden (sidste) behandling vedtoges uden afstemning.

Fjerde næstformand (Ole Vig Jensen):

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til kommunaludvalget. Hvis ingen gør indsigelse mod dette forslag, betragter jeg det som vedtaget. (Ophold). Det er vedtaget.

Den sidste sag på dagsordenen var:

12) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 134:

Forslag til folketingsbeslutning om afskaffelse af ventelister på sygehusene.

Af Poulsgaard (FP) m.fl.

(Fremsat 10/2 87).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Indenrigsministeren (Enggaard):

Den offentlige debat om ventelister og ventetider er ikke af ny dato. Jeg skal på ingen måde fornægte eller negligere, at der eksisterer ventetidsproblemer til en række

[Indenrigsministeren]

behandlinger, problemer, der for den enkelte patient kan forekomme uoverskuelige.

Ventetidsproblemerne kan ikke betragtes isoleret, men skal ses i sammenhæng med den samlede behandlingskapacitet inden for sygehusvæsenet. Der foretages knap 1 million indlæggelser om året på de somatiske afdelinger på danske sygehuse. Der er ingen ventetid til indlæggelser for medicinske sygdomme, og ca. 60 pct. af alle kirurgiske lidelser behandles akut, det vil sige helt uden ventetid. Sagt med andre ord har vi i Danmark et stort set velfungerende sygehusvæsen, hvor kun relativt få patienter må vente i kortere eller længere tid på en indlæggelse.

Når sygehusvæsenet ikke er i stand til at behandle alle patienter uden ventetid, hænger det bl.a. sammen med den enorme medicinske og tekniske udvikling, der har fundet sted i de seneste år. Denne udvikling har affødt en stigning i efterspørgslen efter sygehusvæsenets ydelser. Borgernes krav og forventninger til en hurtig behandling er øget i takt med, at det er blevet muligt at behandle sygdomme og lidelser, som borgerne for blot få år siden måtte affinde sig med, lidelser, hvor der for ganske få år siden intet kunne gøres ud over at lindre eventuelle smerter.

Det gør sig bl.a. gældende for en af de diagnoser, der ofte er i fokus, når der tales om ventelister, nemlig hofteledsoperationer. Før 1970 behandlede slidgigt i hoften oftest kun medicinsk, ofte med et ringe resultat for patienten. Den medicinske teknik gjorde det muligt at udskifte den dårlige hofte med en protese, som stort set kan fungere som et rask led.

I 1985 opereredes ca. 3.700 patienter, men i takt med, at kapaciteten i sygehuskommunerne blev forøget, ændrede henvisningsmønstret sig. I starten opererede man kun personer, der var stærkt invaliderede på grund af den dårlige hofte. I dag henvises et langt bredere patientklientel, som har problemer med hoften. Til tider er behovet således vokset hurtigere, end det har været muligt at sætte kapaciteten i vejret.

Det samme gør sig gældende med hensyn til grå stær, en diagnose, hvor der også er ventetid. I starten opererede man først patienterne, når de var næsten blinde, på grund af risikoen ved operationen; nu opereres ca. 7.800 patienter.

Der er endvidere grund til at pege på, at befolkningsudviklingen har været præget af et øget antal ældre, som også har haft og har indflydelse på efterspørgslen efter sundheds- og sygehusvæsenets ydelser. Disse faktorer har bl.a. medvirket til, at der til visse behandlinger, typisk kirurgiske indgreb, har været og er en vis ventetid til behandling.

Endelig må det erindres, at ventelisternes omfang målt i tal ikke er det, der egentlig principielt er af størst betydning. Det, der er afgørende for den enkelte patient, er ventetiden, ikke nødvendigvis det tal, som står på en venteliste, for det kan jo betyde, at kapaciteten er øget, sådan at der er flere på venteliste, men kortere tid at vente.

Min hovedkonklusion på udviklingen er, at vi alt for ofte overser den kolossale serviceforbedring, der har fundet sted i sygehusvæsenet. Tænk på, hvor mange mennesker der er blevet hjulpet. Ventelister og ventetider kan faktisk være udtryk for, at langt flere kan hjælpes nu.

Men det kan jo ikke nægtes, at ventetider kan være en meget stor gene for patienterne. De sociale og menneskelige sider af ventetiden må ikke overses, og der kan og skal derfor gøres noget for at bringe ventetiderne ned.

Debatten om ventetidsproblemerne har til en vis grad været præget af, at begreberne ventetid og ventelister ikke altid har foreligget opgjort på et ensartet grundlag. Oplysningerne om ventelisternes størrelse har ikke været sammenlignelige.

For at rette på det forhold nedsatte jeg i 1986 en arbejdsgruppe, der bl.a. skulle se på dette. På baggrund af arbejdsgruppens rapport har Indenrigsministeriet bedt Sundhedsstyrelsen om at iværksætte et informationssystem vedrørende ventetider og ventelister for en række diagnoser. Amtskommunerne får dermed et bedre grundlag for en styret indsats for at nå det mål, vi vel alle er enige om: nedbringelse af ventetiden for den enkelte patient. Samtidig får regeringen og Folketinget et bedre grundlag for at følge og vurdere problematikken omkring ventetider.

Arbejdsgruppen gennemførte en undersøgelse af, hvor lang tid patienter måtte vente i 1985 efter en række konkrete diagnoser. For de fleste af diagnoserne behandles langt de fleste af patienterne inden for 3 måneders ventetid. F.eks. blev 85 pct. af de patienter,

[Indenrigsministeren]

der blev opereret for åreknuder, opereret inden for denne tidsgrænse, for hæmorider ca. 80 pct., galdesten over 90 pct. For visse diagnoser, bl.a. operation for grå stær og hofter og knæ, var de gennemsnitlige ventetider på landsplan mellem 3 og 6 måneder.

Det er også på disse områder, at en betydelig andel og efter min opfattelse en for stor andel af patienterne har måttet vente over 6 måneder. F.eks. har 57 pct. af de patienter, der i 1985 har fået ny hofte, måttet vente mere end 6 måneder, 40 pct. har måttet vente mere end 6 måneder på operation for grå stær, og det er tal, der dækker over ventetider, som bør nedbringes.

Et af de områder, hvor der eksisterer særlige problemer, er hjerteområdet. Arbejdsgruppen konkluderede, at der er uacceptable ventetider på området, og at aktiviteten ikke er tilstrækkelig. På den baggrund har Indenrigsministeriet anmodet Sundhedsstyrelsen om at foretage en vurdering af behov og kapacitet for hjerteoperationer i Danmark.

