

deres forældre. Man kan selvfølgelig sige, at det ikke er alle steder, de unge kan hente den sundeste inspiration til alkoholforbrug ved at kigge på deres forældre, men jeg tror faktisk også, at spørgsmålet er: Hvorfor kan man i grunden overhovedet reklamere for nogle produkter, som udelukkende er lavet med det formål, at de kan få unge mennesker, som ikke kan lide alkohol, til at drikke alkohol? Det synes jeg er et spørgsmål man godt kunne komme ind på.

Ministeren nævnte også – og det kan selvfølgelig godt opfattes lidt selvmodsigende – at Enhedslisten i sin tid ikke stemte for at nedsætte aldersgrænsen for, hvor gammel man må være for at kunne købe alkohol. Der er ingen tvivl om, at her sloges Enhedslisten ligesom andre partier her i Folketinget lidt med den liberale sjæl, som jo vil have så få forbud som overhovedet muligt, og pointen er, at i hvert fald i dette tilfælde foretrækker vi at bruge den økonomiske pisk frem for deciderede forbud.

Jeg tror, at hvis man kigger på alkoholforbruget i Danmark, må man konstatere, at det er stort, at det har nogle alvorlige menneskelige konsekvenser, at det har nogle alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser, og at det også har nogle alvorlige samfundsmæssige konsekvenser. Derfor er det jo oplagt også at gøre det til et politisk spørgsmål, og her synes vi i hvert fald, at de lavere priser på alkohol og en efter min opfattelse større kynisme i markedsføringen af nye produkter som bl.a. alkoholsodavand har meget uheldige konsekvenser for befolkningens alkoholforbrug og ikke mindst for børns og unges alkoholdebut og -vaner.

Det er på den baggrund, vi opfordrer til, at man skal tage Nordisk Råds anbefalinger alvorligt, så man på både pris-, udbuds- og markedsføringsområdet tager nogle initiativer, som kan sænke alkoholforbruget og især begrænse salget af alkoholdige drikkevarer, som i kraft af deres produktudformning og markedsføring henvender sig til børn og unge. Jeg er sådan set på nogle måder lidt skuffet over, at der ikke er flertal for det i Folketinget, men jeg må selvfølgelig lære af afstemme mine forventninger, alt efter hvad der kan lade sig gøre, og så må vi jo vende tilbage med en diskussion om spørgsmålet.

Til allersidst vil jeg bare sige, at jeg opfattede udtalelserne fra Dansk Folkeparti sådan, at man vil tage stilling til eventuelle konkrete forslag, og så kunne det jo godt være, vi kunne etablere et flertal. Jeg synes nemlig ikke, at Dansk Folkeparti skal undlade at gennemføre fornuftige til-

tag med det formål at begrænse alkoholforbruget sammen med Enhedslisten, bare fordi vi har en forskellig opfattelse af, hvordan folks forbrug af hash skal behandles lovgivningsmæssigt. Jeg kan forsikre Dansk Folkepartis ordfører om, at Enhedslisten bestemt mener, at hvis vi skulle komme igennem med en legalisering af hash, skal den også afgiftsbelægges. Det er ikke det, uenigheden går på, den går sådan set på forbuddet, og netop derfor har vi jo heller ikke stillet forslag om at forbyde alkohol.

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.

Den næste sag på dagsordenen var:

14) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 31:

Forslag til folketingsbeslutning om at knytte faste praktiserende læger til alle plejehjem.

Af Pia Kristensen (DF) m.fl.
(Fremsat 8/11 2006).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Dette beslutningsforslag fra Dansk Folkeparti pålægger regeringen inden november at fremsætte lovforslag, som sikrer, at der til ethvert plejehjem er knyttet en eller flere faste praktiserende læger med det formål at understøtte mere tilfredsstillende lægehjælp for plejehjemsbeboerne. De ældre skal efter forslaget bl.a. kunne vælge at holde fast ved deres egen praktiserende læge, fra før de flyttede på plejehjem, men de skal også have tilbud om at vælge plejehjemsmets læge.

Jeg vil gerne indlede med at sige, at jeg er helt enig i det grundlæggende sigte med forslaget, for der er god fornuft i at gennemføre et centralt initiativ, der styrker samarbejdet og kommunikationen mellem læger og plejehjem i forbindelse med behandlingen af de ældre. Jeg er enig i, at der er rum for forbedring, kunne man sige. Det fremgår bl.a. af embedslægerens seneste rapport om plejehjemstilsynet i 2005, der blev udsendt i maj sidste år, og som der jo også henvises til i beslutningsforslaget.

Kl. 21.35

Man kan fremhæve, at ved 45 pct. af tilsynsbesøgene i 2005 blev der konstateret mangler ved plejehjemmenes medicinbehandling. Selv om under 5 pct. af manglerne var alvorlige, pæger rapporten, at der her fortsat er et væsentligt indsatsområde, som plejehjemmene skal arbejde videre med. Der har også været set på de sundhedsfaglige ydelser, og her viser plejehjemstilsynet, at ved under 2 pct. af tilsynsbesøgene i 2005 var der eksempler på mangelfuld adgang til sundhedsfaglige ydelser, dog ingen alvorlige.

Mere specifikt viste tilsynet i Københavns Kommune, at de fleste plejehjem i det store og hele havde et godt samarbejde med de praktiserende læger. Det fremgik også, at en stor del af kommunens plejehjem har et regelmæssigt og nært samarbejde med en eller to praktiserende læger, som hovedparten af beboerne er tilmeldt, og som typisk kommer på plejehjemmet en gang om ugen. Når jeg nævner Københavns Kommune specifikt, er det, fordi forslaget også specifikt omtaler Københavns Kommune.

