

se bilismen. Jeg tror, at de eneste, der aldrig har stemt for det, er Fremskridtspartiet, det er sandt nok. Alle andre har sagt det, men de har bare ikke brugt virkemidlerne. De blev så kyste og skræmte, når vi kom til virkemidlerne, og i sammenligning med den resoluthed, det mod og den klarhed, hvormed man altid har været villig til at hæve priserne på den kollektive trafik, synes jeg måske, at det er gas.

(Kort bemærkning).

Jan Kørpe Christensen (FP):

Jeg vil bare give den oplysning til fru Margrete Auken, at jeg synes, det er utrolig væsentligt, at når vi ser på antallet af personbiler i Danmark pr. 1.000 indbyggere, er det 319. Hermed ligger vi faktisk lavest i hele Europa.

Fru Margrete Auken plejer at have mange, mange tal og statistikker og så videre at gå efter. Jeg synes, det må give stof til eftertanke, at vi i forvejen faktisk ikke har mange biler i dette land. Jeg ved ikke, hvor langt vi skal ned, før SF er tilfredse, men jeg frygter i hvert fald det værste.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

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

Den fg. formand (Grete Schødt):

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

Den næste sag på dagsordenen var:

4) Første behandling af lovforslag nr. L 210: Forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet. (Styrkelse af det frie sygehusvalg, forsøgshjemmel og tilbud i kommunalt regi). Af sundhedsministeren (Birte Weiss). (Fremsat 2/4 97).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Hanne Andersen (S):

I Sygehuskommissionens betænkning »Udfordringer i Sygehusvæsenet« var der ca. 50 forslag til forbedringer i sygehusvæsenet. De fleste kan sættes i værk uden lovændring. De tre forslag, der behandles her, er en konsekvens af betænkningen.

Det frie sygehusvalg blev indført i 1992. Borgere, der har brug for sygehusbehandling, kan vælge det sygehus, de ønsker at blive behandlet på, hvis behandlingen er en såkaldt basisbehandling. Man kan ikke vælge behandling på en specialafdeling på landsdelsniveau, medmindre der henvises til en af disse afdelinger.

Flertallet af behandlingerne på disse afdelinger er dog ofte på basisniveau. Vi er derfor enige i, at der også skal være mulighed for at vælge disse afdelinger. Denne mulighed skal aftales mellem sygehuskommunerne, og vi skal stærkt opfordre til, at disse aftaler etableres. Det kan være meget svært, ja, ofte umuligt at se, hvorfor grænserne netop trækkes her.

Meget få patienter har benyttet det frie sygehusvalg. Hvis det er udtryk for, at patienterne har kendskab til deres rettigheder, er det selvfølgelig fint, men det er nok ikke helt forkert vurderet, at det ikke altid er tilfældet. Det er god service at oplyse patienterne om alle rettigheder, og hertil hører også oplysninger om ventetider.

Fremover skal patienterne oplyses om ventetiderne på andre sygehuse allerede ved den forundersøgelse, de møder op til. Ventetider til en bestemt behandling kan variere fra mange uger og helt op til et år eller mere til ganske få uger på andre sygehuse. Denne viden har patienterne meget sjældent. De har jo også først brug for den, når de står foran en behandling. Nu skal patienterne imidlertid, efter dette forslag, have oplysningerne, og de skal, hvis de ønsker det, henvises til det sygehus, der har den korteste ventetid.

Det foreslås også, at der nu kommer en forsøgsbestemmelse i sygehusloven. Det er rigtigt, at der bliver mulighed for at lave forsøg, der kan føre til nye og andre måder at løse opgaverne på i sygehusvæsenet. Det er i hvert fald vigtigt, at ingen låses fast i uhensigtsmæssige modeller og rutiner. Der skal være mulighed for at udvikle dette vigtige område til glæde for patienterne og de ansatte. Naturligvis skal patienterne også i dette spørgsmål være i centrum. Vi er selvfølgelig helt enige i, at betalingshospi-

taler eller betalingsmodeller ikke kan indgå som en forsøgsmodel.

Erfaringerne viser, at mange, mest ældre, medicinske patienter ofte har mere brug for pleje og observation end egentlig sygehusbehandling. Det handler det tredje forslag om.

Hvis amterne og kommunerne kan finde et godt alternativt tilbud til egentlig sygehusbehandling, måske i tilknytning til det kendte, lokale omsorgscenter eller plejehjem, er jeg overbevist om, at det vil blive modtaget positivt af de ældre. De kan blive i de omgivelser, de ofte kender i forvejen. De kender måske allerede personalet. De kan beholde kontakten til deres egen læge, og der er ikke så langt hjem igen. Det vil være en klar forbedring af servicen til de ældre. De vil føle sig bedre tilpas. Der vil være god tid til den vejledning, det ofte handler om, og den vejledning kan være utrolig vigtig. På vor tids højt effektive og travle sygehusafdelinger føler de ældre patienter sig ofte lidt fortabt.

Vi har i dag netop fået en analyse fra fem kommuner, der har etableret et alternativ for deres egne borgere. Det ser spændende ud. Jeg kender et af dem; det fungerer fremragende og har gjort det siden 1990.

Jeg håber meget, at disse ældrevenlige behandlingsforløb, hvor der ikke er alvorlig sygdom til stede, bliver en realitet mange steder, naturligvis først og fremmest til glæde for denne gruppe af patienter.