Det er min bestemte opfattelse, at de ansvarlige sygehusmyndigheder har forstået, at der må gøres noget ved ventetidsproblemerne. Arbejdsgruppen, som jeg tidligere har omtalt, indsamlede materiale vedrørende igangværende og påtænkte foranstaltninger med henblik på nedbringelse af ventetider.

Undersøgelsen viste, at der i samtlige amtskommuner og på Rigshospitalet er initiativer i gang for at nedbringe patienternes ventetid. Initiativerne koncentrerer sig især om at øge kapaciteten vedrørende grå stær, hofter og knæ, netop de områder, hvor de største problemer har aftaget sig.

Regeringen har støttet disse bestræbelser. I forbindelse med aftalen af maj 1986 med kommunerne om rammerne for den kommunale økonomi for 1987 og 1988 blev disse rammer udvidet, sådan at amtskommunerne og regeringen i fællesskab kunne erklære, at hermed var grundlaget skabt for en væsentlig nedbringelse af ventelisterne.

Uanset at det er amtskommunernes ansvar at drive sygehusvæsenet inden for de afstukne rammer, har regeringen og Folketinget en klar interesse i at følge og vurdere den virksomhed, som amtskommunerne har ansvaret for. Det gælder ikke mindst, når der er tale om patientbehandling.

Det er dog regeringens opfattelse, at den eksisterende opgavefordeling, hvor det er

amtskommunernes ansvar at drive sygehusene og prioritere inden for de givne økonomiske rammer, bør bevares. Sygehusvæsenet er kendetegnet ved, at der ikke er centralt fastsatte standarder og normer som f.eks. en frist for, hvornår patienten senest skal tilbydes behandling. At der ikke er fastsat standarder og normer, ændrer imidlertid ikke ved, at amtsrådene kan vurdere disse vigtige forhold mindst lige så godt som Folketinget.

Det er på den måde min opfattelse, at Folketinget ikke vil bidrage positivt til at klare de problemer, som vi er enige om skal klares, gennem det forslag, som Fremskridtspartiet har fremsat. Hvis Folketinget vedtager det foreliggende beslutningsforslag, løser man efter min mening ikke opgaven på en hensigtsmæssig måde.

Derfor vil regeringen afvise det foreliggende forslag til folketingsbeslutning.

Tove Lindbo Larsen (S):

Da mit partis ordfører, fru Hanne Andersen, ikke kan være til stede, skal jeg på hendes vegne fremføre følgende:

Socialdemokratiet har meget længe været optaget af at afskaffe ventelister på sygehusene til operation f.eks. for hofte- og knæledelser og grå stær. I konsekvens heraf har vi gang på gang stillet forslag her i salen for at skaffe amterne den nødvendige økonomi til at nedsætte ventelisterne.

Enhver må kunne forstå, at det er svært at være patient på venteliste. Problemet fremgår tydeligt af den undersøgelse, der er offentliggjort i Ugeskrift for Læger den 1. september 1986, nr. 36, og som helt klart fortæller, hvilke sociale, politiske og menneskelige følger det får at stå på en venteliste. Uarbejdsdygtighed, arbejdsløshed, sygedagpenge, invalid pension, ødelagt familieliv, smerter og meget andet.

Hver gang vi har taget et initiativ for at bedre situationen, har flertallet vendt det døve øre til, til trods for at indenrigsministeren selv har fremsendt en redegørelse om problemerne i november 1986 og indenrigsministeren nu har bebudet ens retningslinjer for opgørelse af ventelisterne. Men alt dette eliminerer ikke problemerne.

Fremskridtspartiets løsningsmodel er urealistisk. Problemet er fortsat mangel på plejepersonale og narkosepersonale og den øko-

[Tove Lindbo Larsen]

nomi, som regeringen har pålagt amterne. Flere operationer betyder mere personale, flere penge, flere kostdage osv., og disse udvidelser fås ikke uden penge. Nogle amter, f.eks. Københavns Amtskommune, har imidlertid taget konsekvensen af den for lange ventetid og har bevilget 37 mill. kr. til en ekstra indsats.

At indrette operationsstuer med kapacitet til f.eks. 10 ekstra hofteoperationer om ugen koster alene 10 mill. kr. At der vil være en samfundsøkonomisk gevinst – men først og fremmest en menneskelig gevinst – ved at nedbringe ventelisterne, er helt sikkert. Men at udgifterne er minimale, som det fremgår af forslaget, er bestemt en underdrivelse.

Forslaget skulle være anderledes formuleret, for at vi kunne støtte det. Som det er beskrevet i forslaget, kunne man løse problemerne ved at indsende et anbefalet brev med krav om behandling inden for 14 dage. Det kalder vi skrivebordsarbejde, og det kan vi ikke støtte.

Merete Aarup (KF):

Da mit partis ordfører, fru Karen Højte Jensen, ikke kan være til stede, skal jeg på hendes vegne fremføre følgende:

Indledningsvis ville det være nyttigt, om begrebet ventelister blev afløst af ordet ventetid, for det er jo ventetiden, der interesserer den enkelte patient. I befolkningen er der en forventning om, at nødvendig behandling i vores sundhedsvæsen kan klares og skal klares, også inden for en snæver tidshorisont.

Det Konservative Folkeparti mener, at lange ventetider på sygehusbehandling er uacceptabel og helt ude af trit med vort moderne samfund. Derfor skal ventetiderne nedbringes.

Før 1970 var en dårlig hofte en skavank, man måtte leve med, men i de seneste år har den hastige udvikling i den medicinske teknik lykkeligt gjort det muligt at erstatte det dårlige hofteled med en protese, og derfor er der øget pres på sygehusvæsenet.

De utallige gode erfaringer hos masser af borgere er naturligvis med til at øge behovet, forstået på den måde, at når man ved, at en operation lykkes for mange andre, tør man bedre selv få foretaget operationen. Det er en af grundene til, at behovet for behandling er stigende.

Det stigende behov skal også ses i sammenhæng med, at antallet af ældre i disse år øges markant. Et lignende mønster gør sig gældende, når det drejer sig om grå stær. Vi ved, at borgere, der får foretaget øjen-, hofte- og hjerteoperation, får forbedret deres livskvalitet. De pågældende bliver smertefri, de bliver mobile og almindeligvis også uafhængige af andre. Derfor er det så vigtigt, at behandlingerne fremskyndes.

