

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Forslagets tekst vedtoges uden afstemning.

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

Den næste sag på dagsordenen var:

10) Forespørgsel nr. F 12:

Forespørgsel til statsministeren og sundhedsministeren:

»Hvad kan regeringen oplyse om målsætningen for udviklingen af det danske sundhedsvæsen, for så vidt angår tilførsel af yderligere økonomiske ressourcer, sikring af ventelisteafvikling, styrkelse af forebyggelsen både i primær- og sekundærsektoren og sikring af tilstrækkeligt uddannet personale?«

Af Bruno Jerup (EL) og Frank Aaen (EL).

(Forespørgslen anmeldt 2/10 96. Fremme af forespørgslen vedtaget 8/10 96).

Begrundelse

Bruno Jerup (EL):

Enhedslisten har stillet denne forespørgsel til sundhedsministeren og statsministeren, bl.a. fordi vi finder det rimeligt, at Folketinget er medbestemmende og medansvarlig for at fastlægge de overordnede målsætninger i forbindelse med udvikling af det danske sundhedsvæsen, og for at få klarhed over, om det er regeringens reelle målsætning, at sundhedsvæsenet skal udbygges, så det modsvarer befolkningens behov, og udvikles, så vi følger med den teknologiske udvikling og styrker forebyggelsen.

Regeringen har flere gange lovet, at ventelisterne skulle afskaffes eller i hvert fald nedbringes, så ventetiden kom ned på tre måneder. Virkeligheden har vist, at ventelisterne tværtimod er vokset; på en lang række områder er ventetiden faktisk vokset.

Samtidig er der skåret i bevillingerne til sundhedsvæsenet, således at både pleje, omsorg og genoptræning efter vores opfattelse er blevet forringet.

Vi mener, det er rimeligt, at Folketinget sætter sig nogle mål for sundhedsvæsenets udvikling, således at forebyggelsen styrkes, så der bliver garanti for behandling og for, at patienterne tages med på råd, og at samarbejdet mellem de offentlige myndigheder styrkes, så kassetænkning undgås.

Med det formål ser vi frem til ministrenes besvarelse.

Besvarelse

Statsministeren (Poul Nyrup Rasmussen):

Jeg vil gerne starte med at sige tak til initiativtagerne for denne debat i dag. Jeg er så glad for at komme til at diskutere rigtig politik – politik, som handler om, hvad folk har brug for, politik, som handler om de reelle problemer i menneskers hverdag i Danmark.

Allerede i min åbningsredegørelse den 1. oktober i år havde jeg lejlighed til at understrege, hvor utrolig vigtigt temaet sundhedspolitik, forebyggelse og indsats mod sygdomme i Danmark er. Jeg sagde også på det tidspunkt, at vi skal værne om velfærdssamfundets grundlæggende kvaliteter, fællesskabets ansvar og ansvaret for hinanden, og jeg understregede, at fremtiden kræver mere samvirke, mere samhørighed og engagement og ikke mindre. Uden sammenligning i øvrigt er der måske også brug for hjertets dannelse i højere grad end det modsatte. Det behøver ikke nødvendigvis at have noget med sygdomspolitik at gøre, men kan meget vel have noget med politik at gøre.

Sammenhængskraften i vores samfund skyldes, at vi har en fælles interesse i samfundets kerneydelser. Og netop det med den fælles interesse i samfundets kerneydelser – sygehushvæsenet skal være velfungerende, ældreomsorgen skal være i orden, skoler, uddannelsessteder og børnepasning ligeså – netop denne fælles interesse gør selvfølgelig også, at vi har stærke muligheder for at gøre det bedre.

Inden vi så går ind i problemerne, synes jeg, det er rigtigt at sige også til initiativtagerne til forespørgselsdebatten i dag, at grundlæggende er vores sundhedsvæsen i Danmark godt. Vi har et meget dygtigt personale, som i deres daglige arbejde yder en stor indsats for at give syge mennesker i Danmark en god og omsorgsfuld behandling og pleje. En gang imellem kan man godt glemme den grundlæggende iagttagelse i overophedede politiske debatter. Det skal siges

også i dag og direkte som en omsorgsfuld hilsen til de ansatte i vores sundhedsvæsen, i vores sygehusvæsen: Vi har ikke glemt jeres indsats. Vi har respekt for den. Det kan gøres bedre, i et bedre samarbejde og med bedre og flere ressourcer.

Det er væsentligt at holde fast i det, når vi så går i gang med problemerne, problemer, som der desværre findes mange af. Der er fortsat mange steder i Danmark, hvor der er for lange ventetider, og der er fortsat flere steder, hvor man har det svært, når det gælder ansættelse af kvalificeret personale.

Også her står vi os ved at sige tingene, som de er. Efter mange års forsømmelser i 1980'erne, hvor vi jo har haft perioder, hvor sygehusvæsenet ikke har fået den tilgang af ressourcer, der var behov for, efter års forsømmelser i 1980'erne og de første, allerførste år af 1990'erne klarer vi jo ikke sundhedsvæsenets fremføren til, hvad vi forstår ved et moderne velfungerende sundhedsvæsen, ved et fingerknips fra det ene år til det andet. Det løses kun ved vedholdende, hårdt politisk arbejde ikke mindst ude i amterne, ikke mindst på det enkelte sygehus, men også herfra i økonomi og i lovgivning. Det er ikke blot et spørgsmål om et enkelt eller to års forstærket indsats. Det er et langvarigt, flerårigt, vedholdende arbejde.

Lad mig som et eksempel nævne forebyggelsesområdet, som spiller en væsentlig rolle i den samlede sundhedsindsats. Det forebyggende Danmark er for Danmark og den danske regering ikke kun et spørgsmål om de såkaldte livsstilssygdomme. Det forebyggende Danmark må også omfatte en forbedring af levevilkårene og gøre det på et tidligt stadium i livsforløbet.

Regeringen har, som det er bekendt, i foråret nedsat en sygehuskommission, som skal komme med forslag til den fremtidige udvikling af sygehusvæsenet. Udgangspunktet er, at vi ikke kan sikre sygehusvæsenets fremtid uden at overveje, hvordan behov hænger sammen med sygehusenes muligheder for fremover at imødekomme dem på en lang, lang række felter.

Også her har jeg understreget allerede i min åbningstale, at problemerne ikke løses med penge alene. Der er behov for et bedre samarbejde og en klarere arbejdsdeling mellem sygehusene på tværs af amtsgrænserne. Der er behov for, at specialfordelingen mellem sygehusene over hele landet bliver ændret og tilpasset, så vi får kortere ventetider og bedre kvalitet, og således at vi kan bruge vores sygehuse bedre til gavn først og fremmest for patienterne.

Der er behov for, at ledelserne på sygehusene bliver styrket. Der er brug for reformer af den økonomiske styring. Vi skal styrke det frie sygehusvalg, og vi skal sikre bedre brug af de samlede ressourcer.

Sygehuskommissionens betænkning, for så vidt angår hovedstadsområdet, har vi fået. Hovedbetænkningen kommer til årsskiftet. På baggrund heraf vil regeringen naturligvis fremlægge sine forslag og drøfte dem med Folketingets partier og med den amtskommunale verden.

Jeg sagde før, at ressourcetilgangen til sygehussektoren og til sundhedsvæsenet i de sidste år af 1980'erne og de allerførste år af 1990'erne ikke har været tilstrækkelig. Regeringen har siden 1993, da vi fik ansvaret, afgørende satset på, at der sikres sygehusvæsenet – såvel den somatiske som den psykiatriske behandling – de nødvendige ressourcer. År for år har vi, som det er alment kendt, tilført stadig flere ressourcer. Folketingets partier er allerede bekendt med regeringens årlige økonomiaftaler med amterne og den gennemførte opprioritering af ressourcerne til sygehusvæsenet. Folketingets partier er også bekendt med, at regeringens forslag på sygehusområdet i forbindelse med finanslovforslaget for 1997 indebærer, at der tilføres yderligere midler.

Jeg tror, det er rigtigt at sige, at efter en række år i 1980'erne, hvor noget nær nulvækst var kendetegnet for sygehusvæsenets situation, er der nu sket en væsentlig markant opprioritering.

At få større kvalitet og at få en bedre og hurtigere behandling er den centrale målsætning i regeringens kvalitetsindsats, også når vi taler om den indre reform af velfærdssamfundet og om større kvalitet på alle samfundets kerneydelsesområder. Jeg vil gerne endnu en gang understrege, at denne indsats ikke overstås i løbet af kort tid i et snuptag, det kræver en vedvarende, flerårig indsats; år for år skal forbedringerne vise sig.

Hr. formand, jeg har en fornemmelse af, at sundhedsministeren også har meget afgørende, uddybende betragtninger at gøre.

Formanden:

Tak. Det vil vi så høre. Sundhedsministeren.

Sundhedsministeren (Yvonne Herløv Andersen):

Som statsministeren så rigtigt sagde, kan der ikke herske tvivl om, at sundhedsvæsenet og her især sygehusvæsenet i løbet af 1980'erne har været holdt i en meget stram og kort snor rent økonomisk. Efter den nulvækst, der vel var i den periode, har regeringen derfor i erkendelse af dét over en årrække opprioriteret sundhedsvæsenet og herunder især sygehusvæsenet.

Sygehusvæsenet har indtaget en særlig plads i regeringens aftaler med amterne om de seneste års økonomi. Ved kommuneaftalerne for 1994 og senere i forbindelse med 4-års-aftalen mellem regeringen og amterne fra 1994 gav regeringen tilsagn om gradvis at tilføre sundhedsvæsenet flere ressourcer, og i perioden 1994-97 er sygehusvæsenets årlige økonomiske råderum således gradvis øget, sådan at budgetterne for 1997 er øget med 2,6 mia. kr. i forhold til 1993-budgettet. Alene for 1997 er der i forhold til 1996 aftalt en forøgelse af budgettet på 700 mio. kr., og derudover har amterne på eget initiativ øget budgetterne med i alt 200 mio. kr.; det vil altså sige en samlet tilførsel på knap 1 mia. kr.

I de senere år er sygehusvæsenets ressourcer således forøget med en årlig realvækst på ca. 2 pct. Regeringen er indstillet på at fastholde denne styrede udgiftsvækst i de kommende år.

Et af de områder, som i særlig grad har haft og fortsat har bevågenhed, er ventelisterne og ventelisteproblemerne. Trods flere års bestræbelser har det ikke været muligt at opfylde den aftale med den fælles målsætning, der er mellem regeringen og amterne, om højst 3 måneders ventetid på behandling.

Ventetidsproblemet er ikke et isoleret dansk fænomen. Det er på den ene side en bekræftelse på, at der ikke er nogen lette løsninger på dette problem, men på den anden side er det heller ikke noget argument for blot at lade stå til.

Men det er væsentligt at understrege, at kun ca. 3 ud af 10 heldøgnspatienter overhovedet kommer på en venteliste. Resten bliver heldigvis behandlet med det samme, og af dem, der venter, behandles mere end $\frac{2}{3}$, inden der er gået de 3 måneder. Det er selvfølgelig en ringe trøst for dem, der venter, for ventetid på sygehusbehandling vil altid være en stor belastning for de patienter, der rammes. Der skal derfor heller ikke herske nogen tvivl om, at regeringen anser det for en af sine væsentligste målsætning-

ger for sygehusvæsenet at få reduceret ventetiderne og det uanset, hvilken diagnose det måtte dreje sig om.

Derfor blev det også besluttet at afsætte ekstra ressourcer til nedsættelse af ventetiderne i perioden 1993-95. Men flere penge gør det ikke alene, og i forbindelse med vedtagelse af finansloven for 1996 blev det besluttet at øge oplysningsindsatsen om fritvalgsreglen, bl.a. ved brug af tekst-tv. Øget brug af frit valg kan medvirke til at reducere de længste ventetider, og en stadig omlægning til ambulans behandling og 1-dags-kirurgi kan også medvirke til at nedbringe ventetiderne.

Ligeledes kan øget brug af elektive enheder nedbringe ventetiderne. Hvad er så det for noget? Elektive enheder er f.eks. sygehusafdelinger, der kun varetager planlagt behandling og derfor ikke får de forstyrrelser i det planlagte arbejde, som akutte patienter giver. Det indgår derfor i kommuneaftalen for 1997 at fortsætte overvejelserne om at oprette elektive enheder i sygehusvæsenet, og her kunne man forestille sig, at især de små sygehuse kan spille en god rolle.

Et område, som på længere sigt har betydning for omfanget af ressourceforbruget og kapaciteten i det behandlende sygehusvæsen, er forebyggelsen. Det gælder såvel vedrørende levevilkår som vedrørende livsstil. De fleste synes, at det er urimeligt, hvis de udsættes for sundhedsrisici udefra, og der stilles derfor store forventninger og krav til det offentliges indsats for at forbedre levevilkårene.

Levevilkår er berørt af en lang række sektorer. Der arbejdes derfor også på en lang række områder for at forbedre befolkningens uddannelsesforhold, beskæftigelsesforhold, på at skabe et godt ydre miljø, et godt arbejdsmiljø, større trafikikkerhed, gode boliger og ikke mindst trygge sociale forhold.

Regeringen lægger imidlertid også vægt på, at der i sundhedssektoren sker en styrkelse af den forebyggende indsats. Vi har i årtier beskæftiget os med at forebygge sygdomme og ulykker, som den enkelte ikke eller kun vanskeligt selv kan afværge. Her tænker jeg på indførelsen af vaccinationsprogrammerne, foranstaltninger mod smitsomme sygdomme og beskyttelse mod forurening af vores levnedsmidler, alle sammen programmer, der har haft en stor betydning som forebyggelse.

Et andet område, hvor vi har tradition for god forebyggelse, er på børnetandplejeområdet,

hvor resultatet har kunnet måles meget kontant i børnenes forbedrede tandsundhed.

Vi har generelt en tradition for at have sundhedsordninger for børn og unge, hvor der tilbydes lægeundersøgelser og sundhedspleje. Det forebyggelsesmæssige aspekt i disse ordninger er ved den seneste lovændring søgt styrket.

Indsatsen over for de svagest stillede børn og unge styrkes også og forbedres, ligesom tilbudene til børn og unge generelt forbedres og samordnes, og samtidig gives der mulighed for, at den praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste efter indhentet samtykke udveksler relevante oplysninger af betydning for et barns eller en ungs sundhed.

Fra 1994 blev amterne pålagt i hver valgperiode at udarbejde en sundhedsplan og kommunerne pålagt at udarbejde en sundhedsredegørelse. For kommunernes vedkommende skal redegørelsen bl.a. omhandle kommunens forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter. Amdsrådet skal udarbejde en egentlig handlingsplan for området i samarbejde med kommuner og praksissektoren. Det lokale og regionale forebyggelsesarbejde bliver herved et område, som politikerne i kommunalbestyrelser og amtsråd får et direkte ansvar for.

Forud for første planrunde blev forebyggelse af alkoholmisbrug udmeldt som et tema for kommuners og amters samarbejde. Ved sygehuslovens ændring i 1995 blev det netop præciseret, at sygehusvæsenet skal medvirke til at udvikle den sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Det tager direkte sigte på at styrke forebyggelsen også i sygehusregi. En sådan styrkelse kræver en langsigtet og tværgående indsats på lokalt niveau, dér, hvor den daglige kontakt med borgerne er, og amterne er nu i gang med at omsætte lovens krav til konkrete initiativer. Fra Hovedstadens Sygehusfællesskab kan eksempelvis nævnes, at Bispebjerg Hospital er udpeget som hovedstadens modelhospital for det forebyggende sundhedsarbejde, og i Vejle Amt har man oprettet et livsstilscenter ved Brædstrup Sygehus.

På sygehusene foregår der løbende forskning i årsagerne til sygdomme og skader, og resultaterne meldes ud til omverdenen med henblik på at forebygge. I stigende omfang indbygges forebyggelselementer og rehabilitering i behandlingsindsatsen, sådan at den enkelte i så stor udstrækning som muligt sikres tilbagevenden til normaltilværelsen, og på centralt niveau retter den forebyggende indsats sig især mod livsstils-

sygdommene, og det gælder sygdomme, der er relateret til narkotika, alkohol, tobaksrygning, hiv og aids. Sund ernæring beskæftiger vi os med og også med motionsfremme. Vi har lavet en kampagne, der hed »Bevæg dig, bevar dig«, og som havde en stor succes.

Den forebyggende indsats foregår især som oplysningsvirksomhed om alkohol, tobak, cancer, fedtindtag, motion og seksuel adfærd. Der er fra central side taget initiativ til udarbejdelse af en overordnet fælles politik for de centrale sundhedsmyndigheders informations- og oplysningsvirksomhed. Der indgår også heri overvejelser om en mindskelse af kampagnetætheden.

I løbet af foråret 1997 venter vi en status fra en tværministeriel handlingsplan på muskel- og skeletområdet samt en handlingsplan for en forstærket forebyggelse af astma og ikke mindst allergi.

Der er således taget en række initiativer, der tager sigte på at styrke forebyggelsen i sundhedsarbejdet ved bl.a. at fremme samarbejdet om forebyggelse mellem amtskommunerne og primærkommunerne og styrke forebyggelsen ikke mindst i sygehusregi.

Der har i de senere år fra tid til anden været røster fremme om, at der her i landet er lægemangel og mangel på plejepersonale. Er der det? Og i bekræftende fald: Hvad gør vi ved det?

På lægeområdet vil det nok være forkert at tale om en egentlig lægemangel, for det har i mange år været sådan, at der konstant er ca. 200-400 ubesatte stillinger ud af 9.500 normerede lægestillinger i sygehusvæsenet. Det tror jeg ikke man kan kalde for lægemangel.

Men vi har noget andet, nemlig et problem, der vedrører strukturerne, altså en strukturelt betinget lægemangel, idet de ubesatte stillinger hovedsagelig befinder sig i de perifere sygehuse i yderamterne, og det skal vi selvfølgelig gøre noget ved. Den lægelige arbejdskraft må udnyttes bedre. Lægerne skal motiveres til at søge ansættelse på de perifere sygehuse, og amter med universitetssygehuse skal medvirke aktivt til, at det sker. Det kan bl.a. ske ved at blokere for ansættelser på universitetssygehusene, og denne blokering indvilligede amterne i at gennemføre i 1995-aftalen om amternes økonomi. Virkningen af det er ikke slået igennem endnu.

