

vurdere, om det er mest hensigtsmæssigt, at det skal løses på den ene eller den anden måde.

(Kort bemærkning).

Jens Christian Larsen (V):

Det er fru Line Barfods bemærkninger om virkeligheden, der kalder mig herop. Som medlem af sundhedsudvalget i Nordjyllands Amt vil jeg gerne give fru Line Barfod den oplysning, at sundhedsudvalgets budget netto er tilført 60 mio. kr. mere i 2002, og det er vel at mærke før de ekstra millioner, som sundhedsministeren netop lige har omtalt.

Det var et bud fra virkeligheden.

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Sundhedsministeren svarede ikke på mit spørgsmål om, hvorfor det skulle være nødvendigt med et halvt år til en undersøgelse, som man har gennemført for få år siden, og som derfor må være ret enkel at gennemføre igen, og som vi hurtigt burde kunne få resultaterne af, så vi kan se, om det fortsat ser så galt ud, som det gjorde sidst, da man undersøgte det.

Men så blot en bemærkning om ministeren: Det ærgrer mig lidt, at ministeren ikke havde tid til at være med til eksperthøringen. Det er selvfølgelig klart, at ministeren har meget travlt, det ved jeg, men jeg håber, at ministeren så vil kunne få noget mere viden på det her område, som jo er en anden del end resten af sundhedsvæsenet.

Der er nogle andre forhold, der gør sig gældende, og derfor kan et af problemerne jo netop være, at når amterne sidder og diskuterer sundhedsvæsen og sygehuse, så gør de det ud fra nogle helt andre forhold end dem, der gør sig gældende i forhold til fødsler og svangreomsorg, og at man netop kan få en fornuftig arbejdstilrettelæggelse, hvis man laver decentrale enheder.

Og så har jeg svært ved at se, at kravet om at have en jordemoder til stede under hele fødslen skulle være et processuelt krav. Jeg synes, det er et helt grundlæggende krav. Ligesom man har krav på at få sat sit ben sammen, når det er brækket, uden at vi behøver at have det i lovgivningen, så må det at have en jordemoder til stede under fødslen også være helt essentielt for fødslen. Jeg synes heller ikke, det burde være nødvendigt, men når det nu viser sig, at amterne ikke lever op til det, så er det, vi har følt, det var

nødvendigt at lovgive om det for at sikre, at det kan komme til at foregå på den måde.

Hermed sluttede forhandlingen, og forslaget overgik derefter til anden (sidste) behandling.

Afstemning

Formanden:

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget. (*Op-hold*). Det er vedtaget.

Kl. 19.00

Den næste sag på dagsordenen var:

7) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 129:

Forslag til folketingsbeslutning om forbedring af de tværfaglige rehabiliteringstilbud til traumatiserede og torturramte flygtninge.

Af Naser Khader (RV) m.fl.
(Fremsat 1/4 2003).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Det Radikale Venstre har fremsat forslag om, at Folketinget pålægger regeringen at sikre, at alle amter tilbyder rehabilitering til traumatiserede torturramte flygtninge uden brugerbetaling.

Det fremgår endvidere af forslaget, at man således opfordrer regeringen til at opfylde den delaftale om specialiserede behandlingstilbud, som indgik i aftalen mellem den tidligere regering og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi for 2002, altså den aftale, der blev indgået i maj-juni 2001. Forslaget er endvidere en opfølgning af anbefalingerne fra arbejdsgruppen om rehabilitering af traumatiserede flygtninge.

Som bekendt omfatter forslagene en placering af ansvaret for behandlingstilbuddene inden for sygehuslovens rammer og etablering af frit valg til de tre private centre, der findes. Forslagene omfatter også ændring af karenstidsreglen vedrørende det særlige behandlingstilbud

samt gennemførelse af psykologisk og lægefaglig screening af flygtninge forud for boligplacering.

Jeg tror godt og håber også, at vi alle sammen kan blive enige om, at de flygtninge, som kommer her til landet, skal have den behandling, som de har behov for, herunder også behandling for de traumer, som de har fået forud for ankomsten.

Det er også regeringens politik, at vi skal sørge for de flygtninge, som vi giver asyl, på en sådan måde, at de i videst muligt omfang kan komme til at fungere i vores samfund og blive integreret på en god måde. Derfor er det vigtigt, at vi kan tilbyde dem den behandling, som de har behov for. Ingen tvivl om det.

Som sagt indgik gennemførelsen af arbejdsgruppens forslag i den daværende SR-regerings forhandlinger med amterne om amternes økonomi for 2002, og samtidig med det udsendte Sundhedsministeriet dengang et lovforslag vedrørende frit valg til de tre private centre.

Desværre viste det sig ikke muligt at opnå enighed om en finansiering, hvor de parter, som hidtil har tilført centrene ressourcer, dels ved tilskud, dels ved betaling for ydelser, finansierede forslaget. Derfor har det ikke i første række været muligt – altså som følge af den manglende enighed om finansiering – at fremsætte lovforslaget.

Der blev fra mange sider sat spørgsmålstegn ved, om amternes opbygning af tilbud var afhængig af, at det påtænkte lovforslag om frit valg blev fremsat. Der var en tendens til, at man rundtomkring i ond eller god tro, det skal jeg ikke gøre mig til dommer over, brugte denne tvivl som begrundelse for ikke at starte på den opbygning, som jo blev aftalt i økonomiaftalen for 2002.

Derfor fandt jeg det nødvendigt lige efter nytår at præcisere over for amterne, at en ændring af sygehusloven ikke er nødvendig, for at amterne kan tilbyde det særlige behandlingstilbud efter sygehuslovens regler. Jeg oplyste samtidig om, at lovforslaget om frit valg til de tre centre er udskudt indtil videre.