Socialdemokratiet kan støtte forslaget.

Tove Fergo (V):

Da vores ordfører ikke kan være til stede, vil jeg læse ordførertalen op.

At springe op som en løve og falde ned som et lam er nok den talemåde, der umiddelbart melder sig, når man ser det yderst beskedne lovforslag, der er blevet resultatet af Sygehuskommissionens rapport.

Da rapporten kom på gaden, var der ingen ende på alt det, Folketinget nu skulle gøre for sygehusvæsenet. Ud af alle de store ord om reformer kom så dette noget forpjuskede forslag. Lovændringer, som ingen kan indvende noget som helst imod, men som nærmest kan betegnes som hensigtserklæringer, der ikke flytter meget i virkelighedens verden.

Det drejer sig bl.a. om en forsøgsparagraf, som ingen hidtil har efterlyst, fordi sygehusloven er en rammelov med dertil hørende frihedsgrader, altså en på én gang uskadelig og overflødig bestemmelse, som nu giver mulighed for,

at der kan laves forsøg med befordringsordninger. Det seneste forsøg, der har været gjort på dette område, foretog regeringen med den forrige sundhedsminister i spidsen – et forsøg, der kun varede ganske få dage, før det måtte stoppes på grund af kaos.

Lovforslaget indeholder også en øget valgmulighed, ikke for patienterne, men for amterne til at give frit valg til landsdelsafdelinger for patienter med ukomplicerede lidelser. Amterne vil formentlig slet ikke gøre brug af denne mulighed. Det vil nemlig som hovedregel være forbundet med dårlig økonomi.

Gennemsnitsomkostningen for en afdeling med landsdelsspecialer vil nemlig altid ligge over omkostningerne for en afdeling med udelukkende basisbehandlinger. Det betyder, at det meget ofte vil give underskud for det modtagende sygehus at behandle basispatienter på specialiserede afdelinger. Med den stramme økonomi, sygehusverdenen må leve med, vil det næppe virke fristende. Forslaget har en vis lighed med det føromtalte i henseende til overflødhed.

Oplysningsforpligtelsen om sygehuse med kortere ventetider er udmærket, men kunne formentlig have været opnået uden decideret lovgivning.

Hvad der derimod ville have haft patienternes interesse, ville være en mulighed for også at kunne vælge at blive behandlet på et privat sygehus, når det offentlige har for lang ventetid. Muligheden for at indlægge på akutstuer er en kalkering af eksisterende ordninger, som åbenbart har været mulige at etablere inden for den gældende lovgivning.

Det siges i bemærkningerne, at alternativer til sygehusindlæggelse for ældre ikke er tænkt som et forsøg på at nedbringe antallet af sygehusindlæggelser for ældre, der har behov for behandling på sygehusniveau. Nej, det er klart, det bør ikke være sigtet, men man kan godt have sin store bekymring for, om resultatet ikke kan risikere at blive, at ældre mennesker kan blive udsat for at blive spist af med en plejehjemsindlæggelse også i tilfælde, hvor det er sygehusbehandling, der er brug for.

Alt i alt et såre beskedent udkomme af de store bestræbelser og de mange store ord om alt det, regeringen nu vil udrette på sygehusområdet. Ubetydeligt og uskadeligt og helt uegnet til at vække modstand.

Henriette Kjær (KF):

Disse ændringer i loven om sygehusvæsenet kommer som bekendt på baggrund af de anbefalinger, man er kommet med i Sygehuskommissionens rapport. Vi var i Det Konservative Folkeparti med til at få nedsat Sygehuskommissionen, da vi mente, at man manglede et samlet overblik over de problemer, der tynger det danske sygehusvæsen samt nogle af de løsninger på problemerne, man står med i sygehusvæsenet.

Vi er derfor glade for, at vi i dag kan behandle dette lovforslag, der er en udmøntning af nogle af de anbefalinger, kommissionen kom med. Sygehuskommissionen har mange andre gode og brugbare anbefalinger, som vi håber amterne vil føre ud i livet, men med dette lovforslag kommer vi da et stykke ad vejen.

Et af elementerne i loven gør det muligt at lave flere forsøg inden for sygehusområdet. Det er udmærket. Hvis den offentlige sektor i almindelighed og sygehusvæsenet i særdeleshed skal udvikle sig, kan der være behov for at gå nye veje. Vi kan derfor kun tilslutte os en udvidet mulighed for at lave forsøg på området.

Et andet element i loven omhandler en udvidelse af det frie sygehusvalg. Det skal være muligt for visse basispatienter at blive behandlet på udvalgte sygehuse, der har landsdelsfunktion. Det finder vi meget rigtigt. Men da det jo er amterne, der skal beslutte sig for, om de vil tillade denne udvidelse, vil Det Konservative Folkeparti appellere til amterne om at benytte sig af den nye mulighed for at tilgodese patienterne. Det er ikke nok, at vi her i Folketinget udvider rammerne for amternes spillerum, de skal også benytte sig af det.