Fra central side har der i en årrække været initiativer i gang for at sikre et tilstrækkeligt antal læger til dækning af behovet. I 1991 iværksattes videreuddannelses- og faststillingsrefor-

men for lægerne, og den skulle sikre, at uddannelseskapaleten også svarer til behovet for de respektive specialer. Den skal også sikre et hurtigere og mere effektivt uddannelsesforløb.

De stillinger, som ikke er nødvendige som uddannelsesstillinger, har vi tænkt at omdanne til faste speciallægestillinger.

Reformen er godt i gang, men jeg tror ikke, man kan forvente, at den er gennemført før omkring år 2000.

For at styrke de driftsansvarliges indflydelse på og ansvar for videreuddannelsen, er der blevet etableret et kontaktforum for lægelig grund- og videreuddannelse. Kontaktforummet tæller bl.a. medlemmer fra de tre uddannelsesregioner. Specialistnævnet er ligeledes blevet styrket med tre medlemmer fra de tre uddannelsesregioner.

Den øgede inddragelse af de driftsansvarlige myndigheder vil give mulighed for at gennemføre den lægelige videreuddannelse langt mere effektivt og med bedre ressourceudnyttelse.

På sygeplejeområdet er det amtskommunerne og primærkommunerne ansvar, at der uddannes nok plejepersonale, dels ved at optage et tilstrækkeligt antal elever på sygeplejeskolerne, dels ved at der ansættes et tilstrækkeligt antal elever på de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser.

I april 1994 blev der indgået en aftale mellem regeringen, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, Forbundet for Offentligt Ansatte og Dansk Sygeplejeråd om at forstærke indsatsen på sygehus- og plejeområdet, og denne aftale medførte en forøget optagelse på de omhandlede uddannelser i 1995, og den forøgelse er videreført i 1996.

Det er regeringens opfattelse, at selv om vi øger tilførslen af ressourcer til sundhedsvæsenet og øger optagelsesantallet inden for sundhedsuddannelserne, er det ikke nok med det. Det kan ikke gøre det alene, for vi bliver også nødt til at se på, hvorvidt der med organisatoriske og ledelsesmæssige ændringer kan ske en bedre udnyttelse af de ressourcer, vi allerede nu bruger i systemet, sådan at sundhedsvæsenet i højere grad lever op til de forventninger, vi har til det, og det arbejder Sygehuskommissionen som bekendt på i øjeblikket.

Sygehuskommissionen afleverer til årsskiftet sin endelige rapport med anbefalinger om den fremtidige tilrettelæggelse af sygehusvæsenet, og regeringen vil så herefter optage forhandlinger med aftaleparterne med henblik på udmøntningen af kommissionens konkrete forslag.

Det overordnede mål kan vi vel nok alle blive enige om, og det er at indrette sygehusvæsenet, så vi på bedst mulig vis opfylder patienternes behov og forventninger. Det indebærer bl.a., at ventetiderne skal reduceres, og det er da også en gennemgående målsætning bag en række af de spørgsmål, som kommissionen er blevet bedt om at kigge på.

Sigtet er, at kommissionen skal give et positivt bidrag til den videre debat om sygehusvæsenets fremtidige indretning, og derfor vil jeg finde det rimeligt, at overvejelser om mere grundlæggende ændringer af sundhedsvæsenets opbygning nu afventer resultatet af kommissionens arbejde.

Men det skal stå helt klart, at regeringens målsætning er, at der sættes ind med en række initiativer, som kan øge fleksibiliteten og effektiviteten i sygehusvæsenet, og det indebærer bl.a., at arbejdsgangene på sygehusene forbedres, og at samarbejdet på tværs af amtsgrænserne styrkes. Specialefordelingen mellem sygehusene skal ændres, så vi også på den måde kan sikre kortere ventetider og ikke mindst en bedre kvalitet.

Der skal således ikke herske nogen tvivl om, at regeringen anser sundhedsvæsenet og herunder især sygehusvæsenet som et vigtigt område, som skal styrkes i de kommende år, men som spørgeren også kan se, så sker der meget på området, og meget er planlagt iværksat i den nærmeste fremtid.

Forhandling

Bruno Jerup (EL):

Jeg vil starte med at takke ministrene, både statsministeren og selvfølgelig i særlig grad sundhedsministeren for den tale, som hun kom med. Og jeg kan i hvert fald høre ud fra den, at der er en rimelig forståelse for alle de elementer, som nødvendigvis må indgå i en forbedret folkesundhed.

Jeg er også overbevist om, at inden for regeringen og i regeringens rækker er der folk, der tager sundhedspolitikken meget alvorligt. Men det er jo et problem, som regeringen må forholde sig til, at man hver eneste dag kan læse bl.a. i aviserne om utilfredse borgere og utilfredsstilende forhold. Hvorfor er det sådan?

Det er Enhedslistens opfattelse, at det ikke kan affærdiges med f.eks., at danskerne skulle være blevet mere pylrede eller mere forkælede,

og at der er nogle, skal vi sige, mere eller mindre personlige grunde til, at man begynder at reagere på den måde.

Der er sikkert ikke en enkelt forklaring på den kritik, som kommer. Der har hele tiden været en udvikling, og der har været fremskridt, som gør, at vi kan behandle flere og alvorligere lidelser på vores sygehuse. Selvfølgelig stiger befolkningens forventninger også i takt med den lægevidenskabelige udvikling. Sygehuse kan ikke følge med, derfor kommer der ventelister.

Også i den primære sundhedssektor er befolkningens ønsker større end de tilstedeværende ressourcer. Man vil f.eks. gerne have mere tid, når man besøger den praktiserende læge, og flere besøg af sundhedsplejersken. Fordelingen af opgaver mellem stat, amt og kommune kan også være med til at give en uklar opgaveløsning, som kan give problemer.

Sundhed og sygdom fordeles ikke retfærdigt. Nogle er syge fra fødslen, andre er raske gennem et langt liv. De fleste rammes i livets løb af skader eller sygdom, uanset hvor sundt den enkelte prøver at leve, og der er altid en risiko for at blive syg. Biologiske og ydre menneskeskabte forhold bestemmer i høj grad risikoen for den enkelte. Det enkelte menneske kan ikke styre og kontrollere alle mulige sygdomsårsager.

Derfor mener Enhedslisten, at sundhedsfremme, forebyggelse, sygdomsbehandling, pleje og omsorg skal være opgaver, vi påtager os i fællesskab. Fællesskabet kan naturligvis ikke påtage sig ansvaret for den enkeltes lidelser ud i den mindste detalje eller sygdommens påvirkning af de pårørende. Men vi kan i fællesskab gøre en indsats for at forebygge skader og andre sygdomme. Vi kan yde helbredelse, lindring eller trøst. Vi kan garantere, at den syge ikke overlades til sig selv, og at det foruden lidelse ikke også skal koste penge at blive syg.

Forebyggelse er bedre end helbredelse. Det være bare sagt som en elementær konstatering, som jeg også kan høre i regeringens og ministerens redegørelse. Derfor er det vigtigt at styrke den forebyggende indsats bl.a. i forbindelse med graviditet og fødsel. Der skal flere ressourcer til sundhedspleje for børn, hjemme og i skolen og daginstitutionerne.

Sundhed skal fremmes gennem øget oplysning, rådgivning, undervisning og diskussion. Det sundhedsfremmende arbejde skal integreres i skolernes undervisning. Målet skal være f.eks., at nybagte forældre, børn og unge forstår og selv tager stilling til, hvorfor og hvordan sund-

hed kan forbedres, og at de får den støtte, de behøver, når de vil omsætte forståelsen til handling.

Også i forhold til resten af befolkningen skal forebyggelsen styrkes. Vi ved, at livsstil er en vigtig faktor, når vi snakker om sundhed og sygdom. Det drejer sig om brug af tobak, misbrug af alkohol, kostvaner m.m., som også ministeren var inde på. Vi ved, at de samlede levevilkår påvirker sundheden. Derfor bør vi naturligvis ændre, hvor vi kan, så sygdom undgås.

Det ydre miljø spiller en vigtig rolle. Sikring af ren luft, rent vand og giffri mad er vigtige brikker, ikke bare i kampen for klodens overlevelse, men også i kampen for befolkningens sundhed.

Vi ved, at man påvirkes helbredsmæssigt af, hvordan livskvaliteten er. Arbejdsløshed, stress, ensomhed, udstødning er reelle trusler mod befolkningens sundhed. Derfor kan sundhedspolitik ikke betragtes isoleret, men må ses sammen med bl.a. socialpolitik, arbejdsmarkedspolitik, boligpolitik, trafikpolitik og miljøpolitik. Vi har f.eks. i dag den barokke situation, at en stor del af befolkningen får det dårligere af at være arbejdsløs, mens den anden del får det dårligere af at have for meget arbejde. Aktiv handling omkring dette forekommer indlysende for Enhedslisten.

Vi ved, at arbejdsmiljøet er af stor betydning for sundheden. Derfor skal vi hele tiden arbejde på at forbedre både det fysiske og psykiske arbejdsmiljø. Vi bør sikre, at normerne for et godt arbejdsmiljø ikke kun omfatter ansatte, men også f.eks. brugerne af sociale institutioner og undervisningsinstitutioner. Bl.a. har Enhedslisten stillet forslag om, at der skabes en egentlig miljølov for børn og unge. En forbedret folkesundhed kræver en erkendelse af, at sundhed ikke kun er fravær af sygdom, men at det er mere end det, og at det kræver omstilling, fornyelse og øgede ressourcer.

Befolkningen vil gerne betale mere til sundheden. Det viser undersøgelser herom. Vi bruger i Danmark en mindre del af vores bruttonationalprodukt end de lande, vi traditionelt sammenligner os med, f.eks. de andre nordiske lande, Tyskland, Holland og USA. I de lande har sundhedsudgifternes andel af BNP været stigende i 1980'erne, hvorimod vi i Danmark har set et fald siden 1982. Vi bruger altså i dag en mindre del af den samlede samfundsøkonomi på sundhedsvæsenet, end vi gjorde for 15 år siden. Det skal der rettes op på. Målsætningen

må være, at vi øger udgifterne til sundhedsvæsenet, således at vi i år 2000 kommer op på 7 pct. af BNP.

Men som tidligere nævnt gør penge det ikke alene. Der er også brug for nytænkning. En forudsætning for, at den samlede vision for sundhedsvæsenet får mening, er, at samarbejdet mellem de forskellige offentlige aktører på området styrkes, så det ikke økonomisk f.eks. kan betale sig at flytte rundt med borgerne mellem de enkelte kasser. Derfor skal en positiv udvikling af sundhedsvæsenet være et fælles mål både for stat, amt og kommune.

En anden ting er demokratisk kontrol med og indflydelse på vores sundhedsvæsen. Det skal være en selvfølge. Underlige lukkede halvoffentlige selskabskonstruktioner som f.eks. Hovedstadens Sygehusfællesskab fratager reelt borgerne mulighed for indsigt, kontrol og indflydelse og fritager politikerne for ansvar. Uanset hvor ubehageligt nogle politikerne måtte synes, det er, så må denne ansvarsforflygtigelse stoppes efter Enhedslistens opfattelse.

Traditionen med familielægen, som vi kender den i Danmark, er god, men den bør ikke være en hindring for, at vi prøver at tænke på andre muligheder i den primære sundhedssektor. Lægerne er kun en af mange faggrupper.

Det er vigtigt, at vi får alle de professionelle aktører i sundhedsvæsenet til at arbejde sammen. Lokale sundhedshuse, hvor de praktiserende læger indgår som en faggruppe sammen med f.eks. sundheds- og sygeplejersker, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer og socialrådgivere kunne være et af budene på nytænkning.

Sygehuse har ført en omtumlet tilværelse, og der har været meget turbulens de sidste år. Utallige omstruktureringer har medført nedlæggelse af mange små lokale sygehuse, nybygning af kæmpesygehuse som f.eks. Herlev og skabt en skarp opgavedeling mellem nogle få sygehuse. Men de højt specialiserede funktioner og resten med de mest almindelige medicinske og kirurgiske specialer er måske ikke altid den rette vej at gå.

Borgerne ønsker, at de kan få en behandling tæt på bopælen, som kommer til at stå direkte i modsætning til de overordnede ønsker om et effektivt og rationelt sygehusvæsen. Selv om Enhedslisten erkender, at i visse tilfælde kan det være nødvendigt med en samling af et speciale på et eller få sygehuse, så må vi sige, at vi ikke i alle henseender er enige i den linje, der har været.

Der er en stigende tendens til at opfinde forskellige systemer til sammenligning af sygehusenes produktivitet. Målsætningen synes at være mest mulig behandling for færrest mulige penge. Merkantile modeller er imidlertid ikke særlig velegnede til at måle og veje sygehuse efter. Man kan måle antallet af operationer, ambulatoriebesøg, ind- og udskrivninger m.v., men man kan aldrig på samme måde måle pleje og omsorg. En vellykket operation skal følges op af den fornødne pleje, omsorg og genoptræning. Udviklingen af sundhedsvæsenet skal ske både på kvalitative og kvantitative måder.

Et af tidens hotte emner er ventelisterne. Enhedslisten ønsker, at der indføres en behandlingsgaranti med en kort tidsramme fra behandlingens og operationens erkendte nødvendighed til udførelsen. Det er uacceptabelt, at patienter må vente i månedsvis på den nødvendige behandling. En sådan ventetid har store økonomiske og menneskelige konsekvenser for både patienter, familier og samfund. Regeringen har utallige gange lovet, at den ville få ventelisterne væk. Det er ikke indtil nu lykkedes for regeringen.

Det, man arbejder med i sundhedsvæsenet, er levende mennesker med evne til at tænke og føle, derfor skal sundhedsvæsenet behandle patienterne som enkeltindivider og ikke som en ting eller en vare. Der skal findes en måde at fremme brugerindflydelsen på også på dette område. Patientforsikringen skal forbedres, så befolkningen er sikret erstatning, når der sker fejl, uden selvrisko.

Det er Enhedslistens mål med denne debat at få sat fokus på manglerne i sundhedsvæsenet og at vise nogle veje til at styrke og forbedre sundhedsvæsenet og folkesundheden, og det er også Enhedslistens hensigt at få sat fokus bl.a. på det manglende personale. I forbindelse med det vil vi fremsætte følgende:

Forslag om motiveret dagsorden

»Idet Folketinget ønsker at fremme en forbedret folkesundhed og forbedrede behandlingsforhold opfordres regeringen til at tage initiativer, der

- afskaffer ventelisterne og indfører en egentlig behandlingsret og
- forbedrer borgernes stilling i forhold til sundhedsvæsenet både med hensyn til information, åbenhed og medbestemmelse og mulighederne for at kunne klage.

Dette skal ske

- ved en øget prioritering af sundhed generelt bl.a. ved, at der tilføres flere midler,
- ved forstærket fokus på de forebyggende elementer, folkesundhed og arbejdsmiljø,
- ved forbedret samarbejde mellem stat, amt og kommune bl.a. ved opgaveløsning og modvirkning af kassetænkning og
- ved en forbedret koordinering mellem sundhedsmæssige og sociale aspekter.

Herefter går Folketinget over til næste sag på dagsordenen.«

(Dagsordensforslag nr. D 22).

Formanden:

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

Tove Lindbo Larsen (S):

Socialdemokratiet vil altid gerne drøfte sundhedspolitik, men jeg skal ikke lægge skjul på, at tidspunktet netop nu ikke er det mest velvalgte midt i forhandlingerne om finansloven for 1997, men trods alt kan der jo nok komme nogle positive signaler ud af debatten.

Det er en meget koncentreret forespørgsel, Enhedslisten har formuleret; den spænder vidt. Det kan være meget hensigtsmæssigt, idet man skal erindre sig, at sundhed er andet end fravær af sygdom, og i den forbindelse kan det være rigtigt at understrege, at Danmark sammen med en lang række andre europæiske lande har vedtaget WHO's program, »Sundhed for alle år 2000«. Det har vi ofte henvist til i debatterne, og året 2000 nærmer sig med hastige skridt.

Handlingstemaerne: Lighed i sundhed, Lægge liv til årene, Føje sundhed til livet og Lægge år til livet, bør ligge enhver på sinde, enten man har et ansvar i amt, kommune eller i statsligt regi. Socialdemokratiet mener, at Danmark fortsat skal bestræbe sig på at forbedre og effektivisere sundhedsvæsenet. Det kræver en ihærdig indsats fra alle sider, både hvad angår forebyggelse og eventuel behandling af sygdomme.

Livskvalitet er et flot ord, men det er værdt at stræbe efter også på dette område; det ligger indbygget i de fire handlingstemaer. Det kræver også, at man er villig til at bruge penge på området. Det har vi også erkendt i flere år, for som sundhedsministeren allerede har sagt i sin besvarelse, er budgetterne for 1997 øget med 2,6 mia. kr. i forhold til 1993-budgettet. Indsatsen er sket både i amterne og fra statens side.

Vi er således på vej, men penge gør det ikke alene, og dialogen med amterne har ikke manglet, for afgørende for patienterne er naturligvis, at tilbudet om behandling foreligger, og at ventetiderne er de lavest mulige.

I tilrettelæggelsen af vort sundhedssystem er det vigtigt at huske, at mennesket skal i centrum. Systemet er til for borgerne og ikke omvendt.

Jeg sagde med vilje mennesket og ikke patienten; sundhedspolitik omfatter såvel forskning som forebyggelse og behandling, og vi ønsker også at inddrage teknologivurdering i fremtidens sundhedspolitik.

Men hvor er så befolkningen i dette billede, og hvad er det for vilkår, vi byder den?

Socialdemokratiet mener, at den sundhedsfremmende og forebyggende indsats skal prioriteres højt. Det er imidlertid ikke en formyndersstat, vi ønsker, men en indsats såvel fra det offentlige som fra borgerne selv. Og det offentlige skal tilrettelægge forebyggelsen bredt, og det vil sige oplyse om livsstil, herunder ernæringsspørgsmål, sikre rent vand og rene og uforfalskede fødevarer og et forbedret ydre miljø og skabe størst mulig trafikikkerhed og sunde boliger, altså tryghed for den enkelte i samfundet.

Initiativerne i er gang:

Et forbedret miljø arbejdes der på fra mange sider.

Trafikkerhed og et godt boligmiljø er til stadighed stærkt placeret i den aktuelle politik.

Forebyggelse klares bedst så nær borgerne som muligt, og en stor del af ansvaret herfor ligger i kommunerne, men inspirationen hertil skulle gerne komme fra såvel Tobaksskaderådet som Det Forebyggelsespolitiske Råd.