Så bad jeg i øvrigt amterne oplyse, hvor langt de er fremme med udbygningen. Det fremgår af de svar, som jeg fik, at cirka halvdelen af amterne tilbyder behandling eller planlægger at tilbyde en sådan i 2003 eller omkring årsskiftet 2003-04.

Så fremgår det også af amternes tilbagemelding, at man venter at bruge cirka halvdelen af

det beløb, som blev afsat ved økonomiforhandlingerne for 2002 og frem, altså de 35 mio. kr. årlig, som indgik i den økonomiramme, der blev disponeret ved den aftale, der blev indgået på det tidspunkt.

Så man er altså lidt bagud på point, for nu at sige det diplomatisk. For at få sat yderligere skub i udbygningen og få afsluttet de diskussioner, der har været, om, hvem der har ansvaret for at tilbyde behandling i det særlige behandlingstilbud, er det min agt at søge dette spørgsmål inddraget i de økonomiforhandlinger med amterne, som vi tager hul på om ganske kort tid.

Kl. 19.05

Der foregår endvidere for øjeblikket sammen med Integrationsministeriet overvejelser om, hvordan indvandrere kan sikres helbredstjek, når de kommer til Danmark, for nu at adressere den del af forslaget.

Så vi er altså, kan man sige, opmærksom på de problemstillinger, der ridses op i forslaget. Vi deler det synspunkt, at hvad der blev aftalt tilbage i 2001, nu skal implementeres i virkelighedens verden. På den baggrund forekommer det fremsatte beslutningsforslag overflødigt, og regeringen kan derfor ikke stemme for beslutningsforslaget.

(Kort bemærkning).

Kim Sejr (RV):

Jeg siger tak til indenrigs- og sundhedsministeren for at erkende, at der er behov for en indsats på området, og at vi selvfølgelig skal sørge for, at de traumeramte flygtninge kommer til at fungere. Det er vigtigt, at de bliver tilbudt behandling.

Men når ministeren så siger, at det ikke er nødvendigt at forpligte amterne i forhold til at komme det ind under sygehusloven, så er der noget, jeg ikke forstår. For det er jo netop amterne selv, der gerne så, at det helt klart fremgik på det her område, at det var deres forpligtelse, og at det derfor lå ind under sygehusloven.

Når ministeren nævner, at en række amter endnu ikke er gået i gang med nogen indsatser på det her område, så er det helt korrekt. Der er faktisk 4-5 amter, der slet ikke har foretaget en indsats på det her område, som det ellers oprindeligt var aftalt.

Jens Christian Larsen (V):

Jeg forstår, at Det Radikale Venstre med beslutningsforslag B 129 vil opfordre regeringen til at sikre, at alle amter tilbyder rehabilitering af

traumatiserede og torturramte flygtninge uden brugerbetaling.

Det fremgår også, at forslaget er i overensstemmelse med de anbefalinger, som en arbejdsgruppe om rehabilitering af traumatiserede flygtninge i 2001 har afgivet.

Yderligere fremgår det, at den manglende realisering af tilbuddet ikke er lykkedes på grund af uenighed mellem parterne om finansiering af udgiften. Det er således ikke lovgivningen, der forhindrer en gennemførelse i alle landets amter. Det er derfor efter Venstres opfattelse mere relevant at få aftalen forhandlet på plads med amterne. Vi hilser derfor med tilfredshed, at indenrigs- og sundhedsministeren vil inddrage spørgsmålet i de forestående økonomiforhandlinger med amterne om aftalen for 2004.

Vi anser det derfor nødvendigt med en vedtagelse af forslaget.

Formanden:

Så er det fru Lone Møller som ordfører.

Lone Møller (S):

Da vores ordfører på området, fru Sophie Hæstorp Andersen, ikke kan være til stede, skal jeg på hendes vegne fremføre følgende:

Socialdemokratiet har fremlagt sin politik for en bedre integrationspolitik for flygtninge, der kommer til Danmark. Den tager sit udgangspunkt i, at langt de fleste asylsøgere, der kommer til Danmark, er personer, der kan tage vare på deres eget og familiens liv. Det har de gjort, før de flygtede fra deres hjemland, og det skal de fortsætte med at gøre i Danmark. Vi skal derfor have en asylpolitik, der giver asylsøgerne et aktivt liv. Det giver asylsøgerne de bedste forudsætninger for at forsørge sig selv og blive integreret i samfundet.

Desværre bærer mindst hver femte flygtning, der får asyl i Danmark, på en frygtelig bagage. De har på et tidspunkt været udsat for tortur. For dem, der har oplevet tortur, er det vigtigt, at de og deres familier tilbydes en tidlig og effektiv krisebehandling, så de får overskud til at blive en del af det samfund, de nu opholder sig i.

Samtidig er det vigtigt at sikre, at følgerne af de voksnes traumer bliver så små som muligt, så de ikke overføres på børnene. Hvis det kan lade sig gøre, er det vigtigt, at de eksisterende sundhedstilbud og tilbud om krisebehandling styrkes markant, og at ansvaret for behandling af traumatiserede flygtninge er klart og giver muligheder for en bedre behandling.

Den tidligere socialdemokratiske-radikale regering indgik i 2001 en aftale med amterne om at sikre flere og bedre geografisk dækkende behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge. Samtidig var der enighed om at give amterne det nødvendige økonomiske råderum til at gå i gang med en gradvis udbygning i de kommende år. Som opfølgning på aftalen lovede den tidligere regering samtidig at fremsætte et lovfor-slag, der sikrede, at ansvaret for at behandle traumatiserede flygtninge blev placeret inden for sygehuslovens rammer.

