

sig bekendt med i det materiale, jeg har oversendt.

På daginstitutionsområdet, folkeskoleområdet, i almen lægepraksis, i den kollektive trafik, i hoteller, sygehuse, færgeruter, butikcentre, kulturinstitutioner er langt de fleste – eller de er ved at blive – røgfri. Der er mange steder, hvor det her sådan set udvikler sig rigtig, rigtig godt.

Så er spørgsmålet, om man skal give op over for den udvikling og sige, at det tørrer vi så af på fællesskabets ansvar. Det synspunkt melder jeg mig ikke under til en start, men jeg vil gerne diskutere det, og det er også derfor, jeg her står og binder mig til, at vi nu i 2005 får en nuanceret debat, men altså også en forpligtende debat.

Hermed sluttede forhandlingen, og lovforslaget overgik derefter til anden behandling.

Afstemning

Tredje næstformand (Kaj Ikkast):

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

Den sidste sag på dagsordenen var:

41) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 59:

Forslag til folketingsbeslutning om en national handlingsplan for ældre medicinske patienter.

Af Sophie Hæstorp Andersen (S) m.fl.
(Fremsat 26/11 2004).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Socialdemokraterne opfordrer regeringen til her i dette folketingsår at fremsætte lovforslag om udarbejdelse af en handlingsplan for ældre medicinske patienter, som skal sikre fornøden kapacitet, tid og sammenhæng i behandlingen af de ældre medicinske patienter.

Vi er jo fuldstændig enige med Socialdemokraterne i, at der skal handles, og derfor gør vi sådan set heller ikke andet end at handle. At det så skulle omsættes i, at der skal lovgives, er jeg så til gengæld ikke enig i.

Jeg synes faktisk, at forslaget om at lovgive om udarbejdelse af en handlingsplan for de ældre medicinske patienter lyder noget bureaukratisk. Det lyder noget tungt, og det lyder sådan set mere som plan end som handling.

Det er muligt, at Socialdemokraterne satser på planer, i regeringen satser vi altså på handlinger, og derfor handler vi. Der er flere økonomiske ressourcer til rådighed på sygehuse end nogen sinde før. Der er flere personalemæssige ressourcer til rådighed på sygehuse end nogen sinde før, en massiv tilførsel af ekstra ressourcer, der sætter sygehuse i stand til at prioritere en ekstra indsats der, hvor de mener der lokalt er mest behov for det.

Det har jo betydet, at vi har oplevet et stærkt stigende aktivitetsniveau, kortere ventetider, der opereres, jeg tror, det er 72.000 flere patienter end i 2001. Der er masser af aktivitet.

Det, der jo er grund til at glæde sig over, er, at en meget betydelig del af den meraktivitet, der er på landets sygehuse, præcis kommer de medicinske patienter til gavn. Jeg er derfor meget, meget glad for at få lejlighed her til at kunne afleve en af de meget tit gentagne myter, som Socialdemokraterne i deres beslutningsforslag refererer til, nemlig myten om, at flere midler til sygehusvæsenet og nedbringelse af ventetiderne skulle ske på bekostning af indsatsen for den ældre medicinske patient. Det er simpelt hen ikke rigtigt.

KL 19.25

For det første er det sådan, at meraktivitetsspuljen og ideen om, at pengene følger patienten, ikke kun kommer afgrænsede patientgrupper til gode. Ordningen har været udformet sådan fra start, at den belønner aktivitet i hele det somatiske sygehusvæsen, dvs. både det medicinske og det kirurgiske område samt så vel planlagt som akut aktivitet.

Vi ved f.eks., at i 2003 fandt ca. halvdelen af sygehusesens meraktivitet sted på det kirurgiske område, og den anden halvdel på det medicinske område. Så regeringen har altså målrettet tilført også det medicinske område flere ressourcer.

For det andet er det sådan, at antallet af operationer, altså det kirurgiske område, er steget markant, og ventetiderne er faldet. F.eks. er an-

tallet af hofteoperationer steget med 19 pct. fra 2001 til 2003, og antallet af grå stær-operationer er steget med 25 pct. i samme periode. Disse tal afspejler jo altså en stigning i aktiviteterne på sygehusene, som i den grad også kommer den ældre patient til gavn, fordi det jo i høj grad netop er ældre mennesker, der er centrum for hofteoperationer og grå stær-operationer.

Så jeg synes, at det ville være på sin plads, hvis man nu droppede den evindelige og altså lidet korrekte påstand, at ekstra ressourcer til sundhedsvæsenet skader en særlig patientgruppe eller en særlig aldersgruppe. Det siger næsten sig selv, at det er forkert. Når man tilføjer flere ressourcer, når ventetiderne falder, når operationskapaciteten stiger, og når belægningsgraden på de medicinske afdelinger i øvrigt falder, ja, så er det altså til glæde for alle patienter, herunder også de ældre medicinske patienter.

Regeringen har gennem sin strategi for det behandlende sundhedsvæsen »Patienten først« fra december sidste år sat fokus på kvalitetsudvikling, patientsikkerhed og sammenhæng på sygehusene, initiativer, som ikke mindst kommer det medicinske område til gode.

Jeg kan da bl.a. for at være konkret pege på det ekstra løft på 80 mio. kr. til demensområdet, 70 mio. kr. til forbedringer for landets mange diabetikere, videreudvikling af den danske kvalitetsmodel, en præcisering af amternes og kommunernes fælles forpligtelser på genoptræningsområdet og gennemførelsen af elektroniske medicinprofiler, som for det sidstes vedkommende jo altså skaber et hårdt tiltrængt overblik over ikke mindst de svage ældre patienters medicinforbrug.

Senest har regeringen med amterne i økonomiaftalen for næste år aftalt, at alle kroniske patienter på sygehuse skal tilknyttes faste navngivne kontaktpersoner for at øge kvaliteten, sammenhængen og trygheden i forløbene.

Desuden har regeringen sammen med Dansk Folkeparti afsat ekstra ressourcer, 50 mio. kr. i indeværende år, 105 mio. kr. i 2005, 105 mio. kr. i 2006, målrettet til ældre medicinske patienter, altså godt og vel en kvart milliard kroner, som nu bruges målrettet til projekter inden for geriatri, behandling af kronisk obstruktiv lungelidelse, genoptræning, kvalitet og sikkerhed i medicineringen samt en gratis influenzavaccination til ældre.

Jeg har netop sendt de første 40 mio. kr. ud til sygehusene og vil, inden jeg går på juleferie, uddele resten af midlerne.

Et af hovedproblemerne på det medicinske område er trods mange års indsats desværre stadig, at sammenhængen ikke er god nok, at samarbejdet mellem amter og kommuner om forebyggelse og indlæggelse, om tilrettelæggelse af udskrivningsforløb og om genoptræning ikke fungerer godt nok.

Et andet er, at en del ældre medicinske patienter i dag ikke grundlæggende får løst de helbredsmæssige og andre problemer, de har, gennem indlæggelse på et sygehus. Det har ført til en erkendelse af, at en mere afgørende forbedring af resultaterne på det medicinske område kræver en grundlæggende overvejelse af den måde, indsatsen over for patienterne er organiseret på.

Derfor har vi tænkt forfra med hensyn til, hvordan sygehusenes og kommunernes opgaver på sundhedsområdet skal løses og finansieres. Erkendelsen af, at der skal nye og bedre rammer til at sikre effektive, sammenhængende tilbud af høj kvalitet til de ældre medicinske patienter, har jo været et af hovedargumenterne for den fremtidige indretning af sundhedsvæsenet, som vi med kommunalreformen foreslår, fordi vi ikke synes, det er værdigt, at der er et gratis alternativ til en ordentlig ældreomsorg, der består i en unødigt hospitalsindlæggelse. Det er et målrettet initiativ til glæde for de ældre medicinske patienter.

Kl. 19.30

Det klinger jo hult, at man stiller op her med en handlingsplan, når man i øvrigt holder sig uden for denne strukturomlægning, som klart har præcis det sigte at give kommunerne større ansvar og flere opgaver på sundhedsområdet.

De sundhedstilbud, kommunerne fremover vil have ansvar for, er dels nogle nye opgaver inden for genoptræning og forebyggelse, dels opgaver, de allerede har i dag f.eks. på ældreområdet. Samtidig betyder reformen, at kommunerne kommer til at medfinansiere regionernes sundhedsudgifter, og dermed tilskyndes kommunerne til at forstærke indsatsen både på de nye områder og på de områder, de hele tiden har haft ansvar for. Der bliver således skabt et forbedret grundlag for en sammenhængende opgaveløsning i hele sundhedsvæsenet, ikke mindst for de ældre medicinske patienter.

De kommende regioner og kommuner bliver forpligtet til at samarbejde om at skabe de bedste rammer og den bedste organisation for et sammenhængende patientforløb. Der har vi f.eks. peget på, at en ny organisatorisk samling

af opgaveløsning kunne ske i et sundhedscenter; at de nye, større kommuner på pleje-, forebyggelses- og genoptræningsområdet kan opnå gevinster i form af styrket kvalitet, tværfaglighed, rekruttering og stordriftsfordele ved at satse på en ramme om indsatsen eventuelt i samarbejde med regionerne.

Også her sætter vi handling bag ordene. Sammen med Dansk Folkeparti afsætter vi nu målrettet 50 mio. kr. til forsøg – minimum ét forsøg i hver af de kommende fem regioner – omkring sundhedscentertanken. Samtidig har vi med en bredere kreds af partier i satspuljeaftalen afsat 70 mio. kr. til forsøg med oprettelse af forebyggelses- og rådgivningscentre, hvor den kommunale forebyggende indsats på så vel social- som sundhedsområdet samles.

Så jeg mener altså ikke, at der nu er brug for lovgivning. Der er sådan set brug for at fortsætte det gode arbejde, der er sat i gang ved at tilføre flere ressourcer, også til glæde for de medicinske afdelinger, og ved nu at lave denne omlægning, der for alvor sætter den enkelte patient og i særlig grad den enkelte ældre patient i centrum.