De eksisterende vaccinationsprogrammer er et vigtigt led i forebyggelse, men skal forebyggelse lykkes, er et samarbejde med borgerne nødvendigt og en personlig indsats påkrævet. Men opstår der sygdom, skal der være et behandlingstilbud.

Et stort problem i disse år er ventetiderne til behandling, og der må ikke være tvivl om, at alvorlig og livstruende sygdom skal behandles omgående, altså kort tid – med streg under kort tid – fra sygdommens konstatering til behandling.

Vi mener i øvrigt, at en ventetid aldrig bør overstige tre måneder, og det er afgørende vigtigt, at patienterne får oplysning om deres situation. Her tror jeg vi gennemgående har behov

for at informere noget bedre både før og under en eventuel behandling, og det gælder ikke blot over for patienterne, men også amter og kommuner imellem, for et forbedret samarbejde mellem amter og kommuner vil gavne patienterne. Der må ikke opstå disse meget omtalte slip fra en patients udskrivning til de sociale myndigheders handling, hvis der er behov for en sådan.

Og vi lægger meget vægt på, at der uddannes tilstrækkeligt med personale inden for sundhedsvæsenet, og ser meget hen til den reform vedrørende tilstrækkelig uddannelseskapacitet, der er fuldt ud gennemført i år 2000, også med hensyn til specialer med efterfølgende speciallægestillinger.

Vi er også optaget af, at de driftsansvarlige myndigheder inddrages yderligere i planlægningen og gennemførelsen, for det er meget nyttigt, at man arbejder sammen om løsning af opgaverne.

På plejeområdet er der behov for at se på arbejdsdelingen mellem de forskellige personalegrupper. De ressourcer, der findes, skal udnyttes hensigtsmæssigt, og det er nok muligt, at der er behov for yderligere uddannelse – det skal vi til stadighed have øje for.

I Socialdemokratiet ser vi hen til Sygehuskommissionens betænkning, som skal foreligge ved årets udgang, og ikke mindst til de efterfølgende forhandlinger om opfyldelse af de anbefalede ændringer, herunder om en bedre udnyttelse af ressourcerne.

Mange opgaver løses i dag uden for sygehuse, og det er væsentligt, at dette udbygges.

Socialdemokratiet har tidligere foreslået, at der iværksættes forsøg med tværfaglige sundhedscentre, der både kan stå for forebyggelse, behandling og efterbehandling af borgerne i nærmiljøet ved at udnytte den ekspertise, der findes på forskellige områder, og det er stadig vores opfattelse, at det er en god idé.

Sluttelig vil jeg omtale de sindslidendes situation:

Enhver ved, at der er mange forskellige former for sindslidelse. Derfor er det vigtigt at have øje for, om der er et tilstrækkeligt antal behandlingsmuligheder, om der er et tilstrækkeligt antal sengepladser, og om sygehuse indretning giver tryghed. Det sidste tror jeg vi også skal være meget opmærksomme på.

Dertil kommer, hvad vi tidligere har drøftet, nemlig distriktspsykiatriens omfang og betydning. Og der gøres et stort arbejde mange steder

med konsultationer, bofællesskaber og dagcentre, men vi må påse, at der ikke er det store slip i tidspunkterne for de forskellige aktiviteter. Det er ikke nok med en indsats fra kl. 9 til kl. 16, for ingen kan jo sikre, at sygdom kun opstår inden for dette tidsrum. Jeg ved, at man nogle steder arbejder med psykiatriske skadestuer med døgnåbning, og der bør ikke herske tvivl om, at Socialdemokratiet er indstillet på, at behandlingen skal række ud over tidsrummet fra kl. 9 til kl. 16.

Sygehusområdet støder vi alle mere eller mindre på i hverdagen, og derfor vil der være grund til at holde øje med udviklingen her, og det gør vi så.

Men det får os alligevel ikke til at stemme for Enhedslistens dagsorden, for den er på nogle områder urealistisk og på andre områder ulogisk i sin lidt overfladiske overskriftsform.

Så jeg skal på Socialdemokratiets vegne meddele, at vi stemmer imod Enhedslistens dagsorden.

Formanden:

Så er der indtegnet to korte bemærkninger: først hr. Jan Køpke Christensen og så hr. Bruno Jerup.

(Kort bemærkning).

Jan Køpke Christensen (FP):

Modsat Socialdemokratiet skal jeg meddele, at Fremskridtspartiet absolut ikke finder, at denne forespørgsel er odios, og i hvert fald ikke, at det er et dårligt valgt tidspunkt at have debatten på, således som Socialdemokratiets ordfører var fremme med at man mener. Det er vi i Fremskridtspartiet ikke enige i. Vi mener naturligvis, at netop fordi finanslovforhandlingerne står på, er det vigtigt, at de forskellige politiske partier her kommer med nogle meldinger om, hvad det er, de ønsker på sundhedsområdet, hvad det er, de vil gøre for at hjælpe de svageste i samfundet, som virkelig har brug for hjælp på hospitalet.

Så derfor al mulig ros til Enhedslisten, fordi Enhedslisten har stillet denne forespørgsel, ligesom Fremskridtspartiet jo har stillet den næste forespørgsel på dagsordenen, som også går på sundhedsområdet, men som er bredere, idet den netop tager hele aspektet med hensyn til de ældre, pensionisternes, vilkår på socialområdet med.

Så jeg synes, Socialdemokratiet burde tænke lidt over, at der også er partier, som ikke er budt med til forhandlingsbordet omkring finans-

loven, bl.a. Fremskridtspartiet – så meget demokrat er man altså i en socialdemokratisk regering, at man ikke vil invitere alle de medlemmer, der er valgt ind i dette demokratiske parlament! Derfor er det vigtigt, at vi har denne debat i dag, og tak for det til Enhedslisten.

(Kort bemærkning).

Bruno Jerup (EL):

Jeg vil komme ind på to ting:

Først tidspunktet: Dét er det jo vores erfaring i Enhedslisten, at vi ofte får at vide, at det enten er for tidligt, eller – hvis vi kommer med den samme forespørgsel i januar – for sent, for nu har man aftalt finansloven. Og det er vel mest naturligt, at det er på nuværende tidspunkt, hvor man forhandler om, hvad der skal bruges af penge til næste år, og hvor man prøver at lave nogle ting dér, at man fra Folketingets side, fra denne forsamlings side, prøver at komme med nogle bud på, hvad skal der ske.

Derudover er jeg i øvrigt enig med fru Tove Lindbo Larsen, og det glædede mig da, at meget af det, som fru Lindbo Larsen havde med i sin ordførertale, jo overlapper det, som jeg havde i min egen tale, og som også ligger i den dagsorden, som vi har foreslået.

Men der er ét punkt, som fru Lindbo Larsen ikke forholdt sig til, og som jeg gerne vil spørge om, og det er Socialdemokratiets forhold til de efter vores opfattelse udemokratiske selskabskonstruktioner a la HS, hvor det er sådan, at man flytter de politiske diskussioner om, hvordan sundhedsvæsenet skal udvikles, over i en konstruktion, som der ikke er en reel politisk kontrol med.

Det kunne jeg sådan set godt tænke mig at fru Lindbo Larsen forholdt sig lidt til, for det er også vigtigt for det fremtidige arbejde.

(Kort bemærkning).

Tove Lindbo Larsen (S):

Først om spørgsmålet om debattidspunktet: Dét vil jeg sige, at jeg tror nok, de fleste af ordførerne her har så meget erfaring, at de ved, at det ikke er realistisk, at en forhandling fra Folketingets talerstol med 10 minutters taletid til hele sundhedsområdet skal være afgørende for, om vi kan få givet nogle input til forhandlingerne om finansloven. Det tror jeg man ved nærmere eftertanke vil give mig ret i.

Så til spørgsmålet om HS: Vi kan da godt tage en debat om HS, men jeg vil da lige gøre opmærksom på, at vi jo har Sygehuskommissionen siddende, som er kommet med en del-

betænkning, og som kommer med en større betænkning inden årets udgang, og til den tid er jeg klar til at diskutere HS.

(Kort bemærkning).

Jan Kjøpke Christensen (FP):

Jeg vil meddele Socialdemokratiet, at vi godt ved, at det, som vi kommer med her i dag vedrørende finansloven, naturligvis ikke er afgørende, men det er da vigtigt for den demokratiske proces, at vi her fra Folketingets talerstol, hvor også offentligheden kan være med, meddeler, hvad de forskellige politiske partier står for, så offentligheden ved det – det er da absolut nødvendigt.

Og af hensyn til den fortsatte debat vil jeg derfor fremsætte følgende dagsordensforslag, netop for at det kan indgå i debatten:

Forslag om motiveret dagsorden

»Folketinget opfordrer sundhedsministeren til sammen med Amtsrådsforeningen og sygehuskommunerne at sikre en hurtigere afvikling af ventelisterne ved hospitalerne samt en generel effektivisering af sundhedssektoren med henblik på en bedring af patienternes behandling.

Folketinget går herefter over til næste sag på dagsordenen.«

(Dagsordensforslag nr. D 23).

For netop det, som fru Tove Lindbo Larsen sagde om, at patienten skal i centrum, er vi i Fremskridtspartiet enige i – jeg troede, det var borgeren, der skulle i centrum, men i hvert fald er patienten jo ligesom udgangspunktet for det hele, for når patienten er i centrum, gælder det naturligvis alle borgere, der får brug for sundhedsvæsenet og for den sags skyld også for den forebyggelse, der ligger dér.

Så det skal være mit forslag om motiveret dagsorden.

Formanden:

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

Jørgen Winther (V):

Jeg har selvfølgelig lyttet til de foregående bemærkninger, og der er tre ting, som jeg godt lige vil stille et spørgsmål om til hver enkelt:

Først til sundhedsministeren, som var inde på spørgsmålet om tekst-tv:

Dér undrer det mig, at beskeden til mig fra nogle privathospitaler, som har fortalt mig, at de har forsøgt at komme med på tekst-tv, så man dér kan kan få oplyst, hvor lang ventetiden er på disse privathospitaler, har været, at det har ikke været muligt for dem.

Derfor vil jeg spørge sundhedsministeren, om det er korrekt, og hvorfor de i givet fald ikke har den mulighed. For det må da være sådan, at det er bedst for de enkelte patienter at få så megen oplysning som overhovedet muligt, så de bedre kan vælge.

Og så har jeg et spørgsmål til statsministeren, og det går på kvaliteten i vores sundhedsvæsen, for dér bliver jeg lidt forvirret, når jeg hører statsministerens udtalelser, for i dag blev der sagt, at vores sundhedsvæsen grundlæggende er godt, men hvis jeg så tænker på dengang, for nogle få måneder siden, da Socialdemokratiet havde sit jubilæumsmøde, så husker jeg meget tydeligt, at statsministeren sagde, at vores sygehusvæsen bestemt ikke er godt nok, og at vi ikke klarer os i sammenligningen med andre landes sundhedsvæsen, og at det var derfor, statsministeren foreslog en vis grad af statslig styring.

Men så vidt jeg husker, trak statsministeren relativt hurtigt det forslag tilbage, da statsministeren havde talt med flere amtsborgmestre af socialdemokratisk observans.

Men jeg er lidt forvirret, for hvis vi skal ændre vores sundhedsvæsen, betyder det meget, om det er godt eller det ikke er godt nok.

Og hvis man læser Socialdemokratiets sundhedsoplæg, bliver man endnu mere forvirret. Nu er det et stykke tid siden, men så vidt jeg husker, står der dér noget i retning af, at vores sundhedsvæsen er i top sammenlignet med de forskellige andre sundhedsvæsen i Europa.

Så der er altså frit valg på alle hylder, når man hører, hvad socialdemokratiske politikere udtaler om vores sundhedsvæsen: I dag er vores sygehusvæsen godt, men for nogle måneder siden var det ikke godt nok, og dengang var man inde på en statslig styring af det, og når man så læser oplægget, er det altså helt i top!

Jeg ved godt, at jeg er lidt polemisk her, men jeg synes alligevel, det er afgørende at få at vide, hvad det egentlig er, Socialdemokratiet mener.

Det sidste spørgsmål, jeg har, er til hr. Bruno Jerup – det er måske en lille tanketorsk, men vi skal have det hele med – for hr. Bruno Jerup sagde, at det, man arbejder med i sundhedsvæsenet, er levende mennesker. Det er det da også,

men jeg vil gerne sige, at en meget væsentlig del af lægeligt arbejde også er at foretage obduktioner og finde ud af, hvad patienterne virkelig har fejlet. Og det hører altså også med til det samlede sundhedsvæsen.

Det, der er Venstres grundholdning inden for sundhedspolitikken, er, at vi gerne vil bygge på frihed og på respekt for hver enkelt patient. Vi respekterer, at forskellige patienter ofte har vidt forskellige ønsker, og vi vil gerne give den enkelte patient så mange frihedsgrader som overhovedet forsvarligt. Vi ønsker også, at patienten skal føle maksimal tryghed under indlæggelsen på sygehuset.

Så vil jeg gerne sige klart, at i Venstre ønsker vi ikke en statslig styring af sundhedsvæsenet. Vi mener tværtimod, at det amtslige sundhedsvæsen med et sygehusudvalg i spidsen skal bevares. Vi synes, det er bedst, at det er direkte valgte politikere, der er ansvarlige for vore sygehuse i Danmark.

Sundhedsvæsenet står i dag over for en lang række udfordringer. Ventetiderne har i mange år været alt for lange, både når det gælder indlæggelse og ambulante undersøgelser. Og dér var både sundhedsministeren og statsministeren inde på, at der var tilført betydelig flere ressourcer til sundhedsvæsenet, men hvis man så ser på, hvor lange ventetiderne er for mange forskellige sygdomme, vil man jo konstatere, at der stadig væk er utrolig mange områder, hvor der er alt for lange ventetider. Så penge alene har altså ikke løst problemerne.

Så er det sådan, at patienterne ofte giver udtryk for, at de savner en fast læge, og de savner også en fast sygeplejerske. De siger, at de møder for mange forskellige ansigter. Det hører vi ofte patienterne sige. Det mener vi på mange måder kan gøres bedre.

Vi mener også, det kan blive bedre med samarbejdet mellem offentlige sygehuse og privathospitaler. Ofte er der meget lange ventetider på bestemte behandlinger inden for det offentlige sygehusvæsen, mens der samtidig er ledige sengepladser på privathospitalerne. Det er en skævhed, som vi i Venstre bestemt ikke kan forstå, for hvis der er nogle, der gerne vil hjælpe og operere disse patienter, så lad dem da have mulighed derfor. Vi mener, det er væsentligt, at patienterne bliver behandlet, og ikke væsentligt, hvem det er, der udfører opgaven.

Et andet spørgsmål er, om det er rimeligt, at de mest effektive sygehusafdelinger bliver straffet økonomisk ved slutningen af et budgetår på

grund af den stramme rammestyring. Venstre vil faktisk gerne belønne de sygehuse, som er mest effektive, og dermed sige, at jo flere operationer, des flere penge kan de enkelte afdelinger så få.

På samme måde er det egentlig også lidt urimeligt, at en patient ikke må beholde sin praktiserende læge, hvis man skifter bopæl. Hvis man f.eks. har boet 8 km fra familielægen og flytter ud en 16-20 km fra familielægen, så får man besked fra amtet på, at man ikke mere må beholde den læge, som man ellers var glad for og tryk ved.

Vi mener i Venstre, at der er behov for en massiv nytænkning inden for hele sundhedssektoren. Vi har nogle punkter, som jeg gerne lige vil remse op. For det første vil vi gerne give patienterne en lovfæstet ret til at vælge mellem offentlige og private hospitaler. Tilskuddet til behandling på privatsygehuse skal så være på 85 pct. af behandlingsprisen i det offentlige sygehusvæsen.

Venstre vil også gerne ændre det nuværende bevillingssystem i hele det offentlige sundhedsvæsen til et system, hvor pengene følger patienten. Og vi ser allerhelst, at pengene følger patienten med hen til det sygehus, som nu engang behandler patienten, og ikke bare til amtskassen.

Så ønsker vi som noget meget væsentligt at give en lovfæstet garanti for, at en patient med livstruende sygdom, f.eks. en kræftsygdom, kan blive undersøgt eller behandlet inden for maksimalt 7 dage. Der så vi mange eksempler i sommer bl.a. på Rigshospitalet, hvor patienter med brystkræft måtte vente i både 5, 6 og 7, ja, endda 8 uger på at blive behandlet. De fik diagnosen, at det var brystkræft, men fik alligevel at vide, at det varede mange uger, før de kunne blive opereret. Det synes jeg er psykisk terror.

Så vil Venstre arbejde for at nedbryde muren mellem sygehusvæsenet og familielægen. Vi mener, at det er en god idé, hvis familielægen en gang imellem kommer på besøg på sygehuset til de patienter, som kender lægen, og at man så kan aftale, hvilke forskellige former for behandling det skal være, især hvis der er tale om større beslutninger.

Så vil jeg også gerne arbejde for, at patienten under behandlingsforløbet på sygehusene hele tiden har maksimal information om sin sygdom og den videre behandling. Vi vil også gerne lette patienternes valgsituationer. Det skal ske ved, at vi indfører en række kvalitetsmål, der kan gøre

sygehusenes præstationer umiddelbart sammenlignelige for den enkelte patient. Det er godt at vide for en patient, hvor mange infektioner der er efter en hofteoperation på en bestemt afdeling. Så kan man vælge, for det er ikke altid kun ventetiden, men også kvaliteten af operationerne, der er afgørende for patienternes valg.

Så vil vi gerne give amterne mulighed for at oprette frisygehuse, og det bliver noget med, at på sådan et frisygehus skal der være mere fleksible overenskomster, og hvis nogle sygeplejersker eller portører har lyst til at arbejde mere end 37 timer om ugen og have fast aftale om det et halvt års tid, skal de have mulighed for det.

Vi ønsker også, at der kommer ren præstationsbetaling derindenfor, således at de effektive bliver belønnet. Vi ser også gerne, at en gruppe af læger og sygeplejersker danner et hold, og at de så får løn efter, hvor hurtig og god og effektiv og kvalitetsbetonet deres produktion måtte være.

Så ser vi gerne et udbygget samarbejde mellem sygehus og hjemmepleje og familielæge om tilrettelæggelse af de enkelte behandlingsforløb. Det har næsten alle ordførere været inde på tidligere, og det er væsentligt, at vi får det samarbejde bedre. Jeg kan stadig væk ikke forstå, hvorfor lægen på det sygehus, der udskriver patienten, ikke samtidig kan tage telefonen, ringe til hjemmeplejen og til den praktiserende læge og sige, at fru Pedersen altså er hjemme om to dage. Så kan man koordinere det hele, frem for at man skal vente i flere dage på et udskrivningsbrev.