I Det Konservative Folkeparti ser vi det som et tiltrængt fremskridt, at man nu vil pålægge sygehusene at oplyse patienterne om det frie sygehusvalg. Det burde være en naturlig ting, at patienten fik besked om, at vedkommende kunne komme til hurtigere et andet sted end lige på det lokale sygehus eller et andet sted i amtet. Det vil dels give patienten mulighed for at komme til tidligere end ellers, men samtidig give patienterne et indtryk af, at alting i vores sygehusvæsen ikke absolut er helt umuligt.

Det kan godt være, at patienten skal vente længere for at blive behandlet lokalt, men vedkommende sidder ikke tilbage med en snærende utilfredshed over de lange ventelister, da man jo må håbe, at der i nogle tilfælde kan tilbydes en hurtigere behandling bare et andet sted.

Det er derfor op til patienten selv at vælge, om man vil vente længere lokalt eller kan komme til hurtigere lidt længere væk hjemmefra, og vi synes, det er meget tilfredsstillende, at det nu direkte pålægges sygehusene at informere patienterne om det frie valg.

Det sidste element i loven handler om, at kommuner og amtskommuner i fællesskab får mulighed for at lave de såkaldte akutstuer i tilknytning til plejehjem eller ældrecentre.

Det betyder, at de ældre, der blot skal indlægges for en banal lidelse eller indlægges, fordi ægtefællen skal aflastes, ja, de skal ikke nødvendigvis på hospitalet, men kan blive i deres nærmiljø og få besøg af deres normale hjemmesygeplejerske. Det synes vi i Det Konservative Folkeparti er en yderst god idé. Det er en fordel både for patienten og for sygehusvæsenet.

Forslaget må ikke misforstås, sådan at man nu tror, at de ældre ikke må komme på hospitalet, for ældre patienter, der kræver sygehusindlæggelse med den kapacitet, der nu er på et sygehus, skal fortsat indlægges. Ingen tvivl om det. Jeg er meget glad for, at ministeren tidligere har oplyst, at Ældre Sagen er indforstået med forslaget og ikke er i tvivl om, at de ældre selvfølgelig nok skal få den korrekte behandling.

Alt i alt er dette lovforslag udtryk for nogle rigtig gode initiativer, som vi i Det Konservative Folkeparti håber følges op af handling fra amternes side.

Jørn Jespersen (SF):

Venstres ordfører i dag var inde på, at det var en lidt pauvre opfølgning på Sygehuskommissionens rapport. Men jeg mener, at Venstres ordfører gjorde sig skyldig i en fejlurdering, nemlig at dette skulle være den eneste opfølgning på Sygehuskommissionens rapport.

Det er jo kun rigtigt i den forstand, at det er den foreløbig eneste opfølgning i Folketingets regi. Men man må jo sige, at der er lagt op til – og jeg regner med, at det er sundhedsministerens plan – at der sker ganske mange andre opfølgninger med andre virkemidler og i andre fora end det, der lige sker her i Folketinget.

Sygehuskommissionens anbefalinger vil formentlig indgå i økonomiaftalerne, forhandlingerne med amtskommunerne her til foråret, og der er en lang række andre initiativer i gang, hvor anbefalingerne vil indgå og spille en rolle. Så man kan sige, at der her er tale om, at Folketinget i virkeligheden spiller en noget mindre rolle i opfølgningen af Sygehuskommissionen,

end der måske var lagt op til tidligere eller nogen af os havde forventet.

Det kan være fornuftigt i nogle sammenhænge at tilrettelægge tingene på en anden vis, men jeg vil da alligevel ved denne her lejlighed give sundhedsministeren det råd, at det godt kunne være, det var en god idé at sikre, at der også er en politisk debat i Folketinget omkring de mange initiativer, som skal sættes i værk i den kommende tid. Jeg tror, at vi alle sammen har fordel af, at der både er den politiske debat og også en vis sikkerhed for et politisk flertal bag mange af de initiativer, der bliver taget. Så selv om det ikke formelt er nødvendigt, kunne det godt være, det reelt var fornuftigt.

Så vil jeg vende mig til det foreliggende forslag her, som ganske rigtigt er nogle relativt mindre ting i forhold til meget af det andet, der har været på banen i debatten om vores sygehusvæsen.

For det første er der forsøgshjemmelen med det formål at fremme omstillingen i sygehusvæsenet. Jeg tror, vi alle sammen er enige om, at der er et behov for at gennemføre ganske store omstillinger, og der er også behov for at gøre det gennem forsøg. Det er en god, effektiv, velafprøvet metode. Og derfor er der bestemt grund til at skubbe på, at der bliver lavet nogle flere forsøg.

Man kan spørge sig selv, om ikke sygehusloven i virkeligheden giver de muligheder i forvejen. Og dér er det vores opfattelse, at det gør den stort set. Og derfor må man formentlig konstatere, at der her mere er tale om en opfordring af psykologisk karakter til at gå i gang med nogle forsøg rundt omkring eller en markering af, at nu sker der noget, som i forvejen ville være sket.

Vi synes, det er helt okay at give sådan en opfordring og sådan et psykologisk skub i retning af mere omstilling, så det er vi i og for sig rimelig positive over for. Vi synes dog godt, at man undervejs i udvalgsbehandlingen måske kunne præcisere lidt nærmere, hvad det er for nogle forsøg, man mere bestemt tænker på; og om der er nogle ting, man ser mere velvilligt på end andre. Men det kan vi jo kigge på under udvalgsbehandlingen.