Som noget meget glædeligt kan jeg påpege, at der ingen ventetid til behandling af medicinske sygdomme er, og at 60 pct. af alle kirurgiske lidelser behandles akut, og det vil sige helt uden ventetid.

Især på to områder er der et stort antal ventende patienter; det gælder hofteoperationer og grå stær. Det er særdeles positivt, at op imod 4.000 patienter får foretaget en hofteoperation og i tusindvis er blevet behandlet. Hvad angår grå stær, opereredes i 1985 7.800 patienter; det er en stigning på 40 pct. på 3 år. Tallene viser, at man til stadighed er i stand til at forøge serviceniveauet i sygehusvæsenet.

Men hvorom alting er, er der som nævnt alligevel ventetider, også når det drejer sig om lægeligt set ukomplicerede lidelser, og det kan borgerne ikke være tjent med.

Det Konservative Folkeparti mener, at ressourcerne om nødvendigt må forøges inden for de berørte behandlingsområder, og det kan ske gennem fornuftig omprioritering. Det kan også ske ved en bedre udnyttelse af eksisterende kapacitet; en modernisering af strukturen på vore sygehuse kunne givetvis frigøre ressourcer. Endelig kan der tilføres nye ressourcer.

Det var netop det, der skete ved fælleserklæringen i maj 1986 mellem regeringen og amterne. Ved denne aftale blev de økonomiske rammer udvidet med 500 mill. kr. med henblik på at få ventetiderne reduceret væsentligt, og flere amter er gået i gang med en målrettet indsats. Vi ved, at de efterfølgende amtslige initiativer for at nedbringe patienternes ventetid i særlig grad koncentrerer sig om at forøge kapaciteten vedrørende hofter, grå stær og knæ. Det er der grund til at være tilfreds med.

Yderligere bør det fremhæves, at indenrigsministeren som også omtalt her har taget hånd om de særlige problemer på hjerteområdet, idet Sundhedsstyrelsen i løbet af kort

[Merete Aarup]

tid skal fremlægge vurdering af behov og kapacitet inden for dette område. Det må nok erkendes, at man ikke i tilstrækkelig grad har uddannet den nødvendige faglige ekspertise til at klare hjerteoperationerne.

Desuden mener vi, at de stive amtsgrænser skal lempes, så de ikke hindrer den hurtige og bedst mulige behandling. En sådan lempelse kan også sikre en bedre udnyttelse af kapaciteten i vort samlede sygehusvæsen, og ventetiden kan ad den vej nedbringes.

Der er ingen tvivl om, at en række behandlinger kan flyttes fra sygehusvæsenet, således at presset generelt lettes. For borgerne er det vigtigt, at flest mulige opgaver klarer tilfredsstillende hos familielægen eller hos den praktiserende speciallæge i nærmiljøet. Der må løbende gøres en aktiv indsats for at flytte relevante opgaver fra sygehusvæsenet til lokalsamfundet. De store sygehuse bør især varetage de mere specialiserede opgaver.

Da nu forslagsstillerne ønsker flere læger og flere sygeplejersker, bør det understreges, at der i firkløverregeringens tid er ansat næsten 11 pct. flere læger og 10 pct. flere sygeplejersker på vore sygehuse, ligesom der løbende er blevet tilført flere ressourcer. Der har for sygehusenes vedkommende været tale om en realvækst på 4,1 pct.

Af forslaget fremgår det indirekte, at staten skal overtage ansvaret for sygehusvæsenet. Det vil næppe være en løsning. Amtskommunerne er aktive for at forbedre forholdene for patienterne, men naturligvis vil Det Konservative Folkeparti nøje holde øje med udviklingen.

Vi afviser dette forslag.

Bente Nielsen (V):

Debatten om ventelister, ventetider, ja, om sygehusvæsenet som sådant er ofte til diskussion her i Folketinget. Det er der vel ikke noget at sige til, for det er et område, som interesserer den enkelte borger meget. Jeg mener dog ikke, at vi skal dele debatten i små bidder og brudstykker og f.eks. diskutere ventelister løserevet fra behandlingsmulighederne i sygehusvæsenet som sådan.

Ventelisterne er vel i øvrigt ikke det rette udgangspunkt for en diskussion. Ventelisterne dækker over mange forhold, f.eks. at enkelte patienter kunne ønske at få behandlinger foretaget på bestemte tidspunkter af hen-

syn til familie, arbejde, ferie eller lignende. Det, der er interessant for den enkelte patient, er ventetiden, ja, det største problem og måske det mest belastende er usikkerheden om, hvor lang ventetiden bliver, og hvornår indlæggelse kan forventes.

Den mindste service, som vi derfor kan forlange fra sygehusenes side, er at oplyse om, hvornår man kan forvente at blive indlagt. Det koster ikke noget, men er af uhyre betydning for patienterne. Det vil betyde, at man som patient vil kunne planlægge sin egen indlæggelse. Der er amter, som allerede har indført en sådan procedure, og det burde vel hurtigst muligt brede sig til alle andre amter.

Ventetiden skal i øvrigt ses i sammenhæng med behandlingsmulighederne. Som indenrigsministeren allerede har redegjort for, kan en udvikling i den medicinske teknik jo betyde, at en hel gruppe mennesker, som ikke tidligere har kunnet hjælpes, nu kan helbredes. Men man kan jo ikke fra den ene dag til den anden have den nødvendige kapacitet på det enkelte sygehus. Det aspekt synes jeg ofte helt bliver overset i debatten.

I den forbindelse vil jeg også gerne opfordre til, at man får nedbrudt nogle af de stive amtsgrænser, for når man har kapacitet på sygehuset i ét amt, så er det altså for dårligt, at folk i naboamtet ikke kan få lov til at bruge de muligheder, der er.

Det er amtskommunernes ansvar at drive sygehusvæsenet inden for de givne rammer, og det er min opfattelse, at den opgavefordeling, hvor amtskommunen er ansvarlig for sygehusene, er den rigtige.

Vi har ikke og skal heller ikke have centralt fastsatte standarder og normer for sygehusvæsenet. Derfor kan vi heller ikke gå ind for, at der skulle være en centralt fastsat norm for, hvornår en patient skal tilbydes en ganske bestemt behandling, sådan som Fremskridtspartiet foreslår.

Tommy Dinesen (SF):

Fremskridtspartiet skal selvfølgelig ikke høre noget ondt for, at man rejser en debat af denne art, men den måde, ventelisterne skal klares på, som skitseres i forslaget, ved oprettelse af privathospitaler, ved, at man skal arbejde på overtid på sygehusene, i weekendene, er nok ikke realistisk. Derfor er det

[Tommy Dinesen]

nogle dårlige løsningsmodeller, man kommer med.