Så synes vi også, at vi kan få lidt flere videnskabelige forsøg med akupunktur og med zoneterapi på udvalgte områder og så sige, at vi kan få et bedre samarbejde mellem alternative behandlere og de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker. Det er et område, der er ømtåleligt at debattere, men jeg har set med glæde, at lægeforeningen har åbnet lidt op, og jeg har også set, at sundhedsministeren har været ude med nogle fornuftige udtalelser derom.

Men alt i alt er der masser at tage fat i, og jeg hilser Enhedslistens debat velkommen, men må desværre skuffe med at sige, at vi kommer til at stemme nej til den foreslåede dagsorden.

(Kort bemærkning).

Vibeke Peschardt (RV):

Ja, det var en bemærkning, der sådan set ikke var rettet til mig fra hr. Jørgen Winther, men den var rettet til Socialdemokratiet.

Den handlede om, at man måske fra Socialdemokratiets eller regeringens side ønskede at statsstyre sundhedsvæsenet. Det er der på ingen måde tale om, men det er jo lidt sjovt, at hr. Jørgen Winther så kommer med nogle forslag om, hvordan han synes – og jeg måtte forstå det sådan – at man ved lov skulle indrette det sådan, at hospitalsafdelingerne tog telefonen og ringede til den praktiserende læge og til hjemmeplejen for at få systemet imellem amtet og kommunen til at fungere bedre.

Da vil jeg da sige, at amtsrådene virkelig har haft deres enorme chancer for at indrette det her, men de har alle steder ikke gjort det. Det er faktisk kommunerne, der mange steder har taget initiativer f.eks. til at ansætte sygeplejersker, der kan undersøge patienterne, når de ligger på hospitalerne, for at de kan være parate med plejen, når de kommer hjem. Jeg mener også, det er en opgave, de kan påtage sig meget vel, men jeg mener bestemt ikke, at det skal statsstyres.

(Kort bemærkning).

Jan Kjøpke Christensen (FP):

Jeg har forstået, at Venstre var enig med Fremskridtspartiet i mange af vores synspunkter. Det synes jeg kun er positivt.

Det, Venstre jo glemte, var at meddele, hvordan man stiller sig til Fremskridtspartiets dagsorden. Det fremgik klart, at man tog afstand fra Enhedslistens, og lad det så ligge. Men jeg kunne godt tænke mig at vide, om Venstre også har indvendinger imod Fremskridtspartiets dagsorden. Det er i hvert fald således, at det måske kunne være tidnød, der var grund til, at hr. Jørgen Winther og Venstre ikke meddelte stillingen til vort dagsordensforslag.

(Kort bemærkning).

Bruno Jerup (EL):

Jeg kunne forstå, at hr. Jørgen Winther ikke ville stemme for Enhedslistens dagsorden, men det fremgik ikke af hr. Jørgen Winthers tale, hvad det var i den, som forhindrede Venstre i at stemme for. Det kan muligvis være, at det er nogle ting, der mangler, det er så én ting.

Men hvad er det bestemt i den dagsorden, som generer Venstre? Er det f.eks., fordi Venstre har nogle meget intense forhandlinger med regeringen på sygehusområdet, og at de ligesom føler, at de er bundet, så de simpelt hen ikke tør stemme for Enhedslistens dagsorden? Det kan jo godt være.

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Ja, men jeg svarer gerne. Først til den radikale ordfører angående statsstyring: Jeg vil gerne sige, at det forslag, jeg nævnte med henblik på, at man lige kunne tage telefonen og ringe til den praktiserende læge og til hjemmesygeplejersken fra sygehuset, når man udskriver en patient, bestemt ikke er noget, jeg ønsker skal ind i en eller anden lov. Det er bare en god idé, jeg nævner, når jeg er ude og holde tale, eller når jeg har mulighed for at tale fra Folketingets talerstol, hvor jeg kan sige: Hvorfor gør man dog ikke det?

Angående statsstyring vil jeg sige, at det jo altså var Socialdemokratiet, som var fremme med det via statsministeren op til jubilæums-mødet, hvor statsministeren udtalte, at der nok var behov for mere statsstyring. Det mente statsministeren den ene dag, og dagen efter mente statsministeren lidt mindre statsstyring, og efter et par dage næsten ingen statsstyring. Sådan husker jeg udviklingen.

Så var der hr. Jan Kjøpke Christensen angående Fremskridtspartiets dagsorden. Dér må jeg sige, at vi ofte har nogle små forhandlinger om dagsordener, før man har mødet her i Folketinget. Det er en af de gode ting her i Folketinget, at man kan snakke sammen og snakker godt sammen på tværs af partierne. Jeg snakker i hvert fald altid utrolig godt sammen med Socialdemokratiets ordfører og også med SF's ordfører, når det gælder dagsordener. Altså dér har vi en god tradition for at snakke.

Så må jeg sige, at Fremskridtspartiets dagsorden kom overrumplende, her lige kort tid før jeg skulle op og holde min tale. Inden vores debatter her – vi ved det her i salen, men det er ikke sikkert, at man ved det ude i landet – er det sådan, at man har gruppemøder, hvor man diskuterer og bruger megen tid på de forskellige dagsordener.

Og dér vil jeg gerne sige, at min indstilling var, at vi for det første stemte Enhedslistens dagsorden ned, og derefter sagde jeg også, at hvis der kom ret mange andre dagsordener, som ikke sagde ret meget konkret, så var det min indstilling, at vi skulle stemme dem ned; men jeg skal lige snakke med et par andre i mit parti, før jeg udløser spændingen fra Venstre.

(Kort bemærkning).

Jan Kørpe Christensen (FP):

Det er da helt fair, at man lige skal sondere terrænet i partiet, og det accepterer jeg fuldt ud, men det kunne jo også forstås sådan, da det ikke blev omtalt, at man måske var ret positiv over for dagsordensforslaget fra Fremskridtspartiet.

Jeg vil så sige med hensyn til, at det først kom så sent: Vi havde da også nogle drøftelser i vor gruppe omkring det her emne, og faktisk var vi på et tidspunkt inde på, at vi slet ikke skulle fremsætte noget. På den anden side set er vi klar over, at det ikke nytter noget at blive ved med at tale og tale her fra Folketingets talerstol, og der ikke sker noget på området.

Så en eller anden binding skulle man give regeringen også med de nuværende finanslovsforhandlinger om, at der vitterlig skal ske reduktion i ventelisterne nu. Vi har talt om det år efter år, og der er intet sket, som også Enhedslisten var inde på, så det er vigtigt, og det er derfor, at denne her dagsorden kom så sent. Og hvis vi skal være helt oprigtige, så ved hr. Jørgen Winther også godt, at jeg kom omgående med den ikke kun til hr. Jørgen Winther, men også til de andre ordførere, da vi havde den udfærdiget.

(Kort bemærkning).

Bruno Jerup (EL):

Jeg vil bare lige sikre mig, at hr. Jørgen Winther får en chance for at komme op endnu en gang, for han nåede vist ikke helt at besvare mit spørgsmål. Så derfor vil jeg give ham muligheden endnu en gang og så gentage det. Det handler sådan set blot om: Hvad er det for nogle konkrete ting i Enhedslistens dagsorden, som generer Venstre? Det er det første.

Det næste er: Er begrundelsen for, at man ikke går ind i realiteter omkring en dagsorden, at man simpelt hen er ved at binde sig til et forlig på sygehusområdet sammen med De Konservative og regeringen?

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Til hr. Bruno Jerup: I Venstre taler vi meget gerne med regeringen om forbedringer inden for sundhedsområdet, og det er da også noget, der pågik for nogle få dage siden, og det skal også pågå fremover. Jeg ser da selvfølgelig meget gerne, at vi får så gode resultater ud af disse forhandlinger som overhovedet muligt, og det kan da også være medvirkende til, at man er lidt

mindre forhuppet på at stemme for forskellige dagsordener på nuværende tidspunkt end ellers.

Men ellers konkret vil jeg gerne sige: Et af de elementer, som hr. Bruno Jerup har nævnt, er, at der skal være forbedrede muligheder for, at patienter kan klage. Jeg mener egentlig, at der er masser af gode muligheder for, at patienter kan klage i det nuværende system i dag.

Så nævnes også forebyggende elementer inden for arbejdsmiljøet: Dér så jeg gerne konkretiseret, hvilke og hvor mange penge der skulle koste. Det står der heller ikke noget om, men ellers vil jeg give hr. Bruno Jerup ret i, at der er mange intetsigende bemærkninger.

Der er f.eks.: »ved en forbedret koordinering mellem sundhedsmæssige og sociale aspekter.« Det er altså bare bla bla, hvad betyder det? Det er jo ikke noget, der er konkret. Og »ved en øget prioritering af sundhed generelt bl.a. ved, at der tilføres flere midler«. Det er alle jo enige om. Så altså, sagen er sådan, at der er en masse bla bla i denne dagsorden og meget lidt konkret nyt.

Henriette Kjær (KF):

Enhedslisten ønsker, at der sættes nogle målsætninger for udviklingen af det danske sundhedsvæsen. Det ønsker Det Konservative Folkeparti også.

Sygehusvæsenet i Danmark står over for mange udfordringer. Det er der ingen tvivl om; men det danske sygehusvæsen indeholder også mange gode elementer, men det kan gøres endnu bedre.

Vi tror på, at vi kan få et sygehusvæsen, hvor ventetiden er kortere, kvaliteten i top, og hvor servicen er forbedret.

Det Konservative Folkeparti ønsker fortsat et offentligt sygehusvæsen til at varetage sygehusopgaverne. Men sygehusvæsenet har været under pres, bl.a. fordi der til stadighed udvikles nye behandlingstilbud. Det betyder stigende ventetider, og mange patienter venter urimelig lang tid på selv de mest simple og ukomplicerede operationer.

Vi har flere forslag til, hvordan man løser de mange problemer i sundhedsvæsenet, og hvilke målsætninger man bør forsøge at efterleve.

Der skal ikke herske tvivl om, at udgangspunktet for vores sundhedspolitik er den praktiserende læge. Det er en god og på mange måder unik ordning. Den praktiserende læge skal så vidt muligt behandle patienter for de lidelser, han er i stand til, og henvise til sygehu-

se eller speciallæge, såfremt det er nødvendigt. Derved undgår vi, at de mere specialiserede kræfter bliver brugt til det, der lige så godt kan løses af den praktiserende læge.

Den praktiserende læge skal selvfølgelig også være bevidst om det forebyggende arbejde: fortælle om gode kostvaner, fortælle om det vigtige i, at vi lufter ud og støver af, sparer på farvestofferne, når man har børn eller selv har en risiko for allergi, fortælle lidt om at løfte og i øvrigt bruge sin krop rigtigt. Disse ting lyder elementære, men hvis vi bare fulgte nogle af sådanne simple leveregler, sparede vi mange dårlige rygge, hjerteanfald og meget mere.

Men hvor den praktiserende læge ikke er nok, skal speciallægerne og sygehusene tage over. Og det er selvfølgelig vigtigt, at patienten føler sig tryk og godt behandlet i dette system.

Det kan lyde som en floksel, men patienten skal i centrum, og somme tider har vi i Det Konservative Folkeparti altså den opfattelse, at det er systemet, der mere er i centrum end den syge. Det er uheldigt, og derfor bør vi koncentrere os langt mere om patienten, end tilfældet er i dag. Al sygdomsbehandling skal simpelt hen tage udgangspunkt i patienterne. Det er én af vores klare målsætninger.

En anden af de problemstillinger, vi ofte bliver stillet over for som politikere, er ventelisterne. Og et af de vigtigste mål for Det Konservative Folkeparti er at få nedbragt ventetiderne. Ventetiderne bør så vidt muligt aldrig overstige 3 måneder. Vi er derfor åbne over for at øge ressourcerne til sygehusene, men det skal følges af nye strukturer i sygehusvæsenet, ellers vil flere ressourcer ikke nytte.

Sygehusenes problemer løses nemlig ikke ved ensidigt at øge de økonomiske ressourcer. Vi ønsker, at der gennemføres en noget for noget-strategi, hvor sygehusene og særlige afdelinger eller personalegrupper kan opnå flere ressourcer, hvis der ændres på strukturen, så flere patienter behandles.

Vi har en lang række mål for sygehusene, som vi mener vil sikre en bedre behandling og kortere ventetid: Der skal indføres maksimal ventetidsgaranti, det frie sygehusvalg skal styrkes og gøres ægte, arbejdsgangene på sygehusene skal gøres smidigere, samarbejdet mellem de forskellige faggrupper på sygehusene skal forbedres, og patientens tryghed skal øges. Vi må se i øjnene, at produktiviteten på sygehusene skal øges, private sygehuse skal inddrages i indsatsen, faggrænser skal opløses, og antallet af

overenskomster skal kraftigt reduceres. Ledelsesformerne skal styrkes og moderniseres, der skal investeres i apparater og bygninger, og den samme læge skal have ansvaret for patienten hele vejen igennem behandlingsforløbet.

For et af problemerne er de interne ventetider, man oplever. Ventetider er altid til gene for patienterne. Årsagen til den interne ventetid – altså når patienten endelig er kommet på sygehuset – skyldes ofte de stive arbejds gange og flaskehalsproblemer. Der er ingen tvivl om, at mere effektive arbejds gange vil frigøre mange ressourcer. I dag venter en patient ofte lang tid i de forskellige led i et behandlingsforløb.

Faggrænserne skal simpelt hen blødes op, så man undgår disse strukturproblemer, og samtidig vil almindelig fornuftig planlægning altså også afhjælpe problemet.

En anden grund til ventetid i sygehusvæsenet er, at behandlingen ikke har været ordentligt tilrettelagt. I stedet for at se på indlæggelsen som et samlet forløb har de enkelte afdelinger i høj grad betragtet patienten som færdigbehandlet, når den pågældende patient var færdig på den respektive afdeling. Det er derfor nødvendigt at skabe større sammenhæng i patientforløbet. Netop fordi en patient bliver sendt fra afdeling til afdeling, er der behov for, at patienten har én person at holde sig til under hele forløbet.

Vi ønsker som sagt også en inddragelse af de private hospitaler i den offentlige indsats. De private hospitaler anvendes nemlig ikke i tilstrækkelig grad. I en tid med lange ventelister på de offentlige sygehuse er det paradoksalt at se, at ellers veldrevne og velfungerende privat-hospitaler lukker.

Der er efter Det Konservative Folkepartis opfattelse ingen tvivl om, at der er behov for privathospitaler både til at klare de opgaver, som det offentlige sygehusvæsen ikke har vist sig i stand til klare, men også som et modstykke til det offentlige sygehusvæsen, der kan give inspiration og skabe konkurrence og dermed afstedkomme bedre kvalitet i behandlingsudbudene som helhed.

Det Konservative Folkeparti foreslår derfor, at de private sygehuse i fremtiden inddrages i de offentlige behandlingsudbud, og det skal ske på følgende måder:

I dag har amterne ikke et økonomisk incitament til at anvende private behandlingstilbud. Der skal derfor indføres et økonomisk incitament for amterne til at benytte de private sygehuse. Det ønsker vi skal ske ved, at der indføres

en generel ventetidsgaranti på 3 måneder, der skal gælde stort set alle operationstyper. Er amtet ikke i stand til at tilbyde behandling inden for denne periode, skal et privathospital anvendes i det omfang, det er muligt.

I dag betaler kommunerne sygedagpenge til de mange patienter, der er uarbejdsdygtige i den lange ventetid. Amterne derimod kan se frem til en udgiftsstigning, hvis ventelisterne nedbringes. Der skal derfor indføres et system, hvor amterne betaler en del af sygedagpengene, som ligger ud over de 3 første måneder. Beløbet skal være en fast takst udregnet ud fra et gennemsnit, således at kommunen fortsat ansføres til ikke at yde mere end nødvendigt til borgeren.

Bygninger, der skaber de fysiske rammer omkring vores sygehuse, skal løbende vedligeholdes, så tilstanden bevares på et godt niveau. På nogle sygehuse lider apparaturet og materiellet under ikke at være blevet tilstrækkeligt fornyet. Nye, avancerede operationsteknikker kræver ofte nyt materiel. Det Konservative Folkeparti ønsker, at apparatur og materiel løbende fornyes, så danske sygehuse har de nyeste behandlingsmetoder. Det skal imidlertid ske på en koordineret måde, så ikke alle sygehuse investerer i det samme nye materiel.

Det frie sygehusvalg har jo også vist sig mindre frit end først antaget, da det trådte i kraft i 1993, men i dag kan det ofte ikke betale sig for et amt at operere et andet amts patienter. Det skyldes, at operationer refunderes med et beløb pr. sengedøgn, der er en gennemsnitspris på alle operationstyper. Det vil sige, at et sygehus, der udfører en dyr operation for et andet amts patient, ikke vil få sine udgifter dækket. Dette hindrer konkurrence mellem sygehusene.

Det Konservative Folkeparti ønsker derfor, at det gøres rentabelt for amterne at behandle andre patienter end hjemamtets. Det foreslås, at der indføres en udgiftsrefusion, der svarer til den faktiske pris på en konkret operation. Sundhedsstyrelsen kan så udarbejde et takstkatalog med refusioner, der svarer til den reelle pris. Dermed vil konkurrencen mellem sygehusene blive fremmet, idet sygehusene får en interesse i at tiltrække og behandle flere patienter.

For at skabe den bedst mulige planlægning og mest rationelle sygehusstruktur skal man internt i amterne planlægge arbejdet således, at specialerne fordeles, så ikke alle hospitaler i amtet udfører meget specialiserede operationer.

Det Konservative Folkeparti ønsker, at der i de enkelte amter indføres en ledelsesfunktion på

tværs af sygehusene, der har til formål at styre den faglige specialisering og arbejdsdeling mellem amtets sygehuse. Derved vil man opnå et mere rationelt sygehushvæsen.

Men ud over disse målsætninger og ønsker ser vi frem til Sygehuskommissionens rapport og den ny debat, der vil komme til den tid, for vi tror, at vi så vil have et endnu bedre udgangspunkt end i dag for at diskutere sygehusene og sundhedsvæsenet generelt.