For mig er hovedkonklusionen med hensyn til de tilsyn, jeg her har henvist til, at ikke bare tilsynet, men også systemerne i øvrigt sådan set fungerer efter hensigten. Formålet med plejehjemstilsynet er jo at sætte et skarpt, uafhængigt og uvildigt fokus på de områder, hvor der kan være sundhedsfaglige mangler, og dermed skabe et godt grundlag for, at de ansvarlige kommuner og plejehjem forbedrer indsatsen.

Samtidig kan man tage den seneste tilsynsrapport som en indikator for, at der, som jeg udtrykte det, er rum for forbedring og mulighed for at styrke den sundhedsfaglige indsats over for de ældre på plejehjem i form af et nyt initiativ, der styrker samarbejdet og kommunikationen mellem plejehjemmene og lægerne. Derfor agter regeringen også som et af initiativerne i kvalitetsreformen at udsende et idékatalog, gerne allerede i løbet af i år, med kommuner, regioner, plejehjem og læger som målgruppe – et idé-

katalog, der kan indeholde gode forslag til, hvordan samarbejdet mellem plejehjem og læger i både praksissektoren og sygehusvæsenet kan styrkes. Det handler bl.a. om at fokusere på korrekt medicinbehandling, gennemførelse af nødvendige sygebesøg og fleksibel og hurtig kommunikation parterne imellem i relation til den enkelte plejehjemsbeboers behov. Ideen med et sådant idékatalog er at formidle de kliniske, de organisatoriske og de overenskomstmæssige muligheder og redskaber, der netop er designet til at understøtte samarbejdet, og inspirere ved at formidle gode praktiske erfaringer med eksempler på samarbejde mellem plejehjem og læger, der allerede fungerer godt i dag.

Der er sådan set en god udvikling på området, og der er i hvert fald mulighed for lokalt at sikre en god udvikling på området. Senest er der med landsoverenskomsten om almen lægegering, som trådte i kraft den 1. april sidste år, netop indført mulighed for, at egen læge kan gennemføre opfølgende hjemmebesøg hos f.eks. ældre på plejehjem. Disse besøg har ikke til formål at udøve akut behandling, men derimod at foretage en samlet vurdering af den ældres sundhedstilstand og behandlingsbehov, herunder medicingennemgang. Med sundhedsloven, som trådte i kraft den 1. januar i år, er der som noget nyt sikret lægerne bedre mulighed for systematisk at identificere de ofte ældre patienter, der har behov for medicingennemgang, via den elektroniske medicinprofil, så det er altså to muligheder, der er skabt på det seneste.

Vi skal i øvrigt have fokus på at fremme kommunikationen mellem egen læge, plejehjemsbeboere og plejehjem. Overenskomstparterne på det almene lægeområde har aftalt at fastlægge relevante servicemål for kontakten til de almenpraktiserende læger i forbindelse med konsultationer, telefoniske henvendelser, sygebesøg og den elektroniske kommunikation, og den fornyede overenskomst forpligter i øvrigt alle almenpraktiserende læger til inden den 1. januar 2009 at tilbyde elektronisk tidsbestilling, elektronisk receptfornyelse og e-mail-konsultation.

Jeg tror også, vi skal gøre noget ud af at understrege den mulighed, kommunerne eller andre driftsherrer af plejehjem kan have for at indgå aftaler med læger, som på konsulentbasis kan yde generel rådgivning om ældremedicin m.v. Jeg ved f.eks., at man i Københavns Kommune arbejder på at tilknytte lægelige konsulenter til plejehjemmene i kommunen, og en række andre kommuner har gode erfaringer med at informere

re nye beboere om, hvilke almenpraktiserende læger plejehjemmet allerede har et godt og tæt samarbejde med, så de ældre plejehjemsbeboere inden for rammerne af det frie lægevalg har mulighed for at vælge en læge, der har en fastere tilknytning til plejehjemmet. Jeg ved f.eks., at plejehjemmet Margrethehjemmet i Roskilde har gode erfaringer på dette felt, og de erfaringer skal også trækkes ind og formidles til landets kommuner, plejehjem, læger m.v.

Kl. 21.40

Med alt dette, som jeg godt kunne folde mere ud, men som jeg af respekt for tiden ikke skal gøre, vil jeg sådan set gerne understrege, at jeg synes, at Dansk Folkepartis beslutningsforslag har en klar relevans. Jeg læser beslutningsforslagets bemærkninger sådan, at Dansk Folkeparti under udvalgsbehandlingen er indstillet på at drøfte den nærmere udformning af et relevant initiativ på området. Jeg er enig i, at der skal tages et relevant initiativ, og jeg mener som sagt, at vi skal gøre det i form af et idékatalog, der formidler kliniske og organisatoriske muligheder og redskaber, så vi styrker grundlaget for valget af lokale løsninger.

Jeg synes ikke, at udfordringen som sådan egner sig til at blive løst via lovgivning fra Folketingets side, så jeg afviser altså på regeringens vegne forslaget. Men jeg gør det på en meget positiv baggrund, og jeg glæder mig til, at dialogen om dette vigtige emne kan fortsætte under udvalgsarbejdet.

Formanden:

Tak til indenrigs- og sundhedsministeren. Så er det fru Birgitte Josefsen som ordfører.

Birgitte Josefsen (V):

Som ministeren har været inde på, handler beslutningsforslaget om at få tilknyttet en fast praktiserende læge til hvert plejehjem.