Målet var dels at sikre, at amterne, der i dag har ansvaret for en lang række andre sundhedsopgaver, også fik ansvaret på dette område, dels at sikre frit valg for den enkelte traumatiserede flygtning – det er jo så moderne med frit valg i disse tider – til at vælge det behandlingssted med den bedste kvalitet og den laveste ventetid. De eksisterende centre for torturofre skulle som institutioner ind under sygehusloven.

Desværre nåede regeringen aldrig at få sit lovforslag fremsat, inden der blev udskrevet valg, og den nye VK-regering valgte at tage lovforslaget af bordet af helt ukendte årsager. Konsekvensen af regeringens og indenrigs- og sundhedsministerens manglende tiltag på området har medført, at ventetiderne på behandlingstilbud i dag er helt oppe på 2 år, og at der stadig væk ikke er frit valg til at vælge behandlingssted for den enkelte flygtning.

Det betyder, at flere flygtninge fremover vil være hensat til passiv forsørgelse uden mulighed for at varetage et job eller tage sig af deres familie. Samtidig støtter det billedet af en regering, der ikke prioriterer integration af flygtninge, og det er stærkt kritisabelt.

Behandling og integration af traumatiserede flygtninge skal i stedet sættes i centrum og tilpasses de enkeltes mentale tilstand, så de hurtigst muligt kan blive ressourcestærke personer, der tager ansvar for sig selv og deres nærmeste. Derfor kan Socialdemokratiet støtte De Radikales forslag.

Formanden:

Fru Anita Knakkegaard som ordfører.

Anita Knakkegaard (DF):

Forslaget drejer sig om forbedring af de tværfaglige rehabiliteringstilbud til traumatiserede og torturramte flygtninge. Forslaget skal sikre, at alle amter uden brugerbetaling tilbyder rehabi-

litering til traumatiserede og torturramte flygtninge. Her henviser Det Radikale Venstre til en aftale, den tidligere regering indgik med Amtrådsforeningen for 2002 vedrørende specialiserede behandlingstilbud.

Det Radikale Venstre ønsker bl.a. med forslaget at placere ansvaret for behandlingstilbuddet inden for sygehuslovens rammer; etablering af frit valg til tre private centre inden for fastlagte økonomiske rammer; ændring af reglen om 6 ugers karenstid for adgang til sygehusedelser ved tilflytning her til landet, hvilket vil sikre den traumatiserede person ret til vederlagsfrit at modtage behandlingstilbud i karenperioden; at gennemføre en grundig psykologisk og lægefaglig screening af flygtningen forud for boligplacering i kommunerne; sammen med Amtrådsforeningen i Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune at vurdere behovet for en udbygning af kapaciteten og en yderligere tilførsel af ressourcer via bloktilskuddet.

Jeg har fået oplyst, at der ingen ventetid er på vurderende undersøgelser, og at ventetiden på en behandling er maks. 1 år og ikke 2 år, hvilket er oplyst i bemærkningerne. Røde Kors har allerede nu mulighed for at sætte ind med undersøgelser i asylfasen, når flygtningen kommer til landet. Røde Kors kan her ansøge om en særskilt bevilling, som man også i mange tilfælde får. Blot er det kedeligt, at papirerne fra disse undersøgelser foretaget hos Røde Kors sjældent følger med til kommunen eller behandlingsstedet. Her foretager man dem så endnu en gang, og dette bør efter min mening rettes.

Ifølge de oplysninger, jeg har, inddeler nogle behandlingssteder bl.a. i tre grupper: grupper, der ikke er udsat for direkte tortur. Den anden gruppe omfatter øjenvidner til krig og personer, der har mistet nær familie. Den tredje gruppe, det er ca. 30 pct., har været udsat for fængsling og tortur.

Kl. 19.15

Kombinationsbehandlingen varer ca. 1 år. Det er på nuværende tidspunkt en amtskommunal opgave, og da ventelisterne er halveret inden for ca. 2 år, mener jeg, det fortsat bør være i dette regi og ikke inden for sygehuslovens rammer. Men det kan man så åbenbart selv bestemme.

Med hensyn til egenbetaling for behandlingen er der sjældent betaling fra flygtninge, der er kontanthjælpsmodtagere. Pengene bevilges over aktivlovens § 82 eller integrationslovens § 36.

Hvis vi sammenligner med en traumatiseret dansk statsborger i arbejde eller på dagpenge, der får brug for psykologhjælp, fordi f.eks. en eller flere pårørende dør ved en trafikulykke, så får vedkommende, hvis han/hun er omfattet af ordningen om sygesikringstilskud til psykologhjælp, maksimalt 12 konsultationer. Sygesikringen yder 60 pct.s tilskud, og egenbetalingen er 228 kr. Det er for mig at se et betydeligt dårligere tilbud end det, man yder til traumatiserede flygtninge ved tab af nær familie.

Det fremgår ikke, hvor meget forslaget koster, dog fremgår det, at der skal tilføres penge via bloktilskuddet. Der står intet om, hvor mange flygtninge det drejer sig om. Ifølge den tidligere aftale med Amtrådsforeningen har jeg fået oplyst, at det drejer sig om 135 mio. kr., hvoraf 35 mio. kr. er givet.

Jeg vil derfor spørge Det Radikale Venstre, om det er korrekt, at forslaget koster 100 mio. kr. Dansk Folkeparti undrer sig over, hvorfor Det Radikale Venstre ikke fandt penge til dette tiltag, da partierne udmøntede satspuljen, hvor Dansk Folkeparti jo ikke sad med ved bordet.