Til Enhedslistens dagsorden vil jeg sige, at vi afviser at kunne stemme for den. Det er ud fra samme argumentation, som Venstres hr. Jørgen Winther også har fremsat, og den samme argumentation kan jeg også bruge i forhold til Fremskridtspartiets dagsorden. Den er kommet så sent, at vi ikke har haft mulighed for at overveje det tilstrækkeligt endnu.

(Kort bemærkning).

Jan Køpke Christensen (FP):

Jeg er glad for at høre, at Det Konservative Folkeparti har samme argumentation som Venstre over for Fremskridtspartiets dagsordensforslag. Venstres melding var i hvert fald, at man ville sondere terrænet først i sin egen gruppe, inden man kunne tage stilling til Fremskridtspartiets dagsorden, og jeg går ud fra, at det også gælder Det Konservative Folkeparti. Så jeg er da indtil videre meget tilfreds med, at Det Konservative Folkeparti lige vil prøve at finde ud af, hvordan holdningen i gruppen kan være til det. Så vi venter med spænding på Det Konservative Folkepartis holdning.

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Til hr. Jan Køpke Christensen: Dagsordener har det sådan, at de ofte får betydning i lang tid fremover. I Venstres gruppe har vi den holdning, at en motiveret dagsorden i Folketinget er en meget væsentlig sag. Vi har faktisk brugt meget lang tid på i vores folketingsgruppe at diskutere forskellige dagsordensforslag, og det, vi så valgte, var, at vi siger nej til Enhedslistens, og det her fra Fremskridtspartiet har vi ikke set før.

Så må hr. Jan Køpke Christensen også erkende, at skal man få noget politisk arbejde igennem, kræver det dét, man plejer at kalde rettidig omhu; så kræver det grundig forberedelse, grundig debat med mange forskellige ordførere, og så kan man komme frem til et fælles mål. Det er altså somme tider slidsomt at være politiker,

og hvis man sådan lige kommer viftende med en hovsadsagsorden, efter at gruppemødet er færdigt, skal det altså være en utrolig god dagsorden, før man får positiv respons.

Jeg vil sige, at i enhver debat er jeg sådan set rent personlig meget enig med det, som hr. Jan Kørpke Christensen siger her, men en dagsorden kræver altså debatten i gruppen og en grundig analyse. Denne grundige analyse har jeg ikke mulighed for at få tid til nu her, og derfor har jeg efter aftale med en anden væsentlig person i mit parti nu besluttet at sige, at vi har sympati for den, men vi stemmer nej; og hermed har jeg altså motiveret hvorfor.

(Kort bemærkning).

Bruno Jerup (EL):

Jeg kunne næsten have lyst til at spørge Venstre, hvorfor mon det hedder en motiveret dagsorden, men det skal jeg undlade at gøre.

Mit spørgsmål går til fru Henriette Kjør. Fru Henriette Kjør sagde, at hun havde samme argument imod Enhedslistens dagsorden, som Venstre havde, og så er jeg nødt til at stille spørgsmålet: Jamen er det så, fordi Det Konservative Folkeparti på grund af deres forhandlinger omkring finansloven har bundet sig til et eller andet fast oplæg, som gør, at de simpelt hen er ude af stand til at komme med en dagsorden selv eller forholde sig konkret til vores dagsorden fra Enhedslisten eller til Fremskridtspartiets dagsorden? Er det i virkeligheden det, der er den dybe årsag, nemlig at man simpelt hen har låst sig selv fast i de dér forhandlinger og derfor har pantsat sine holdninger indtil videre derovre? Det er da interessant.

(Kort bemærkning).

Jan Kørpke Christensen (FP):

Jeg takker for, at hr. Jørgen Winther har givet sig i lag med at finde ud af, hvordan Venstres gruppe skulle forholde sig til Fremskridtspartiets dagsorden, og nu venter jeg så spændt på at se, hvordan Det Konservative Folkeparti, når de har sonderet deres bagland, stiller sig til denne her dagsorden.

Jeg forstod, at man i Venstre havde sympati for Fremskridtspartiets dagsorden. Man mente, at en dagsorden skulle være et væsentligt punkt – det var ikke sådan noget ligegyldigt, man bare stemte for eller stemte imod, man skulle virkelig tage det alvorligt, hvis det var sådan en dagsorden, der kom frem her i salen. Og jeg er da også glad for, at Venstre tager Fremskridtspartiet alvorligt, al ros til Venstre for det.

Det blev også sagt, at man skal snakke om det inden osv., og det er da klart. Men når Fremskridtspartiets folketingsgruppe virkelig i bund og grund drøfter den her sag til det sidste, om vi i det hele taget skal fremsætte en dagsorden, og konklusionen bliver, at af hensyn til borgerne derude, der er på venteliste, må vi få regeringen til at binde sig til en sådan, så må vi altså med rimelighed forlange, at man også tager hensyn til det, og at man sætter sig ned og finder ud af, hvad indholdet er i det. Når man mener, det er sympatisk, det, der står i dagsordenen, så stemmer man naturligvis for, også selv fra Venstre.

(Kort bemærkning).

Henriette Kjør (KF):

Til hr. Bruno Jerup vil jeg sige, at om vi pantsætter vores holdninger det ene eller det andet sted er vel lige slemt, men jeg har det måske bedst ved at pantsætte dem ved regeringen frem for ved Enhedslisten.

Men det, vi ønsker, er jo frie hænder til at kunne forhandle, som vi vil, og der er i den her dagsorden, som hr. Jørgen Winther også sagde, dels noget lala, og så er der noget meget detaljeret, bl.a. at man vil have mere medbestemmelse og bedre muligheder for patienten for at kunne klage. Lige nu er vi jo i gang med at se, om vi kan forbedre sagsgangene i Patientklagenævnet og sådan nogle ting, så vi synes faktisk, at den er overflødig, og det er også en af årsagerne til, at vi stemmer nej.

Jørn Jespersen (SF):

Uanset om man bryder sig om det eller ej, så er realiteten jo – og det tror jeg alle ordførere er klar over – at de beslutninger, der bliver truffet om sundhedsvæsenet i den periode, vi er inde i, naturligvis bliver truffet i forbindelse med finanslovforhandlingerne; og det kan man så beklage eller være glad for, alt efter temperament.

Det åbner selvfølgelig muligheder for nogle hovsabelutninger, som ikke er tænkt helt igennem. Her kunne man jo henvise til noget af det, Venstre fik gennemført for et par år siden i forbindelse med finanslovforhandlingerne, hvor man fik 3-måneders-garantier på ryg- og knæoperationer.

Det var en beslutning, som betød, at man blandede sig meget detaljeret i, hvordan amterne skulle tilrettelægge deres indsats på sygehusområdet, hvor konsekvensen jo var, at amterne var nødt til at overføre ressourcer fra andre

patientgrupper og andre behandlingsformer. Men dengang generede det åbenbart ikke Venstre, at man blandede sig så detaljeret, så jeg giver ærlig talt ikke ret meget for Venstres proklamationer om, at man skal lade amterne og det decentrale niveau styre de her ting. Det er som så meget andet fra Venstre hykleri, som man holder tale om ved bestemte lejligheder, og så gør man noget andet, når det passer i partiets kram.

Men der er god grund til at tage en overordnet debat om udviklingen i den danske sundhedssektor. Jeg tror, at det kunne være nyttigt også til næste år – også som optakt til næste års finanslovforhandlinger – at få en mere grundig diskussion om udviklingen i vores sundhedsvæsen, for der er mange ting, som det kunne være værd at diskutere mere grundigt.

Statsministeren sagde, at vi på mange områder har et godt sundhedsvæsen, og det er jeg enig i. Der er mange dygtige ansatte, mange gode behandlinger, megen kærlig omsorg og på mange områder tilfredse patienter, som oplever imødekommenhed og faglig kompetence i vores sundhedsvæsen, men det kan ikke overskygge den kendsgerning, at der også er mange problemer.

Der er på en lang række områder for lange ventetider, uacceptabelt lange ventetider, især når det drejer sig om akutte, livstruende sygdomme.

Vi ser en stigning i antallet af klager. De kan være berettigede eller uberettigede, men selve det, at der er en stigning i antallet af klager, er et problem.

Der er nogle patientgrupper, som ikke er så gode til at råbe op og komme i medierne, som bliver groft svigtet, og det er ikke mindst ældre medicinske patienter og psykiatriske patienter, som slet ikke får den opmærksomhed, de har krav på.

Vi har alt for mange behandlinger i det danske sundhedsvæsen, det gælder både den primære og den sekundære sektor, hvor det ikke er dokumenteret, hvilken effekt de har, og hvor det i nogle tilfælde kommer frem, at de ligefrem er skadelige eller i bedste fald overflødige. Det er jo også et etisk problem, at man tilbyder behandlinger, som er overflødige.

Og vi har på nogle områder et for lavt kvalitetsniveau. Vi har genindlæggelser på grund af forkert medicinering, på grund af forkert behandling. Så der er mange grundlæggende problemer, som det kunne være værd at tage op og arbejde med.

Helt grundlæggende mener vi i SF, at det, der kunne være overskriften for en debat om vores sundhedsvæsen, er, hvordan vi forvandler det fra at være et sygdomsvæsen til at blive et ægte sundhedsvæsen. For sagen er jo, at vi i dag i alt for høj grad lapper på de problemer, som opstår uden for det såkaldte sundhedsvæsen, som opstår ude i samfundet, hvor mennesker arbejder, lever og bor. Derefter kommer vores sundhedsvæsen så og forsøger at reparere skaden, og det er alt for sent.

Jeg vil bare nævne to områder, hvor det første er vores arbejdsmiljø. Der sker utrolig mange arbejdsbetingede skader og nedslidningssygdomme på vores arbejdspladser, og det gør vi alt for lidt for at ændre på. Vi har alle problemerne med det ensidigt gentagne arbejde, som nedbryder mennesker, og vi kan se en massiv social ulighed i forbindelse med sygdomsbilledet. Nogle faggrupper er på grund af deres arbejde langt mere udsatte for tidlig sygdom og død end andre faggrupper, og dér burde et anstændigt samfund i langt højere grad sætte ind og skabe mulighed for, at de ansatte i samarbejde med læger og andet sundhedspersonale samt i samarbejde med virksomhederne kunne ændre de arbejdsforhold, som fører til nedslidning, sygdom og tidlig død.

Vi taler også meget om livsstilssygdomme, og der er en klar tendens til, at vi får gjort det til noget individuelt, hvor den enkelte borger, den enkelte patient får ansvaret for sin egen livsstil og dermed for sin egen sygdom. Her burde vi i meget højere grad se på de samfundsmæssige årsager til, at livsstilen bliver sygdomsfremkaldende. Vi har f.eks. et fødevarerkompleks, hvor der tillades helt uansvarlig markedsføring af mange fødevarer, hvor man anpriser sundhedsskadelige fødevarer på en måde, som er medvirkende til at skabe forvirring og dermed livsstilssygdomme.

Vi kunne også pege på sådan et område som vores arbejdstid, og hvis vi her regner transporttiden med i arbejdstiden, så er den moderne familie faktisk belastet af en uhørt lang arbejdstid for mand og kvinde tilsammen. Det giver selvfølgelig nogle livsstilsproblemer, og dermed får vi nogle sygdomsmønstre, som vi kunne gøre noget ved, hvis vi havde et langt bredere sundhedsbegreb og dermed også en politik for nedsat arbejdstid for familien.

Jeg talte tidligere om indflydelse til de ansatte på virksomhederne. Det kan også overføres til de ansatte i sundhedssektoren. Når vi oplever

manglende effektivitet og manglende kvalitet i vores sundhedsvæsen, så tror jeg, at et af de helt store problemer er, at de ansatte har alt for ringe indflydelse på, hvordan arbejdet bliver tilrettelagt og organiseret samt på målsætningerne for arbejdet.

Vi kan tage et af de meget omtalte eksempler i året, der snart er gået, nemlig hele situationen på Rigshospitalet. Jeg tror, noget af den største skade, der er sket i vores sundhedsvæsen, er den måde, de ansatte på Rigshospitalet er blevet behandlet på. De har ikke fået ordentlige informationer, de har ikke fået nogen som helst indflydelse, og de er ikke blevet taget med på råd. Det ødelægger ethvert engagement og enhver motivation for de ansatte til at gå ind i en målrettet løsning af de problemer, der opstår.

Dermed er vi også ovre i strukturdiskussionen, og jeg ved godt, at den afventer rapporten fra Sygehuskommissionen, og alle vil henvise til den. Men på nuværende tidspunkt er det afgørende for os at sige, at den argumentation, der lå bag oprettelsen af Hovedstadens Sygehusfællesskab, nemlig at det hele kunne blive langt mere effektivt og målrettet osv., når politikerne ikke blandede sig i detaljerne, har jeg meget svært ved at se beviset på i Hovedstadens Sygehusfællesskab. Jeg synes ikke, der her er noget eksempel på, at når man overlader det til teknokrater, bureaukrater, så får man en effektiv, smidig, veltilrettelagt arbejdsproces med styr på økonomi og ledelsesforhold, tværtimod.

Derfor er det for os helt afgørende, at de erfaringer ikke – som der er nogle, der har været fremme med – bliver brugt til at lave endnu flere lukkede og udemokratiske sygehusselskaber og dermed få udbredt de uheldige erfaringer fra HS og Rigshospitalet til resten af landet, men at man tværtimod går den modsatte vej og siger, at det er et politisk ansvar at sørge for ledelsen også af vores sygehusvæsen, og derfor bør vi sørge for åbenhed, folkelig indsigt og nogle politikere, som har mulighed for at træffe beslutninger under demokratisk kontrol.

Så er der brug for en samordning, javel, men vi er helt parate til sammen med sundhedsministeren og regeringen at give de mekanismer, der skal til, for at man koordinerer beslutningerne i de enkelte amter. Vi er nemlig grundlæggende enige i det, Venstre siger: at amterne har ansvaret for vores sygehusvæsen, dér skal det ligge, og de udfører det i mange tilfælde udmærket. Når der så er brug for koordinering, så må vi centralt sørge for, at det bliver koordineret,

sådan at der ikke sker spild af ressourcer og overkapacitet på nogle områder med det til følge, at andre områder bliver underprioriteret.

For os er kodeordet sundhedsvæsenets kvalitetsforbedring. Vi mener, at vi skal sætte ind over for de mange konkrete problemer, der findes. Det burde være muligt at nedbringe tiden til forundersøgelser ganske voldsomt og dermed minimere ventelisterne. Det viser sig jo, at når man tager patienterne med på råd rundt omkring, så kan man løse en del af de her problemer.

Det var for nylig fremme, at der var op til 10-20 pct. af patienterne, der ikke indfandt sig til planlagt tid til undersøgelse og behandling. Ja, det er da bl.a., fordi de ikke er blevet rådspurgt om, hvornår det passer dem, og bare får en tid stukket ud. De steder, hvor man har arbejdet bevidst med at aftale en tid med patienten, kommer de faktisk. Hvis man udbredte de erfaringer, så kunne man selvfølgelig også indhøste resultaterne alle steder.

Andre steder er man i gang med en langt større patientinddragelse, en patientundervisning – f.eks. i forbindelse med astma og sukkersyge – og dér viser det sig, at hvis man giver sig lidt mere tid til at forklare patienterne, hvordan de kan tackle deres egen situation, tage hånd om den, så minimerer man tilbagefald, sygdom, og man får langt færre genindlæggelser og en højere livskvalitet for patienterne. Det kunne man lægge mere vægt på.

Medicinnisbruget er ganske udbredt med skadelige konsekvenser for den enkelte patient og også med stigende omkostninger for sundhedsvæsenet til følge. Hvis vi i højere grad satte ind mod forkerte ordinationer og fulgte op på ordinationerne, kunne vi spare mange ting. Medicinsk teknologivurdering, så vi sikrer, at alle behandlinger er undersøgt, ville være en god ting.

Patientklager bør ikke bare bruges til at give en erstatning, men også til at lave en kvalitetsforbedring, så man finder årsagen til klagen. Der er en lang række områder, hvor vi kan sætte ind med kvalitetsforbedring.

Så skal jeg sidst om de foreslåede dagsordener sige, at vi synes, at der i Enhedslistens dagsorden er nogle sympatiske overskrifter, men ikke ret meget om midlerne til at opnå det. Der er også noget, som er varm luft, og noget, som vi er imod, så den unnlader vi at stemme til.

Fremskridtspartiets dagsorden synes vi er et rent slag i luften. Der står reelt ikke noget i den,

og hvis man udsætter den for en meningsfuld-hedstest ved at sige det modsatte og se, om det giver mening, så opdager man, at det er et slag i luften. Så den kan vi ikke stemme for.

Konklusionen er altså, at det, der bliver afgørende, er, hvordan finanslovforhandlingerne forløber. Vil man vælge den side af salen, som satser på mere marked og på folks pengepung som styringsinstrument, eller vil man vælge demokratisk planlægning med indflydelse til de ansatte, til patienterne og dermed et samarbejde med SF? Så får man en helt anden udvikling.

(Kort bemærkning).

Jan Kørpe Christensen (FP):

Vi forstår i Fremskridtspartiet, at SF har den holdning, at når man opfordrer sundhedsministeren og dermed også regeringen til en hurtig afvikling af ventelisterne på hospitalerne samt en generel effektivisering af sundhedssektoren, så er det altså ren luft og ikke noget, der kan bruges efter SF's mening, og det kommer nok ikke bag på Fremskridtspartiet, at man har den holdning.

Men det er mere af ideologiske årsager, nemlig fordi det er Fremskridtspartiet, der foreslår dagsordenen. Det er helt sikkert, det har vi jo set gang på gang fra SF's side modsat f.eks. Enhedslisten, der ikke ser så meget på, hvilke partier som fremsætter hvilke forslag herinde, de går efter indholdet. Og jeg tror nok, at SF dér skulle lære lidt af Enhedslisten.

Desværre må vi erkende, at SF vil ikke være med til dagsordenen, og det må vi så lære at leve med, men det er ikke sjovt for de patienter, der virkelig venter på behandling ude omkring.

(Kort bemærkning).

Jørn Jespersen (SF):

Der er ikke én eneste patient, der ville blive hjulpet ved, at vi vedtager den slags varm luft her i Folketinget. Det, der er afgørende, er, om Fremskridtspartiet har nogen som helst idé om, hvilke midler der skal tages i anvendelse for at nedbringe ventetider og forbedre kvaliteten, og der er ikke peget på ét eneste middel ud over en hel generel hensigtserklæring om, at alting skal blive bedre. Det kan man da godt vedtage, men det har ingen som helst konsekvens.

(Kort bemærkning).