I det lys kan regeringen naturligvis ikke anbefale det foreliggende forslag.

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Ministeren begynder selv at blande strukturreformen ind i det her spørgsmål. Jeg vil bare høre, om ministeren, når han nu synes, det er så mærkeligt, at man ikke vil gå ind i det, kan fortælle noget om, hvornår vi kommer til at kende økonomien i forhold til, hvordan sundhedsområdet kommer til at se ud fremover.

Hvornår får vi at vide, hvad regionerne egentlig kommer til at have af penge til at løfte den her opgave? Hvor meget kommer de til at skulle bruge af bureaukrati på at sende regninger ud til kommunerne, hver gang en borger er blevet indlagt? Hvordan bliver pengene fordelt rundt i landet i forhold til, hvor pengene bruges i dag? Der er masser af ubesvarede spørgsmål om økonomien, men vi har indtil nu fået at vide, at dem kan vi først regne med at få svar på på den anden side af et valg.

Betyder det, når nu ministeren står her og siger, at selvfølgelig burde vi gå ind for det, regeringen kommer med, at vi vil kunne få oplyst noget om, hvad der egentlig bliver af økonomi fremover til at kunne løfte de her opgaver?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Langt de fleste spørgsmål, fru Line Barfod her stiller, kan der jo hentes svar på i det lovkompleks, vi har sendt til høring, bl.a. spørgsmålet om, hvordan den fremtidige finansiering af sundhedsvæsenet skal være.

Hvad er det for en takststruktur, der skal være, som skal sikre, at kommunerne nu får en tilskyndelse til at tænke i sammenhæng og til at tænke: Hvordan kan vi nu nedsætte vores udgift til det regionale sundhedsvæsen på en måde, som samtidig er i borgerens interesse? Det kan f.eks. være, når man i en kommune kan se, at her har vi altså en helt anden udvikling end i andre sammenlignelige kommuner, en langt større tendens til at ældre medicinske patienter bliver svingdørspatienter. Ja, så skaber vi en skarp tilskyndelse til, at kommunen får et fokus på, at det her kan vi gøre bedre, for så gavner vi fru Jensens situation, fru Hansens situation og hr. Jørgensens situation. Og vi yder samtidig et positivt bidrag til den kommunale økonomi.

Disse sammenhænge og hvilken økonomi, der gemmer sig bag dem, er fuldt oplyst i det materiale, der er sendt til høring, hvor man kan se, at regningen pr. indlæggelse, for nu at være konkret, er 4.000 kr. pr. patient.

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Jeg kan godt forstå, at ministeren svarer på noget andet end det, der bliver spurgt om. Jeg er fuldstændig klar over, at der vil være den betaling fra kommunerne. Det var jo en del af mit spørgsmål. Det, jeg spurgte til, var udgifterne til bureaukratiet i den forbindelse.

Men vi kender intet til, hvordan økonomien bliver i den enkelte region. Hvad kommer de til at have af penge til de sygehusopgaver, de skal løfte? Vi har fået at vide, at det kommer vi ikke til at få svar på. Det har jævnlig været nævnt i debatten, at hvis man fordeler de midler, der i dag bruges på sundhedsvæsenet ud over hele landet, så kommer man i hovedstadsområdet til at mangle en milliard på sundhedsområdet.

Vi har ikke kunnet få oplyst, hvordan fordeling og udligning vil være fremover. Regeringen har afvist at fremsætte forslag til, hvordan hele udligningen af økonomien skal være fremover i det danske system, før på den anden side af et folketingsvalg. Så er det meget svært at gå ind og diskutere, om man er i stand til at løfte opgave-

verne fremover, når vi ikke aner, hvad man egentlig kommer til at have af økonomi, hverken i den enkelte region eller i den enkelte kommune.

Kl. 19.35

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg må sige, at det stiller jeg mig fuldstændig uforstående over for. Det er fuldstændig velbelyst, hvordan regionernes økonomi i forhold til sundhedsområdet bliver, og derved er det også fuldstændig velbelyst, at den myte, der også har været fremme i debatten, om, at hovedstadsområdet skulle komme i underskud med en milliard, netop er en myte.

Det, der kommer til at gælde i hovedstadsområdet, er, at hovedstadsområdet – fordi der er et meget højt omkostningsniveau i H:S i dag, og fordi reformen jo netop tager sigte på at skabe en mere retfærdig fordeling af ressourcerne, og fordi hovedstadsområdet også er det sted, hvor det er lettest at få øje på, at der er mere at komme efter samarbejdsræddet – vil være i en situation de kommende år, hvor den stigningstakt, der er udsigt til, altså den stigning, der er i sundhedsudgifterne, vil være mere beskedene end i resten af landet. Det er fuldstændig oplyst.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Nu blev jeg næsten hylet ud af den, for det minder jo lidt om en tilståelsessag. Ministeren står faktisk og siger her, at københavnere og folk, der bor i hovedstadsområdet, i de kommende år skal forvente massive nedskæringer. I lyset af at vi i dag diskuterer midler til netop de ældre medicinske patienter, og at regeringen har fremlagt en strukturreform og et forslag til finansiering, der samtidig indfører flere aktivitetspuljer, så det bliver endnu sværere at styre økonomien, må jeg bare være endnu mere bekymret for, at det igen er nogle af de samme patienter, der må holde for på det akutte område og på en lang række andre områder, hvor ældre mennesker jo også er.

Derfor vil jeg egentlig bare spørge ministeren: Hvordan kan man egentlig i den nye strukturreform sikre sig, at kommunerne ikke bare opretter et parallelt, men kvalitativt ringere behandlingstilbud til de ældre mennesker, vi netop diskuterer her i dag?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Det er jo meget smart lige at stille et spørgsmål til sidst og så lade myten stå. Man kan altså ikke tage det, jeg har sagt, som et udtryk for, at der nu skal skæres ned. Man kunne gå i sit eget lønkammer og spørge: Hvem var det, der i sin tid lavede H:S-konstruktionen, og hvem er det, der har lagt en aftrapning af statens tilskud til H:S ind? Og hvad ville det være for en situation, som H:S ville være i, hvis ikke man lavede om på den nedtrapning af statslige tilskud, som vi sådan set overtog fra den tidligere regering?

Der er meget klart gjort rede for, hvad det er for en økonomi, regionerne får. Udgangspunktet er her, og det har vi aldrig lagt skjul på, at der sker en anden fordeling af ressourcerne, som tager sit afsæt i sygdomsbehandlingsbehovet og i befolkningssammensætningen frem for i beskatningsgrundlaget, i bestræbelserne på at nå et mere ensartet dansk sundhedsvæsen, hvor udsigten til overlevelse og helbredelse er den samme, uanset om man bor i Nordsjælland eller i Nordjylland.

Til spørgsmålet om opbygning af parallelle tilbud må jeg bare sige, at det, at kommunerne rykkes ind her og får en interesse i at lave en ordentlig ældreomsorg – jeg kan ikke forstå, man kan være imod det – selvfølgelig ikke rokker en tøddel ved, at visitation til landets sygehuse fortsat er noget, der sker på et lægeligt ansvar.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Vi bakker selvfølgelig op om den model, man lavede for H:S i sin tid, når nu vi selv var med til at lave den. Det var ikke sådan, jeg opfattede ministeren. Jeg opfattede, at ministeren om de 800 mio. kr. eller 1 mia., som det er blevet forudsagt at hovedstadsområdet vil mangle, sagde: Ja, det er korrekt, vi vil ikke fortsætte udviklingen på sundhedsområdet, og der må man berede sig på, at der bliver færre midler.

Ministeren har så forklaret, at det gør der ikke, ud over det, der allerede er aftalt i dag.

Ældre har jo ofte komplicerede diagnoser, de er svære at udrede, det er svært at finde ud af, hvad de fejler. Er det, fordi man har sukkersyge, er det, fordi man har problemer med bentøjet, er det lungerne eller andet? Hvordan kan ministeren sikre sig, at det incitament, som vi er enige om at kommunerne skal have til at gøre sig bedre på forebyggelsesområdet, ikke bare bliver, at

man opretter nogle parallelle forløb ude i kommunerne, og så ender det med, at de ældre alligevel får et dårligere tilbud? Hvordan kan man f.eks. være sikker på, at 4.000 kr. er det rigtige beløb, der giver en kommune et incitament til at satse bedre på sundhedsfremme?

Kl. 19.40

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg er i hvert fald glad for, at fru Sophie Hæstorp Andersen og jeg nu er enige om, at det er en myte, der bliver spredt om, at hovedstadsområdet skulle have udsigt til at mangle 1 mia. kr.

Når jeg hører på alt det der med, hvad kan jeg være sikker på, og hvad kan jeg ikke være sikker på, så vil jeg da gerne komme med en indrømmelse: Jeg kan da ikke være hundrede procent sikker på, at den tilskyndelsesmodel, vi nu skaber, i enhver detalje viser sig at være den rigtige på sigt. Jeg går da ikke og bilder mig ind, at vi, fordi vi laver kommunalreform og lukker kommunerne ind med et betalingsansvar, så skaber en model, der holder, til solen brænder ud. Det går jeg da ikke og bilder mig ind. Men jeg går og bilder mig selv ind, at vi er nødt til at gøre noget.

Derfor er det jo forstemmende at opleve et Socialdemokrati, som ikke vil nogen ting. Det er jo nærmest at tegne et billede af, at vi har paradisiske tilstande i dansk sundhedsvæsen. Jeg skulle selvfølgelig være tilfreds og sige tak til, men sandheden er jo, at vi har problemer. Vi har problemer med kommuner, der ikke har et godt nok ældretilbud, hvilket medfører unødige indlæggelser. Derfor er vi nødt til at gøre noget. Derfor glæder jeg mig over, at f.eks. Dansk Sygeplejeråd i modsætning til Socialdemokratiet kan se, at der er et betydeligt perspektiv i den kommunalreform, vi nu skaber, med en anden og ny rollefordeling.