Dansk Folkeparti er på denne baggrund ikke positivt indstillet over for forslaget.

(Kort bemærkning).

Naser Khader (RV):

Jeg kan konstatere, at Dansk Folkepartis ordfører ikke har forstået vores forslag. Hvad har Røde Kors med det at gøre? Det er det ene spørgsmål.

Det andet spørgsmål er på baggrund af, at ordføreren for Dansk Folkeparti siger, at hun har fået oplyst, at ventetiden er under et år. Jeg vil gerne have at vide, hvem kilden til denne oplysning er.

Det tredje spørgsmål er: Har ordføreren for Dansk Folkeparti læst rapporten, der er udgangspunkt for de forslag, der blev fremsat af den tidligere regering? Den tidligere SR-regering indgik nemlig en aftale med Amtrådsforeningen om at indføre behandling inden for sygehusloven, men den nuværende regering, VK-regeringen, har nedprioriteret området lovgivningsmæssigt.

(Kort bemærkning).

Anita Knakkegaard (DF):

Med hensyn til hvad Røde Kors har med det at gøre, vil jeg sige, at der jo står i forslaget med hensyn til asylfasen, at der skal man kunne påbegynde en behandling og i hvert fald en udred-

ning, så man senere kan blive boligplaceret. Det er her, man laver nogle af de udredninger, man gerne vil have i kommunerne, men man ser mange gange i kommunerne og i amterne eller på behandlingsstederne, at disse ting ikke følger med.

Det ville være rart, at man fik dem. Man kunne jo forestille sig, at f.eks. sprogskolerne kunne have glæde af de rapporter.

Med hensyn til hvor jeg har mine oplysninger fra, så har jeg haft kontakt med Amtsrådsforeningen, jeg har haft kontakt med KL, jeg har haft kontakt med Aalborg Kommune, og jeg har haft kontakt med et af behandlingsstederne. Jeg har ikke læst den rapport, hr. Naser Khader henviser til.

KL 19.20

(Kort bemærkning).

Kim Sejr (RV):

Jeg er glad for, at Dansk Folkeparti nævner screening, for nu er det jo ikke sådan, at traume- og torturramte flygtninge, når de kommer til Danmark, ligefrem stiller sig op på en piedestal og begynder at fortælle om, hvilken form for tortur de har gennemgået. Det forholder sig faktisk lige modsat. Tortur- og traumeramte flygtninge vil nemlig helst ikke ud med sproget om, hvad det er, de har været ude for.

Derfor har vi jo et kæmpemæssigt problem, når vi fordeler vores flygtninge. Vi sender folk ud, og de bliver boligplaceret, mens de i virkeligheden viser sig at have et kæmpestort behandlingsbehov. Vi ved det bare ikke. For at sikre, at vi får den viden, foreslår Det Radikale Venstre, at vi får foretaget den screening på stedet, så vi får et stort og grundigt overblik over, hvad behandlingsbehovet egentlig er.

Med hensyn til den behandling og den dokumentation, der foreligger der, skal det naturligvis ikke være sådan – og jeg håber heller ikke, at det er sådan i virkeligheden – at det er noget, der går tabt undervejs i et eller andet bureaukrati mellem den ene og den anden instans.

Formanden:

Vil fru Anita Knakkegaard have ordet? Ellers går vi videre i ordførerrækken. Fru Else Theill Sørensen.

Else Theill Sørensen (KF):

Der er blandt de flygtninge, der kommer til Danmark, en hel del, der har været udsat for tortur og andre grusomme oplevelser, som har be-

virket, at de er blevet traumatiserede. Først og fremmest for de pågældendes skyld, men også for det danske samfunds skyld, er det vigtigt, at de traumatiserede kommer i behandling med henblik på så hurtigt som muligt og så godt som muligt at komme ind i en normal tilværelse.

En traumatiseret person i en familie påvirker hele familien og mindsker dens muligheder for at komme til at fungere i det danske samfund. Det er uacceptabelt og omkostningsfyldt både menneskeligt og økonomisk, hvis nogle flygtninge i den situation venter helt op til 2 år på at komme i behandling.

Nu er der faktisk håb om, at presset på behandlingskapaciteten vil falde fremover som følge af, at der nu kommer langt færre flygtninge til Danmark. Den strammere udlændingepolitik, som Det Konservative Folkeparti sammen med Venstre og Dansk Folkeparti har gennemført, gavner også situationen på dette punkt.

Ikke desto mindre er situationen ikke helt tilfredsstillende lige nu, og den konservative folketingsgruppe er derfor meget tilfreds med, at regeringen vil inddrage spørgsmålet i økonomiforhandlingerne med amterne for 2004. Det Konservative Folkeparti finder derfor ikke, at der er behov for beslutningsforslaget, og vi kan ikke stemme for det.

(Kort bemærkning).

Kim Sejr (RV):

Jeg kunne så godt tænke mig at spørge den konservative ordfører, om man er uenig i amternes synspunkt, at der er behov for, at det fremgår, hvor forpligtelsen ligger? Det fremgår nemlig, at Amtsrådsforeningen er enig i, at der er hjemmel til at kunne etablere den her slags tilbud, men det bliver samtidig sagt, at der på grund af det meget lange og skiftende sagsforløb, der har været i det her spørgsmål, er opstået, hvad man kan betegne som en u hensigtsmæssig uklarhed om retstilstanden i relation til forskellige behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge.

Jeg ved jo, at Det Konservative Folkeparti går meget ind for meget stabile retstilstande i det danske samfund, og derfor kunne jeg godt tænke mig at spørge, om det så ikke kunne lette lidt på det at få et helt klart ansvar på det her område?