Så er der det næste punkt, som handler om frit valg også til lands- og landsdelsspecialafdelinger, hvis de implicerede amter vel at mærke bliver enige om det, og der er også nogle forudsætninger i bemærkningerne til loven om, at det kun gælder, hvis det er en relativt stor basisandel, der gør sig gældende på den pågældende

afdeling, sådan at det i virkelighedens verden mere er en basisafdeling end en specialafdeling. Vi er lidt i tvivl om fornuften i at gøre det og vil bore lidt mere i det. Hvad er de reelle økonomiske omkostninger? Bliver der overhovedet gennemført noget på punktet? Men vi er da ikke afvisende over for at lytte til gode argumenter.

På det tredje punkt er vi derimod noget mere skeptiske: pligten til at oplyse om frit valg og ventetider, hvis ventetiden er væsentlig højere end på tilsvarende sygehuse i nærheden eller i resten af landet. Vi synes for det første, det burde være en naturlig del af en god, lægefaglig rådgivning, en god service, at man havde det med i sin rådgivning. Men vi er noget skeptiske over for, om det er rigtigt at skrive det ind på denne måde i lovgivningen.

Findes der pålidelige opgørelser? Hvad er væsentlige overskridelser? Lovforslaget er selv i tvivl. Skal der kunne klages, hvis det ikke bliver overholdt? Er der sanktionsmuligheder? Ligger det ikke hos den praktiserende læge? Er der ikke andre elementer i en god, lægefaglig og etisk korrekt rådgivning, der var lige så vigtige, og som med lige så stor ret kunne skrives ind?

Med andre ord vil vi gerne have lidt bedre begrundelser for, at netop denne del af en god patientservice bliver skrevet ind og ikke så mange andre, og vi vil gerne have konsekvenserne nærmere belyst.

Endelig er der til sidst hjemmelen til, at amtskommunerne kan indgå aftaler med kommuner om at betale for personer, som henvises til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusbehandlingen. Det er efter vores opfattelse en smaddergod idé at arbejde videre med. Der er en lang række fordele først og fremmest for de pågældende mennesker, men forhåbentlig også derefter af økonomisk karakter, og de forsøg, som vi er bekendt med rundt omkring i landet, peger i den rigtige retning. Så vi er som udgangspunkt meget positive over for den del af lovforslaget.

Vibeke Peschardt (RV):

Jeg kunne næsten høre, at SF's ordfører her annoncerede en forespørgsel om selve kommissionsarbejdet, hvis jeg hørte rigtigt. Men jeg vil sige, at vi jo har tradition for her i Folketinget, at SF hvert år, når kommuneforhandlingerne tager fat, stiller en forespørgsel, og så kunne man jo måske slå de to ting sammen.

Men tilbage til sagen. Her i 1992 lukkede Folketinget op for muligheden af det frie sygehus-

valg. Efter Sygehuskommissionens betænkning lides der nu lidt mere på det frie sygehusvalg, idet amterne efter forhandling med et eller flere amter kan beslutte, at basispatienter inden for nærmere bestemte og aftalte specialer får mulighed for at vælge behandling på et sygehus med lands- eller landsdelsspecialafdelinger.

Det gøres herved lidt lettere for patienterne at vælge, og det er da også hensynet til patienterne og ventetiderne på amternes sygehuse, der har drevet sagen. Ventetider på hospitalerne er jo det helt store dyr i fortællingen om sygehuse, selv om der bestemt også er andre problemer i det danske sygehusvæsen, der fortjener lige så stor opmærksomhed.

For at udvikle de ideer, amterne har eller får omkring sygehuse, åbner lovforslaget samtidig op for, at sundhedsministeren kan godkende forsøg, dvs. fravigelser i de generelle bestemmelser i sygehusloven, for at fremme den omstilling i sygehusvæsenet, som vil ske i de kommende år.

Nu skal jeg ikke her åbne diskussionen om regionalisering i Danmark fra hovedstadsreformens dage; det ligger bag os nu, men den udvikling, der følger bl.a. af det her lovforslag, tror vi på sigt vil betyde, at strukturen i det samlede sygehusvæsen vil ændre sig mod større sygehuse med de mange specialer – ja, altså simpelt hen mod større sygehuse. Og det sætter så igen fokus på de små sygehuse og mulighederne for deres overlevelse, og det er jo også behandlet på udmærket vis i kommissionsbetænkningen.

Endelig har lovforslaget en informationsforpligtelse i relation til patienterne, der skal oplyses om muligheden for at blive behandlet på andre sygehuse med væsentlig kortere ventelister.

Det er et godt forslag, fordi det efter vores opfattelse sætter fokus på én af manglerne i sygehusvæsenet, nemlig informationen af patienten. Her er den direkte relation jo knyttet til ventelisterne, men jeg vil godt sige generelt, at patienter, der jo er i systemets magt på en lang række områder, kunne hjælpes et godt stykke ad vejen ved en langt bedre information imellem sygehus, behandlere osv. og patienter.

Jeg vil også godt her indskyde, at sundhedsministeren ikke i den, men i anden forbindelse, har gjort opmærksom på, at ventetider og ventetidernes nedbringelse er et mål i sig selv. Det er også rigtigt, men vi må på den anden side acceptere, at der er ventelister, og at der er

introduceret et begreb, der hedder differentierede ventetider, som vi er helt enige i.