Preben Rudiengaard (V):

Da jeg så beslutningsforslaget, tænkte jeg: Ih, hvor er det fint. Vi har jo alle sammen samme mål. Vi vil gerne gøre det så godt for vores ældre medicinske patienter som overhovedet muligt. Men i lighed med ministerens opfattelse opfattede jeg også: Skal vi nu ud og bureaukratisere, skal vi lave en tung, betonagtig indsats for de ældre? For i bund og grund går det jo meget godt med de ældre, og jeg er slet ikke enig med

en række af disse ting, som forslagsstillerne kommer med.

Der bliver skrevet i beslutningsforslaget, at vi skal udbygge kapaciteten på de medicinske afdelinger. Jamen der er jo givet masser af penge til disse afdelinger, der er givet penge til sygehusvæsenet, der er givet samlet set 3 mia. kr. ekstra til sygehusene fra 2002 til 2005, og halvdelen er i 2002-2003; der er givet 1,2 mia. kr. til de medicinske afdelinger. Regeringen og Dansk Folkeparti, som ministeren også var inde på, har givet ekstra penge øremærket til disse. Så jeg vil sige, at der er tilført ekstra midler, som er gået til de medicinske patienter.

Der bliver også beskrevet noget om belægningsprocent. Jeg ved godt, hvordan man udregner belægningsprocenter. Man kan ikke ligefrem sige, at det er den mest optimale læsning, for belægningsprocenter kan måles på mange måder. Men jeg vil sige, at problemet er, at vi ikke skal udbygge kapaciteten. Næ, det er spørgsmålet om, at vi har en længere indlæggelsestid for de ældre medicinske patienter, fordi de måske ikke rigtig bliver aftaget ude i kommunerne. Der er nogle kommuner, der sylter dem, og systemet fungerer måske heller ikke optimalt ude i kommunerne, og således får vi for mange genindlæggelser af de ældre.

Så siger forslagsstillerne, at vi også skal fokusere på personalerekuttering. Nu har jeg jo siddet i Folketinget siden 1998 og arbejdet med sundhed, og der kan jeg sige, at vi har diskuteret det her, og vi klandrede jo tidligere regeringer for, at de ikke gjorde nok, og der er sket det, at vi har fået flere læger. Vi har også fået flere sygeplejersker i de senere år, men det er sådan noget, der halter bagefter, for det tager altså 14 år at få uddannet en ordentlig speciallæge. Det er ved at komme nu, og vi kan se, at det er der. Der, hvor vi har problemet, er jo på de medicinske speciallægeuddannelser, fordi det halter lidt bagefter. Man skal først være reservelæge, og så bliver man speciallæge bagefter.

Så peger man også på rehabilitering. Rehabilitering er en vigtig ting, og der har vi et problem, idet amtet tager sig af det, der hedder genoptræning, og kommunerne tager sig af vedligeholdelsestræning, og så falder de ældre medicinske patienter ned imellem de to stole. Så det skal vi også se på. Derfor skal vi nu have lavet den her kommunalreform, hvor vi får nogle sundhedscentre.

Kl. 19.45

Jeg vil gerne invitere forslagsstillerne til at se sundhedscenteret i min kommune. Vi har et godt sundhedscenter i et ældre sygehus, og her har vi altså en rollefordeling, som gør, at patienten ikke sætter sig mellem to stole. Vi laver forebyggelse, så det brager, og her har vi allerede i nogle år taget højde for nogle af de ting, som regeringen nu er ved at lægge op til i kommunalreformen. Dermed prøver vi at løse det problem, det er at intensivere kommunernes indsats for deres ældre borgere.

Vi var jo sammen forleden dag til en høring om klinisk farmaci, og det er heldigt, at vi alle sammen er enige om, at vi skal styrke indsatsen for at bekæmpe de ældres medicineringsproblemer. Vi kan nemlig undgå, at mange bliver indlagt på sygehus, hvis vi gør det, men vi skal gøre det derude, hvor de mennesker lever, og ikke ved at udbygge kapaciteten på de medicinske afdelinger.

Jeg har stor fortrøstning til, at det nok skal gå, men fri mig for at skulle bureaukratisere og lave handleplaner. Det er ikke den vej, vi skal gå. Vi skal lave en aktiv indsats for de ældre, medicinske patienter.

Birthe Skaarup (DF):

Vi synes da i Dansk Folkeparti, at det er udmærket, vi får en debat om de ældre, medicinske patienter.

Der skal ikke herske nogen tvivl om, at vi i Dansk Folkeparti tidligere har slået meget til lyd for, at de akutte medicinske patienter ikke bør glemmes, men vi er også meget tilfredse med det, der er sket hidtil. Vi har lavet en hel del sammen med regeringen, som andre har fortalt lidt om.

På baggrund af ventelisterne er der jo tilført området utrolig meget. Mange har talt om, at det kun er de kirurgiske behandlinger og efterbehandlinger, der har fået mere, men det er altså også kommet de medicinske patienter til gode. Det er jo sådan, at vi via forårspakken har fået afsat 260 mio. kr. i årene fremover til netop nogle af de områder, som forslagsstillerne problematiserer. Det drejer sig om geriatri, lungesygdomme, genoptræning og rehabilitering, og den økonomiske indsprøjtning, vi har været med til at give, kan også indicere, at der kommer mere forebyggelse, og at der iværksættes tiltag for nogle af de ældre, medicinske patienter, der bliver indlagt på hospitalerne.

En anden ting, som jeg naturligvis også er glad for, er, at vi har fået indført influenzavacci-

nation. Der er ingen tvivl om, at det er et godt forebyggelseselement, og helt konkret er man nu så glad for det i amterne, at man ligefrem kalkulerer i budgetter og regnskaber med færre hospitalsindlæggelser.

Angående lungesygdommen KOL er det jo en sygdom, der kræver rigtig mange indlæggelser. Der er omkring 200.000 danskere, der lider af den sygdom, og det koster samfundet 600 mio. kr. om året i hospitalsindlæggelser. Vi har prioriteret dette område via forårspakken, men også andre områder har vi prioriteret.

Nu er det jo mange gange lidt svært, når man ikke er den første heroppe, fordi mange af netop de elementer, vi har været med til, bl.a. demenspuljen, allerede er nævnt, men jeg vil nævne, at der er indgået forlig om medicinanvendelsen. Der er blevet afsat 10 mio. kr. årligt over 4 år, og det var faktisk alle Folketingets partier med til at gennemføre. Forslaget er andenbehandlet i dag, og vi vil helt garanteret fange mange ældre mennesker, der har været ude i et – jeg vil ikke sige misbrug, men et forbrug af medicin, som de ikke har kunnet håndtere, og derfor er de blevet indlagt på hospital.

Her kunne jeg godt nævne de praktiserende læger. Jeg synes, de er en vigtig brik, fordi de ligestemte kommunerne med de to årlige forebyggende hjemmebesøg kan være med til at opdage nogle af de sygdomsproblemer, ældre mennesker har, og som der bør gribes ind over for meget tidligere.

Kl. 19.50

Endelig vil jeg nævne den nye struktureform, hvor vi har været med til at afsætte penge til genoptræning. Der er ingen tvivl om, at sundhedsfremme, genoptræning og forebyggelse vil blive nogle af elementerne i de kommende år, og her i dag vil jeg godt slå til lyd for, at der bliver kigget meget på blodtryksmålinger. Jeg gør det, fordi jeg ved, at mange sygdomstilfælde vil kunne forebygges, inden patienterne bliver indlagt på hospital. Blodtryksmålinger kan bl.a. forebygge apopleksi og hjerte-kar-sygdomme, og jeg mener, de bør være et helt elementært tiltag på disse sundhedscentre.

Dansk Folkeparti synes, at det er udmærket, at vi får denne debat i dag. Vi har fokus på nogle områder, og vi vil faktisk det samme som Socialdemokratiet. Socialdemokratiet vil blot lægge det hele ned i en kasse, hvorpå der står »National handlingsplan«, men det, vi vil prioritere, er en anden kasse, hvorpå der står »Forebyggelse«. Der er afsat utrolig mange penge til dette områ-

de. Jeg tror næsten, at hvis vi regner det hele ud, bliver det et sted mellem 300 og 400 mio. kr. alene i 2005, og som sagt har vi i Dansk Folkeparti været med til at tage nogle initiativer på området.

Jeg vil godt sige, at Socialdemokratiet skal ikke have utak for at have fremsat forslaget. Vi har fået en god snak og en redegørelse for, hvordan det faktisk ser ud på området, vi synes som sagt, at der er taget gode tiltag, og vi forventer os meget af de nye initiativer på området. Der er afsat økonomiske midler til dem.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Tak for de pæne ord fra ordføreren.

Jeg er selvfølgelig ekstremt glad for, at Dansk Folkeparti kan støtte vores forslag, og at vi har sat debatten i gang. Jeg hører det også lidt på den måde, at man måske ikke har de helt store forventninger til, at de penge, man har fået afsat hist og pist i den seneste finanslov, når helt ud til patienterne. Helt konkret er det jo sådan, at de 50 mio. kr., der blev afsat til de medicinske patienter i foråret, i hvert fald endnu ikke har fået ben at gå på.