Bruno Jerup (EL):

Jeg vil bare lige ganske kort benytte lejligheden til at sige et enkelt ord om Fremskridtspartiets

dagsorden, hvor der står, at man ønsker en generel effektivisering af sundhedssektoren. En sådan formulering kan vi ikke stemme for, for deri ligger også en forestilling om, at personalet faktisk skal til at løbe stærkere, end de gør i dag, men efter vores opfattelse har de faktisk meget, meget travlt, og derfor er det ikke noget, vi kan støtte.

Men hvis den første del af dagsordenen – det, at man opfordrer til at sikre en hurtigere afvikling af ventelisterne – skal forstås sådan, at der også skal tilføres ekstra ressourcer, så er det klart, at det er et element, vi er enige i. Men samlet set kan vi altså ikke støtte den foreslåede dagsorden.

Jan Kørpe Christensen (FP):

Når vi siger effektivisering, er der ikke er midler bagved, siger SF's ordfører. Jeg skal da gerne i min ordførelse, hvor der er længere tid til rådighed, komme ind på, hvilke midler vi ønsker; men her er det, kan vi sige, meget, meget bredt for regeringen. Det, det primært handler om for Fremskridtspartiet, er at få disse ventelister bragt ned én gang for alle, og at man ikke skal tale om det år efter år, sådan som man har gjort det siden 1988, hvor Folketinget vedtog det. Så det er det, det handler om for os, og hvis man er parat til at have samme holdning som Fremskridtspartiet og hjælpe disse mennesker, der står på venteliste, så er der kun én ting at gøre: stemme for den foreslåede dagsorden.

Med hensyn til det med effektivisering så ved vi da godt, at hospitalsansatte i forvejen løber meget, meget stærkt. Vi ved godt, at vi ikke kan pumpe mere ud af disse mennesker, men arbejdet kan omfordres, således at de, der er ansat – f.eks. sygeplejersker, sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter og lægerne – primært arbejder med det, de er ansat til, nemlig til at hjælpe patienterne, operere dem osv. frem for at bruge tiden til administration, møder osv. Det er netop også effektivisering.

Vibeke Peschardt (RV):

Det er jo fire meget kontante spørgsmål, Enhedslisten stiller i deres forespørgsel. Man må også sige, at sundhedsvæsenet og specielt sygehusvæsenet er til konstant debat i medierne og ikke altid for det gode. De historier, der bliver bragt frem, og den dårlige omtale, sundhedsvæsenet og sygehusvæsenet får, er efter vores opfattelse ikke rimelig, hvis man i øvrigt ser på de tilfredshedsundersøgelser, som fra tid til

anden bliver lavet på sygehusvæsenet; men der er ingen, som synes, at de er særlig interessante. Det er sådan set synd for sygehusene, og det er synd for sygehusenes personale, for de kommer ind i en negativ spiral, og det påvirker selvfølgelig deres daglige arbejde.

Jeg vil godt indledningsvis slå fast, at det danske sygehusvæsen bruger lige så store andele af bruttonationalproduktet på sundhedsvæsenet, som man gør i lande, vi kan sammenligne os med, f.eks. Sverige, Norge og Holland. Her i landet har vi indrettet vores sundhedsvæsen og sygehusvæsen sådan, at en del opgaver er lagt fra sygehussektoren og ud til den kommunale hjemmepleje, der i disse år kraftigt opruster. Og når man medtager de primærkommunale udgifter sammen med sygehusudgifterne, så er vi nøjagtig på det niveau, som andre lande er på; vi har bare indrettet os på en anden måde. Det er vigtigt at slå en streg under dette, når vi gang på gang bliver mødt med påstande om det udsultede sygehusvæsen.

Hertil kommer, at specielt sygehusvæsenet har fået et milliardbeløb, ca. tre mia. kr. på knap fire år, og det undrer i hvert fald os, at der ikke er kommet mere tilfredshed ud af flere penge. Det samme kan man sige om den primærkommunale sektor. Den vokser og vokser i takt med, at der passes stadig flere gamle.

Med hensyn til sygehusvæsenet og den konstante, kritiske opmærksomhed, der er på området, ved vi jo, at der til nytår kommer en rapport fra Sygehuskommissionen. Der er allerede kommet en delrapport om sygehusforholdene i HS og Københavns Amt, der med al ønskelig tydelighed fortæller, at der skal træffes nogle beslutninger af de implicerede parter, dvs. Hovedstadens Sygehusfællesskab og Københavns Amt.

Sådan som kommissoriet til Sygehuskommissionen er udformet, har jeg en stærk fornemmelse af, at når man kommer til at diskutere rapporten om sygehusene, bliver det strukturer som specialesammenlægninger i større enheder, selektive behandlingssteder og andre ting, der skal til for at afhjælpe ventetiderne. Jeg mener derfor, det vil være relevant at diskutere sektoren og dens problemer på baggrund af rapporten og ikke, som man ønsker fra nogle sider her i dag, forud for rapporten.

Men ud over, hvad vi kan gætte os til vil komme fra Sygehuskommissionen, er der bestemt andre ting i sundhedsvæsenet, der er værdt at beskæftige sig med. I forløbet fra sygdommens opståen til dens helbredelse er der

mange flaskehalse på vejen fra den praktiserende læge over sygehussektoren og tilbage til kommunerne. Det er specielt ældrebefolkningens problemer, jeg her tænker på. En meget stor del af både den primærkommunale sektors og sygehussektorens opgave går ud på at pleje og helbrede gamle, og det er et af de områder, vi godt kunne tænke os hang noget bedre sammen, end tilfældet er i dag. Det er mit indtryk, at ældre ofte bliver kastebolde mellem to systemer, der begge skal have deres budgetter til at hænge sammen, og her ved jeg, at det ikke fungerer lige godt alle steder.

Med hensyn til forebyggelsen mener vi ikke, den skal finde sted i begge sektorer, men primært i den primærkommunale sektor. Det er her, man ved, hvor skoen trykker, for det er her, man møder patienterne først. Jeg vil også godt sige, at der i denne og den forrige regerings tid er taget adskillige skridt i den retning, og hvis jeg skulle nævne et enkelt af dem, er det socialministerens lovforslag, der handler om kommunale hjemmebesøg hos gamle over 75 år. Det er først ved at blive kørt ind, men jeg er sikker på, at det bliver noget af det, der kan være med til at blotlægge problemerne i den tidlige fase og i virkeligheden løse dem, før de opstår.

Jeg er også enig i det, hr. Jørn Jespersen nævnte om arbejdsmiljøet. Der er nogle store hængepartier i den måde, vi har indrettet vores miljø på arbejdspladserne på, og jeg vil også godt sige, at der jo er lovgivning og lovændringer på vej, specielt på dette område.

Med hensyn til uddannelsen af personalet er den jo rent faktisk reformeret, endda så vidt jeg husker med et ret stort flertal. Sygeplejerskeuddannelsen blev reformeret og lagt ud til amterne her i begyndelsen af 1990'erne. Jeg ved godt, at der nogle steder er utilfredshed med det, men det må vi jo så se på. Det samme er tilfældet med social- og sundhedsassistenternes uddannelse. De har til gengæld det problem, at det ikke er alle sygehuse – hvis vi lige tager den sektor – der ønsker at bruge dem. Jeg kender et amt, hvor man faktisk ønsker at afskaffe dem i hele sygehussektoren og arbejder i den retning, og det mener jeg faktisk er uheldigt; men det er jo amtsrådenes egne opgaver.

Endelig er der lægeuddannelserne, som jo også er begyndt at dukke op i medierne. Det hænger sammen med kvaliteten af hele sygehusvæsenet, og jeg er sikker på, at vi også kommer til at diskutere den ting.

Til allersidst vil jeg sige om dagsordenerne, at vi ikke kan støtte nogen af dem. Først vil jeg tage Fremskridtspartiets. Der står ikke så forfærdelig meget i den, og på den måde er den ufarlig; men netop derfor mener jeg ikke, der er nogen grund til at støtte den, og det samme gælder for Enhedslistens.

Jan Køpke Christensen (FP):

Når vi ser på samlingen 1993-94, var der en forespørgselsdebat, forespørgsel nr. F 20. Her blev det enstemmigt vedtaget at nedbringe ventelisterne og at sikre det nødvendige, uddannede personale gennem langsigtede handlingsplaner, og regeringen lovede i 1993 at nedbringe disse ventelister. Men der er desværre sket det modsatte. Regeringen har siden da afsat ca. ½ mia. kr. til nedbringelse af ventelisterne, men intet er håndt på området, og desværre må vi erkende, at de aftaler, man har med amterne, altså ikke er noget værd.

Der har været forskellige tal fremme i de finanslovforhandlinger, der er i gang nu, om, hvad regeringen agter at gøre næste år, og så sent som i dag så vi, at der skulle afsættes ca. ½ mia. kr. til at nedbringe ventelisterne.

Fremskridtspartiet er enigt i, at vi skal have nedbragt disse her ventelister, og det tror jeg alle er enige om i dette Folketing, i hvert fald efter det, der er vedtaget tidligere. Fremskridtspartiet har ved ændringsforslag til finansloven afsat ikke bare ½ mia. kr., men 1 mia. kr. ekstra for at forbedre situationen for de vanskeligst stillede, der må gå og vente helt op til et år på f.eks. hofteoperationer, eller hvad ved jeg.

Vi har en målsætning, og det er også det, der er lagt op til fra Enhedslisten. Og hvad er så målsætningen, hvad skal der opnås i sundhedsvæsenet? Jo, efter Fremskridtspartiets opfattelse må målsætningen være, at Danmark i hvert fald er med på top 10-listen på verdensplan, når det gælder kvalitet og effektivitet. At alle patienter kan blive behandlet inden for 3 måneder må også være meget, meget vigtigt, og nu må vi én gang for alle slå i bordet og give amterne kniven, populært sagt, så vi får nedsat disse ventetider til 3 måneder. Vi må selvfølgelig også satse på, at personalet bliver blandt det bedst uddannede og mest effektive i verden, så det danske sundhedsvæsen bliver blandt de bedste i verden til forebyggende aktivitet; det er også noget, som er absolut vigtigt.

Og hvad er det så for nogle midler, vi skal bruge for at komme så vidt? Punkt 1: Indførelse

af præstationsafłønning og dermed konkurrence mellem sygehusene; punkt 2: Udskillelse af hvert sygehus som en selvstyrende enhed; punkt 3: Fremskridtspartiet tror ikke længere på frivillige aftaler med amterne om at nedbringe ventelisterne. Amterne må fratages ansvaret for sygehusene, og sygehusenes økonomi skal lægges ind under Sundhedsministeriet, som også er en kvalitetskontrollant. Sundhedsministeren har personlig været fremme med de samme meldinger om, at amterne ikke magter det længere, og at ansvaret må tages fra amterne, og vi er fuldstændig enige i Fremskridtspartiet. Det har vi faktisk plæderet for, lige siden partiet kom frem; punkt 4: Pengene skal følge patienten/behandlingen. Dette vil medføre større incitament til at behandle flere patienter, og dermed bliver det mere effektivt; og endelig punkt 5: En behandlingsgaranti på 3 måneder både med hensyn til private og offentlige sygehuse.

Det skal være således, at når man kommer på venteliste og det offentlige ikke kan give den optimale service, som vi desværre så ofte ser i dag, skal det stå frit for borgerne at indlægge sig på et privat hospital eller en privat klinik og få de økonomiske midler med derover. I en overgangsperiode er vi også indstillet på, at det bliver muligt at vælge udenlandske hospitaler. Vi kræver som sagt, at der bliver tale om et reelt frit sygehusvalg, ikke bare at der tales så meget om det friere sygehusvalg, der er blevet mulighed for i Danmark. Det er ikke acceptabelt, vi må have et totalt frit sygehusvalg.

Vi må også intensivere uddannelsen af sundhedspersonale og herunder give mulighed for, at flere andre faggrupper kan komme ind på hospitalerne. Jeg tænker f.eks. på HK'ere, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, som skal overtage de arbejdsfunktioner, de nu kan klare, for at frigøre f.eks. sygeplejerskerne til andet arbejde. Og i en situation med mange patienter på ventelister må lægerne forske mindre og operere mere.

Fremskridtspartiet vil gerne være med til at afsætte flere økonomiske midler, hvis det er nødvendigt, og det mener vi faktisk det er i dag. Vi kan ikke bare effektivisere. Det skal også være således, at vi afsætter flere midler til sundhedssektoren. Det er noget af det vigtigste i dette samfund, at vi kan behandle vore patienter ordentligt og hurtigt.

Forebyggelse er naturligvis vigtigt – det er vi enige med Enhedslisten i – og det skal bl.a. ske gennem oplysning og atter oplysning. Under

ingen omstændigheder ønsker vi dog tvang. Vi går naturligvis ind for forebyggelse, men vi kan ikke tvinge folk til at f.eks. holde op med at ryge og drikke eller f.eks. tvinge dem til at dyrke idræt. Vi kan oplyse folk om, hvor sunde eller usunde de forskellige ting er, men herefter kan vi ikke gøre mere.

Så er der nogle forskellige spørgsmål, der melder sig under en debat som denne her: Vil ministeren – og det er lige meget, om det er statsministeren eller sundhedsministeren – overveje en anden struktur for sygehusene?

Og de næste spørgsmål: Vil regeringen overveje at indføre konkurrence mellem sygehuse-
ne? Ønsker regeringen at overveje at indføre stykprisfinansiering, eller at pengene skal følge patienten/behandlingen, som det f.eks. er afprøvet i Stockholms Län? Vil regeringen overveje at indføre behandlingsgaranti, så ingen venter mere end 3 måneder på behandlingen, og at patienten kan vælge et privat sygehus på det offentlige regning her i landet eller – som jeg sagde tidligere – i udlandet, hvis det offentlige ikke kan levere varen? Er det således, at sundhedsministeren deler vores opfattelse af de ting, eller er det således, at man under ingen omstændigheder vil høre tale om det?

Så vil jeg sige til sidst, at det jo er meget interessant, at vi har foreslået en dagsorden, som SF har taget afstand fra, mens vi ikke har hørt noget fra Socialdemokratiet, i hvert fald ingen gode argumenter for at tage afstand fra den. Jeg må sige, at jeg håber, de næste partier, der kommer på talerstolen, er mere positivt indstillet.

Men det bemærkelsesværdige, det horrible, det, Fremskridtspartiet er rystet over, er, at vi allerede den 29. oktober 1987 foreslog en dagsorden her i Folketingssalen under en tilsvarende debat. Allerede dengang diskuterede vi altså afvikling af ventelisterne. Fremskridtspartiet foreslog en dagsorden, der var af præcis samme ordlyd som den, der foreligger i dag, og på daværende tidspunkt var der flertal for den. Det Konservative Folkeparti stemte for den, Venstre stemte for den, Centrum-Demokraterne og Kristeligt Folkeparti, der var i Folketinget på daværende tidspunkt, gik ind for Fremskridtspartiets dagsorden, og naturligvis Fremskridtspartiet selv. Der var kun ét parti, som stemte imod dagsordenen på daværende tidspunkt, og det var Det Radikale Venstre, mens Socialdemokratiet, SF og Fælles Kurs hverken stemte for eller imod. Så kan Venstre og Det Konservative Folkeparti selvfølgelig sige: Ja, men det var jo andre

tider dengang, det var jo ikke den debat, vi har i dag, og vi sidder jo i forhandlinger. Man kan komme med alskens undskyldninger.

Fra Venstres side har man dog i hvert fald sagt, at dagsordenen er meget sympatisk, og at man er enig i det, der står i den, men ikke vil stemme for den. Her har vælgerne et helt klart billede af Venstre: Man ved ikke, hvor man har Venstre, selv om der bliver sagt det direkte modsatte: Venstre ved man hvor man har! Det kan vi jo også godt sige: Gang på gang ser vi, at ét er, hvad man står ude i forsamlingshusene til vælgermøderne og forklarer vælgerne, og noget andet er, når man kommer frem til målstreger, for så ønsker man ikke under nogen omstændigheder at gå med til det, man har stået og fortalt, og som man i øvrigt tidligere har dokumenteret, at man stod for.

Så kan man selvfølgelig klare det med at sige, at det er et slag i luften, og det hjælper nok ikke noget alligevel. Men det mindste man kan, er da i hvert fald at prøve på at få regeringen i tale og gøre det forståeligt for den, at nu mener man faktisk det, der er blevet sagt herinde. Det var da for dårligt, hvis Fremskridtspartiet skulle være det eneste parti, der mener det, de siger. Vi håber da også, at der er bare en lille smule troværdighed hos de øvrige partier – ja, jeg skal selvfølgelig ikke sige noget om dem, der ikke har været på talerstolen endnu. Det er klart, at de har mulighed for at forklare sig senere.

Men jeg skal bare gøre opmærksom på, at vi har altså været 100 procent enige, og jeg skal også sige, at selv om Socialdemokratiet på daværende tidspunkt undlod at stemme, var det faktisk nogenlunde den samme dagsorden, de selv foreslog under debatten i 1987. Det er utrolig deprimerende at opleve, og man bliver mere og mere overbevist om, at regeringen med statsministeren i spidsen en gang imellem absolut er enig i det, Fremskridtspartiet siger, men ikke ønsker at støtte det, netop fordi det kommer fra Fremskridtspartiet. Vi ser det jo også i finanslovforhandlingerne: Fremskridtspartiet er ikke fint nok til at være med. Vi har åbenbart ikke mandater nok endnu, men det vil nok vise sig efter næste valg, at der bliver brug for netop Fremskridtspartiets stemmer.

Lisbeth Arbøl (CD):

Da CD's ordfører, fru Sonja Albrink, ikke kan være til stede, skal jeg på CD's vegne fremføre følgende:

Vi har været vidne til en del tumult i de sidste måneder, fordi sygehusene har måttet overholde budgetterne, og det har været rimeligt nok, for ellers var det blot gået ud over andre og måske mere sårbare hospitaler og patientkategorier.

Men når så f.eks. en førende hjertekirurg under al den tumult stillede sig frem og truede med, at så ville han ikke længere operere børn med hjertesygdomme, ja, så kom straks de store overskrifter frem i aviserne: Nu må politikerne virkelig tage sig sammen og få styr på sundhedsvæsenet.

Selvfølger har politikerne i Folketinget og amterne et stort ansvar. Men skal vi virkelig have styr på sundheden, så kræver det positiv vilje til nytænkning på alle niveauer i samfundet: Folketing, amter, kommuner, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, fagorganisationerne og selvfølgelig også i befolkningen. Der er virkelig brug for fantasi og mod – og herunder også mod til at afstå fra ideologisk systemtænkning og at samarbejde om nye strukturer.