Jeg vil gerne slå fast, at intentionerne bag beslutningsforslaget er vi meget enige i. Det er vigtigt, at de ældre på plejehjemmene har let adgang til en praktiserende læge, og at der bliver taget hånd om de problemstillinger, den enkelte måtte have, eksempelvis at medicineringen af de ældre er korrekt. I Venstre er vi således enige i, at det er et område, hvor vi gerne ser, at der bliver taget nye initiativer.

Men som beslutningsforslaget er udformet på nuværende tidspunkt, kan vi ikke støtte forslaget, fordi vi går ind for frit valg. Vi mener, det er vigtigt, at man – selv om man er blevet pleje-

hjembeboer – stadig har retten til og muligheden for at vælge sin egen praktiserende læge. Jeg ser heller ingen grund til, at forskellige læger ikke kan have det lægelige ansvar for den samme patient, og det er jo sådan set den situation, man nemt kan komme i. Det vil ikke altid kunne være nøjagtig den samme læge, der kommer, for også når man er på plejehjem, kan man jo blive syg døgnet rundt.

Men vi vil meget gerne være med til at kigge på forslaget og se, om vi kan finde en vej og bruge nogle af de initiativer, som sundhedsministeren var inde på. Vi synes, det er vigtigt, at vi ser på ressourcetildelingen i sundhedsvæsenet og får den målrettet, så ressourcerne bliver brugt bedst muligt. Vi vil gerne bakke op om de udtalelser, ministeren kom med om at udarbejde et idékatalog, der kan inspirere og formidle de gode eksempler fra dagligdagen og på den måde styrke samarbejdet og kommunikationen mellem plejehjemmene og de praktiserende læger.

Derfor vil vi sige fra over for beslutningsforslaget, som det ligger nu, men vil meget gerne indgå i en drøftelse af et videre forløb om, hvordan lægebesøg på plejehjemmene kan organiseres.

Formanden:

Tak til fru Birgitte Josefsen. Så er det hr. Jens Peter Vernersen som ordfører.

Jens Peter Vernersen (S):

Beslutningsforslag nr. B 31 skitserer en række af de problemer, som vi er bekendt med findes på plejehjemmene. Efter Socialdemokratiets opfattelse er det manglende respekt for de ældre, hvis lægerne ikke kommer i det omfang, det er ønsket, og passer disse patienter på præcis samme måde, som andre patienter bliver passet.

Forslagsstillerne skriver i beslutningsforslaget, at den enkelte ældre skal have fast tilknytning til en enkelt læge. Spørgsmålet er, om det vil løse problemerne, eller om vi ikke hellere må forlange, at den læge, som er tilknyttet den enkelte beboer, løser sin opgave som læge på en fuldt forsvarlig måde, så der ikke kan rejses nogen kritik. Det må være et forlangende. Det er selvfølgelig helt uacceptabelt, når man også har den ufuldstændige medicingivning og de oplysninger og alt det, der er beskrevet omkring medicin i forslaget, at man ikke har bedre styr på de ting. Det vil vi bidrage til at man får, jeg tror bare ikke, problemet bliver løst, fordi man til-

knytter den der faste læge. Fejl og mangler ved håndtering af de ældres medicin er ganske urimelig og kan jo være virkelig slemt for den enkelte.

Kl. 21.45

Man skriver også noget om problemer med samarbejdet med patienternes egen læge. Det er selvfølgelig afgørende, at det fungerer, og derfor synes jeg, at man i form af aftaler med lægerne må afklare, at man altså også skal respektere de patienter, som nu bor på et plejehjem, altså at man skal vise dem fuldstændig den samme respekt som andre.

Man skriver så også, at det er tidkrævende for lægen, at denne har flere patienter på plejehjemmene. Jeg synes igen, det er afgørende, at lægen tager sig af de patienter, vedkommende har; lægen får betaling for det, og patienterne skal have samme fulde respekt som andre patienter.

Vi tror som sagt ikke på, at forslaget om at have fast tilknyttet en læge vil løse de problemer, der er, men vi synes, det må være et krav til det sundhedspersonale, som nu kommer på plejehjemmene, og som er på plejehjemmene, at de svigt, vi har set, altså ikke finder sted. Det må være det, der er krævet, vi kan stille.

Det er selvfølgelig klart, at vi i den videre udvalgsbehandling er fuldstændig med på at finde løsninger på de problemer, som er kendte. Som sagt tror vi bare ikke, det her er løsningen. Men det er afgørende, at de ældre, som nu bor på et plejehjem, vises samme respekt som andre borgere.

Formanden:

Tak til hr. Jens Peter Vernersen. Så er det fru Helle Sjelle som ordfører.

Helle Sjelle (KF):

I Det Konservative Folkeparti synes vi, det er vigtigt, at der kommer et større fokus på behovet for et bedre samarbejde mellem læger og plejehjem, også selv om vi ikke kan støtte det konkrete forslag, som DF her er fremkommet med, om at tilknytte en fast læge til alle på plejehjemmene.

Vi Konservative er enige i, at der er behov for at styrke samarbejdet mellem plejehjemmene på den ene side og de praktiserende læger, for den sags skyld også sygehusvæsenet, på den anden side. Det er derfor også noget, vi vil lægge vægt på bliver forbedret.

Vi skal have et sundhedssystem, der er præget af kvalitet, effektivitet og tryghed, også når

det handler om vores ældre medborgere, som jo oftere end andre har brug for sundhedssystemet og nogle gange endda i længere perioder. Derfor synes vi også, at det er fornuftigt, at ministeren har givet udtryk for her i dag, at han bl.a. vil se nærmere på samarbejdet mellem de praktiserende læger og plejehjemmene. Plejehjemstilsynene viser jo klart, at der er et behov for forbedring, hvad angår samarbejdet mellem læger og plejehjem, og tilsynet kan netop give et godt grundlag for en faglig og saglig vurdering af, hvor og hvordan der kan forbedres.