Dansk Folkeparti er en anelse skeptisk, men hvad er der i vejen med at lave en generel plan frem for at strø lidt midler ud over det hele – lidt til de KOL-ramte, lidt til de demensramte og lidt til de andre? Jeg hørte om en eller anden kasse, man kalder forebyggelse, men hvorfor ikke samle det hele og lave en national handleplan og prøve at se på de patienter, der ikke kun har én sygdom, men mange forskellige sygdomme? De har ikke brug for alle de små kasser, de har brug for én samlet indsats.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Vi laver en stor kasse fyldt med initiativer, hvor vi også forebygger, og det er ikke småbeløb, der er tale om, det er store beløb. Det er 260 mio. kr., og jeg vil godt sige, at de er jo allerede ved at blive udmøntet nu. Der er indkommet ansøgninger, og som sundhedsministeren sagde, går midlerne til de projekter i den kommende tid, og det er jo rigtig mange penge, der er afsat på området. Socialdemokratiet vil have det hele ind i én stor kasse, og vi vil det samme, men vi har bare bevilget pengene.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Det sidste er jeg ikke helt enig i, for hvis man ser på, hvordan de små kasser med små initiativer på forskellige områder er blevet modtaget, sagde i hvert fald Ældre Sagen med det samme, at det ikke var nok til at løse problemerne for de ældste patienter, som ofte ryger ind og ud af overbelagte medicinske afdelinger. Man vurderede, at det alene ville koste måske 400 mio. kr. at løse problemet med overbelægning på de afdelinger.

Måske prøver ordføreren for Dansk Folkeparti at være forsigtig optimist med hensyn til, om hendes små kasser til det ene og det andet initiativ kommer til at virke på længere sigt. Men som jeg hører det, er ordføreren måske også udmærket godt klar over, at der går altså en rum tid, før patienterne får adgang til de midler, som ikke er nået ud endnu – det har ordføreren selv problematiseret i Dagens Medicin – og derudover måske også lidt bange for, at det er et problem, der ikke er blevet løst med den ene pulje på 260 mio. kr.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Nu er det jo sådan, at som jeg sagde til fru Sophie Hæstorp Andersen, er de penge, der er afsat, ikke bare nogle små beløb. Det er virkelig mange penge, og de går til nye initiativer. Der er kommet ansøgninger ind, men man skal jo først have ansøgningerne ind, før man kan bevilge pengene, og det er faktisk det, der er sket.

Kl. 19.55

Af de 260 mio. kr. går 80 mio. kr. til demente; der er afsat midler til influenzavaccinationer, som er et godt, forebyggende tiltag, der er afsat 10 mio. kr. over 4 år til rigtig medicinanvendelse, der er afsat 37 mio. kr. til akutsyggestuer, og jeg kunne blive ved. Det er gode initiativer, der skal bevise, at den indsats for forebyggelse, vi har startet, også kommer til at virke, så vi ikke ser alle de ældre patienter blive indlagt på hospitalerne, og her vil jeg godt sige, at det er jo i vintermånederne, vi ser den overbelægning, som fru Sophie Hæstorp Andersen har problematiseret i forslaget.

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Jeg kan forstå, at ordføreren for Dansk Folkeparti siger, at man sådan set godt kan være enig i alle de enkelte punkter i forslaget til handlings-

plan. Man er enig i, at der skal gøres noget for de medicinske afdelinger, man er enig i, at der skal gøres noget for personalet osv., men man vil bare hellere gøre det på en anden måde end med en national handlingsplan. Er det sådan, ordførerens indlæg skal forstås?

Hvis det er tilfældet, bliver jeg noget mystificeret, for jeg har forstået, at på andre områder synes Dansk Folkeparti, det er godt, at vi har nationale handlingsplaner. Derfor vil jeg gerne høre, om man helt generelt pludselig ikke mener, der er brug for nationale handlingsplaner, eller man bare ikke synes, at ældre, medicinske patienter fortjener at få en national handlingsplan.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Nu kommer fru Line Barfod igen frem med retorikken, og den nægter jeg faktisk at tage stilling til. Vi har bevilget penge til området netop for at forebygge sygdom blandt de ældre mennesker, så vi ikke ser dem på hospitalerne, og det er jo ikke nødvendigt at lave en national handlingsplan, når vi har lavet de tiltag, der kommer ud til befolkningen og ud at virke i amterne og kommunerne efter den 1. januar.

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Jamen der er jo andre områder, hvor der er sat penge af, men hvor man alligevel har lavet nationale handlingsplaner, og det er derfor, jeg godt vil have oplyst fra ordføreren for Dansk Folkeparti: Er det, man har noget imod, de enkelte punkter, der er foreslået i forslaget, eller er det selve det at lave en samlet handlingsplan for ældre, medicinske patienter? Mener man, det kun skal være på kræft- og diabetes- og andre udvalgte områder, der skal være en national handlingsplan, men at ældre, medicinske patienter ikke fortjener at få en national handlingsplan?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Der er ikke tale om, at ældre patienter ikke fortjener en national handlingsplan, men vi har jo afsat penge og taget de initiativer, der skal til, for at vi ikke skal se de ældre patienter på hospitalerne, så lad os nu se, hvordan de virker. Jeg gav et eksempel med influenzavaccinationerne, hvor vi allerede sidste år så, at der ikke var så mange, der blev indlagt med lungesygdomme og andre bivirkninger efter en influenza, og

hvorfor skulle vi så lave en national handlingsplan med alle de tiltag, vi har igangsat?

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg synes, der bliver stillet nogle spørgsmål, som i mine ører kan lyde lidt mærkelige, og derfor kunne jeg godt tænke mig at spørge, om fru Birthe Skaarup ikke kan bekræfte, at der er altså forskel på at lave specifikke handleplaner for endtellige enheder som sukkersyge og influenzavaccination – hvis vi kan kalde det behandling, det er jo også forebyggelse – og for et stort, komplekst område.

Jeg vil spørge fru Birthe Skaarup: Er det ikke vanskeligt at lave en handleplan, når det drejer sig om noget så stort og komplekst som udbygning af kapacitet, der også har noget med personaleressourcer osv. at gøre? Er det ikke svært at se de ældre i den sammenhæng? Og er fru Birthe Skaarup ikke enig i, at man godt kan lave handleplaner for små områder, men at det er svært at gøre det for store områder?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Det vil jeg godt give hr. Preben Rudiengaard ret i, og jeg prøver jo netop også at fortælle, at vi har lavet forskellige tiltag for de medicinske patienter. Vi vil ikke lave én stor handlingsplan, sådan som Socialdemokraterne vil, vi vil ikke putte én handlingsplan for alle medicinske patienter ned i en kasse. Vi har lavet de tiltag for bestemte grupper, fordi de skiller sig ud fra hinanden, og dermed vil jeg give hr. Preben Rudiengaard ret.

Kl. 20.00

(Kort bemærkning).

Lene Garsdal (SF):

Fru Birthe Skaarup vil ikke have det hele puttet ned i én kasse, fordi problemerne i princippet er løst – sådan forstår jeg det – ved at der er afsat midler til den ene gruppe og den anden gruppe og den tredje gruppe patienter.

Men der er en meget væsentlig ting i forslaget, nemlig personalefastholdelse og personale-rekruttering for overhovedet at få de medicinske afdelinger til at køre. Hvilke tiltag har regeringen og Dansk Folkeparti gjort for at fastholde personalet på de medicinske afdelinger, så man ikke behøver at lukke afdelinger på grund af mangel på personale?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jamen det har vi jo netop gjort. Lad os tage KOL-patienter. Her har man søgt nogle puljer, netop for at kunne rekruttere noget personale, der får en uddannelse og kan tage hånd om patienterne. Vi har nogle andre små grupper, som vi bliver nødt til at tilgodese med et særligt uddannet personale og ikke med en stor kasse, hvor man bare uddanner personale til diabetespatienter, til KOL-patienter, til gigtpatienter osv. osv.

(Kort bemærkning).

Lene Garsdal (SF):

Det fremgår af bemærkningerne til forslaget, at det er vanskeligt at fastholde personalet på de bredt sammensatte medicinske afdelinger, og så må der jo være problemer med arbejdsmiljø, kompetence, eller hvad det nu måtte være. Det er noget andet end specifikke patientgrupper, det er netop det store, brede område, og det var sådan set det, jeg spurgte til.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jamen det er jo det problem, vi prøver på at løse med de penge, vi har sendt ud til amterne. Man kan søge nogle puljer og samtidig prøve at løse problemerne med rekruttering og videreuddannelse af de enkelte personalegrupper.

Tredje næstformand (Kaj Ikast):

Tak til ordføreren. Næste ordfører er fru Else Theill Sørensen.

Else Theill Sørensen (KF):

Socialdemokratiet har fremsat et beslutningsforslag om, at der skal fremsættes lovforslag om udarbejdelse af en handlingsplan, som skal sikre, at der er den fornødne kapacitet, tid og sammenhæng i behandlingen af de svageste patienter på vore sygehuse.

Det Konservative Folkeparti er enig med forslagsstillerne i, at der skal være den fornødne kapacitet, og at der skal være tid og sammenhæng i behandlingen af de svageste patienter på sygehuse, heriblandt de ældre patienter. Men vi er ikke enige med forslagsstillerne i, at der er behov for en handlingsplan.

Siden 2001 er der tilført ganske store midler til sygehuse, og i modsætning til, hvad man en gang imellem kunne få indtryk af – også af det, der er sagt her i dag af forslagsstillerne, og

af det, som fremgår af beslutningsforslaget – så er disse midler også kommet ældre, medicinske patienter til gode.

Jeg ville godt dvæle lidt ved specielt punkt 3 og punkt 4 i beslutningsforslaget. Her står der, at denne handleplan skal omfatte en strategi for rehabilitering af ældre, medicinske patienter med henblik på at sikre sammenhæng i alle faser af behandlingen af patienterne, og den sundhedsfremmende indsats i ældreplejen med henblik på at aflaste sygehuse og så vidt muligt behandle syge ældre i deres eget hjem skal udbygges.

Jeg vil sige, at også for Det Konservative Folkeparti er det meget vigtigt at skabe sammenhæng mellem forebyggelse, behandling og genoptræning og rehabilitering, og vi mener faktisk, at der bliver meget bedre muligheder for at skabe den sammenhæng, når kommunalreformen er blevet gennemført. Kommunerne får det samlede ansvar for borgernes sundhed, kommunerne får en sådan størrelse, at de magter at løfte opgaven, og det giver samlet set en bedre sammenhæng i forløbene for den enkelte patient, ikke mindst til gavn for de ældre og svage patienter.