Der er jo sagt mange pæne ord af de forskellige ordførere, så man fatter sådan set ikke, at der i det hele taget findes ventelister. Men ventelisteproblemet er kompliceret. Det er kompliceret at opgive dem og finde ud af, hvordan det skal løses, og om der er ens retningslinjer i amterne.

På baggrund af behandlingen i dag var der en, der ringede til mig. Han havde lige fået et brev, hvor der stod, om den pågældende var interesseret i stadig væk at være på venteliste. Det, han var sur over, var, at han havde stået der i 3 år. Han havde glemt, at han var syg i det hele taget. Og så får man jo noget at tænke over.

Jeg ved også fra min tid i amtskommunerne, at gravide kvinder var på ventelister. Det ved jeg ikke om de er endnu, men det kan vi selvfølgelig finde ud af, og de bliver der i hvert fald kun et stykke tid, normalt 9 måneder i hvert fald.

Men vi er i SF enige i, at ventelisterne skal væk eller i hvert fald kraftigt reduceres, hvis de kan det. Men der er også et problem med, at nogle automatisk kommer på venteliste, hvis de af lægen er henvist til hospitalet, hvor hospitalet så siger, at den pågældende godt kan vente et stykke tid. Så er man på ventelisten, og det kan godt ske, at sygdommen, hvad det nu end er, går i sig selv igen, eller at man kommer tilbage om 8 måneder og bliver opereret. Men det er svært at finde ud af, hvor mange der er på ventelister.

En anden ting, som i hvert fald ikke gør det nemmere, er de overenskomster, som jeg har lyttet efter om der var nogen der ville sige noget om. Der er ikke nogen af ordførerne, der har været inde på dem endnu. De overenskomster, der findes mellem bl.a. Yngre Læger og amtsrådene, tror jeg i hvert fald er skyld i, at vi får ventelister, at vi ikke får et hospitalsvæsen, som fungerer ordentligt.

Hr. Poulsgaard skriver i bemærkningerne til beslutningsforslaget bl.a., at sygehuse kun opererer i måske 30 timer ud af 168. Nu står der måske, men det er da meget muligt. Men det skyldes, at politikerne har lavet nogle overenskomster, som ikke fungerer. Jeg hører fra forskellige folk, der kontakter én, at sygehusvæsenet bliver dårligere og dårligere og der bliver flere og flere mennesker, der

føler sig dårligt behandlet. Hertil kan man måske sige, at der er blevet flere ansat inden for sygehusvæsenet, og at man har fået flere penge, men der er noget, der er galt.

Jeg tror, at vi både med hensyn til patientforsikring, som vi diskuterede forleden dag, patientklagenævn og andre ting får flere og flere sager inden for hospitalsvæsenet. Det er meget muligt, at vi bruger, jeg tror, det var 4,6 pct. mere, men utilfredsheden stiger betydelig mere.

Jeg tror også, at det skyldes regeringens besparelser på området, for det har der været. Alle politikere i dette land siger, at der skal flere senge til, og samtidig ved vi, at der bliver nedlagt sygehuse over hele landet.

Jeg ved ikke, hvorfor der ikke er nogen, der kan gøre noget ved det, men jeg ved da, at der er nogle, der får den ene indstilling fra administrationen efter den anden gående ud på, at de små sygehuse ikke er gode, at man skal have nogle andre, og at man skal have nogle større, uanset at samtlige er imod det. Så noget er der i hvert fald galt.

Jeg mener også, der er færre senge i dag, end der var før i tiden.

Pløjehjemspatienter, især de ældre, er også et stort problem inden for sygehusvæsenet. Alle og enhver ved – der er opgørelser af det i amtskommunerne – at mange af de ældre bliver liggende i det, man kalder de dyre sygehussenge.

Hvis man havde haft råd til at sende de pågældende ud i nogle beskyttede boliger, hvor nogle kunne se efter dem, var der penge at spare, hvis det er det, man skal se på.

Men der er altså ikke rigtig blevet – selv om man har snakket om det i 10 år – gjort noget, må man indrømme. Problemet er der i hvert fald stadig væk, og det er de samme kommuner, der står med det.

Forebyggelse bliver der også tit talt om i Folketinget. Det gør der også andre steder, hvor der er politikere til stede. Den opgørelse, der lige er kommet fra Arbejdstilsynet, påviser, at arbejdsskader årlig koster landet 28 mia. kr. Jeg tror nok, at politikerne burde se sig lidt om efter nogle flere ressourcer til f.eks. Arbejdstilsynet. Arbejdstilsynets opgørelse siger, at man bruger godt og vel 3 mia. kr. til arbejdsskader alene.

SF er enig i, at ventelisterne skal nedbringes – også kraftigt – men den metode, man

[Tommy Dinesen]

fra Fremskridtspartiet har anbefalet, kan vi i hvert fald ikke acceptere.

Dagmar Mørk Jensen (RV):

Jeg vil gerne starte med at takke ministeren for den redegørelse om ventelisterne, han har givet i den udstrækning, som det har været muligt. Der eksisterer nemlig en bunke myter om disse ventelister, og vi har fået nogle pæne eksempler på, hvordan de kan misforstås. Vi fik også at vide, på hvilke områder det er galt, for noget galt er der jo. Det er vi alle sammen enige om.

Når det er sagt, er det Det Radikale Venstres opfattelse, at det foreliggende forslag om afskaffelse af ventelister på sygehuse er et typisk eksempel på en forenklet løsning, som formentlig ikke engang forslagsstillerne tror på kan realiseres. I øvrigt ville det også være et klassisk bevis på, hvordan Folketinget først delegerer ansvar ud til i dette tilfælde amtsrådene for så at gribe ind, når det viser sig, at alt ikke går efter ønske.

Vi må minde om, at ventelister heller ikke var et ukendt begreb, dengang amterne overtog ansvaret. Det, der er sket, er, at mulighederne for behandling er blevet endnu større, så selv en væsentlig indsats for forbedring ikke altid har været tilstrækkelig. Men når det er sagt, skal det naturligvis ikke glemmes, at vi står med et problem, der trænger til en løsning.