(Kort bemærkning).

Else Theill Sørensen (KF):

Jeg håber, at der både i det her tilfælde og i en lang række andre tilfælde er andre muligheder

for at få afklaret en uklarhed om retstilstanden end netop at lave ny lovgivning på området. Jeg tror godt, man kan afklare en retstilstand på andre måder, og jeg har forstået af sundhedsministerens udtalelser, at det ikke er hans eller regeringens opfattelse, at der er behov for at ændre sygehusloven af den her grund.

Derfor vil afklaringen nok kunne finde sted, uden at man laver ny lovgivning.

(Kort bemærkning).

Kim Sejr (RV):

Jo, men nu er der sådan set ikke tale om ny lovgivning, der er tale om en eksisterende lovgivning. Det, vi taler om, er ansvarsplaceringen, og her forstår vi – på linje med Amtsrådsforeningen – at det mest fornuftige og den bedste retstilstand på det område, var, at det her område kom ind under sygehusloven, så vi taler om ansvarsfordeling. Er den konservative ordfører ikke enig i, at en så klar præcisering som overhovedet muligt omkring ansvarsfordelingen altid vil være en fordel?

Kl. 19.25

(Kort bemærkning).

Else Theill Sørensen (KF):

Den konservative folketingsgruppe er tilfreds med, at regeringen vil inddrage spørgsmålet i økonomiforhandlingerne med amterne for året 2004.

Formanden:

Så er det hr. Kim Sejr for en sidste kort bemærkning.

(Kort bemærkning).

Kim Sejr (RV):

Godt. Så vil jeg så bare stille dette spørgsmål: Når det skal ske på frivillig basis, som den konservative ordfører tilsyneladende gerne vil have, så viser det sig jo, at et betragteligt antal af amterne i øjeblikket ikke har udført deres del af aftalen endnu. Derfor kunne man jo rent hypotetisk forestille sig, at der engang i fremtiden var et amt, der måske ikke på frivillig basis udførte opgaven, og den konservative ordfører har jo sagt, at der skal gøres en indsats på det her område.

Ville det så ikke være en god idé, at det amt vidste, hvis ansvar det egentlig var at få udført denne her opgave? Ellers er den traumatiserede flygtning jo overladt til den enkelte kommune og dens ressourcer og forgoedtbeholdende. Vil

det ikke være den bedste retstilstand for den traumatiserede flygtning, som også den konservative ordfører jo har sympati for, at der var en helt klar ansvarsfordeling på det her område?

(Kort bemærkning).

Else Theill Sørensen (KF):

Nu erindrings jeg ikke lige, at jeg har talt om, at noget skulle være på frivillig basis, men jeg har sagt, at nogle ting skulle afklares i forbindelse med forhandlingerne mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi for 2004.

Og det der med, som hr. Kim Sejr siger: rent hypotetisk, hvis der nu engang langt ude i fremtiden opstår – jo, men lad os nu tage nutiden, som den er sådan cirka lige nu, og lad os så se, hvad der kommer ud af de forhandlinger, som regeringen skal have med Amtsrådsforeningen om økonomien for 2004.

Formanden:

Så fortsætter vi i ordførerrækken. Fru Lene Garsdal.

Lene Garsdal (SF):

Da mit partis ordfører, hr. Kamal Qureshi, ikke kan være til stede, skal jeg på SF's vegne fremføre følgende:

Det er SF's politik, at der tilbydes et grundigt sundhedstjek til alle udlændinge ved ankomsten til Danmark inden for de første 2 uger. Behandlingsbehovet skal afdækkes, og eventuel behandling sættes i gang.

Vi ved, hvor afgørende det er, at torturofre og lignende modtager behandling hurtigt. Desværre er der i dag for lang ventetid. Regeringen er mere optaget af at sikre sig stemmer fra Dansk Folkeparti end at hjælpe alvorligt syge flygtninge. Den holdning tager SF kraftigt afstand fra, så SF's indstilling er, at vi støtter, fordi det ligger i forlængelse af vores egen politik på området.

Formanden:

Fru Line Barfod som ordfører.

Line Barfod (EL):

De Radikale har fremsat et meget sympatisk forslag, der skal ændre den meget usympatiske efterladenhed, regeringen har udvist. Det er jo desværre symptomatisk for den nuværende regering, at de ikke under flygtningene noget som helst.

I stedet mener vi faktisk, at torturramte flygtninge i vid udstrækning burde betragtes som helte. Det er netop i gruppen af torturramte flygtninge, man finder de personer, der har sat deres personlige interesser til side for at gøre noget for at ændre på diktatoriske regimer. Den tak, man så får fra den danske regering, er, at de kan vente i op til 2 år på at få behandling af traumerne.

Vi mener også, det burde være helt indlysende, at det er i det danske samfunds egen interesse, at flygtningene får behandlet deres traumer så hurtigt som muligt. Især når der er tale om familier, kan det også have stor betydning for børnene, at man får behandlet de traumer, der måtte være. Vi har desværre problemer med børn og unge, der har store problemer og har svært ved at klare sig i samfundet, og en del af disse problemer skyldes, at de har ubearbejdede traumer fra den tortur, forældrene har været udsat for, og som de selvfølgelig også er meget påvirkede af.

Derfor håber vi meget, at det lykkes at få gennemført, at man får en bedre behandling for traumatiserede og torturramte flygtninge, og vi støtter fuldt ud De Radikales forslag.

Kl. 19.30

Formanden:

Næste ordfører er fru Tove Videbæk.