Endelig er der i forslaget lagt op til bedre samarbejde mellem amter og kommuner med hensyn til de ældre patienter. Vi ved, at hver anden patient i en dansk sygehusseng er over 65 år, og flere forsøg har vist, at man med held kan tage højde for den udfordring ved at lade de kommunale parter, altså amter og kommuner, arbejde bedre sammen. Forsøget fra Rødding med akutstuer er velkendt, men der er også andre udmærkede muligheder med udkørende geriatrike teams. Århus er et eksempel på det.

Jeg har i den forbindelse prøvet at forske en lille smule i, hvordan det står til med plejehjemspladser i kommunerne. Det er jo dem, der i givet fald skal oprette disse akutstuer som næste skridt, og den undersøgelse har ikke rigtig resulteret i noget. Det er faktisk ikke muligt på nuværende tidspunkt at finde ud af, om plejehjemspladserne i kommunerne er der eller ikke er der. Selv fra Kommunernes Landsforening findes der faktisk ingen opgørelser på det område, og inden kommunerne eventuelt vil gå i gang med det, bliver vi nok nødt til at tage højde for det problem.

Vi synes, det er et godt lovforslag. Vi synes, det er fint med forslagene, og vi synes i det hele taget, det er en god udvikling, sygehusvæsenet er inde i.

Jan Kørpe Christensen (FP):

Jeg skal sige på Fremskridtspartiets vegne, at der efter vores mening er mange, mange positive ting i det lovforslag, der foreligger i dag, og som tager udgangspunkt i Sygehuskommissionens holdninger.

Der har på det sidste været en debat, også med Sygehuskommissionen. Jeg ved godt, at det ikke ligger i forslaget, men jeg synes, man ligesom er inde på et skråplan med hensyn til at opgive de generelle nedsettelse af ventetiderne. I 1988 foreslog Fremskridtspartiet en dagsorden her i Tinget, der gik ud på maksimum 3 måneders ventetid. Skiftende regeringer har siden da været fuldstændig enige i det, partierne har været enige om dette mål, og derfor vil jeg godt – selv om det ikke ligger i forslaget – understrege, at Fremskridtspartiet stadig mener, vi ikke skal opgive at få ventetiderne ned på maksimum 3 måneder.

Forslaget om, at sygehusejerne får mulighed for at udvide det frie sygehusvalg til nogle af de højt specialiserede sygehusafdelinger, er vi

fuldstændig på linje med. Vi må erkende, at det forslag, vi i sin tid vedtog om frit sygehusvalg, er en falsk varebetegnelse, idet det jo drejer sig om et friere valg af sygehusbehandling. Jeg siger det ud fra den betragtning, at vi i Fremskridtspartiet har den mening, at systemet burde være sådan, at pengene følger behandlingen, uanset om man vælger et offentligt hospital, et privat hospital eller en privat klinik. Det vil vi stadig arbejde for, og vi håber også, at det før eller senere vil gå op for den nuværende regering eller måske en senere regering, at det er det helt rigtige, for at vi kan få konkurrencemomentet ind i billedet og højne servicen over for patienterne.

Dermed være ikke sagt, at de, der er ansat på de offentlige hospitaler i dag, ikke løber stærkt nok. Det er vi faktisk helt klar over at de gør. Vi mener faktisk, de laver et godt stykke arbejde, uanset om der er tale om sygehjælpere, social- og sundhedsassistenter eller læger for den sags skyld. Men det, det handler om, er at få en helt anden struktur, så man primært bruger kræfterne på det væsentlige, altså behandlingen, frem for på møder, administration, omkostninger osv. Vi mener, man bør kigge på de ting, men vi er altså tilhængere af det første punkt i lovforslaget.

Når jeg læser bemærkningerne til forslaget, fremgår det, at siden 1993 har ca. 5 pct. af patienterne benyttet sig af det såkaldte frie sygehusvalg, og det er for lidt. Der står også i bemærkningerne, at det ikke er tilfredsstillende, såfremt den lave benyttelse skyldes, at mange patienter ikke har tilstrækkeligt kendskab til adgangen til at vælge, og jeg tror faktisk, det er fuldstændig rigtigt, at der er alt for få, der kender disse muligheder. Men nu indføres der pligt for sygehuse til at informere om det frie sygehusvalg, og det synes vi er meget, meget positivt.

Næste punkt er, at amterne får mulighed for at medfinansiere kommunale plejeinitiativer, og det samarbejde er vi naturligvis også tilhængere af. Det er og bliver et positivt element i det, der er kommet fra Sygehuskommissionen. Endelig indføres der en generel forsøgsbestemmelse på sygehusområdet, og det kan Fremskridtspartiet også billige.

Det er udmærket, at regeringen og Det Konservative Folkeparti fandt ud af, at der skulle nedsættes en Sygehuskommission; men vi må hele tiden understrege, at det trods alt er politikerne, der skal fastlægge sundhedspolitikken og ikke Sygehuskommissionen. Dette er sagt i rela-

tion til det, jeg tidligere var inde på, nemlig at stræbe efter at få ventetiden ned på maksimum 3 måneder.

Men stort set er vi altså positive over for det foreliggende lovforslag, og jeg skal ikke knytte yderligere bemærkninger til det.