Forslagsstillerne peger på den korte tid, hospitalsafdelinger er blevet udnyttet. Det er også et punkt, jeg er faldet over. Hvis det er rigtigt med de 30 timer pr. uge, så kunne man godt forestille sig, at der var noget at se på i den forbindelse. Antallet af timer er måske, som SFs ordfører var inde på, nogenlunde rigtigt ramt i betragtning af, at det er nu, man er i gang med de nye overenskomstforhandlinger.

Men selv om man udnyttede lokalerne bedre, løses problemerne ikke uden tilstrækkeligt personale, så man må også vide, om der er personale nok. Hertil kommer så de økonomiske konsekvenser. Alt det være sagt bl.a. også med henblik på de overvejelser, der foregår om igangsætning af transplantationsprogrammer.

Endelig skal det heller ikke glemmes, at socialvæsenet nok kunne gøre en indsats for at afkorte ventelisterne. Derimod tror Det

Radikale Venstre ikke på, at en centraliseret løsning skulle være en fordel.

Steffensen (KRF):

Kristeligt Folkeparti er enig med ministeren i, at den eksisterende opgavefordeling er rigtig. Vi tror ikke på det, forslagsstillerne har foreslået, og vi tror heller ikke, at det er nogen god idé, at man centraliserer sygehusvæsenet. Men det er en god idé, at det er amtskommunerne, som administrerer det. Vi har den opfattelse, at ordningen i al almindelighed er en fortrinlig ordning, og at den også i langt de fleste tilfælde fungerer meget tilfredsstillende.

Men det hindrer naturligvis ikke, at det problem, som forslagsstillerne har rejst, er der. Det har mange grunde, men også den enkle, vi nu har hørt fra mange ordførere, at vi er i stand til at behandle vore medborgere for en lang række skader og fysiske handicap, som vi ikke har kunnet klare tidligere. Det betyder, at serviceniveauet er hævet betydeligt, og det er både rigtigt og godt. Men jeg synes, det er meget vigtigt, at vi får et ensartet grundlag for det begreb, som vi kalder ventelister.

Jeg synes, det er meget tilfredsstillende, at ministeren kan komme med resultater om ikke så forfærdelig længe, for det er alt for let blot at slynge et eller andet tal ud om ventelister på dette eller hint hospital.

Vi mener også, at det er rigtigt, at den fællesaftale, som regeringen og amtskommunerne indgik sidste forår, giver mulighed for at få venteliste-problemet løst, og i hvert fald er det amtskommunernes opgave at føre den ud i praksis.

Der er en lang række større og mindre problemer i det, som man selvfølgelig ikke blot kan afvise, og det vil vi heller ikke. Vi mener, det er nødvendigt at få disse ventetider nedbragt, idet vi alle er klar over, at det er en belastning at være ventepatient.

Men det er også blevet nævnt, jeg tror af hr. Tommy Dinesen, at plejehjem i kommunerne også kan være en mangelvare og være årsag til, at visse patienter ikke er blevet udskrevet fra hospitalerne, når de faktisk er færdigbehandlet. Jeg vil spørge ministeren, hvis han har nogle kommentarer til det, om man ikke kunne tænke sig at finde ud af, hvordan kommuner og amter kunne ordne

[Steffensen]

dette økonomisk. Det er jo en kendt ting, at hospitalssenge er dyre. Var det ikke rimeligt, at hvis kommunen ikke kan leve op til sin forpligtelse til at skaffe en plejeplads, så betalte amtet? Jeg nævner det blot, for det er et problem, vi møder mange steder.

I det hele taget synes vi, det er vigtigt, at de stive amtsgrænser i så stor udstrækning som muligt nedbrydes, så det udbyggede sygehus- og sundhedsvæsen, som vi har, kan komme vore borgere bedst muligt til gode.

Poulsgaard (FP):

Jeg kan da starte med at sige tak for en, måske ikke positiv modtagelse, men vi har da fået belyst, at viljen er der. Hvordan vi skal klare det, er vi ikke helt enige om. Jeg vil også godt sige tak til ministeren for den redegørelse, han gav.

Det positive set med Fremskridtspartiets øjne var, at den konservative ordfører, Venstres ordfører, Kristeligt Folkepartis ordfører, og jeg tror endda den radikale ordfører var enige om, at vi skal have de stive amtsgrænser nedbrudt, gerne helt fjernet.

Men hvad skal jeg så tage fat på? Ja, de, der venter, hjælpes jo ikke med gyldne ord og løfter. Der skal også lidt handling til, og selv efter ministerens tale, som jeg ikke betvivler rigtigheden af, er der stadig væk mange, der venter i årevis, og nogle opgiver simpelt hen at komme ind. Så får de en rullestol eller en krykke. Det kan vi ikke være bekendt anno 1987, hvor vi har teknikken til at hjælpe dem.

Jeg har en masse udklip med. I kender dem sikkert. »Overlæge foreslår weekendåbning af hospital, øjenafdeling mod betaling«. Det er Jyllands-Posten, der skriver det den 5. januar 1987. Overlæge Niels Vedel-Jensen i Hjørring skriver: »Fra fredag eftermiddag til mandag morgen ligger operationsstuer på sygehusets øjenafdeling tomme hen.«

Vi skriver også i vort beslutningsforslag, at vi skal have uddannet nogle flere læger og nogle flere sygeplejersker. Vi er parat til at ofre de penge, det koster. Vi er også parat til at annoncere i udlandet efter de mennesker, hvis det skal være.

Men så snart vi kommer ind i det private, lugter det jo. Vi ser også senere i artiklen, at amtsborgmester Ib Frederiksen, Århus, synes, det er en sindssyg idé, den overlæge har fået.

Jeg tror ikke, at de mennesker, der venter på at blive behandlet, synes, det er en sindssyg idé. Hvad skulle der være til hinder for, at sådan en læge kunne leje hospitalsfaciliteterne mod rimelig betaling? Han kunne hjælpe nogle mennesker.

Jeg synes, det var sådan en ting, vi skulle drøfte her i dag i stedet for alle de kønne ord, vi har fået.

Ekstra Bladet den 12. marts i år skriver: »To nye operationsstuer på Herlev Sygehus skal fjerne ventelister på hofteoperationer.« Jamen det er da glimrende. Men hvad står der så også som overskrift? »Sygdom mørklægger operationsstuerne«. »De lange ventelister til bl.a. knæ- og hofteoperationer opstår, fordi der er så stram en bemanning på hospitalerne, at bare et menneske, der melder sig syg, kan være skyld i, at der ikke bliver opereret den dag, og at kirurgerne er ubeskæftiget.«

Jamen hvad er det for noget, hvis det er rigtigt? Bare fordi én bliver syg, skulle kirurgerne så gå ubeskæftiget en hel dag, mens folk venter på at komme til? Jamen så gør da noget ved det frem for alle de kønne ord, I kommer med her.