Og det har altså været underligt for mig, som til daglig arbejder som sygeplejerske, at være vidne til noget af debatten i dag. Jeg synes, jeg har hørt utrolig mange af tingene før. Jeg synes ikke, der er kommet ret meget nyt frem i debatten om målsætningen for sundhedsvæsenet. Men det er godt nok at tage debatten og tage diskussionerne alligevel.

Et økonomisk løft er selvfølgelig tiltrængt. Et stift og utilstrækkeligt sundhedsvæsen er medvirkende til, at kommunernes udgifter til sygedagpenge er steget helt enormt i de seneste år. Og hvor meget sygdomsbehandling havde man ikke kunnet få for de mange milliarder?

Der bør dog ikke ukritisk postes flere penge i sundhedsvæsenet, der nemt kan fungere som et bundløst kar. Så længe sundhedsvæsenet har sin nuværende organisation, er det sat skakmat. Flere penge skal følges op af strukturændringer, og midlerne til serviceforbedringer kan først og fremmest komme via disse strukturændringer. Vi må afvente kommissionens rapport omkring nytår, og det gør vi selvfølgelig med spænding.

CD har arbejdet meget bl.a. med ideen om fire sygehusregioner, der er samlet omkring hvert sit universitetshospital, og hvor alle landsdelspecialer er samlet. Sundhedsvæsenet skal selvfølgelig indrettes efter fornuftsgrænser mere end amtsgrænser, og det synes jeg faktisk man i hvert fald i Jylland er ved at lære noget af og har

været længere fremme med. Helt specifikke specialer bør kun findes ét sted i landet, eller måske bør der endda samarbejdes med andre skandinaviske lande omkring sådanne.

Selv om denne model er central med hensyn til ressourcestyring, forskning og specialefordeling, er modellen faktisk også decentral, idet rationaliseringsgevinsten bør betyde, at flere midler kan overføres til svage og plejekrævende grupper og til bevaring og fornyelse af de små sygehuse. De kan nemlig fint overleve som værdifulde sundhedscentre og små specialsygehuse.

Men denne struktur stiller også krav til øget udbygning – og endnu mere øget udbygning, end der indtil nu har været lagt op til omkring den præhospitale indsats i Danmark.

Det bør være slut med at indføre ny teknologi ad bagvejen, som gavner sælgerens pengepung, men dræner budgetterne uden at gavne sundheden væsentligt. Medicinsk teknologivurdering – vi kalder det MTV – er et middel til at kortlægge konsekvenserne af at anvende ny medicinsk teknologi, nye lægemidler og nye behandlingsmetoder. MTV bør ved lov indarbejdes som et fast led i den sundhedspolitiske beslutningsproces. Ny teknologi skal styres og evalueres ud fra samfundets interesser og bør løbende og konsekvent kvalitetsvurderes og underlægges de samme krav om effektivitet som lægemidler i øvrigt. På dette felt kunne mange ressourcer helt sikkert prioriteres meget bedre.

Så har jeg savnet noget i debatten i dag, som jeg godt vil tage op. Politikerne og befolkningen bør for alvor tage fat på en virkelig nødvendig og ordentlig debat om prioritering inden for sundhedsvæsenet. Vi har behændigt skjult os for hinanden i årevis med det lidet flatterende resultat, at vi nok stort set ikke er nået længere end til at diskutere, hvorvidt der skal være kosmetiske operationer for for små eller for store bryster.

Vi er nødt til at tage denne debat på en værdig måde, og dér kunne vi i høj grad lære af vore nordiske nabolande, ikke i form af populistiske opremsninger af sygdomme i rækkefølge, som vi har set nogle forsøg på fra enkelte amter; jeg mener i høj grad, vi kunne lære af vores svenske naboer på det her felt.

Ligeledes kan indførelse af hospicer og patienthoteller spare dyre sygehusenge og samtidig øge kvaliteten for brugerne. Det er faktisk hverken rationel økonomi eller god kvalitet eller

god service i øvrigt at have de meget, meget syge eller de raske syge indlagt på de samme afdelinger på vore sygehuse, da behovet for pleje og det, vi kalder egenomsorgskapacitet, er meget forskelligt for disse kategorier af mennesker.

Til sygehuset bør der også knyttes patienthoteller, der er en blanding af hotel og hospital, hvor patienter, der ellers skulle indlægges i sygehussengene til undersøgelse og behandling, ikke ligger i en hospitalsseng, men bor på et hotelværelse, eventuelt sammen med pårørende – hvad der nok var mange, der ville have stor gavn af – og så er der en vagthavende sygeplejerske i hotellets reception.

En sådan seng koster faktisk kun halvdelen af, hvad en hospitalsseng koster, og der er faktisk mange mennesker, der mener, at 15 pct. af patienterne på universitetshospitalerne ville kunne benytte sig af sådan nogle steder her.

Der er selvfølgelig heller ingen tvivl om, at den mangel, der har været på uddannet arbejdskraft inden for faggrupperne i sundhedsvæsenet, har været dyr for sundhedsvæsenet, og de ovenfor skitserede sygehusregioner må selvfølgelig holdes dybt og meget ansvarlige for, at der i fremtiden uddannes tilstrækkelig arbejdskraft inden for alle felterne.

Der er ingen tvivl om, at der ud over de nødvendige øgede ressourcer over en årrække er mange muligheder for at udnytte de eksisterende ressourcer bedre. Så hvis vi politikere har mod til at helbrede sundhedsvæsenets magt-syge, prestige- og strukturproblemer, og hvis vi også har mod til at se lidt ud over vores vante politiske tankesæt i begge sider af salen, vil sundhedsvæsenet kunne helbrede og pleje langt flere mennesker, end det gør i dag. Og det er vel egentlig det, det handler om. Befolkningen, tror jeg, ønsker samarbejde omkring de her ting.

Jeg skal så til slut tilkendegive på CD's vegne, at CD ikke kan stemme for de fremsatte dagsordensforslag, hverken det fra Enhedslisten eller det fra Fremskridtspartiet.

(Kort bemærkning).

Bruno Jerup (EL):

Jeg har lige en enkelt lille bemærkning til fru Lisbeth Arbøl. Den drejer sig om det, hun nævnte, som jeg er ganske enig i, nemlig spørgsmålet om prioritering inden for sundhedsvæsenet, at man skal have en diskussion om det, og at det også i høj grad er politisk. Jeg hørte det også sådan, at fru Lisbeth Arbøl

nævnte det, som om det faktisk var en politisk opgave at gå ind i den diskussion.

I den forbindelse kunne jeg godt tænke mig at høre, hvordan CD's ordfører i denne sammenhæng forholder sig til de forsøg, der er på at flytte det politiske ansvar, som man jo faktisk har set mange eksempler på, ved simpelt hen at lægge det over i sådan nogle sundhedsekonomers hænder eller lave strukturer a la HS, hvor man faktisk forflygtiger det politiske ansvar.

Jeg kunne godt tænke mig at høre, hvilken indstilling fru Lisbeth Arbøl har til det spørgsmål, som i høj grad handler om det politiske ansvar i forhold til prioritering inden for sundhedssektoren.

(Kort bemærkning).

Jan Køpke Christensen (FP):

Jeg vil da sige tak for de bemærkninger, som faldt fra CD's ordfører. Jeg synes, der var mange positive ting i den ordførertale, og jeg må sige, at jeg har svært ved at være uenig i de ting, der kom frem.

Det skyldes måske, at når man ser CD's sundhedspolitiske oplæg, er det nok meget i overensstemmelse med det, Fremskridtspartiet står for, f.eks. noget med, at amterne skal fratages sundhedsvæsenet. Jeg vil da gerne spørge CD's ordfører, hvordan ordførerens holdning er til netop dette aspekt. Det er jo noget, som har været drøftet i de senere år, meget mere end man gjorde tidligere. Så jeg kunne godt tænke mig at høre, om der vitterlig ligger noget, om CD har nogle holdninger på området, eller om man overhovedet ikke har nogen holdninger på området.

Lige til sidst vil jeg sige, at jeg synes, at det var alt for nemt bare at sige, at man ikke stemmer for en dagsorden. Man må da selvfølgelig have nogle argumenter for, hvorfor man ikke gør det. For der er ikke noget i den dagsorden, der ligger fra Fremskridtspartiet, man er uenig i; det kunne jeg høre på ordførertalen. Så jeg vil da gerne høre: Hvad er det konkret, man er uenig i?

Ole Donner (DF):

I Dansk Folkeparti går vi ind for, at man jævnlig diskuterer sundhedsvæsenet og sygehusvæsenet, og vi mener i Dansk Folkeparti, at det er vigtigt at tage disse diskussioner. Om det så er før, under eller efter en finanslovdebat, mener vi ikke har den store betydning, så vi er meget tilfredse med, at vi i dag får diskuteret de ting igennem; det er positivt.

Vi vil da gerne sige tak til henholdsvis sundhedsministeren og statsministeren for den rede-gørelse, der kom fra de to ministre. Der var rigtig mange ord, men desværre savner vi lidt mere handling. Vi håber, at det vil komme snarest, for vi mener, det er vigtigt, at man simpelt hen kommer i gang med at ændre på sundheds-væsenet.

Vi mener, at man må ændre på målsætningen inden for sundhedsvæsenet. Vi må sørge for, at ventelisterne bliver mindre, og det kan altså ikke hjælpe noget, at man bare bliver ved med at tale om det og tale om det. Det er vigtigt for os, at de mennesker, der har hjertesygdomme, de, der skal have hofteoperationer og mange andre ting, kan komme til, og vi mener, det er helt uacceptabelt, at f.eks. kræftpatienter kan gå i månedsvis og vente på at komme til.

Derfor må der ske en effektivisering og en modernisering af sygehusvæsenet. Det kan ikke hjælpe, at man bliver ved med kun at tale om det, og at man kaster bolden fra den ene til den anden. Der må ske noget, og for os er det fuldstændig ligegyldigt, om det er det offentlige sygehusvæsen eller det er privathospitaler eller det er klinikker, der kan operere; der må bare ske noget. Det er uacceptabelt, at man bliver ved at tale om det, uden at der sker noget som helst.

Man må også gerne for os komme dertil, at man siger: Vi må bruge nogle udenlandske hospitaler. Vi må simpelt hen sørge for, at hvis man ikke kan afskaffe de ventelister, hvis man ikke kan sørge for, at folk kan komme til behandling inden for meget kort tid, så må man altså betale det, det koster at udnytte og benytte udenlandske hospitaler.

Der må afsættes de ressourcer, der er behov for på det her område. Det bør være et område, som vi her i Danmark har råd til at betale for, og derfor er det vigtigt, at man kommer i gang med disse ting.

Det er også vigtigt, at man oplyser patienterne om, som der har været talt om her tidligere i debatten, hvilke muligheder der er for at komme til behandling på de respektive sygehuse: Hvor lange er ventelisterne, hvor effektive er man? Patienterne bør have så meget orientering som overhovedet muligt. Derfor synes vi, at det er en god idé, hvis man kan udvide den – hvad skal man sige – service, det er at informere patienterne, så man kan kanalisere patienterne hen de steder, hvor der er ledige pladser.

Så mener vi også, at der inden for sygehus-væsenet bør være en større grad af samarbejde

imellem hjemmeplejen og sygehusvæsenet. Vi mener, det er uacceptabelt, at der, når man er klar til at blive udskrevet, kan gå flere dage, inden man har papirerne på plads. Det er ikke særlig trygt for patienterne, og det bør være noget, der simpelt hen kan gøres på en bedre måde.

Så mener vi, at det er vigtigt for patienterne, at de, når de er på hospitalet, så vidt muligt har den samme læge hele tiden. Det er klart, at hvis man ligger der over en længere periode, vil der være fridage osv., men det er vigtigt, at man i hovedtrækkene bliver betjent af det samme plejepersonale, henholdsvis læger og sygeplejersker, så folk kan føle sig meget mere trygge, end de gør i dag.

Derfor mener vi simpelt hen, at man skal effektivisere, man skal modernisere, og man skal undgå så meget snak om de her ting og så få dem forbedret.

Vi er med på at afsætte flere midler inden for sundhedsvæsenet. Vi er med på at afsætte flere midler til nødvendige operationer, til sygdomme, som skal behandles hurtigst muligt, og vi mener, at man skal have en form for trygheds-garanti i sundhedsvæsenet, så folk ved, at hvis de får en alvorlig sygdom, vil de også kunne blive behandlet forholdsvist hurtigt inden for sygehusvæsenet.

Der har været en del snak i dag om dagsordensforslag, og vi synes i Dansk Folkeparti, at sagen er vigtigere end talen om dagsordensforslag. Vi mener, at det simpelt hen er vigtigt at få truffet nogle beslutninger om, at der nu skal ske noget. Derfor skal man efter vores mening passe på med disse lange og luftige dagsordener.

Af de to dagsordener, der her er foreslået, må vi sige, at Enhedslistens dagsordensforslag indeholder en del gode ting. Efter vores mening er teksten dog lidt for omfattende. Vi synes lige præcis, at under det punkt, der omhandler arbejdsmiljø, er det ikke konkretiseret, hvad det er, man vil, og man vil hellere tale om bureaukrati og sådan noget end reelt få noget igennem.

Derfor synes vi, at man skal holde sig til nogle korte og klare tekster, som gør, at når man har stemt om sådan en dagsorden, ved man også præcist, hvad det eventuelle folketingsflertal, der har vedtaget at stemme for den, mener. Havde Enhedslistens dagsordensforslag ikke indeholdt det punkt om arbejdsmiljø, som vi synes er for luftigt, ville vi formentlig godt kunne have stemt for det.

Fremskridtspartiets dagsordensforslag, hvori det foreslås at opfordre sundhedsministeren til sammen med Amdsrådsforeningen og sygehuskommunerne at sikre en hurtig afvikling af ventelister til hospitaler samt en generel effektivisering af sundhedssektoren med henblik på en forbedring af patienternes behandling, er, som jeg har været inde på i mit indlæg, ting, som vi går ind for.

Derfor er vi lidt ærgerlige over, at der er gået taktik i fremsættelsen af dette dagsordensforslag. Det havde været smartere, hvis Fremskridtspartiet havde fået kontakt med både de borgerlige partier og måske nogle af regeringspartierne. Måske kunne man have samledes om en forholdsvis kort dagsorden. Nu sker der det, at den pludselig bliver fremsat, og så er der altså nogle, der har haft gruppemøde og derfor har svært ved at tage stilling til, om de nu vil stemme for eller de ikke vil stemme for.

I Dansk Folkeparti mener vi, at det er indholdet af dagordenen, der er vigtig, og ikke så meget, hvem der har foreslået den, eller hvornår den er foreslået. Men vi ærgrer os lidt over, at ikke alle partier kunne have vedtaget en dagsorden, som kunne stramme disse ting op.

Jeg skal slutte med at sige, at vi kan stemme for den af Fremskridtspartiet foreslåede dagsorden.

(Kort bemærkning).

Jan Køpke Christensen (FP):

Jeg skal takke hr. Donner, fordi hr. Donner giver tilslutning til Fremskridtspartiets dagsordensforslag. Jeg må desværre blankt erkende, at det kom sent, men når man drøfter det til det sidste minut, g r der nogle gange koks i det. Jeg vil bare sige, at man kendte indholdet, og man fik det meget hurtigt herner.

Vi er om et  jeblik i den situation, at Venstre og De Konservative sammen med CD stemmer imod et forslag, som de tidligere har stemt for, og som de er enige i. Det er i hvert fald noget, som de helt tydeligt viser befolkningen. Jeg må sige ligesom hr. Donner, at jeg faktisk tror, der er taktik i det fra V's og K's side, for som Enhedslisten var inde på, tror jeg faktisk også, at der allerede er forhandlinger i gang om netop et sundhedsudspil i forbindelse med finansloven. Det er selvfølgelig yderst kedeligt at opleve, at man ikke bare stemmer for og så siger, at det her naturligvis skal igennem, og at det faktisk er det, man er ved at drøfte med regeringen. Så er man  rlig og åben over for vælgerne.

(Kort bemærkning).

Ole Donner (DF):

Jeg vil godt understrege over for hr. Jan Køpke Christensen, at vi ikke har haft noget besvær overhovedet med at finde frem til at stemme for dette dagsordensforslag, men det ærgrer os en lille smule, at der måske er gået lidt koks i det, for vi tror på, at der havde været en mulighed for måske endda at samle hele Folketinget om et dagsordensforslag.

Vi ser også sådan på det, at uanset hvad der er af forhandlinger om finansloven eller ikke er af forhandlinger om finansloven, er sagen for vigtig til, at man skal lave en dagsordenskrig på papiret. Det, der for os er vigtigt, er, at man f r vedtaget noget, gerne kort og præcist, og derfor har vi som sagt ikke haft nogen som helst betæneligheder ved at stemme for den foreslåede dagsorden.

Sundhedsministeren (Yvonne H rl v Andersen):

Det har været en rigtig god eftermiddag for en sundhedsminister, idet der har været en meget seriøs debat, hvor man ikke har konkurreret indbyrdes, og det er næsten noget af det bedste, der kan ske på et område, for det viser, at man nu har forståelse for, hvad det er for problemer, man står foran, og at man nu har vilje til at løfte i samlet flok.

Der har heller ikke været nogen katastrofealarmer undervejs. Det har været meget seriøst, og man har forholdt sig til de reelle problemer, som der i dag er på sundhedsområdet, samtidig med at man har haft forståelse for den udvikling, der også økonomisk er sket, for det er jo sådan, at der siden 1993 er tilført området yderligere 2,6 mia. kr.

Men samtidig omstiller sygehusvæsenet jo. Det har moderniseret, det har rationaliseret, og nu sker der også en væsentlig omstilling på området, som tager fat i en udvikling, der allerede er godt i gang, hvor sygehusene bliver stadig mere effektive. Det bliver stadig kortere ophold, folk f r d r, men behandlingerne på sygehusene bliver samtidig også mere komplicerede, fordi man har valgt at lave sammedagskirurgi, man har valgt at gå over til ambulante behandlinger, man har valgt planlagt kirurgi og en øget aktivitet hos speciallægerne uden for sygehuset.

Det kommer tilsammen til at give det flow i sygehusvæsenet, som er nødvendigt for at få de ventelister, som jeg godt forstår ordførerne også

meget gerne ser afskaffet, bragt ned og væk. Samtidig vil jeg alligevel have lov at erindre om, at 7 ud af de 10 kommer til med det samme på sygehusene.