Tove Videbæk (KRF):

Kristeligt Folkeparti er meget positiv over for intentionerne i forslaget, og vi vil gå positivt ind i udvalgsarbejdet, men har ikke konkret afgjort, om vi vil trykke på den røde eller grønne knap ved afstemningen.

Formanden:

Så er det ordføreren for forslagsstillerne, hr. Naser Khader.

Naser Khader (RV):

Traumatiserede flygtninge er personer, som lider af traumer efter tortur eller krigsoplevelser eller politisk forfølgelse m.v. Det er ofte personer, der lider af alvorlige psykiske, fysiske og sociale problemer som følge af umenneskelige oplevelser og pinsler. Disse mennesker skal hjælpes, det er en etisk fordring.

Hvis integrationsindsatsen skal have nogen mening, bør disse mennesker have hjælp til rehabilitering, dvs. hjælp til et værdigt liv og til at finde overskud og kapacitet til at forme deres liv og træffe selvstændige beslutninger. Den ordi-

nære integrationsindsats er ofte forfejlet over for disse mennesker, fordi de er hæmmet af deres traumer.

Undersøgelser af danskundervisning tyder på, at traumatiserede flygtninge har højt fravær bl.a. på grund af hukommelses- og koncentrationsproblemer, og dermed får de ringe udbytte af undervisningen. Samtidig står ægtefællerne til de traumatiserede flygtninge tilbage med de familiemæssige forpligtelser og kan dermed også have svært ved at finde overskud til danskundervisning og integration. Det hæmmer nemlig de andre familiemedlemmers integration, hvis et familiemedlem har ubehandlede traumer.

Når traumerne ikke behandles, får flygtninge og deres ægtefæller vanskeligere ved at komme i arbejde. Dermed oplever de i høj grad konsekvenserne af, at regeringen har indført en lavere økonomisk ydelse for nyankomne, for de traumatiserede flygtninge har ikke overskud til at søge eller fastholde et arbejde, og dermed har de ringe muligheder for ekstra indtægter, der kan supplere starthjælpen.

Endvidere udgør de ubehandlede eller forkert behandlede flygtninge en unødvendig belastning for det almindelige sundhedsvæsen. En præcis diagnose og målrettet behandling i trygge rammer hjælper ikke blot de traumatiserede flygtninge til bedre og menneskelige vilkår, den optimerer også sundhedsvæsenet i forhold til patienternes behov.

I dag må de traumatiserede flygtninge ofte vente i op til 2 år på at indlede et behandlingsforløb, efter at det er opdaget. Det er spild af menneskelige ressourcer, og det er et dårligt grundlag for integration. Som led i den økonomiske aftale for 2002 mellem SR-regeringen og Amtsrådsforeningen aftalte man i juni 2001 at styrke behandlingsindsatsen for de traumatiserede flygtninge og opbygge behandlingskapaciteten. Rehabiliteringsindsatsen skulle placeres hos amterne under sygehusloven, så behandling blev vederlagsfri for patienten.

VK-regeringen valgte imidlertid at nedprioritere denne vigtige indsats, og flere amter har ikke udbygget deres kapacitet på egen hånd; det drejer sig om syv amter. Vi er også bekendt med, at Amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening også er interesseret i en hurtig afklaring.

At regeringen ikke har fremsat de lovforslag, der er nødvendige, har medført, at der er opstået tvivl om, hvorvidt amterne kan tilbyde ydel-

sen uden forudgående ændring af sygehusloven. Flere amter føler sig ikke forpligtet. Desuden har denne uklarhed om retstilstanden medført, at nogle kommuner har fået den opfattelse, at amterne nu har overtaget denne forpligtelse.

På denne baggrund opfordrer vi så i vores forslag regeringen til at sikre, at alle amter tilbyder rehabilitering til traumatiserede og torturramte flygtninge uden brugerbetaling som aftalt med den tidligere regering. Mere specifikt indebærer dette:

Kl. 19.35

1. At placere ansvaret for behandlingstilbudet inden for sygehuslovens rammer. Der skal samtidig etableres frit valg til de tre private centre OASIS, CEPAR og RCT-Jylland inden for fastlagte økonomiske rammer.

2. At ændre reglen om 6 ugers karenstid for adgang til sygehusydelse ved tilflytning her til landet, således at det sikres, at den traumatiserede person har ret til at modtage behandlingstilbud vederlagsfrit i karenperioden.

3. At gennemføre en grundig psykologisk og lægefaglig screening af flygtninge forud for boligplacering i kommunerne for dermed at sikre, at de mest behandlingskrævende flygtninge med særlige behov placeres tæt på de relevante behandlingstilbud. Dette skal samtidig sammenholdes med, at de traumatiserede flygtninge placeres sammen med familiemedlemmer og andre, som indtager en væsentlig social- og netværksfunktion.

4. Sammen med Amtsrådsforeningen, Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune at vurdere behovet for en udbygning af kapaciteten og en yderligere tilførsel af ressourcer via bloktilskud.

Med det foreliggende forslag vil Det Radikale Venstre hjælpe nogle af de mennesker, der har det dårligt i det danske samfund, mennesker, der er flygtet fra hjem og land, som er blevet forfulgt, er blevet udsat for tortur eller har haft umenneskelige oplevelser, mennesker, som i dag lider under traumer, og som har alvorlige psykiske, fysiske og sociale problemer som følge af disse oplevelser.

Til sidst vil jeg sige tak til Socialdemokratiets ordfører, SF's, Enhedslistens og Kristeligt Folkepartis ordførere for deres positive indstilling til vores forslag.