Bruno Jerup (EL):

Dette lovforslag er jo en opfølgning af nogle af elementerne i Sygehuskommissionens betænkning, og i modsætning til fru Tove Fergo, som havde fået en meget sur tale med hjemmefra, vil jeg sige, at Enhedslisten i det væsentlige er positiv over for forslaget.

Vi finder pkt. 2 og 3 i § 1 acceptable. Det er fornuftigt, at man udnytter basisfunktioner på hospitaler med landsdelsfunktioner optimalt, hvis vi blot sikrer os, at der er mulighed for at slå bremsen i, hvis disse hospitaler begynder at få volumensyge og begynder at drive strandhugst på andre områder. Derfor er det selvfølgelig vigtigt, at der er et samarbejde mellem amterne og hospitalerne, så man ved, hvad der foregår.

Vi finder også, det er godt, at man tvinger sygehusejerne til at oplyse om ventetider på andre sygehuse, idet vi naturligvis understreger, at det frie sygehusvalg med betaling fra det offentlige ikke må omfatte firmaer, der lever af at skabe profit på befolkningens sundhedsmæssige behov. Den slags skal bare lukkes, og den offentlige kapacitet skal udvides tilsvarende. Jeg er nødt til at understrege, at selv om den eksisterende kapacitet sikkert kan udnyttes lidt bedre, og selv om man kan definere forskellige ventetider for forskellige typer behandling, ændrer det ikke ved, at Enhedslisten er af den opfattelse, at sundhedsvæsenet samlet set er for lavt prioriteret. Det offentlige sundhedsvæsen skal være så godt, at ingen ville drømme om at foreslå privatkapitalistiske løsninger.

Vi mener også, det fjerde punkt kunne blive et spændende fremskridt inden for det offentlige sundhedsvæsen, hvis der udvikles tilbud i kommunalt regi. Vi kunne godt ønske os, at det i praksis f.eks. kunne gøres således, at kommunerne sammen med amterne fik genåbnet nogle af de små sygehuse, så de fik karakter af det, ministeren kalder akutstuer, men gerne med flere funktioner. Man kunne jo kalde dem lokale sundhedscentre.

Det er naturligvis positivt, hvis det lykkes at få oprettet et betragteligt antal akutstuer, hvor f.eks. ældre medborgere kan have kontakt til

deres normale hjemmehjælpere, egen læge, sundhedsplejersker, pårørende og eventuelle bekendte. Der har været nogle få advarsler i retning af, om dette kunne føre til, at borgere, som har behov for en højere grad af specialiseret behandling, ville blive fejlbehandlet. Jeg tror, det vil afhænge meget af den lokale organisering af disse akutstuer og af den pågældende kommunes indstilling, men under alle omstændigheder bør det præciseres, hvem der har det overordnede tilsyn med disse akutstuer. Jeg går ud fra, at det vil blive ministeren i sin egenskab af indenrigsminister.

Det eneste sted, hvor der kan og bør sættes en finger på lovforslaget, er pkt. 1, som indfører en generel forsøgsparagraf i sygehusloven. Vi er tilfredse med, at det klart understreges, at der ikke kan laves forsøg, som vedrører § 5 i sygehusloven. Der bliver ingen forsøg med at gøre patienterne og deres sygdomme til en vare, sådan som Venstre til stadighed plæderer for, og det er udmærket. Det er også godt, at det fremhæves, at formålet med de mulige forsøg er at fremme omstillingen i sygehusvæsenet. Det begrænser jo antallet af de forsøg, der kan godkendes, en del, og det finder vi acceptabelt.

I bemærkningerne er der nævnt et par eksempler på mulige forsøg, som kunne falde ind under denne kategori. Vi kunne godt tænke os en uddybning af dette punkt under udvalgsarbejdet; for os er det nemlig vigtigt, at forsøgsparagraffen i loven ikke kan benyttes eller vil blive benyttet til at sætte gældende lovgrundlag ud af kraft i et ubestemt omfang.

Med disse bemærkninger skal jeg sige, at vi går positivt ind i udvalgsarbejdet med lovforslaget.

Ole Donner (DF):

Dansk Folkeparti er positivt over for det foreliggende lovforslag.

Sygehuskommissionen havde til opgave at undersøge, om organisationen af det danske sygehusvæsen var hensigtsmæssig, og lovforslaget giver adgang til udvidelse af det frie sygehusvalg, informationspligt vedrørende det frie sygehusvalg, mulighed for, at amterne kan medfinansiere kommunale plejeaktiviteter, og indførelse af en generel forsøgshjemmel. Forslaget skelner mellem de lokale sygehuse, der tilbyder basisbehandling, men ikke specialiseret behandling, og lands- og landsdelssygehuse, der tilbyder både- og

Det frie sygehusvalg begrænses i dag af, at patienterne ikke kan vælge at blive behandlet på lands- og landsdelssygehuse, selv om disse også tilbyder basisbehandling. Dette forhold vil lovforslaget ændre, så patienterne også kan vælge basisbehandling på de specialiserede sygehuse.

Oplysningspligten har til hensigt at øge patienternes viden om, at der findes mulighed for at vælge sygehuse med en kortere ventetid. Patienterne kan derfor blive hurtigere behandlet i forhold til den situation, der eksisterer i dag. Dette punkt støtter vi i Dansk Folkeparti, da det giver gamle, syge mennesker mulighed for en hurtig behandling.