Kl. 20.05

En god ældrepleje, der holder de ældre fysisk i gang, giver dem et meget bedre liv og færre indlæggelser, og hvis man efterfølgende laver den rigtige opfølgning med genoptræning osv. er der større muligheder for, at de ældre patienter igen kan komme til at fungere godt i deres daglige miljø.

Som allerede nævnt er vi i virkeligheden enige i alle de gode hensigter i forslaget. Men vi er ikke enige i, at løsningen er en handlingsplan, og vi kan derfor ikke støtte beslutningsforslaget.

Lene Garsdal (SF):

SF ser dette forslag som et meget vigtigt og nødvendigt forslag, som vi kan støtte.

Vi har i de seneste år set, hvordan det medicinske område er blevet nedprioriteret, i og med at den udvidede frit valg-ordning stort set ikke tilgodeser det medicinske område, mens det kirurgiske område har fået gavn af de forskellige Løkkeposer. Det mener vi i SF ikke er nogen myte, og det dokumenteres også meget klart i bemærkningerne til forslaget, hvor man bl.a. kan læse, hvilke katastrofale konsekvenser nedprioriteringen har fået for de ansatte, som ikke magter at arbejde på så belastede afdelinger, og det derfor er svært at få stillingerne besat.

Det er umiddelbart meget forståeligt, at de ansatte oplever, at patienterne ikke får den rette behandling og omsorg, når vi ser belægningsprocenter på omkring og endda over hundrede procent. Så er en ond cirkel sat i gang, og som det også fremgår, har det i nogle tilfælde været nødvendigt at nedlukke afdelinger på grund af personalemangel. Det kan vi ganske simpelt ikke være bekendt, og derfor er det på høje tid at få lavet en samlet, langsigtet strategi for de medicinske patienter. Det gælder udbygningen af kapaciteten, som det fremgår af forslaget, men det er også bydende nødvendigt at sætte fokus på de ansattes arbejdsmiljø og kompetenceudvikling, hvis det skal lykkes at få både læger og plejepersonale til at ønske at arbejde med de medicinske patienter. Det er en stor og nødvendig udfordring, også økonomisk, at få skabt tålelige forhold for hele det medicinske område.

Forslaget lægger op til, at strategien skal omfatte de ældre, medicinske patienter, uden at dette begreb i øvrigt er nærmere defineret. Som SF ser det, er mange af de medicinske patienter ganske rigtigt ældre, men i sygehusregi burde der lægges en fælles strategi for hele det medicinske område og ikke kun for de ældre patienter, så vi kan få fjernet den skævvridning af ressourcerne, takstfinansieringen har skabt.

Forslaget lægger også op til at udvikle en strategi for rehabilitering af de ældre, medicinske patienter for at sikre en sammenhæng i alle faser af behandlingen af de ældre, medicinske patienter. SF har en 2010-plan, der hedder »Ansvar for fremtiden«, og her peger vi bl.a. på, at ved udskrivningen skal patienterne have ret til både en plan for og en dialog om den rehabilitering eller genoptræning, som sygehusets læger anbefaler ud fra en vurdering af hele patientens tilstand, og hvordan den forventes at udvikle sig efter udskrivningen.

Vi foreslår også, at udskrevne straks efter opholdet på sygehuset får lavet en behandlingsplan og givet et behandlingstilbud, som sikrer dem et forbedret fysisk funktionsniveau ud fra et helhedsperspektiv. I denne behandlingsplan skal der tages hensyn til, hvad der måtte være af særlige behov, forudsætninger og muligheder for selv at kunne klare hverdagslivets udfordringer, og forslaget, vi behandler her, ligger meget i forlængelse af vores forslag.

Vi ønsker også at sikre patienterne det frie valg på genoptræningsområdet, som kommunalreformpartierne, så vidt jeg forstår de nye

forslag, åbenbart vil afskaffe, fordi de, der skal betale, nemlig kommunerne, også skal have ret til at bestille musikken, dvs. bestemme, hvilken genoptræning der skal tilbydes, og hvor genoptræningen skal foregå. Det er jo sådan, at regeringen giver helt klare rettigheder til bestemte kirurgiske operationer, altså til bestemte patientgrupper, men ingen klare rettigheder til de ældre eller yngre, der skal f.eks. genoptrænes efter en operation, og den forskelsbehandling vil vi i SF gerne gøre noget ved.

KI. 20.10

Det sidste punkt i forslaget peger på, at der er brug for en styrkelse af den opsøgende og sundhedsfremmende indsats i eget hjem. SF er fuldstændig enig i, at der ligger megen god forebyggelse i at sikre en kompetent geriatrisk hjemmepleje til de ældre i alle dele af landet, så nødvendige indlæggelser undgås. Men det er samtidig vigtigt at sikre, at de ældre, medicinske patienter ikke får en andenklassesbehandling ved at blive behandlet andre steder end på sygehuset, hvis der ellers er behov for det.

Samlet set støtter SF forslaget.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Nu hørte vi jo igen svanesangen om nedprioritering af det medicinske område, selv om jeg troede, at jeg i mit indlæg havde forklaret det på en sådan måde, at også fru Lene Garsdal havde forstået, at der er tilført yderligere midler.

Jeg har her nogle tal vedrørende meraktivitetspuljen, hvor der fra 2002 til 2005 er givet op til 5 mia. kr. Det er således, at i 2002 var fordelingen af de midler, der blev givet, 50-50, og i 2003 gik 57 pct. af de midler, der blev givet, til det medicinske og de sidste 43 pct. til det kirurgiske område. Hvordan kan fru Lene Garsdal få det til, at der er sket en nedprioritering? Det kan jeg i hvert fald ikke.

(Kort bemærkning).

Lene Garsdal (SF):

Som det også fremgår af forslaget, indlægges langt de fleste af de medicinske patienter jo akut, og derfor kan de ikke få del i en venteliste-pulje, sådan som de kirurgiske patienter kan. Det er min begrundelse for at sige det, vi har talt om det mange gange, og jeg fastholder, at sådan som SF ser det, er det de kirurgiske patienter, der får gavn af den takstfinansiering, som er en del af sygehusvæsenet.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jamen nu hopper kæden da helt af.

Jeg har da indtryk af, at fru Lene Garsdal, som også er læge, kender afdelingerne osv. Der kommer selvfølgelig akutte patienter ind, men når man giver 57 pct. af de midler, der bliver givet, til det medicinske område, er det da at stimulere og skabe meraktivitet. Det har ikke noget at gøre med de akutte patienter, der kommer ind. Det har noget at gøre med, at akutte patienter kun skal være der i kort tid, før de skal hjem igen. Vi har givet de penge, så fru Lene Garsdals argumentation hænger ikke sammen.

(Kort bemærkning).

Lene Garsdal (SF):

Jeg taler om takstfinansieringen af de offentlige sygehuse, og jeg taler om den udvidede ventetidsgaranti, hvorefter man, hvis man ikke kan få behandling inden for 2 måneder, kan få tilbudt behandling andre steder. Det er takstfinansieringen, jeg taler om, og det er da klart, at bliver man akut indlagt på en medicinsk afdeling, eller på en kirurgisk for den sags skyld, får man ikke del i takstfinansieringen. Det er ganske umuligt, for man kan jo ikke vælge noget andet.

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Det kan godt være, det er lidt ualmindeligt at gå op her og nu, men jeg må altså sige, at jeg er lidt rystet.

Vi skriver den 14. december 2004. Det er godt og vel 3 år siden, regeringen kom til, og der er i hvert fald gået noget i retning af 2 år og 8 måneder, siden vi første gang bragte meraktivitetsmidlerne i spil, og de har endnu ikke markeret sig på en sådan måde, at der her i Folketingssalen er faktisk indsigt i, hvordan tingene foregår.

Situationen er den, at man ser på, hvad DRG-værdien af det, der sker i sygehusvæsenet i løbet af 1 år, er, og hvis den stiger året efter, giver man flere penge. Det gør man, uanset om det er på det kirurgiske eller medicinske område, og uanset hvilken behandlingsform og hvilken patienttype der udløser meraktiviteten. Det er sådan, det foregår, og derfor er det rigtigt, som hr. Preben Rudiengaard så glimrende redegjorde for før, at de mange ekstra milliarder, regeringen har understøttet det danske sundhedsvæsen med, kommer både medicinske og kirurgiske patienter til gavn, også de ældre, medicinske patienter.

Det er i øvrigt også rigtigt, at hvis man kigger på statistikkerne, kan man se, at belægningsprocenten på de danske medicinske afdelinger udviser en – jeg skal ikke stå her og oversælge det, men en svagt faldende tendens. Jeg vil ikke afvise, at der fortsat kan ligge en patient på en sygehusgang et eller andet sted, men jeg kan sige, at der er statistisk belæg for, at der ligger færre patienter på gangene end tidligere. Det er de hårde facts.

Kl. 20.15

Så er det jo fair nok, at der er uenighed, og fair nok, at nogle vil gøre noget mere, og aldrig er noget af det, vi gør, godt nok, men der bør da i hvert fald være, kan man sige, den rigtige faglighed omkring det, vi diskuterer.

(Kort bemærkning).

Else Theill Sørensen (KF):

Fru Lene Garsdal sagde i slutningen af sit indlæg noget om nogle patienter, der kunne få en dårligere behandling ved at blive behandlet andre steder end på sygehuset.

Jeg vil godt spørge: Hvem er det, der har antydnet, at ældre medicinske patienter eller for den sags skyld nogen patienter overhovedet skulle behandles andre steder end på sygehusene? Hvem er det, der har planer om det?

(Kort bemærkning).