Jeg er også meget tilfreds med, at sundhedsministeren tilkendegav, at man vil inddrage

spørgsmålet i forbindelse med forhandlinger med Amtsrådsforeningen. Det er positivt, synes jeg, men jeg håber, at sundhedsministeren vil lytte til Amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening, der siger, at det er nødvendigt med en afklaring på området.

Så det er vigtigt at få det afklaret, og jeg mener ikke, vi kommer uden om, at der skal være en lov på området, som både Amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening anbefaler, sådan at amterne bliver forpligtet til at yde denne indsats for de flygtninge, der har været udsat for de meget traumatiske oplevelser.

(Kort bemærkning).

Anita Knakkegaard (DF):

Jeg stillede nogle spørgsmål til hr. Naser Khader, men det kan være, at hr. Naser Khader har glemte dem. Jeg stillede spørgsmålene: Ved hr. Naser Khader, hvor mange flygtninge det er, vi taler om? Og er det de 100 mio. kr., der var på tale i 2002, det handler om her? Og har hr. Naser Khader forsøgt at få nogle af pengene over satspuljemidlerne?

(Kort bemærkning).

Naser Khader (RV):

Hvis Dansk Folkepartis ordfører havde læst den rapport, så ville hun kunne se, hvor mange det drejer sig om. På side 42 står der, at der er 22.000. Der står, at på baggrund af de refererede undersøgelser vil det være rimeligt at antage, at ca. 50 pct. af den danske flygtningepopulation, svarende til ca. 55.000, lider af angst og depression. Heraf opfylder ca. 22.000 kriterierne for PTSD, posttraumatisk stress-syndrom, det vil sige, at de har været udsat for traumatiske oplevelser, krigsoplevelser, tortur, fængselsophold. Det står på side 42.

Hermed sluttede forhandlingen, og forslaget overgik derefter til anden (sidste) behandling.

Afstemning

Formanden:

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget. (*Op- hold*). Det er vedtaget.

Kl. 19.40

Den sidste sag på dagsordenen var:

8) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 142:

Forslag til folketingsbeslutning om indførelse af en smiley-ordning på danske sygehuse.

Af Birthe Skaarup (DF) m.fl.

(Fremsat 8/4 2003).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Dansk Folkeparti ønsker at indføre en såkaldt smiley-ordning for hygiejnen i sygehusvæsenet i lighed med den eksisterende ordning på fødevarerområdet.

Statens Serum Institut skal føre kontrol med hygiejnen på sygehuse. Hertil kommer, at borgerne skal have oplysninger om sygehusenes hygiejnestand via en sådan smiley-ordning.

Jeg vil gerne sige, at regeringen fuldt ud kan tilslutte sig formålet med forslaget, sigtet med forslaget. Den seneste undersøgelse fra Statens Serum Institut viser, at der i 1999 opstod omkring 80.000 hospitalsinfektioner i den somatiske del af sygehusvæsenet. Det er godt nok forholdsmæssigt helt på niveau med andre lande. Der er altså ikke tale om, at vi har dårligere hygiejnestand end sammenlignelige lande, men det er jo ikke det samme som, at vi ikke skal gøre en kraftanstrengelse for at nedbringe det.

Sygehuse har ansvaret for syge mennesker, som ikke just har brug for yderligere komplikationer. Patientforløb kan blive forlænget og behandlingsforløb kan kompliceres, hvis ikke vi gør en indsats på dette felt.

Derfor er regeringen fuldstændig enig med Dansk Folkeparti. Regeringen er også fuldstændig enig med Socialdemokratiet, der jo tidligere i denne folketingssamling har fremsat et beslutningsforslag på hygiejneområdet. Vi er enige med begge: Der skal gøres noget ved hygiejnen på landets sygehuse, og det skal hellere gøres i dag end i morgen.

Men det er altså fortsat regeringens opfattelse, at den mest effektive og den hurtigste vej til bedre sygehushygiejne går via den danske kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet, som netop her for ganske få dage siden er sendt i en høring, for så vidt angår selve modellen, og hvor vi senere

på året skal i udbud for at finde en international akkreditør.

Jeg vil gerne erindre om, at den nuværende regering, men også den tidligere regering har indgået aftaler med amterne og H:S om, at vi skal udvikle en landsdækkende kvalitetsmodel for det danske sundhedsvæsen. Jeg går derfor også ud fra, at alle, der har været en del af disse aftaler, vil stå ved disse aftaler.

Regeringen er stærkt optaget af at skabe øget gennemsigtighed i sundhedsvæsenet, også på kvalitetsområdet. Jeg tror, at den helt afgørende motor og katalysator for kvalitetsudvikling i de kommende år netop skal være gennemsigtighed og åbenhed. En sund konkurrence vil kunne blomstre og udvikle sig, de færreste vil være tilfredse med at tilhøre den tunge ende. Fagligheden tilsiger, at man gerne vil forbedre sig til gavn for alle, ikke mindst patienterne.

Samtidig er det magtpåliggende for regeringen at sikre, at borgerne får adgang til flest muligt pålidelige og relevante kvalitetsoplysninger om sundhedsvæsenet. Borgerne kan dermed få et indblik i, hvordan sundhedsvæsenet fungerer, men vigtigere endnu er, at patienterne dermed får et mere kvalificeret grundlag for deres fri sygehusvalg.

Det er imidlertid ingen nem sag at offentliggøre kvalitetsdata fra en virksomhed, der er så omfattende og kompliceret som sundhedsvæsenet. Tager vi f.eks. hygiejneområdet, så er det jo sådan, at når vi gerne vil fremme hygiejnen på de danske sygehuse, er det bl.a. for at undgå infektioner. Men infektioner undgår man jo ikke alene ved at sætte ind på hygiejne og rengøring, sterile instrumenter. Det gør man jo også ved at have en indsats i forhold til patientens ernæring, fordi den patient, der får den korrekte næring, jo også vil være mere modstandsdygtig.