Gruppen af gamle og syge vil efter intentionerne i lovforslaget få en forbedret service, fordi visse plejeopgaver m.v. overlades til den kommunale pleje. Samarbejdet mellem kommuner og amter kan i fremtiden give nogle nye tilbud til ældre og syge, hvor kommunerne overtager visse opgaver for sygehuse, typisk vedrørende pleje i kortere perioder. Dansk Folkeparti kan støtte en forbedring af syges og ældres forhold, men det må dog være et krav, at patienter, der har behov for sygehusophold, rent faktisk kommer på sygehuset, og at de kommunale plejeordninger ikke udhuler patienternes ret til sygeomsbehandling på sygehuset.

Forsøgsordningen skal give amterne ret til at lave forsøgsordninger for at højne serviceniveauet og tilrettelægge sygehusvæsenets opgaver mere hensigtsmæssigt. Der kan dog ikke laves forsøg med betaling for sygehusbehandling, og derfor mener vi, der burde være en større mulighed for valgfrihed mellem de offentlige og de private sygehuse. Der burde være en bedre ligestilling mellem de to typer hospitaler, og det vil vi håbe man vil arbejde for fremover.

Dansk Folkeparti kan støtte, at syges stilling forbedres i enhver retning, og at der bliver mere hensigtsmæssige og fleksible regler, der giver kortere ventetid og fritager hospitalerne for mere banale plejeopgaver. Alt det kan vi støtte i Dansk Folkeparti, og vi vil arbejde positivt i udvalget.

Sundhedsministeren (Birte Weiss):

Jeg vil godt takke ordførerne for en meget positiv modtagelse af lovforslaget, og jeg vil tage udgangspunkt i noget, fru Vibeke Peschardt sagde, nemlig at det er en god udvikling, sygehusvæsenet er inde i. Det mener jeg også man

på mange måder kan konstatere, selv om der stadig er mange mangler, mange ting, der skal laves om, og en lang række vanetænkninger, som vi bliver nødt til at diskutere løbende.

Når jeg alligevel vil tage udgangspunkt i fru Vibeke Peschardts udsagn, skyldes det, at jeg tror, det langt hen ad vejen dækker en pæn part af befolkningens synspunkter. Jeg tror, at masser af mennesker, der kommer i kontakt med det danske sygehusvæsen, synes, at de får en rimelig god behandling. Nogle gange synes man måske, man skal vente alt for længe, og det skal man også nogle gange, men det er vi jo i gang med at gøre op med.

Selvfølgelig findes der også en lang række enkeltssager, hvor det kan siges, at det ikke rigtig er det, vi forstår ved et virkelig velfungerende sygehusvæsen. Men bortset fra den slags eksempler er det danske sygehusvæsen væsentlig bedre end sit rygte. Det fremgår også af en lang række af de undersøgelser, der er lavet, senest af undersøgelsen om befolkningernes tilfredshed med sygehusvæsenene i en række europæiske lande. Her ligger Danmark faktisk pænt i toppen.

Så vil jeg godt sige en lille smule til fru Tove Fergos indlæg, fordi jeg på den ene side synes, at det var ret surt – jeg kan jo lige så godt sige det, som det er – og på den anden side synes, det var alt for snævert at påstå, at det, der kom ud af Sygehuskommissionens betænkning, kun var det her lille sølle lovforslag.

Vi har jo aldrig påstået, at dette lovforslag er opfølgeren af Sygehuskommissionens betænkning, men det er det, der umiddelbart kræver lovændringer. Derfor har regeringen lagt meget stor vægt på, at de lovændringer kunne blive bragt til veje allerede her kort tid efter, at Sygehuskommissionens betænkning er kommet.

Men der er masser af andre ting, masser af spændende forslag, og dér vil jeg godt gøre opmærksom på, at en hurtig og også reel opfølgning af en lang række af de ting, der ikke kræver lovændringer, netop sker her ved udlodningen af omstillings- og incitamentspuljen, hvor der er uddelt et par hundrede millioner kroner, og hvor man simpelt hen får mulighed for helt konkret at følge den tankeudveksling, der har været i Sygehuskommissionens betænkning, op.

Der er såmænd ingen grund til at miste modet, vil jeg sige til fru Tove Fergo. Vi skal nok hurtigt komme videre, og det er jo så viseligt

indrettet, at der også har været nogle penge til det.

Jeg vil godt takke den konservative ordfører for et både nuanceret og meget positivt indlæg. Jeg kan ikke finde nogen uenighed os imellem i det, der blev sagt, og derfor ser jeg også frem til, at vi på tværs af partiskel hurtigt vil kunne finde hinanden ved gennemførelsen af dette lovforslag.

Til hr. Jørn Jespersen skal jeg også kvittere for en meget positiv tale. Og til det, der gik på betænkkeligheden ved, om det overhovedet er rimeligt, eller om der overhovedet er nogen grund til, at man skal indskrive noget i loven om, at der skal oplyses om andre steder, hvor der er kortere ventetider, vil jeg sige, at det vel hører med til god lægeskik. Men vi kan også nøgternt konstatere, at det ikke sker, og derfor er det en væsentlig del af begrundelsen for, at lovforslaget er formuleret, som det er.