Der er to områder herhjemme, som vil kunne opfylde 3-måneders-garantien ved årets udgang. Jeg krydser fingrene for dem og håber, at det lykkes dem at nå hjem med det, for det er et udmærket mål at have sat sig, og det er vel også rimeligt set i forhold til patienternes behov.

Det er sådan, at vi bruger 51 mia. kr. på området, og det udgør ca. 8,4 pct. af de samlede offentlige udgifter. Vi har haft nogle misforståelser om OECD's opgørelse af bruttonationalproduktet og af, hvad Danmark bruger. Det er rigtigt, at efter den opgørelse, OECD bruger, brugte vi i 1993 6,7 pct., mens de lande, vi i al almindelighed sammenligner os med, brugte 7-9 pct.

Årsagen til det kom fru Vibeke Peschardt meget fint ind på, idet jo mere decentralt et sygehusvæsen bliver, jo vanskeligere bliver det at foretage beregninger, som går på den samlede behandling. Det vil sige, at vi er nødt til at indlægge det eksterne, før vi har de rigtige tal, og så lægge det snit, som de gør i vores nabo-lande, som vi i almindelighed sammenligner os med. Det var Ugebrevet Mandag Morgen, der var så venlig at gøre os opmærksom på det i en udredning.

Man kunne jo også beslutte sig til andre systemer. Hvis vi sammenligner med USA, er det dér sådan, at man bruger 14 pct. af bruttonationalproduktet, men det er, fordi man har en ordning, hvor lægen beslutter behandlingen og private forsikringer betaler.

Mange ordførere har også været inde på rambestyring kontra refusion eller andre ordninger, men jeg tror, vi skal slå fast, at sygehusvæsenet er en offentlig opgave, og det, der er målet, er, at der er fri og lige adgang til behandling.

Det, der er sket, er, at samtidig med at man omstiller, er effektiviteten steget væsentligt. Der er flere, der bliver behandlet, og det er også sådan, at vi kan behandle med langt mere skånsomme metoder, hvilket vil sige, at der er flere mennesker, der ikke før kunne behandles, som nu kan tilbydes en behandling, samtidig med at indikationen altså er flyttet nedad. Man kan i dag hurtigere få en støroperation f.eks., hvis man har brug for det, fordi man skal have fornyet sit kørekort. Det skete ikke for år tilbage, men hele vejen rundt er det blevet sådan, at danskernes tålegrænse, kan man sige, er sænket,

og det synes jeg egentlig er ganske glimrende. Man er blevet mere bevidst som patient og går ind i det samarbejde, man har med lægen.

Der har været snakket en del om fritvalgs-kampagnen, og der er blevet spurgt – det var hr. Jørgen Winther – om ikke private sygehuse kunne komme med på tekst-tv. Det kunne jeg jo komme nemt om ved ved at sige, at de jo netop er private, og at det er det offentlige sygehusvæsen, vi viser, men jeg vil sige, at der ligger en henvendelse i Sundhedsministeriet. Den har vi ikke afvist, men vi undersøger de praktiske og de tekniske spørgsmål ved, at de private sygehuse kom på. Til hvad nytte, kunne man næsten spørge, for de er netop indrettet på nogle meget smalle områder, og de ville givetvis vise tallet nul, for det er det, de lever af. Men o.k., vi har ikke afvist det, vi har det da med, og vi overvejer et svar til dem.

Spørgsmålet om, hvorvidt sygehusene skulle konkurrere indbyrdes, vil jeg da også gerne tage op. Det mener jeg egentlig at de gør, idet de lægger ind på tekst-tv, hvor flinke de er til at operere i det ene amt set i forhold til det andet, og ud over at en patient kan have fordel af at se, hvor han kan rejse hen og blive opereret på et tidspunkt, der passer bedre ind i kalenderen, kan naboamtet jo også kigge med.

En ting til er, at amterne er blevet meget opmærksomme på at indberette og indberette korrekt, for det har rent faktisk været et problem, og det er klart, at ingen bryder sig om, at det grundlæggende materiale er årsag til, at vi får forkerte tal på skærmen. I øvrigt kigger vi sammen med Amtsrådsforeningen løbende på det for at sørge for, at vi får nogle rigtige tal.

Så er der blevet sagt det sædvanlige, var jeg ved at sige, men jeg tager det op alligevel, at pengene skal følge patienten. Det er der utrolig mange modeller for, og inden for det offentlige følger de også patienten i dag, idet der kommer penge fra éns amt. Hvis jeg rejser til Randers for at blive opereret, følger der penge med fra mit amt, Vestsjællands Amt, og over til Jylland.

Men når man så siger, at pengene skal følge patienten ud til private sygehuse, vil jeg mene, at det, vi har brug for, er at fastholde de omlægninger, der nu sker nu på offentlige sygehuse, og få dem til at fungere optimalt. I dag er der jo intet til hinder for, at et amt kan købe ydelser på private sygehuse, som i øvrigt kun har et forsvindende antal af de senge, vi kan stille til rådighed; f.eks. har Vestsjællands Amt købt hjerteoperationer på privathospitalet Hamlet.

Det er der intet til hinder for at man kan gøre, og det synes jeg er et valg, man også politisk må foretage. Hvis man har patienter stående på en venteliste og der ikke er plads, må man købe plads dér, hvor plads er. Det er der heller ikke nogen der har lagt skjul på. Der er altså ikke behov for at lave nye ordninger med hensyn til det, for det er der mulighed for.

Med hensyn til at personalet kan arbejde anderledes, arbejder man i Sygehuskommissionen med fleksibilitet i overenskomsterne, men lige så vigtigt er det da, at der intet er til hinder for, at amterne kan købe det, de vil, hos deres ansatte. Man kan altså godt tilrettelægge det på anden måde, hvis det er det, man vil, og det sker da også med den stadig gryende forståelse for at udnytte de ressourcer, også de teknologiske, som er til rådighed.

Jeg vil mene, at debatten tyder vældig godt for det arbejde, der skal i gang, for samtidig med at man foretager sig stadig mere på sygehusene og rent faktisk har sat produktionen mere op, end man kunne forvente i forhold til de penge, der er tilført, sker der også en omstilling, der gør, at kapaciteten kommer til at passe til behovet.

(Kort bemærkning).

Jan Køpke Christensen (FP):

Det er jo rigtigt nok. Det er helt i overensstemmelse med sandheden, og det går jeg ud fra at det altid er, når sundhedsministeren fortæller Folketinget, hvordan det forholder sig ude i amterne. Amterne har mulighed for at købe sig ind på privathospitaler og -klinikker. Der er ikke noget til hinder for det, men vi ved jo også, at virkelighedens verden er anderledes. Man gør det ikke, man gør det ikke.

Jeg ved f.eks., at Fremskridtspartiets medlem i Nordjyllands Amt foreslår netop at sende patienterne til privathospitaler, når det er således, at man har folk på venteliste. Det hjælper jo bare ikke noget at foreslå dette, når man kører et kæmpe ideologisk skoleridt med, at man ikke ønsker at benytte sig af de ressourcer, der er inden for det private. Det er dér hele hurdlen, hele problemet er. Problemet er altså, at man ikke ønsker det.

Så kan sundhedsministeren sige, at det jo er amternes ansvar, som man hører det gang på gang. Det er amternes ansvar, men i sidste ende ligger det overordnede ansvar for, at folk står på venteliste og ikke kan blive behandlet, jo i Folketinget. Så derfor må sundhedsministeren gøre

noget ved det og sætte dem kniven for struben derude og udnytte de ressourcer, der er.

Sundhedsministeren (Yvonne Herløv Andersen):

Som sundhedsminister sætter jeg jo ikke kniven for struben, det gør kirurgerne. Men noget andet er, at også i Nordjyllands Amt har man set, at man må bruge de ressourcer, der er. Man har jo netop bedt et hold hjertekirurger fra Copenhagen Heart Center om at komme op og hjælpe sig med de operationer, fordi folk skal da opereres.

Den tid, hvor der var den berøringsangst, er forbi. Og ressourcer med hensyn til dygtige hjertekirurger eller hoftekirurger, eller hvad det måtte være, har en begrænsning. Der er kun det samme antal, og derfor drejer det sig om at bruge det optimalt. Det har man altså også forstået at gøre i Nordjylland, og det synes jeg var en utrolig god idé.

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Det er ganske rigtigt, som sundhedsministeren siger, at der sker en udvikling på området her. Det, jeg også bemærker, er, at der faktisk sker et skred i Socialdemokratiets holdning. Ganske stille og roligt ser man sådan år for år, at socialdemokraterne mere og mere accepterer privathospitaler, tør endog nævne det ved navn en gang imellem i offentlige debatter, men stadig væk er der en utrolig stor berøringsangst fra Socialdemokratiets side over for privathospitaler. De prøver at finde andre navne på dem osv.

Jeg tror nok, at sundhedsministeren fuldt ud har forstået, hvad både Fremskridtspartiet og Venstre mener her, for vi mener, det gælder det frie valg for patienten. Og det, som sundhedsministeren som repræsentant for regeringen bliver nødt til at sige, er, at amterne har det frie valg til at vælge. Men så vidt jeg husker CD's gamle partiprogrammer, tror jeg nok, at CD's meget gode ønske i sin tid var det frie valg for patienten.

Men det er jo klart nok, at når man kommer i regering, skal man tilpasse sig på mange områder, men jeg ser gerne lidt mere frigørelsestrang, lidt mere frihedstrang hos CD – måske også i en kamp for at overleve, for ellers kan vælgerne lige så godt stemme på andre partier.

Bruno Jerup (EL):

Jeg vil her afslutningsvis benytte lejligheden til at takke ordførerne for debatten. Jeg synes, den

har været interessant, bl.a. på den måde, at hvis man ser på de meldinger, der kommer fra den socialdemokratiske ordfører, den radikale og i en vis grad ordføreren fra CD, så kan man se, at der faktisk er en rimelig stor afstand imellem den politik, som de ordførere lægger frem, og så den politik, som både Venstres ordfører og den konservative ordfører lægger frem, og hvor jeg sådan set må konstatere, at der i hvert fald i vid udstrækning er større samhörighed eller sammenhæng i forhold til, hvad både SF og Enhedslisten står for på det her område. Det burde jo sådan set kunne danne grundlag for, at man prøvede at komme videre i en diskussion imellem de partier, om der kan laves noget reelt.

Jeg kan dog konstatere, at der stadig væk – og det gælder en lang række partier – er en uvilje eller en ulyst til at diskutere de konstruktioner, man har lavet inden for sygehusområdet som f.eks. Hovedstadens Sygefællesskab, hvor man henviser til, at der kommer en betænkning fra Sygehuskommissionen.

Vi ser så frem til – i hvert fald alle de partier, vi har hørt fra, fra regeringen og andre – at vi så til foråret kan få endnu en forespørgselsdebat, hvor vi faktisk prøver at gå det igennem og diskutere, hvordan strukturen skal udvikle sig inden for sundhedsområdet. Det mener vi er meget vigtigt.

Vi kan også bemærke, at op til flere ordførere, og det gælder både regeringsordførerne, og det gælder Venstre og De Konservative, og det gælder også SF, har en meget stor ulyst til at diskutere en konkret dagsorden. Det er sådan, at Enhedslistens forslag om motiveret dagsorden i modsætning til Fremskridtspartiets dagsorden har været udsendt til partierne i forholdsvis lang tid, og man har haft rig lejlighed og tid til, hvis man ønskede det, at moderere den eller lave en måske knap så vidtgående udgave, som der kunne skaffes flertal for. Men det er altså sådan, at diskussionen om finansloven på en eller anden måde låser ordførerne tværs over det politiske spektrum. Det synes vi på sin vis er lidt beklageligt.

Men vi er enige med sundhedsministeren i, at det har været en god debat, og at den også på sin vis viser, at en lang række af ordførerne og et flertal i Folketinget har øje for, at der er problemer med ventelisterne og de ventetider, der er på sygehusene. Der er også enighed om, at det er nødvendigt at udvikle samarbejdet imellem amt og kommune, sådan at man undgår problemer med kassetænkning. Og der er også

langt hen ad vejen enighed om, at der skal gøres noget i forhold til uddannelse af kvalificeret personale.

Der har været ført en diskussion, og ministeren var selv inde på det til slut, om, hvor stor en andel af BNP vi bruger på sundhedsudgifterne. Og det er rigtigt, at der har været en artikel i Ugebrevet Mandag Morgen, som omtaler en hollandsk eller en belgisk undersøgelse. Men ikke desto mindre kan man se, hvordan det har udviklet sig i Danmark, og der er det sådan, at i løbet af 1980'erne og 1990'erne har der været en stagnation eller en nedgang i den andel, vi i Danmark bruger. Det vil alt andet lige sige, at vi så har haft en udvikling i Danmark, som ikke har svaret til den udvikling, man har haft i de lande, vi sammenligner os med.

Men jeg vil bare afsluttende sige tak for debatten. Jeg kan forstå, at det ikke denne gang bliver muligt at få flertal for Enhedslistens dagsorden. Men jeg håber alligevel, at de emner, som er kommet på banen, og som der også har vist sig i nogen udstrækning at være bred tilslutning til, trods alt vil være med til at påvirke den diskussion, der også kører uden for denne sal om, hvordan det danske sundhedsvæsen og sundhedssystem skal udvikle sig.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Forslag om motiveret dagsorden nr. D 22 af Bruno Jerup (EL) (se foran) forkastedes, idet 4 (EL) stemte for, 93 (S, V, KF, RV, FP, CD og DF) imod; 9 (SF) stemte hverken for eller imod.

Forslag om motiveret dagsorden nr. D 23 af Jan Kørpe Christensen (FP) (se foran) forkastedes, idet 7 (FP og DF) stemte for, 98 (S, V, KF, SF, RV, EL og CD) imod.

Hermed sluttede forespørgslen.

Den næste sag på dagsordenen var:

11) Forespørgsel nr. F 1:

Forespørgsel til statsministeren, sundhedsministeren og socialministeren:

»Hvilke initiativer agter regeringen at tage for at sikre svages, ældres, handicappedes og syges retsgarantier på social- og sundhedsområdet, og at disse grupper får de fornødne ressourcer via omprioriteringer?«

Af Kirsten Jacobsen (FP) og Tom Behnke (FP). (Forespørgslen anmeldt 2/10 96. Fremme af forespørgslen vedtaget 8/10 96).

Begrundelse

Kirsten Jacobsen (FP):

Når man ser på alle de mange dagsordener og alle de mange forslag, der er vedtaget her i Folketinget, om at gøre en bedre indsats for de grupper, der er omhandlet af denne dagsorden – de rigtig svage i vores samfund, de syge, de ældre og de handicappede – så kan man egentlig ikke forstå, at det skulle være nødvendigt at lave en ny forespørgsel til regeringen.

Og jeg kan godt fortælle, at når man som folketingsmedlem har været med til at rejse de her debatter og hørt på regeringens mange løfter og tilsagn og set på, hvordan man enstemmigt har stemt her i Folketinget for virkelig at gøre noget, så er det jo beskæmmende, at hverdagen for disse mennesker, det drejer sig om, tilsyneladende ikke bliver bedre.

Det er beskæmmende at komme ud til møder og blive foreholdt: Jamen det nytter jo ikke noget, I vedtager en hel masse, hvis det er sådan, at vores hverdag, vores tryghed, vores omsorg ikke bliver spor bedre.

Jeg tænker på de avisoverskrifter, som vi ser hele tiden. »Fiasko for kampen mod ventelister«. Og i andre lande kan man skrive »Mange flere kan opereres for færre penge«. Hvis vi går over på ældreområdet, kan vi læse overskrifter, der hedder »Syge gamle kommer stadig bagest i køen«. Vi kan læse nye anklager om dårlig pleje af gamle: »Demente ofre i krigen om pensionisterne«, »Senile forpester plejehjemmene«, »Længere ventetid til plejehjemmene«, »Flytninger koster gamle livet«, »10.000 venter på ældreboliger«. Kommunerne hævder, at de ikke har penge til at gå ud og besøge de ældre, som Folketinget har vedtaget, og at der stadig er lommestemter i kommunerne, når det drejer sig om plejehjemsplads.

Vi kan også læse at den hjælp, som man herinde mener de psykisk syge i dag skal have, ikke virker. Flere og flere indlægges under tvang, uanset at regeringen med statsministeren i spidsen har sagt: Vi vil ikke finde os i de forhold. Jeg er så enig med statsministeren. Jeg kunne tage de hjemløse med, og det skal jeg også gøre, og jeg skal også tage de handicappede med. Vi har lavet regler herinde om, f.eks. at bygninger skal indrettes handicapvenlige, men de handicappede kommer altså ud for, at næsten alle kommuner giver dispensation, og de er ligeglade med de regler, Folketinget har vedtaget.

Jeg håber ikke, statsministeren og de andre ministre nu siger: Jamen det er jo ikke tidspunktet at rejse sådan en forespørgsel på, for vi har jo finanslovdebater.

Hvis man skal lave en omprioritering af samfundets ressourcer, så vil tilgodeser de svageste borgere først, så er det lige præcis nu, den debat skal tages, inden man begynder at lægge sig fast på, hvad vi skal bruge til motorveje eller teatre eller kulturstøtte eller andet.

Så vi venter meget spændt på nogle håndfaste og præcise udmeldinger fra regeringen. Vi håber ikke på, at vi skal have flere kommissioner eller flere udvalg. Det har vi haft nok af. Det, vi har brug for nu, er, at virkeligheden for de svage grupper kommer til at passe med de fine teoretiske løfter, vi vedtager herinde.

Besvarelse

Statsministeren (Poul Nyrup Rasmussen):

Det er godt at få en debat om et så vigtigt tema som det, vi nu har foran os – af mange grunde, men bl.a. af den grund, at hvis vi ikke tager debatten herinde, er der ingen, der gør det, for der er ikke så mange til at tale for de hjemløse eller de sindslidende eller andre af de mest udsatte grupper.

Derfor er jeg glad for at indlede denne debat, og jeg er ekstra glad for det, fordi jeg allerede i min åbningsredegørelse på regeringens vegne har kunnet give en klar og kompromisløs melding angående de mest udsatte grupper.

Jeg sagde dengang: Det er enkelt for os; målet er fuldstændig entydigt: »Vi vil sætte en stopper for udstødningen af mennesker i Danmark. At sikre, at selv det svageste menneske kan få et værdigt liv, er selve kernen i regeringens politik.«