Lene Garsdal (SF):

Når jeg sagde det, så var det, fordi det fremgår her af forslaget, som jeg desværre ikke har fået op, at man ville gøre de forebyggende tiltag, som jeg er helt enig i, for de ældre medicinske patienter, sådan at man kunne sikre behandling i eget hjem, så de ikke skulle indlægges.

Når jeg sagde andre steder, så er det, fordi vi tidligere her har diskuteret sundhedscentre, og hvor SF ikke ønsker, at man skal have nogen andenklassessteder, hvor man kan indlægge ældre medicinske patienter. Har de behov for en sygehusbehandling, så skal de have den bedste, der findes.

(Kort bemærkning).

Else Theill Sørensen (KF):

Jeg ville bare så forfærdelig gerne vide, hvem er det, der ønsker, at ældre medicinske patienter eller for den sags skyld nogen som helst patienter skal indlægges andre steder? Der er da ingen, der har talt om indlæggelse på et sundhedscenter i stedet for på et sygehus. Den behandling, en patient uanset alder, uanset sygdom skal ha-

ve, og som kræver sygehusbehandling, skal naturligvis være i sygehusregi.

Jeg har ikke hørt nogen sige det. Men man kan sagtens stå med et beslutningsforslag fra oppositionen, hvori der står nogle ting, og sige, at det jo er dokumenteret der, at ...

Jeg har altså ikke hørt nogen sige, at nogen skulle behandles andre steder end på sygehuse-
ne for noget, der kræver sygdomsbehandling.

(Kort bemærkning).

Lene Garsdal (SF):

Som sagt var grunden til, jeg sagde det, at vi tidligere har haft en diskussion, og jeg kan faktisk ikke huske, hvem det var, der sagde, at man kunne overveje at lave nogle akutsenge på et sundhedscenter, hvor man kunne indlægge ældre medicinske patienter.

Det var sådan set det, jeg svarede på. I mit indlæg forholdt jeg mig til, hvad SF har af synspunkter, og derfor sagde jeg det.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Det var faktisk noget af det samme, jeg havde tænkt at spørge om, for jeg tror ikke, der er nogen i det her Folketing i hverken Dansk Folkeparti, Venstre eller De Konservative, der overhovedet har talt om, at man skulle indlægge patienter på de sundhedscentre, overhovedet ingen.

Hvorfor jeg rejser mig nu er for at spørge fru Lene Garsdal: Er det ikke rigtigt, at der er lavet en lovgivning 1. juli 2001 vedrørende genoptræning af patienter, og at man skal sørge for, at de har en udskrivningsplan med, så de kan blive genoptrænnet i nærområdet.

(Kort bemærkning).

Lene Garsdal (SF):

Til det første: Jeg er da glad for, hvis vi er enige om det, så er det på plads med indlæggelse på sundhedscentrene.

Til det andet: Nu kan jeg ikke huske, om det var juni 2001, men det er jo rigtigt, at der er sådan nogle rettigheder for patienterne. De bliver bare ikke fulgt, og det er jo det, der er problemet i det.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Det, jeg vil høre fru Lene Garsdal om, er, om fru Lene Garsdal ikke tager fejl af, at der blev afsat 37 mio. kr. til en ansøgningspulje til genoptræ-

ning og akutplejepladser i nærheden af et plejehjem.

Det er der, hvor den ældre patient har fået en ordentlig pleje på et hospital, men der er jo nogle ældre patienter, der er svagt gående, og de kunne genoptrænes på et plejehjem i nærheden af, hvor de bor.

(Kort bemærkning).

Lene Garsdal (SF):

Nu er det svært at svare på, om jeg tager fejl, men det er da meget muligt. Jeg tager i hvert fald ikke fejl med hensyn til det der med indlæggelse af medicinske patienter, for sådan husker jeg det bare.

Jeg kan selvfølgelig huske forkert, men jeg ville kun gøre opmærksom på det.

Tredje næstformand (Kaj Ikast):

Tak til ordføreren. Nu vil vi altså høre fru Line Barfod.

Kl. 20.20

Line Barfod (EL):

Det skal formanden så få lov til.

Enhedslisten kan støtte forslaget om at få en handlingsplan. Vi synes, det kan være fornuftigt, at man på en række forskellige områder sætter sig ned og ser på, hvad det er for en samlet indsats, man vil gøre for at forebygge nogle problemer og løse nogle problemer, ligesom vi også har gjort på andre områder, hvor vi har iværksat handlingsplaner. Vi synes, det er lidt mærkeligt, hvis man skulle kunne sige, at man kun kunne lave handlingsplaner for nogle patientgrupper og ikke for andre.

Jeg forstår ikke helt umiddelbart det argument, der har været fra nogle ordførere, om, at ældre medicinske patienter er så stor en gruppe, at dem kan man ikke lave handlingsplan for, fordi de er så forskelligartede. Man kan sige, at kræftpatienter også er meget forskelligartede, der findes mange forskellige typer kræft, mange forskellige typer behandling, men her har man formået at lave en handlingsplan, og det mener vi også kan være fornuftigt nok at gøre for de medicinske patienter. Vi synes, det er meget vigtigt, at vi får bedre forhold for de medicinske patienter.

Nu kan man sige, når man lytter til debatten, at jævnlig, når vi diskuterer, er der ufattelig stor forskel på, hvad man siger fra de forskellige sider af Folketingssalen. Nu får vi fornøjelsen af en finanslovdebat igen i morgen, vi havde den

også i sidste uge, og man kan sige, at der var det i forhold til økonomien, at man, når man hørte finansministeren, nærmest skulle tro, at vi var i Farum og lyttede til borgmester Brixtofte, der fortalte om, hvor godt det hele snart kom til at gå. Jeg håber, at der er lidt mere hold i, at det kommer til at gå godt med de medicinske patienter, end der har været i finansministerens prognoser om dansk økonomi og beskæftigelsen.

Der er mange, som har oplevet nogle meget dårlige forhold og har brug for at få bedre forhold. Vi synes, det kunne være fornuftigt, at man ser på hele patientforløb, ser på, hvor det er det undervejs kan gå galt, hvad det er, man kan forbedre, men også på det meget vigtige punkt: de ansattes vilkår, spørgsmålet om, hvad vi kan gøre, for at ansatte får lyst til at blive på afdelingerne, for at der er flere, der bliver tiltrukket af at være der.

Der handler det, som også andre har været inde på, bl.a. om at have et ordentligt arbejdsmiljø, hvor man også føler, at man kan levere en ordentlig arbejdsindsats. Der er lavet talrige undersøgelser, der viser, at hvis man oplever, at man simpelt hen ikke kan leve op til det, man egentlig fagligt synes man skulle kunne nå, så har man en meget større risiko for at få nogle arbejdsskader, fordi det ikke er tilfredsstillende, ja, faktisk nedbrydende, hele tiden ikke at kunne gøre sit arbejde ordentligt, fordi der ikke er sat ordentlige ressourcer af, det ikke er organiseret ordentligt osv.

Derfor synes vi, det er vigtigt, at man i den handlingsplan også ser på at sætte nogle flere ressourcer af. Vi har jo en situation, hvor vi har 800.000, der er sat uden for arbejdsmarkedet. Vi kunne, hvis vi ville, ansætte langt flere til at tage sig af vores ældre og vores syge, uden at det ville koste ekstra på de offentlige budgetter. Det er alene et ideologisk spørgsmål, om man gør det eller ej.

Vi synes, det kunne være en væsentlig del af en handlingsplan, at man satte flere ressourcer af og også så på noget af det, der måske ikke lige falder i øjnene i første omgang, f.eks. rengøringen på hospitalerne, for vi ved, at hygiejnen er et stort problem, vi ved, at det, at man mange steder har skåret voldsomt ned på rengøringen, udliciteret osv., har betydet, at der er store problemer. Hvis vi ansatte langt flere til at kunne sørge for en ordentlig rengøring, så kunne det også have betydning for en række medicinske

patienter, så de f.eks. ikke fik infektioner oven i det, som de var blevet indlagt for, og hvis vi sørger for, at der er tilstrækkelige ressourcer i hjemmeplejen, så kan det også være med til at forebygge, at ældre får det så dårligt, at de skal indlægges, fordi man så f.eks. har tid til at hjælpe folk med at holde sig i gang både fysisk og mentalt.

Så der er mange steder, vi kunne sætte ind, hvis vi satte os for at lave en samlet handlingsplan, der ikke var delt op i en række forskellige kasser, men samlet så på de ældre medicinske patienter: Hvad kan vi gøre på lang række forskellige områder? Der synes vi, at der kunne være god brug for, at vi også brugte ressourcerne hos de ansatte og hos de ældre selv til at gå med ind i en debat om, hvad man kunne gøre på det her område.

Desværre har regeringen og Dansk Folkeparti jo valgt at lave en strukturreform, som går i den stik modsatte retning, og hvor vi kommer til at skulle bruge en masse ressourcer på en masse omstillinger, ændringer, på ansatte, der er urolige for deres fremtidige løn- og ansættelsesvilkår osv., og på at sikre, at der bliver bedre mulighed end i dag for privatisering.

Vi håber, at der meget snart kommer et valg, at vi får et andet flertal, og at vi så kan begynde at sætte gang i bl.a. at få bedre vilkår for ældre medicinske patienter, og der er en handlingsplan et godt skridt på vejen.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg vil gerne spørge fru Line Barfod omkring handleplaner, om fru Line Barfod ikke er enig i, at der er forskel på at lave en handleplan, når det drejer sig om en specifik sygdom som sukkersyge, kræft osv., og en handleplan, der drejer sig om alle kirurgiske lidelser. Kirurgiske lidelser kan være brækkede ben, det kan være sygdomme i underlivet, det kan være sygdomme af anden kirurgisk karakter i mave-tarm-kanalen eller hos den ældre medicinske patient ofte både slidgigt og sukkersyge, og hvad der nu ellers er af sygdomme.