Det gør man måske også ved at sætte fokus ind på accelererede patientforløb, sådan at man ikke – jeg havde nær sagt – når at sygeliggøre mennesker mere, end godt er, under behandlingen på sygehuset.

Kl. 19.45

Så der er sådan set mange komponenter, der skal i spil for at opfylde det, der er målsætningen, nemlig at undgå infektioner. Derfor er det heller ikke nogen helt enkel sag, det her. Også selv om det jo sådan set ikke er nogen ny idé, det der med at offentliggøre kvalitetsstandarder. Det er faktisk Florence Nightingale, der startede på det i 1862 i det londonske sygehusvæsen.

Så har det været sat på standby i en årrække, men rundtomkring også internationalt ser vi jo, hvordan der vokser kvalitetssystemer frem, som søger at opfylde to formål på en gang, nemlig dels at udvikle sygehusvæsenet, ved at de sundhedsprofessionelle får de informationer, der skal til, dels at understøtte patienternes mulighed for at kunne vælge og orientere sig.

Det er jo to forskellige målgrupper, og vi skal altså udvikle et system, som giver mening for os ganske almindelige patienter, der bevæger os rundt i virkeligheden.

Derfor vil regeringen over sommeren udarbejde et debatoplæg med nogle bud på, hvordan det bedst kan sikres, at patienter møder et genomsigtigt, informativt og åbent sundhedsvæsen, sådan at vi får et styrket beslutningsgrundlag, og sådan at vi sikrer, at alle parter bliver hørt.

Regeringens oplæg vil give bud på, hvordan kvalitetsdata kan kommunikerer til borgerne på en forståelig måde f.eks. i form af et stjernesystem, som det i dag anvendes i det engelske sygehusvæsen, men der kunne jo også være andre mulige måder at gøre det på.

Det afgørende for mig er ikke, om det er stjerner eller en smiley, der afgør det. For mig er det afgørende, at vi finder et filter til at oversætte alle disse informationer, vi nu udvikler via den danske kvalitetsmodel, sådan at patienterne og det omkringliggende samfund på en nem, informativ måde får et indblik. Det er sådan set det, der er opgaven.

Som sagt vil vi med et sådant debatoplæg søge at give et kvalificeret bidrag, der også inddrager de internationale erfaringer med stjernesystemer, med ranking, med akkreditering. Det er min klare forventning, at debatoplægget vil stimulere til både debat og jo også til fremdrift i forhold til arbejdet med den danske kvalitetsmodel.

Jeg har med stor interesse noteret mig den rapport, der netop er kommet fra Institut for Sundhedsvæsen om offentliggørelse af kvalitetsdata, som jo bl.a. er tilvejebragt, efter at der har været nedsat en uformel arbejdsgruppe, som repræsenterer mange forskellige interesser i sundhedssektoren, og hvor der er enighed om, at vi har brug for at formidle kvalitetsresultater. Og hvor der også er enighed om, at der netop er dette dobbelte sigte, hvor det handler om at give brugerne et kvalificeret grundlag for at træffe valg mellem sundhedsydelse, og hvor det for

det andet handler om at give de sundhedsprofessionelle grundlag for kvalitetsudvikling.

Som nævnt indledningsvis er det regeringens opfattelse, at den mest effektive vej til bedre sygehushygiejne går via den danske kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Det er et helt central element i kvalitetsmodellen, at alle væsentlige aspekter af sundhedsvæsenet skal omfattes af standarder og kvalitetskrav. Disse standarder og krav skal f.eks. omfatte patientsikkerhed, sammenhængende patientforløb, medicinering, personalets kompetence og også sygehusenes hygiejne.

Det er essentielt for kvalitetsmodellen, at den netop skal fremme et sammenhængende kvalitetsarbejde. F.eks. på hygiejneområdet, som jeg var inde på det, kommer det store kvalitetsløft, når der ikke kun er forpligtende standarder for håndhygiejne og overvågning af infektionsrater, men også forpligtende krav til konkret ernæring og accelereret patientforløb.

Min pointe er altså, at god hygiejne i kombination med nærende kost og kort indlæggelsestid samlet set minimerer risikoen for sygehusinfektioner.

Det er ikke hensigten, jf. en debat vi har haft tidligere i aften, at der via kvalitetsmodellen skal ske en detaljeregulering af sundhedsvæsenet, heller ikke på hygiejneområdet. Med kvalitetsmodellen sker der en central fastsættelse af standarder, som sundhedsvæsenet skal efterleve, og derefter er det et lokalt ansvar – under hensyntagen til lokale forhold – at beslutte, hvordan standarderne bedst kan opfyldes. Hvad er det for et værktøj, man skal tage op for at følge den centrale målsætning?

KL 19.50

Udfordringen består altså i at skabe en balance mellem centrale forpligtende krav og lokal handling og lokal fleksibilitet.

Der skal i kvalitetsmodellens regi løbende ske målinger af sygehusydelseernes kvalitet, eksempelvis målinger af infektionsrater, og ideen med sådanne målinger er naturligvis, at de bliver et input til det lokale kvalitetsarbejde.

Så skal der være en international akkrediteringsorganisation, som skal inddrages i en ekstern evaluering af sygehusenes kvalitetsudvikling, sådan at vi også får det internationale blik på det danske sygehusvæsen. Det er så baggrunden for, at den del af forslaget her, der går ud på, at det er Statens Serum Institut, der skal have kontrollørhatten på, ikke er et forslag, som jeg