Men der skal ikke være tvivl om, at vi Konservative foretrækker, at det enkelte menneske selv kan vælge, hvilken læge det ønsker at bruge, også selv om det befinder sig på et plejehjem. Det forhindrer jo imidlertid ikke, at vi i stedet for kan udnytte de gode erfaringer, som flere plejehjem har med at informere deres beboere om, hvilke praktiserende læger det pågældende plejehjem i forvejen har et godt samarbejde med. På den måde kan den ældre medborger jo endda få et bedre grundlag at vælge ud fra og på den måde opleve en større tryghed.

Alt i alt hilser vi Konservative altså debatten om et bedre samarbejde mellem læger og plejehjem velkommen, men vi kan ikke støtte det konkrete forslag fra Dansk Folkeparti.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Tak til ordføreren. Næste ordfører bliver fru Charlotte Fischer.

Charlotte Fischer (RV):

Med det her forslag ønsker Dansk Folkeparti, at der fremover skal kunne knyttes en eller flere praktiserende læger til hvert plejehjem. Det betyder – skriver Dansk Folkeparti i forslaget – at man kunne forestille sig en ordning, hvor den eller de faste læger får fast træffetid på plejehjemmene, hvor de forpligter sig til at komme, når de bliver tilkaldt, og hvor plejehjemmets personale får adgang til at trække på deres viden.

Kl. 21.50

Hensigten er sympatisk nok. Vi vil på linje med alle andre, tror jeg, gerne sikre, at de ældre her i landet får en ordentlig lægehjælp. Problemet er jo lidt, hvordan vi gør.

Vi synes, vi skal fare med lempe på det her område, og vi tror ikke på, at løsningen er den, som Dansk Folkeparti har foreslået her, og det er først og fremmest af tre årsager.

Vi tror ikke nødvendigvis, at det løser de problemer, der er. Et af de helt store problemer på plejehjemmene er jo medicinhåndteringen. Det har vi kunnet læse om i bl.a. embedslægernes rapport fra 2005. Den viste jo, at der er store problemer med medicinhåndteringen. Ved næsten halvdelen af besøgene fandt embedslægerne mangler. Og det er selvfølgelig alt for dårligt.

Embedslægeinstitutionen i København og Frederiksberg har opremset en lang række forslag til tiltag i deres rapport, alle tiltag, som vil kunne nedbringe antallet af medicinfejl. Og tankevækkende nok indgår i den her meget lange liste et forslag om at knytte læger fast til plejeinstitutionen ikke. Dette blot for at sige, at der kan gøres rigtig meget, som ikke lige er det her forslag.

I teksten til beslutningsforslaget peger forslagsstillerne også på en række andre problemer, f.eks. at sygehusene ikke udleverer fuldstændige medicinoplysninger ved udskrivning til plejehjem. Det tror jeg ikke det her forslag hjælper på. Det gør ikke problemet ligeegyldigt. Vi synes, det skal håndteres, men det er hele tiden et spørgsmål: Er det her forslag den rette medicin, om jeg så må sige?

Den anden årsag til, at vi ikke helt kan slutte op om forslaget, selv om intentionen er god nok, er, at vi ikke synes, det er nødvendigt med en centraliseret ordning. Kommunerne kan allerede i dag knytte læger til de enkelte institutioner. De kan f.eks. tilknytte lægelige konsulenter, praktiserende læger, geriater, geriatrike team, gerontopsykiatere osv. osv.

Vi er i hvert fald interesseret i at få boret ud, hvilke muligheder kommunerne allerede har i dag. Vi tror jo på, at det handler om at give kommunerne ansvar og frihed til at finde de løsninger, der passer bedst. Vi synes også, at fantasien skal blomstre, så vi får mange forskellige løsninger, som vi kan lære af.

Til sidst mener vi, at det nok heller ikke er en klog brug af knappe ressourcer. I virkeligheden kunne det her forslag godt lægge op til sådan en slags dobbeltdækning på lægeområdet, nemlig hvor både den ældre har sin egen læge med og det enkelte plejehjem også har en fast læge tilknyttet. Jeg tror i hvert fald, at vi i de her år, hvor vi kommer til at mangle læger, specielt praktiserende læger, skal tænke os rigtig godt om, og vi skal tænke på, hvordan vi bruger den enkelte læge.

Jeg vil så sige til sidst, at det måske også er en lille smule paradoksalt, at Dansk Folkeparti

fremsetter forslaget nu, hvor kommunalreformen, som partiet jo selv står bag, netop er trådt i kraft.

Noget af det, vi håber på vil ske, er jo, at kommunerne vil gøre ekstra meget og måske specielt på ældreområdet, hvor de i hvert fald har alverdens incitamenter. Det er jo sådan, at kommunerne kommer til at betale et pengebeløb, hver gang et menneske i kommunen ryger ind på sygehuset, og her vil de ældre selvfølgelig veje tungt til. Og det betyder, at kommunerne faktisk har mange incitamenter til at gøre noget ekstra på ældreområdet. Jeg forventer faktisk, at der vil ske noget på ældreområdet.

Men i modsætning til debatten, vi havde før om unges alkoholforbrug, kunne jeg godt frygte lidt, at kommunerne nedprioriterer de unge, fordi det ikke er dem, der bliver indlagt i første omgang, men de vil måske fokusere rigtig meget på ældreområdet, og det er godt for rigtig meget.