Kl. 20.25

Er der ikke forskel på at lave handleplaner? En handleplan er efter mit hoved meget diffus, når det drejer sig om en kompleks tilstand, men målrettet en tilstand som f.eks. sukkersyge. Er vi ikke enige om, at der er en stor forskel her?

(Kort bemærkning).

Line Barfod (EL):

Jeg er fuldstændig enig i, at der er forskel på, om man laver en handleplan alene for sukkersyge eller en handleplan for medicinske patienter, man skal jo så indrette handleplanen på forskellige måder.

Hvis vi f.eks. snakker om sukkersyge, så er det jo også noget, der rummer utrolig mange forskellige elementer. I Velfærdsudvalget i Nordisk Råd, hvor jeg sidder, har vi diskuteret det og diskuterer fortsat, at vi er nødt til at arbejde langt bredere i forhold til sukkersyge, se på hele samfundsindretningen for at forebygge, at folk får sukkersyge, og at udgifterne stiger så voldsomt, som de gør.

Så jeg mener, at handlingsplaner, både når det drejer sig om en enkelt diagnose og om bredere patientgrupper, kan være meget forskellige, men at vi bør gå efter, at de bliver meget bredere end i dag, så vi i højere grad får fokus på forebyggelse end kun på behandling af en bestemt diagnose.

Tove Videbæk (KD):

I Kristendemokraterne synes vi, at beslutningsforslag nr. B 59 er et rigtig godt forslag, for de ældre medicinske patienter har i alt for lang tid manglet opmærksomhed, og det på trods af at mere end halvdelen af alle patienter, der indlægges på sygehusenes medicinske afdelinger, er 65 år eller ældre, og at ca. 40 pct. af alle indlæggelser i det hele taget er medicinske.

Det er vist almindeligt kendt, at ventelister til operationer de seneste par år er blevet prioriteret frem for ældre medicinske patienter på sygehusområdet.

I beslutningsforslag nr. B 59 er der forslag om, at kapaciteten på de medicinske afdelinger skal udbygges, så de lejlighedsvis overbelægninger undgås. Det er utilfredsstillende, det er uacceptabelt og uværdigt, at ældre medicinske patienter lejlighedsvis bliver placeret på sygehusenes gange på grund af overbelægning.

Tredje punkt i B 59 går ud på en strategi for rehabilitering af ældre medicinske patienter med henblik på at sikre sammenhæng i alle faser af behandlingen af medicinske patienter, og dette mener vi er meget nødvendigt.

Rehabilitering af ældre medicinske patienter er et område, som der virkelig er et stort behov for at vi får gjort noget alvorligt ved. Samarbejde mellem sygehuse og kommuner og sammenhæng mellem behandlingen på sygehuset og be-

handlingen i hjemmet er nødvendig, for at de ældre får den støtte og den behandling, som de har brug for, når de kommer hjem efter en indlæggelse.

Som det er i dag, ser vi alt for mange genindlæggelser, der kunne have været undgået, hvis samarbejdet og koordineringen mellem sygehus og kommune fungerede bedre, og i øvrigt bliver mange ældre udskrevet fra sygehusene, inden de er rigtig raske. Det er der mange historier om.

Jeg er sikker på, at der er kommuner, hvor det fungerer godt, men alt for mange steder er der ældre, der bliver efterladt uden den hjælp, de har behov for, eller også får de først hjælp efter alt for lang tid i hjemmet, ofte med det resultat, at de snart igen bliver indlagt. Det er skidt både for de ældre og deres livskvalitet, og det er skidt for belægnings- og økonomi på sygehusene og den efterfølgende økonomi.

Det er helt klart, at alle parter ville vinde ved, at der var en ordentlig kommunikation, ikke blot et sæt regler på papir, men en forretningsgang, som bliver fulgt i det daglige.

Der er heldigvis projekter i gang for at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og sygehussektoren. Et af projekterne kører efter en udenlandsk model, der hedder Shared Care, og ideen er, at sygehussektoren og den primære sektor har et fælles ansvar for de komplekse forløb i stedet for, at den ene sektor overdrager patienten til den anden. Det betyder konkret, at de to sektorer skal indgå aftaler med hinanden om en klar ansvars- og opgavefordeling.

Det undrer mig egentlig, at det er nødvendigt at hente en udenlandsk model til dette, men hvorom alting er, så er det godt, at det i hvert fald kommer i gang.

Det fjerde punkt i forslaget drejer sig om at udbygge den sundhedsfremmende indsats i ældreplejen med henblik på at aflaste sygehusene og så vidt muligt behandle den syge ældre i eget hjem. Dette i forbindelse med de nye sundhedscentre tror vi kan blive godt for de ældre, for hvis der bliver satset meget mere på at give de ældre den hjælp, de har brug for derhjemme, vil mange genindlæggelser kunne undgås.

Kl. 20.30

I 2004 er der blevet afsat 50 mio. kr. til bedre behandling af de medicinske patienter i år, men ifølge Dagens Medicin ligger pengene stadig i Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Nu hører vi så fra sundhedsministeren, at pengene kommer ud inden jul, men hvorfor i alverden har pengene dog ligget i Sundhedsministeriet så længe?

Ifølge sundhedsdirektør i Århus Amt, Leif Vestergaard Pedersen, fik amterne først besked om at søge pengene i oktober, og da fik de en ansøgningsfrist på 2 uger. Det har skabt mange problemer derude, hvor pengene skulle gøre gavn, så B 59 kan være et lille piskeslag og en god reminder om, at nu skal der lidt mere gang i arbejdet med at forbedre forholdene for de ældre medicinske patienter. De har behov for det, de har fortjent det, og Kristendemokraterne mener, de har ret til det. Derfor arbejder Kristendemokraterne også med en række forslag om, hvordan vi kan forbedre ældres livskvalitet.

Selv om jeg selvfølgelig også kvitterer for de initiativer, som regeringen har taget, støtter Kristendemokraterne alligevel forslaget.

Tredje næstformand (Kaj Ikast):

Så er det ordføreren for forslagsstillerne, fru Sophie Hæstorp Andersen.

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Allerførst vil jeg selvfølgelig gerne sige tak for den gode debat, vi har haft på baggrund af det forslag, som Socialdemokraterne har fremsat.

Alt for mange, typisk ældre, patienter oplever stadig et kaotisk og uværdigt behandlingsforløb, når de indlægges på sygehusenes medicinske afdelinger. Der er ikke nok personale, for få sengepladser, og liggetiden bliver ofte unødigt lang, udskrivninger ender ofte med genindlæggelser, som formentlig under andre omstændigheder kunne være undgået. 45 pct. af alle sygehuspatienter behandles på en medicinsk afdeling, og langt de fleste patienter er over 65 år. Der er også mange indlæggelser af socialt svage mennesker på sygehusenes medicinske afdelinger.

Som ældre medicinsk patient bliver man typisk indlagt akut, lider ofte af flere sygdomme på en gang og har tit svært ved at overskue sin sygdom. Man er måske rådvild, forvirret, og har foruden korrekt medicinsk behandling brug for omsorg og hensyntagen til sin situation. Nogle har svært ved at forklare sig og egentlig forstå, hvad lægen siger.

Hvordan mødes patienten? De medicinske afdelinger lider af underbemanning og mangelfulde fysiske rammer, læger rapporterer om ekstreme ventetider ved modtagelsen af patienterne, ofte er patienternes medicin kompliceret at udrede, de har flere diagnoser, tager meget og forskellig medicin og kan have svært ved at forklare sig over for lægen og forstå lægen, og med

mange ventende patienter tvinges lægen til at bruge mindst muligt tid på patienten.

Underbemanningen afføder ventetid og dårlig kvalitet i behandlingen og i hele behandlingsforløbet. Der er således tit ventetid på de relevante undersøgelser, på tolkning af resultater, på lægens mulighed for konferering med en ældre læge, på samtale mellem læge og patient. I de tilfælde bliver patientens ophold længere end nødvendigt, og der er tillige risiko for, at visse ting overses i behandlingen.

De medicinske afdelinger er jo jævnlige plaget af overbelægninger. Ofte skal der ikke mere end en influenzaepidemi til, før syge, ældre mennesker henvises til senge på sygehusenes gangarealer, man kan alene se det af belægningsprocenterne på bl.a. hovedstadens sygehuse. Samtidig er flersengsstuer mere reglen end undtagelsen på de medicinske afdelinger, meget intime og personlige følger af sygdom er man således henvist til at dele med fremmede mennesker og til tider også deres pårørende. Mangelen på sengepladser medfører et naturligt ønske om at udskrive næsten raske patienter, så alvorligere syge kan komme til. Derfor er genindlæggelser hyppigt forekommende, patienterne udskrives for tidligt, eller der mangler et passende tilbud til dem om støtte og opfølgning i kommunalsektoren.

Socialdemokraterne mener ikke, at sådanne forhold hører hjemme i det danske hospitalsvæsen anno 2004, og vi kan i dag konstatere med tilfredshed, at det er der heller ikke andre der mener. Samtidig kan vi konstatere, at en lang række faglige organisationer og interesseorganisationer allerede i oktober 2003 henvendte sig til indenrigs- og sundhedsministeren med en appel om en national strategi for de medicinske patienter. Man ønskede at pålægge regeringen at tage de nødvendige initiativer til at sikre, at der blev iværksat en handlingsplan for de ældre medicinske patienter med henblik på at skabe bedre overskud og bedre kvalitet i deres behandling på sygehusene og ved rehabilitering i eget hjem.

Kl. 20.35

At den indsats, der er kommet efterfølgende, fra regeringens side mere drejer sig om positiv omtale end reel problemløsning, ses desværre, når blikket vendes mod landets hårdt trængte medicinske afdelinger. Her har regeringens dyre og lidet effektive fokus på ventelister kostet i form af ringere vilkår for de – typisk ældre – medicinske patienter.