Og så til hr. Tommy Dinesen. Jeg har aldrig betvivlet SFs sociale engagement, men jeg har somme tider haft tvivl om, hvor man vil skaffe pengene fra til alle de goder, SF vil. Hr. Tommy Dinesen kunne ikke lide private hospitaler. Jamen hvad forkert er der i private hospitaler? Jeg vil gerne spørge regeringen: hvor blev initiativet af? Dengang man skulle privatisere, hørte vi ikke en lyd om det.

Jeg ved da godt, at fagforbund og andre vil blokere privathospitaler. Men man kunne da i det mindste vise, at man havde viljen til det. De mennesker, der kunne blive hjulpet på private hospitaler, ville så ikke belaste de offentlige ventelister. Det var da én ting.

Hr. Tommy Dinesen kan heller ikke lide, at vi snakker om, at man skal arbejde over. Man skal måske arbejde lørdag-søndag. Jeg ved da ikke, om hr. Tommy Dinesen synes, det er bedre, at en mand skal lide unødigt. Jeg ved som gammel sømand – det er hr. Tommy Dinesen også – at vi tit skulle arbejde både lørdag og søndag og om natten. Hvis man betaler for det, er der da mange mennesker, der gerne ville, og det kan jeg ikke se noget som helst forkert i. Hvorfor

[Poulsgaard]

kan man ikke operere kl. 3 om natten, hvor man kan producere andre ting i samfundet? Samfundet investerer milliarder, havde jeg nær sagt, det er måske lige i overkanten, men i hvert fald millioner i dyrt hospitalsudstyr. Vi er parat til at bekoste den uddannelse, der er nødvendig, og vi er parat til at betale de læger og de sygeplejersker, som skal betjene det. Men vi er ikke parat til at stå model til, at disse dyre apparater skal stå ubenyttede hen det meste af tiden, samtidig med at mennesker ikke kan få foretaget en behandling, som de selvfølgelig har et berettiget krav på.

Men nu jeg er i gang, så vil jeg da også godt chokere hr. Tommy Dinesen lidt, men det tror jeg ikke jeg kan. Vi kunne også godt tænke os et forbud mod strejker. Vi kommer simpelt hen med et lovforslag om, at de mennesker, der arbejder på hospitalerne, ikke skal have lov til at strejke. Der skal ingen strejkeret være for disse mennesker. Man skal ikke kunne tage syge mennesker som gidsler i en faglig kamp. Så ved de det, når de bliver ansat på et hospital, og så er det noget, som de må lære at leve med.

Men hvis ikke man vil, hvis man kun vil sige kønne ord, og dem siger jeg tak for, er det altså handling, der er mere påkrævet nu. Derfor siger vi, at ingen danskere skal vente mere end 3 måneder, det er simpelt hen uanstændigt. Hvis det sker, må vi leje os ind i udlandet, så må vi betale en seng i udlandet. Vi kunne selv få udlandet til at komme til Danmark, hvis vi oprettede private hospitaler og gav de praktiserende læger lov til at bruge de faciliteter, der er på hospitalerne, og det i dag, men det vil man ikke.

Så må vi anstændigvis kunne sige til danskere, at de ikke skal vente længere. Kan I ikke komme ind, kan I bare aftale med et tysk eller engelsk hospital, eller hvor I nu vil hen, og så betaler vi det. Det er det budskab, vi har forsøgt at overbringe, men det er folketingsflertallet ikke interesseret i. Man er faktisk mere interesseret i, at det bare fortsætter, som det har gjort hidindtil, og det synes vi simpelt hen ikke at vi kan være bekendt at byde nogen. I ved det lige så godt som jeg fra henvendelser, vi får fra mennesker, der har ventet i årevis, og det er jo rigtigt, at det er i årevis.

Kristeligt Dagblad, som jo ikke ligefrem er kendt for at løbe med usandheder, har et interview med professor Otto Sneppen fra

den 2. august 1986, og han skriver: »I Århus er ventetiden på en knæoperation 2-3 år«.

To-tre år at gå med dårligt knæ eller at gå og vente på at få en hofte kan vi anstændigvis ikke byde folk. Jeg er meget, meget skuffet over, nej, jeg er ikke skuffet, for jeg havde faktisk ventet det, for når et forslag kommer fra Fremskridtspartiet, duer det jo ikke, det ved vi jo af erfaring. Men jeg er skuffet over, at man står og slynger om sig med smukke ord, men viger tilbage for de konkrete tal.

Vi har foreslået, at danskere ikke skal vente mere end 3 måneder, og så skal de have mulighed for at blive behandlet i udlandet. Det bliver ikke ret meget dyrere at bruge et udenlandsk sygehus end et dansk, for ministeren har da nogen ret i det, ministeren siger, at selvfølgelig vil de også kræve penge for en sengeplads og behandling.

Jeg er da enig med hr. Tommy Dinesen, man kunne genåbne nogle af de sygehuse, man har haft så travlt med at nedlægge. Men lad os nu se, om vi ikke kommer et lille skridt videre, i hvert fald vil jeg da slutte, som jeg startede, med at sige tak for, at der er – ikke over for Fremskridtspartiets forslag – positive tanker over for, at folk ikke skal vente så længe, som de gør i dag, og det er da i hvert fald noget, man kan glæde sig over.

Indenrigsministeren (Enggaard):

Fru Tove Lindbo Larsen var inde på, at man skulle skaffe amtskommunerne nogle flere penge for at løse opgaven. Jeg erindrer igen om, at der faktisk er tilført flere penge. Den aftale, regeringen traf med amtskommunerne om økonomien i 1987 og 1988, betød et væsentligt rammeløft.

Det var naturligvis også derfor, at man i fællesskab kunne erklære, at nu var basis tilvejebragt for, at man kunne få en væsentlig nedbringelse af ventelisterne. Samtidig med det gik udvalgsarbejdet i gang med hensyn til ventetider til sygehusbehandlingen. Hr. Poulsgaard og andre, som måske ikke har læst den røde betænkning, som kom før jul, kan her amt for amt se, hvordan ventetiderne er med hensyn til de forskellige typer af indgreb, der kan være ventetid for. Man behøver såmænd ikke at bygge på avisudklip eller andre ting. Man kan se, hvordan det

[Indenrigsministeren]

statistisk forholder sig hvert eneste sted i Danmark.