Så jeg synes også, vi skal se tiden an og se, hvordan det former sig. Og så skal vi selvfølgelig tage en række initiativer, ikke mindst med henblik på medicinhåndtering, som jeg tror er et af de helt store problemer med hensyn til ældre. Tilgængeligheden er et stort problem. Det er et problem for de ældre, det er også et problem for resten af befolkningen, som ikke kan få kontakt til lægen.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Tak til ordføreren. Den næste ordfører er fru Anne Baastrup.

Anne Baastrup (SF):

Jeg skal indrømme, at jeg blev en smule forbløffet over, at dette forslag kom fra Dansk Folkeparti på nuværende tidspunkt sådan cirka 25 dage efter, at kommunalreformen er trådt i kraft.

Jeg troede i og for sig, at man på baggrund af den diskussion, vi havde omkring handlingsplan for ældreområdet, netop på det tidspunkt fra Dansk Folkepartis side gav udtryk for, at vi nu skulle se, hvordan kommunerne gebærdede sig på det her område, hvordan man tog hele ældrespørgsmålet op med hensyn til sundhed. Derfor virker det en anelse overraskende for mig, at det her forslag kommer, for det er jo altså på sæt og vis et meget, meget lille forslag, når man ser på den meget, meget store opgave, som kommunerne har fået i forbindelse med kommunalreformen.

Det, der jo er projektet for kommunerne, er at sikre, at de ældre har frit valg, og sådan som jeg læser det her forslag, fratager Dansk Folkeparti i virkeligheden den enkelte ældre retten til selv at bestemme, hvilken praktiserende læge man vil have.

Jeg har dog valgt at fortolke forslaget på den måde, at det slet, slet ikke er tilfældet. Det vil sige, at den ældre har ret til sin egen praktiserende læge, at samtlige beboere har deres egen praktiserende læge, og at der derudover så skal være en praktiserende læge, der har en særlig tilknytning til plejehjemmet. Hvad så, hvis den ældres egen praktiserende læge har én fortolkning af, hvilken medicin der skal bruges, eller om den ældre skal indlægges på hospital, og den læge, der har tilknytning til plejehjemmet, har en anden fortolkning? Hvem har ret?

Jeg oplever lidt, at det her forslag i virkeligheden kommer til at forplumre – det kan vi risikere – hele den politik, som kommunerne skal i gang med at lave for at sikre, at der kommer nogle kvalitativt gode tilbud til de ældre, hvor der hverken er diskussion om, hvorvidt man bruger for meget medicin, om, hvorvidt man får den lægebehandling, man har brug for, eller om, hvorvidt man har ret til at blive indlagt på hospital osv.

Der oplever jeg simpelt hen, at det her beslutningsforslag ikke giver svar på noget som helst. Og det undrer mig lidt. Jeg kan godt høre, at alle synes, det er en rigtig god idé. Det er, fordi man er så frygtelig bange for at sige, at det her ikke duer. Jeg oplever virkelig, at man med det her forslag lægger beslag på nogle ekstra praktiserende læger, og at man ikke får løst et eneste problem.

Nu har jeg valgt at fortolke det sådan, at man har lov til at beholde sin privatpraktiserende læge. Hvis det er sådan, at den fortolkning ikke er rigtig, løber Dansk Folkeparti jo lige præcis ind i det problem, vi rejste under forhandlingerne omkring kommunalreformen, nemlig at erfaringerne fra Finland viser, at kommunale læger tilknyttet konkrete plejehjem rent faktisk ikke indlægger de ældre på hospital, på trods af at de har brug for det, fordi det kommer til at koste kommunerne penge. Det er en fælde, som jeg fik at vide af samtlige af regeringspartierne ordførere simpelt hen bare var at se spøgelse.

Men hvis man gennemfører det her forslag, er springet til den finske model ikke ret stort, så

derfor synes jeg virkelig, at Dansk Folkeparti skal overveje, hvad målet er med det her. På Plejebø var der tilknyttet en privatpraktiserende læge, så det er jo ikke den type sager, man løser. Jeg ved ikke, hvad det er, man løser, andet end at man har sagt, at man har gjort et eller andet for de ældre, som sådan blaftrer lidt i vinden.

Vi synes ikke, det er et ret godt forslag.

(Kort bemærkning).

Pia Kristensen (DF):

Nu har vi fået klar besked: SF synes, at det her forslag ikke duer, så det forkaster man. Det er også fair nok, det har jeg fuld respekt for.

Men jeg kunne godt tænke mig at spørge fru Anne Baastrup: Hvad vil SF gøre for ligesom at afklare de problemer, der er? For der er jo problemer. Det har rapporter vist, det har undersøgelser vist. Der er problemer, hvis plejepersonalet skal have fat i den praktiserende læge om morgenen mellem kl. 8 og 9. Der er problemer, når lægen skal ud på sygebesøg på plejehjemmene. Jeg hørte ikke en lyd om, hvorvidt SF ville være med til i udvalgsarbejdet at se på, hvordan man kan få løst de problemer. Derfor kunne jeg godt tænke mig at spørge fru Anne Baastrup: Hvordan vil SF løse de problemer, der eksisterer?

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

Vi vil meget gerne være med til at løse de problemer, men vi får jo ikke en praktiserende læge, selv om han har en tilknytning til plejehjemmet, til at tage telefonen, for han er stadig væk praktiserende læge og har almindelig telefontid mellem kl. 8 og 9.