Kigger man på tallene for overbelægning på de medicinske afdelinger, kan man bl.a. aflæse af belægningsstal for Hovedstadens Sygehusfællesskab og for sygehusene i Århus Amt, at det dokumenteres, at der finder overbelægning sted. Overbelægning finder sted, når belægningsprocenten er over 90 i forhold til den officielle fastsatte norm, og nogle steder opgør Sundhedsstyrelsen faktisk den gennemsnitlige belægningsprocent i dag på landets medicinske afdelinger til 96 pct.

Skævvridningsargumentet i det danske sundhedsvæsen dokumenteres via en lang række faglige udtalelser. F.eks. udtalte Torben Ø. Pedersen, der er direktør på Amtssygehuset i Glostrup, der pr. 1. januar 2004 måtte lukke 15 ud af sygehusets 220 medicinske pladser, fordi økonomien strammede til: Vi er nødt til at omprioritere ressourcerne fra de medicinske afdelinger og over i de afdelinger, hvor der er konkurrence om patienterne. Det vil først og fremmest sige de kirurgiske og akutte afdelinger. Hvis vi undlader at gøre det, kommer vi til at betale alt for meget for at få disse patienter opereret på andre sygehuse.

Torben Ø. Pedersen kaldte situationen uholdbar og påpegede, at konsekvensen bliver overbelægning på de medicinske afdelinger, og at især mange ældre derved ikke får den nødvendige pleje.

Connie Kruckow, formand for Dansk Sygeplejeråd, fulgte trop med at sige, at det var nødvendigt at holde de politisk ansvarlige op på den beslutning, som de går ud med, nemlig at det er det kirurgiske område, der i den grad bliver opprioriteret. Det er der jo ikke noget i vejen med, men det har bare den bagside, at man nedprioriterer noget andet, og her drejer det sig om de ældre medicinske patienter, der bliver nedprioriteret. Det er ikke rimeligt.

Jeg kunne nævne flere, men det vil jeg hellere gå videre med.

Jeg synes, det er tydeligt, at tiltagende offentlige protester langt om længe har gjort, at regeringen har følt sig bevæget til at tilføre området flere ressourcer, men beløbene er næsten symbolske: 50 mio. kr. i 2004 og 105 mio. kr. i 2005 og i 2006.

Socialdemokraterne ved, at behovet er langt større. Der skal afsættes 200 mio. kr. årligt over 4 år til en samlet plan for øget kapacitet og bedre behandling af især ældre medicinske patienter. Der er brug for flere sengepladser, udbygning af enestuer eller tosengsstuer med mulighed for af-

skærmning, mere sundhedspersonale på afdelingerne, opgradering af faggrupper, bedre sammenhæng i alle faser af behandlingen, også efter endt behandling på sygehuset, og etablering af en kompetent geriatrisk hjemmepleje i hele landet.

Derfor fremsatte vi det her forslag i dag, og jeg vil som sagt meget gerne takke for behandlingen i dag. Der er undervejs kommet nogle ting op i debatten, som jeg også mener jeg her har adresseret.

Det korte af det lange er, at Socialdemokraterne ønsker det lange, seje træk. Vi ønsker, at fokus skal være på det hele menneske, når vi snakker om den ældre medicinske patient, og ikke kun på en enkelt diagnose.

Tredje næstformand (Kaj Ikast):

Ja tak. Der er et spørgsmål.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg vil gerne spørge fru Sophie Hæstorp Andersen om det her med belægningsprocenten. Den interesserer mig meget. Jeg var i mit indlæg inde på, at den jo kan vurderes på mange forskellige måder, men jeg vil gerne for nu at være flink spørge, om fru Hæstorp Andersen er opmærksom på, at belægningsprocenten nu er lavere, end den var lige omkring år 2000, og om, hvorfor man bruger nogle gamle tal for belægningsprocenter i stedet for tallene nu, som har vist faldende tendens.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Hr. Preben Rudiengaard er jo egentlig meget interessant, fordi i et tidligere indlæg har han først sået tvivl om, hvordan man overhovedet opgør procenterne på det her område, og nu vil han så godt høre, hvorfor vi bruger nogle tal og ikke nogle andre tal.

Kl. 20.40

De tal, vi har brugt, er taget fra virksomheden ved sygehusene for 2003. Det kan godt være, at det ikke er de allerallernyeste tal, men de er i hvert fald gældende for sidste år. Jeg har ikke set nogen nyere tal på området, må jeg indrømme, men jeg vil ikke afvise, at de måtte eksistere. Hvis de er for nedadgående er det da positivt.

Jeg har selv haft fornøjelsen af at være på en medicinsk afdeling, og jeg tror, at hr. Preben Rudiengaard vil give mig ret i, at nogle gange kan man være ude et sted, og så kan man se på papi-

ret bagefter, hvordan man opgør det. Det var jo det, jeg hørte hr. Preben Rudiengaard selv sige tidligere.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg vil gerne slutte af med at spørge – og så skal jeg ikke forulempe yderligere: Den der forkromede handleplan, som fru Sophie Hæstorp Andersen snakker om, som skulle gøre det meget bedre for den ældre medicinske patient, hvilket jeg kunne være lidt tvivlende over for, fordi jeg synes, det går godt i dag, hvad vil den koste i kroner og øre?

Det vil jeg da gerne vide, hvis vi skulle afsætte ressourcer, eller vi skulle være så uheldige, at vi fik en anden regering efter et kommende folketingsvalg.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Socialdemokratiet har afsat 800 mio. kr. til sin handleplan over de næste 4 år, og vi vil selvfølgelig ikke afvise, at der derudover kan være tale om et længere, sejere træk end det.

Men det, vi har afsat lige nu og her, er 800 mio. kr. over de næste 4 år, så det er svaret på spørgsmålet.

Tredje næstformand (Kaj Ikast):

Ja, tak til ordføreren. Nej, der er et spørgsmål mere, fru Skaarup.

Kl. 20.45

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Vi talte før om kasser. Det, fru Sophie Hæstorp Andersen og Socialdemokraterne gerne vil, er at have denne her nationale handlingsplan i en kasse, og så skal alle patienter puttes ind i den, og så skal der bare handles ud fra det.

Fru Sophie Hæstorp Andersen siger også, at Socialdemokraterne vil afsætte 200 mio. kr. over 4 år. Så vil jeg godt spørge: Når vi med de her tiltag, vi har lavet via forårspakken, via demens, via medicinanvendelse, via influenzavaccinationer faktisk kommer op på 290 mio. kr., tror fru Sophie Hæstorp Andersen så ikke, at de overhovedet har nogen effekt? Det er alene i 2005.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Socialdemokraterne tror da bestemt, at det har effekt, at man afsætter penge på nogle forskelli-

ge områder. Det, vi frygter, er bare, at det er kommet ud i en masse små cigarkasser, hvor man ser, at de 105 mio. kr., som fru Birthe Skaarup siger hun har afsat – nu skal jeg lige finde det – til bl.a. KOL-ramte patienter, lægger man jo ud, så man bruger 20 + 20 + 20 fra år 2004 til år 2006.

Man bruger 45 mio. kr. på genoptræning, og til geriatrien er det ikke 105 mio. kr. på et år, nej, der er det 20 mio. kr. det ene år, hvis de da når ud og får ben at gå på, og så er det måske 95 mio. kr. i 2005.

Så vi synes, der er mange små kasser her, og vi synes måske, at det simpelt ikke er godt nok med de der små indsatsområder, der går på enkelte diagnoser, hvis ikke man også ser det som led i en større samlet plan for, hvor vi egentlig vil hen, når vi ved, at de patienter, vi taler om, ofte lider af mange forskellige sygdomme, der er svære at udrede.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg kan simpelt hen ikke forstå, at fru Sophie Hæstorp Andersen ikke kan indse, at det her handler om rehabilitering, det handler om forebyggelse.

Socialdemokraterne har selv været inde på, at de ønsker at forebygge, så vi ikke ser alle de medicinske patienter på de medicinske afdelinger. Kan fru Sophie Hæstorp Andersen ikke forstå, at det er initiativer, vi sætter i gang for at forebygge, at de medicinske patienter kommer ind på afdelingerne? Vi forebygger der, hvor de bor, gennem eksempelvis de genoptræningssteder, og når vi nærmer os 2005, så bliver det måske på sundhedscentre. Undskyld mig, kan det slet ikke trænge ind?

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Jamen det trænger ganske udmærket ind, at man forsøger at give indtryk af, at man gør en indsats på nogle forskellige områder. Det anerkender vi fuldt ud og håber da også det vil komme de enkelte patienter til gode. Det er jo ikke sådan, at når man tilføjer nogle penge, kommer det ikke nogen til gode.

Det, vi bare gerne så, var, at man tog det lange, det seje træk, hvor man ikke bare giver 105 mio. kr. det ene år og så 50 mio. kr. det andet år, og at det hele tiden løbende er til forhandling, men tværtimod sagde: Vi vil gerne lave en plan for, hvordan vi kan gøre det bedre for det hele

menneske, den hele ældre medicinske patient, og derfor er vi villige til at finde midler, mange midler, over de næste 4 år.

Det betyder ikke, at vi underkender, at der er fundet midler i år. Vi siger bare, at vi gerne så, at man trak det ud over en længere periode og sagde: Så gør vi en kæmpe indsats på det her område. Vi fokuserer ikke kun på enkelt diagnoser, og hvis vi gør det, så fokuserer vi i hvert fald på dem som led i en større plan for at gøre noget for det hele menneske, den hele patient.

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

Afstemning

Tredje næstformand (Kaj Ikast):

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør

indsigelse, betragter jeg det som vedtaget. (Op-
hold). Det er vedtaget.

Meddelelser fra formanden

Tredje næstformand (Kaj Ikast):

Der er ikke mere på dagsordenen.

Folketingets næste møde afholdes i morgen, onsdag den 15. december 2004, kl. 9.00:

Angående dagsordenen skal jeg henviser til den dagsorden, der er opslået i salen.

Mødet hævet kl. 20.46