Hr. Køpke Christensen sagde noget, som jeg simpelt hen ikke forstår, idet han nemlig mere end antydede, at regeringen er på vej væk fra kampen mod de for lange ventelister. Sådan er det ikke. Det er tværtimod sådan, at vi nu er midt i en proces, hvor vi gerne vil have nogle mere nuancerede ventetidsmål, ikke et gennemsnitsmål, der siger maksimum 3 måneder for alle sygdomme, men i stedet en meget nuanceret tilrettelæggelse af de tilfælde, hvor der er behov for en væsentlig kortere ventetid end de 3 måneder, og dem, hvor man måske kunne forestille sig, at der godt kunne accepteres en længere ventetid.

Det er selvfølgelig en proces, der tager nogen tid, og derfor er jeg glad for, at Sundhedsstyrelsen har kastet sig ud i det her med krum hals. Det første resultat er det, vi har set med den melding, der er kommet om, at man ikke vil acceptere længere ventetider end 2 uger i forbindelse med brystkræftoperationer. 2 uger, fra man har været hos egen læge, og til mammografien finder sted, og maksimum 2 uger, fra man har været til mammografi, og til operationen bliver gennemført.

På tilsvarende vis vil vi så i løbet af det kommende år lidelse for lidelse kunne komme igen og se, hvilken ventetid der ud fra en lægefaglig vurdering er den højst acceptable. Det synes jeg der reelt er meget mere perspektiv i end gennemsnitsventetiden på de 3 måneder, og derfor er der bestemt ingen grund til at forsøge at skildre det som en flugt fra tidligere vedtagne dagsordener eller en flugt fra et fælles mål om at få så korte ventetider som muligt.

Jeg vil også godt takke hr. Bruno Jerup for et positivt indlæg, der meget langt hen ad vejen fulgte de samme retningslinjer som dem, der var i fru Hanne Andersens indlæg.

Derfor ser jeg generelt frem til en hurtig behandling af dette lovforslag. Det giver sig ikke ud for at være mere, end det er. Det er et helt praktisk bud på nogle problemstillinger, som man har drøftet i mange, mange år, og her ser vi så, at vi har et fælles grundlag at beslutte os på, nemlig Sygehuskommissionens betænkning, og resten af den bliver så fulgt op i en lang række andre sammenhænge.

Det forholder sig derfor også sådan, som hr. Jørn Jespersen sagde, at en del naturligvis vil blive bragt i fokus i forbindelse med de økonomiforhandlinger, der skal føres med de kommunale organisationer her til sommer.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Lovforslagets overgang til anden behandling vedtoges uden afstemning.

Formanden:

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

Den sidste sag på dagsordenen var:
5) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 103:

Forslag til folketingsbeslutning om tilbud om vederlagsfri influenzavaccination af ældre.

Af Bruno Jerup (EL) og Bent Hindrup Andersen (EL).

(Fremsat 11/3 97).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Sundhedsministeren (Birte Weiss):

Jeg vil godt starte med at sige, at regeringens holdning til lovforslaget her ikke har forrykket sig siden maj sidste år, hvor man drøftede et tilsvarende forslag, og dengang fik det, så vidt jeg er orienteret, kun tilslutning fra forslagsstillerne og fra Fremskridtspartiet.

Men jeg vil godt begrunde, hvorfor vi ikke kan støtte lovforslaget. Baggrunden er, at både danske og udenlandske undersøgelser har vist, at influenza, der jo også ofte optræder i form af epidemier, fører til flere dødsfald.

I Danmark optræder influenza i form af epidemier i 6 ud af 10 år. Antallet af dødsfald, som følge af epidemierne i 1992-93, 1993-94 og 1995-96 er beregnet til henholdsvis 0, ca. 2.000 og ca. 1.600. Langt den overvejende del af de mennesker, der i forbindelse med influenzaepidemier afgår ved døden, er over 65 år.

Med sådanne tal er det nemt at finde sympati for det, som Enhedslisten har foreslået. Man kan her tale om en vis overdødelighed, der rammer de ældre, men det er det nødvendigt så at gå lidt tættere på, nemlig ved at konstatere, at denne overdødelighed ikke skyldes alderen i sig selv, men at en del ældre har sygdomme i forvejen, som gør influenza særligt farlig for dem.

Når jeg vil tage det udgangspunkt, vil jeg godt samtidig understrege, at der næppe er nogen tvivl om, at de fleste rent instinktivt godt kan føle sympati for det forslag, der er tale om her, men at tilgangen til det måske ikke er helt saglig.

Det er nemlig vigtigt at fremhæve, at overdødeligheden blandt de ældre helt overvejende er knyttet til dem, der har kroniske lunge- og kredsløbssygdomme. Risikoen for at dø af influenza er faktisk minimal i den meget store gruppe af raske ældre mennesker over 65 år, som bliver ramt af en epidemi. Hos raske voksne mennesker er influenza sædvanligvis en relativt mild og en selvbegrænsende sygdom.

Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor generelt vaccination af mennesker, som har lidelser i kredsløb og lunger, og af mennesker, der har et defekt immunforsvar, og at det er en god idé, siger næsten sig selv.

Vaccination anbefales også til mennesker på plejehjem og lign., fordi undersøgelser har vist, at influenzaudbrud på den slags institutioner kan medføre mange dødsfald.