Altså, jeg er fuldstændig på det rene med, at der er problemer med at få fat i praktiserende læger, men fru Pia Kristensen har jo stadig væk ikke svaret på – fru Pia Kristensen må selvfølgelig ikke besvare spørgsmål nu, men alligevel – at der jo er et problem med, at egen praktiserende læge har én holdning og plejehjemmets praktiserende læge har en anden. Hvem har svaret? Vil man fratage den ældre retten til at vælge sin egen praktiserende læge? Jeg tror virkelig, det vil opfattes som et tilbageskridt.

Så der er en hel masse spørgsmål, som jeg ikke har fået besvaret, fordi man i forslaget ikke er inde på det.

(Kort bemærkning).

Pia Kristensen (DF):

Jeg vil sige, at det står meget tydeligt beskrevet i bemærkningerne til forslaget, at det her ikke er en ny løsning med et comeback for plejehjemslægerne. De skal ikke erstatte den nuværende ordning, vi skal have begge ordningerne. Og så er der frit valg med hensyn til, om en borger vil tilslutte sig det at have en ny læge, nemlig plejehjemslægen, eller om vedkommende vil beholde sin praktiserende læge.

Men jeg vil prøve at stille mit spørgsmål igen, for jeg fik ikke svar før: Hvad vil SF gøre for at få løst de eksisterende problemer? Vil man i udvalgsarbejdet være med til at se på de forslag, som f.eks. sundhedsministeren kom med? Vil man i udvalgsarbejdet være med til at forsøge at finde nogle løsninger, som kan forbedre de kritiske forhold, der er i øjeblikket?

(Kort bemærkning).

Anne Bastrup (SF):

Jeg har været til en række spændende konferencer med Ældre Sagen, som har peget på en lang række af de problemer, som er inden for ældreområdet. Det, jeg bare har som problem med Dansk Folkepartis konkrete beslutningsforslag – og det er det, jeg har forholdt mig til – er, at det ikke løser nogen af de problemer, der er.

Sundhedsministeren kom med en lang række bud på, hvordan vi kunne komme videre. Jeg vil meget gerne være med til, at Sundhedsudvalget holder nogle konferencer, hvor vi får belyst det her, og så i øvrigt deltager i Ældre Sagens forskellige konferencer, fordi der er problemer. Så kan vi jo i fællesskab finde ud af at få det løst – men ikke med det her beslutningsforslag. Jeg forholder mig rent faktisk til den tekst, der ligger på bordet, og den synes jeg bare ikke er god nok. Det synes jeg da er ærlig snak fra min side.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Næste ordfører er hr. Per Clausen.

Per Clausen (EL):

I Enhedslisten har vi læst det her forslag og de bemærkninger, der er til det, og opfattet det på den måde, at man jo opstiller en række forskellige problemer, som efter vores opfattelse er rigtigt beskrevet, og så kommer man med ét bud, som vi mener ville være i stand til at løse i hvert fald nogle af de problemer, der bliver opstillet.

Vi synes faktisk, at de problemer, der er i forhold til kontakt til den praktiserende læge, kun-

ne man godt forsøge at løse ved, at plejehjemmene fik tilknyttet en læge. Jeg vil bare sige, at som jeg læser det, er det også sådan, at vi jo ikke vender tilbage til de gode gamle dage – som ikke var så gode – hvor man bare fik påduttet en læge, når man kom på plejehjem, for så var man ikke myndig mere, men altså giver den der mulighed for, at man kan vælge at beholde sin egen læge eller få den, som er fælles.

Jeg skal ikke trække tiden meget i langdrag, men bare sige, at selv om det her forslag jo ikke bliver vedtaget – det kan man sådan forstå på de indlæg, der er kommet – kunne vi såmænd godt stemme for det. Vi er da i hvert fald indstillet på i det videre udvalgsarbejde også at inddrage den her løsning som en del af de ting, der skal til for at få løst de problemer, der eksisterer omkring læger og ældre på plejehjem.

Så vores udgangspunkt er sådan set, at vi er meget positive over for forslaget, og det er også med den indstilling vi vil gå ind i det arbejde, der måtte komme, uanset hvor mange konferencer osv. vi så skal på for at blive lidt klogere.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Så er det ordføreren for forslagsstillerne, fru Pia Kristensen.

Pia Kristensen (DF):

Jeg vil gerne sige tak for en interessant debat. Desværre kan jeg jo ikke sige tak for en bred tilslutning til Dansk Folkepartis forslag. Det synes jeg selvfølgelig er trist, for jeg mener, det er et meget relevant forslag, som sikrer en bedre behandling af de ældre, og det ville også lette samarbejdet mellem plejepersonalet og lægerne.

Vi foreslår med det her beslutningsforslag, at man indfører en ordning, hvor der til ethvert plejehjem i Danmark er knyttet en eller flere faste praktiserende læger. Dermed sikrer man, at plejehjemmets personale altid kan henvende sig til en bestemt læge, når en plejehjemsbeboer har behov for lægehjælp.

Ordningen bør efter vores mening udformes sådan, at der bliver mulighed for, at den eller de faste læger har træffetid en gang imellem på plejehjemmet. Derudover skal lægen eller lægerne kunne tilkaldes efter behov.

Jeg ved godt, at vi hermed lægger op til et comeback for plejehjemslægerne, som jo blev afskaffet i løbet af 1990'erne. Dengang fik man et nyt syn på ældre plejekrævende mennesker. Man betragtede ikke længere ældre plejekrævende som beskyttede borgere i kommunal va-

retægt, men som selvstændige individer med egne rettigheder. Man var ikke længere bare på en institution, man var i egen bolig på en institution.