Hvorfor? Ja, først og fremmest for at sætte en diskussion i gang i det amt, hvor man måske finder, at ventetiden er for lang i forhold til den, man finder andre steder. Hvad er det for en proces, som det har været vigtigt at få i gang? Det har været drøftelsen mellem befolkningen og de folkevalgte i hvert enkelt sygehusdistrikt, i hvert enkelt amt, om, hvorvidt forholdene er tilfredsstillende hos os. Hvorfor er de bedre i naboamtet? Hvad bør vi så gøre for at kunne nå det samme resultat?

Hvis vi så ser os omkring, hvad der er sket i sommerens og efterårets løb, er jeg glad for at kunne sige, at en meget lang række af amtskommuner har taget de initiativer, som var rigtige for at nedbringe ventelisterne.

Mange af dem har medført større bevillinger, det var også det, jeg nævnte baggrunden for for et øjeblik siden. Andre har ved forskellige ændringer af deres organisationsform og tilrettelæggelse været i stand til at gennemføre et større antal behandlinger end ellers muligt.

Vi har også set, at nogle amtskommuner hjælper hinanden. Det er jo sådan, at det at tilvejebringe en ekstra kapacitet kan være særlig kostbart som marginalforanstaltning ét sted, men kan være billigere i naboamtet måske, og vi har set fra debatten her på det seneste, at Ringkøbing Amt og Viborg Amt igennem nogle år har hjulpet hinanden, at Fyns Amt er med inde i en form for aftale med Ringkøbing Amt, hvor man hjælper hinanden med visse operationer.

Det synes jeg præcis er et udtryk for det, vi efterlyser her, nemlig nogle praktiske løsninger på, hvordan opgaven kan løses dér, hvor den kan løses bedst og for en rimelig penge.

Jeg har også noteret mig, at man i et enkelt amt, nemlig Københavns Amt, i alvor diskuterer, at man vil tilbyde en vis type hjertepatienter, som man føler har ventet for længe, en behandling i udlandet, og jeg synes, det er rigtigt. Jeg synes, det er en rigtig tankegang, at man angriber problemerne ud fra spørgsmålet om, hvordan vi kommer ned på en kortere ventetid.

Jeg har også bemærket, at i hele det samspil, der er mellem alle amtskommuner og Rigshospitalet, indgår selvfølgelig også, at

amtskommuner, som har et særligt problem, vel også føler, at de har en mulighed for at anvise flere patienter til Rigshospitalet, end de måske ellers ville, altså en elastik i systemet, som jeg tror er både rigtig og fornuftig. Så det er bestemt sådan, at der foregår noget.

Med hensyn til spørgsmålet om at lade andre end hospitaler gå ind og løse det, er det velkendt, at der for en række indgrebs vedkommende allerede i dag i aftaler med Sygesikringens forhandlingsudvalg er tilvejebragt mulighed for, at nogle af disse indgreb kan foregå hos speciallæger. Det kan foregå ambulant, det kan foregå på klinik, men en kortere indlæggelse behøver ikke nødvendigvis at indebære, at sygehuset er med i billedet.

Øjenoperationer f.eks. er et godt eksempel på, hvordan man i nogle amter har løst en del af kapacitetsproblemet ved at inddrage speciallægerne. Der er også speciallæger, som foretager kirurgiske indgreb af en art, som man ellers traditionelt ville anse for at være sygehusarbejde. Men tingene udvikler sig, og der er altså også her en rigtig udvikling i gang.

Hr. Tommy Dinesen og andre har også været inde på spørgsmålet om, om vi ikke har en forkert anvendelse af en del af de senge, som findes på sygehusene i dag. Svaret er ja. Vi har en god udvikling i retning af, at de færre og færre senge, som findes, udnyttes bedre og bedre i kraft af, at liggetiden bliver kortere og der kommer flere og flere patienter igennem de samme senge. Så langt så godt. Effektiviteten er klart bedre end tidligere. I løbet af de sidste 15 år er den gennemsnitlige liggetid faktisk halveret. I forhold til situationen i 1930'erne er den cirka nede på en fjerdedel af det, der var tilfældet dengang.

Men ved siden af det ser vi det, som hr. Tommy Dinesen rigtigt påpeger, at i nogle amtskommuner har man vanskeligt ved at hjemskrive færdigbehandlede patienter med det resultat, at en del af sygehuskapaciteten er optaget af nogle patienter, for hvem det heller ikke er særlig godt, når de er færdigbehandlet, at tilbringe tiden på et hospital. Det var meget bedre for dem at komme til en beskyttet bolig eller et plejehjem, eller hvad der nu ville være løsningen.

Når hr. Steffensen spørger om netop den situation, kan jeg pege på det frikommune-

[Indenrigsministeren]

forsøg, som er foreslået fra Nordjyllands Amtskommune, hvor man i forståelse med kommunerne i Nordjyllands Amt har tænkt sig, at færdigbehandlede patienter ikke skal være en byrde for amtskommunen, for sygehuset, men den kommune, som ikke har været i stand til at tage patienten hjem, skal betale en takst pr. dag, ikke for at løse opgaven ad den vej, for det er menneskeligt og på andre måder en forkert løsning, men for at give kommunen en ny tilskyndelse til at løse opgaven på den rigtige måde og – naturligvis – frigøre en sengekapacitet, som kan anvendes bedre, bl.a. til nogle af de formål, som vi diskuterer i dag.

Derfor er det et andet godt eksempel på, at der er bevægelighed i tingene, og jeg har viden om, at man i andre amter med stor interesse også følger denne tanke fra Nordjyllands Amt for at se, om man kunne gøre noget tilsvarende.

Jeg har altså ikke her været i stand til at sige, at vi har løst problemerne. Vi må erkende, at der er nogle tunge problemer, at mange mennesker slås med en alt for lang ventetid, og det kunne være godt, som fru Bente Nielsen siger, hvis man i højere grad også kunne oplyse med nogenlunde sikkerhed, hvornår patienterne i givet fald vil blive indkaldt til behandling. Det er naturligvis en vældig god ting, hvis man kan det. Det forudsætter sagmodigt sagt, at arbejdet går uforstyrret i den mellemliggende periode, at der ikke er de afbrydelser, som vi undertiden har kunnet se, og vi må håbe, at der også på dette område kommer en højere grad af stabilitet, for det er noget af det, der forskyder billedet.