Ældre fik med andre ord større medbestemmelse og flere valgmuligheder, og jeg må sige, at det i høj grad er en kultur, som Dansk Folkeparti ønsker at bevare og udbygge. Plejekrævende ældre skal have præcis de samme rettigheder som alle andre, herunder også det frie lægevalg.

Kl. 22.05

Jeg vil gerne understrege, at det her beslutningsforslag ikke skal erstatte den nuværende ordning, hvor den ældre, der kommer på plejehjem, beholder sin hidtidige praktiserende læge. Og det er faktisk, som jeg sagde til fru Anne Baastrup, beskrevet i forslaget, hvor der står:

»Ordningen skal ikke være til hinder for, at ældre, der ønsker det, kan vælge at holde fast ved deres egen praktiserende læge fra før de flyttede på plejehjem, men de skal have tilbudet om at gå over til plejehjemmets læge.«

Der er altså ikke tale om en tvangsordning, men derimod om et supplement til den nuværende ordning. Baggrunden for, at vi har fremsat det her forslag, er, at vi i en artikel i Berlingske Tidende den 1. juni sidste år kunne læse, at en tilsynsrapport fra embedslægerne i hovedstaden afslørede, at en tredjedel af plejehjemmene i København havde samarbejdsvanskeligheder med praktiserende læger, som angiveligt var svære at få ud på sygebesøg og vanskelige at få kontakt med.

Efterfølgende var både sundhedsministeren og socialministeren i samråd i Socialudvalget, hvor vi bad ministrene om at redegøre for den kritik, der var af lægesvigt på plejehjem. Jeg ved godt, at et udvalgs medlemmer kan få oversendt en ministers talepapir efter et samråd, så man har det talte ord på tryk og kan forholde sig til det, og jeg bemærkede især, at sundhedsministeren udtalte, at det ikke kun var et hovedstadsproblem, men at der var tale om et mere udbredt og landsdækkende problem, der rækker ud over samarbejdet mellem læger og plejehjem i en enkelt kommune.

Det er i øvrigt også dokumenteret i en rapport fra november 2004, som de praktiserende lægers egen organisation har udarbejdet. Det viser sig, at op mod en tredjedel af alle personer oplever at ringe forgæves til landets praktiserende læger. Og det mener vi selvfølgelig er et problem, som man er nødt til at forholde sig til, og

vi mener, at faste plejehjemslæger kan være løsningen.

Vi lægger selvfølgelig vægt på, at en fast tilknyttet læge skal have ekspertise i behandling og medicinering af svage ældre. Netop samarbejdet om medicinering er for ringe og usystematisk i dag. Mange plejehjemsbeboere udsættes dagligt for stærk medicinering. Op til 40 pct. får antipsykotisk medicin, og endnu flere får psykofarmaka med meget forskellig og ofte modsatrettet virkning.

Det er medicin, der ofte er udskrevet af praktiserende læger, og der har været eksempler på, at ordinationer er givet over en telefon, uden at lægen har tilset den ældre, og så kan man jo sige sig selv, at det jo på et eller andet tidspunkt må gå galt.

På plejehjemmet Nybodergården har ni ud af ti beboere den samme læge, som kommer fast en gang om ugen. Ifølge forstanderen Jan Nybo Jensen er ordningen skabt udelukkende på baggrund af interesse fra både lægens og personalets side, og for beboerne er det valgfrit, om de vil gøre brug af tilbudet.

Han siger, at fordelene ved en fast tilknyttet læge er, at lægen har sin gang i huset hver uge. Det betyder f.eks., at en gangbesværet kan blive tilset i sit eget hjem i stedet for at skulle til et lægehus ude i byen. Han mener også, at det er en fordel, at personalet hurtigt kan komme i kontakt med lægen, og at lægen kender beboerne. Det letter bl.a. kommunikationen med apoteket. Og for beboerne er der større sikkerhed for, at de bliver hjulpet, og at der bliver fulgt op på behandlinger og blodprøver.

Så lægger han samtidig vægt på, at en læge med specialviden på ældreområdet vil kunne medicinere mere præcist og dermed give plejehjemsbeboerne en større sikkerhed. Nybodergården har ud over den faste læge valgt at tilknytte en psykiater med speciale i ældre mennesker, der ordinerer al antipsykotisk og antidepressiv medicin.

Jeg synes faktisk, det taler for sig selv, at når en ældre flytter ind på et plejehjem, en ældre, der har været vant til at få meget beroligende medicin, bliver vedkommende i langt de fleste tilfælde trappet ned meget hurtigt.

Jeg synes, Nybodergården er et godt eksempel på, at vi skal have faste læger på plejehjem. Dansk Folkeparti ser dem som et godt supplement, en slags konsulentordning, der kan være med til at løse de problemer, der er for de ældre og personalet.

Vores forslag har været sendt i høring, og de fleste høringssvar har faktisk været meget, meget positive. De mener faktisk, at det er en rigtig god idé med faste plejehjems-læger som en supplerende del til den nuværende ordning, og det er noget, de lægger meget vægt på.

Kl. 22.10

Jeg vil kort nævne nogle af de udsagn, vi har modtaget fra plejehjemsledere og andre:

Forslaget om en praktiserende fast læge kan vi støtte. Det vil lette forretningsgangen i hverdagen, at personalet slipper for at ringe til forskellige læger, som har svært ved at besvare opkaldet. Vi ved alle, hvor svært, det kan være at komme igennem til en læge mellem kl. 8 og 9 om morgenen. Bagateller kan samles op og gennemgås med plejehjemslægen under det faste f.eks. ugentlige besøg. Lægen får ved at være fast tilknyttet huset bedre kendskab til den enkelte borger samt bedre samarbejde med det faste ansvarlige personale. Der bliver bedre muligheder for at regulere borgernes medicinforbrug ved fast gennemgang af medicinjournaler f.eks. hvert halve år. Og der bliver bedre muligheder for at varetage hver enkelt borgers behov for et så optimalt ophold på plejehjemmet som muligt, herunder samarbejde med speciallæger.