Vi skal naturligvis være opmærksom på, at ventelistebegrebet nu er blevet defineret så godt, vi har kunnet det, i betænkningen fra efteråret. Vi skal være opmærksom på, at selve den omstændighed, at der er ventelister, også kan føre til, at nogle patienter stiller sig på ventelisten på et tidligere tidspunkt, end de måske ellers ville gøre. Hvis det f.eks. er grå stær, der udvikler sig over en periode, og man ved, at udviklingen er i gang, er der intet mærkeligt i, hvis man stiller sig tidligt op i ventekøen, for så er der sket en udvikling i retning af et forværret syn, som vil gøre det rimeligt på det tidspunkt, hvor man forventer behandling, at man da er parat til det.

Noget tilsvarende gælder de skavanker, som skyldes slid; der er ikke noget mærkeligt i, at selve eksistensen af ventelister og debatten om dem fører med sig, at patienterne søger optagelse på ventelisten på et tidligere tidspunkt. Det minder lidt om en liste med boligsøgende til f.eks. et socialt boligselskab, hvor selve eksistensen af begrebet ventetid fører med sig, at man indskrives tidligere.

Det er mit håb, at også denne del af mekanismen kan vendes, i det øjeblik vi får vendt denne udvikling, sådan at ventelisterne i højere grad er udtryk for patienter, som på samme ensartede måde har det behov for patientbehandling, som vi her arbejder med.

Jeg skal ikke sige mere i denne omgang, men jeg har for mit vedkommende været glad for debatten, ikke for initiativet fra Fremskridtspartiet, som jeg føler er uhenigtsmæssigt, men for den lejlighed, Tinget har fået til at diskutere disse spørgsmål. Jeg har også sporet, at der var en fælles vilje hos alle partierne til, at vi bør søge at løse denne opgave bedre, end vi har kunnet det i for tiden.

(Kort bemærkning).

Tommy Dinesen (SF):

Hr. Poulsgaard var inde på, at man kan bare give folk noget mere overarbejde. Jamen det er ikke sikkert, arbejdet bliver bedre, hvis man får en læge til at arbejde i 24 timer; det kan godt være, der ville blive flere fejlbehandlede. Det tror jeg derfor ikke er nogen god løsning, og der er altså også noget, der hedder arbejdsmiljøloven; den bør man vel også overholde.

Privathospitaler er jo en gammel sag, hr. Poulsgaard. Enhver kan sige sig selv, at privathospitaler godt kan konkurrere med sygehusvæsenet, fordi deres læger får tre timer til en operation og ikke skal beskæftige sig med uddannelse af sygeplejersker og læger eller andet. Derfor har de ikke de problemer.

Hr. Poulsgaard var også inde på økonomien og SF; den hører vi jo tit om, selv om vi er blevet så ansvarlige, at det næsten er en ren gru. Jeg kan gøre opmærksom på, at SF i amterne er gået imod de store sygehusbyggerier som Skejby i Århus og Slagelse på over 1 mia. kr., fordi det går ud over de mindre sygehuse. I den forbindelse har vi påpeget de forhold, som hr. Poulsgaard selv er inde på.

[Tommy Dinesen]

Et problem, som jeg synes man skulle arbejde videre med at løse, er den tendens, der er til, at læger, specialister og andre er i stand til selv at producere ventelister bl.a. på sygehusene. Det opstår, når politikerne skal gennemføre besparelser, hvor der ligger en vis inerti i, at det er desto sværere at skære ned på det pågældende område, jo større ventelister der er. Lægerne skriver det såmænd selv i Ugeskrift for Læger, så det er mærkeligt, det ikke har været inde i debatten.

Jeg vil slutte med at sige til hr. Poulsgaard, at det ikke er strejkeretten, der har skabt ventelister inden for den offentlige sektor; den var helt ved siden af.

(Kort bemærkning).

Poulsgaard (FP):

Den var ikke helt ved siden af, hr. Tommy Dinesen. Når læger og sygeplejersker holder fagligt møde, sender de de mennesker hjem, der skulle have været behandlet den pågældende dag. De indgår så i puljen, og derved bliver ventelisten længere.

I øvrigt har jeg ikke talt så meget om overarbejde; jeg ved ikke, hvor hr. Tommy Dinesen havde det fra. Jeg har sagt, at de godt kunne arbejde kl. 3 om natten, også søndag nat, men det skulle være en ganske normal arbejdstid på disse dyre hospitaler, som det er for så mange andre skifteholdsarbejdere. Operationsstuer skal bare ikke stå tomme.

Men jeg er da ked af, at indenrigsministeren ikke fandt anledning til at takke Fremskridtspartiet. Jeg synes, indenrigsministeren skulle prøve at begynde med en lille smule nytænkning. Det er simpelt hen urimeligt, at man, fordi man bor i ét amt, kan risikere at skulle vente i årevis, mens man næsten ingen ventetid får, hvis man er så heldig at bo i et andet amt. Amtsgrænserne er u hensigtsmæssige i alle måder; det duer ikke, at amterne skal administrere det dér. Det bør lægges ind under Indenrigsministeriet, og normalt er ministeren da ikke så ked af at få noget at administrere.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Forslagets overgang til anden (sidste) behandling

vedtoges uden afstemning.

Fjerde næstformand (Ole Vig Jensen):

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til kommunaludvalget. Hvis ingen gør indsigelse mod dette forslag, be-
tragter jeg det som vedtaget. (Ophold). Det er vedtaget.

Meddelelser fra formanden:

Fjerde næstformand (Ole Vig Jensen):

Der er ikke mere på dagsordenen.

Der er foretaget ændringer i følgende udvalg:

Miljø- og planlægningsudvalget (13/3 87):

Udtræder: Anne Grete Holmsgård (SF)

Ny stedf.: Albrechtsen (VS)

Miljø- og planlægningsudvalget (14/3 87):

Udtræder: Albrechtsen (VS)

Ny stedf.: Anne Grete Holmsgård (SF)

Det politisk-økonomiske udvalg (17/3 87):

Udtræder: Ritt Bjerregaard (S)

Nyt medl.: Erling Olsen (S)

Udtræder: Henning Rasmussen (S)

Nyt medl.: Çamre (S)

Retsudvalget (17/3 87):

Udtræder: Per Stig Møller (KF)

Ny stedf.: Svend Åge Petersen (KF).

Folketingets næste møde afholdes i morgen, onsdag den 18. marts 1987, kl. 13.00.

Angående dagsordenen skal jeg henvise til den i salen opslåede dagsorden.

Mødet hævet kl. 19.05