Selv om Dansk Folkepartis forslag er forkastet, fornemmer jeg, at partierne er enige om, at der skal findes en løsning. Jeg er selvfølgelig meget glad for at høre sundhedsministeren sige, at han er enig i det grundlæggende sigte i forslaget. Jeg synes også, det lyder positivt, at sundhedsministeren vil arbejde på et idékatalog, som skal forbedre forholdene. Det ser vi frem til. Og vi lægger også vægt på, som sundhedsministeren var inde på, at der er tale om lokale løsninger. Det kan ikke klares i store udvalg.

Jeg synes, det er positivt, at både Venstres ordfører, Socialdemokraternes ordfører, Konservatives ordfører, Radikales ordfører og Enhedslisten er meget positive over for, at man vil gå ind og gøre noget for at sikre bedre forhold og en bedre sikkerhed for de ældre på plejehjem. Og jeg fandt jo så også ud af til sidst, at SF ønsker det samme. Derfor skal min opfordring være, at vi i fællesskab laver en beretning, og det vil jeg se frem til at vi kan diskutere under udvalgsarbejdet på et kommende udvalgsmøde.

Jeg vil endnu en gang sige tak for debatten.

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

Tak. Der er lige et enkelt spørgsmål, og det kommer fra hr. Jens Peter Vernersen.

(Kort bemærkning).

Jens Peter Vernersen (S):

Jeg har kun et par enkelte spørgsmål på det her sene tidspunkt.

Det er et supplement, bliver der sagt. Hvor mange læger har man vurderet at der her skal bruges? Hvor mange ekstra læger taler vi om?

Et andet spørgsmål, som heller ikke har været belyst her, er: Vil de læger, der nu bliver tilknyttet fast, hvis man får en sådan ordning, være læger, der også har fast praksis ved siden af, eller skal de kun have den her opgave? Er det noget, man har haft med i sine overvejelser? Det kan vi jo heller ikke se.

Så nævner man, at der er problemer med samarbejdet med disse praksislæger. Var det ikke mere rimeligt, når der er den slags problemer, at få løst dem i stedet for at vælge den model, som man lægger op til nu her med sådan en fast tilknyttet læge?

(Kort bemærkning).

Pia Kristensen (DF):

Vi ville jo aldrig have fremsat det her beslutningsforslag, hvis vi havde syntes, det var en dårlig idé. Vi har fremsat det, fordi vi synes, det er en god idé. Som sagt har vi haft det i høring, og der er kommet mange positive høringssvar til det her forslag.

Vi har ikke regnet ud, hvor mange læger det drejer sig om. Selvfølgelig kommer det meget an på lokale forhold. Er det store eller små plejehjem, vi taler om? Det kommer også an på, hvor mange ældre der ønsker at beholde deres hidtidige faste praktiserende læge. Så det har vi ikke lavet nogen beregninger på.

Så er jeg enig med Socialdemokratiets ordfører i, at det i høj grad kommer an på samarbejdet. Det er jo utrolig vigtigt for at få noget til at fungere. Men problemet i dag, sådan som vi ser det, er, at man ikke kan komme igennem til lægen. Plejepersonalet må sidde og ringe mellem kl. 8 og 9, og ofte når de ikke igennem til lægen, inden telefontiden er overstået.

Vi synes også, det er et problem, at de praktiserende læger, som har meget travlt i deres dagligdag, måske skal rundt og besøge to-tre forskellige beboere, som bor på forskellige plejehjem. Og det er ikke for at genere de alment praktiserende læger, for de har rigeligt at gøre.

Så vil jeg sige, at der jo faktisk er eksempler på, at der er tilknyttet faste læger på plejehjem. F.eks. på Peder Lykke Centret har de deres egen lægepraksis; de har en lægeklinik der. Så der er

mange forskellige muligheder, man kan sætte i spil, hvis man skal forbedre det her.

(Kort bemærkning).

Jens Peter Verner (S):

Jo, men det spørgsmål, jeg stillede, var, om man forestillede sig, at det var læger, der også havde deres egen praksis, for så ville de jo være optaget af den praksis på samme måde som andre læger, hvis det ikke er sådan, at de bliver taget ud. Og så giver det vel det samme problem.

Er det i øvrigt ikke sådan på plejehjemmene, at de i en række tilfælde har en direkte linje til lægerne eller kan få det etableret, sådan at de kan ringe direkte op? Er det ikke det normale?

Kl. 22.15

(Kort bemærkning).

Pia Kristensen (DF):

Jeg har ikke hørt, at man har en direkte linje; det tvivler jeg på at man har, men jeg skal ikke kunne sige det med hundrede procents sikkerhed.

I hvert fald har de plejehjem, jeg kender til, og de plejehjem, jeg har snakket med – og det er ret mange – problemer med at komme igennem til lægen, og det er, synes jeg, selvfølgelig et stort svigt over for de ældre, at de ikke kan få fat i en læge.

Så vidt jeg ved, er der ikke nogen direkte linje fra plejehjem til de konsulterende læger.

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

Afstemning

Anden næstformand (Poul Nødgaard):

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

Den næste sag på dagsordenen var:

15) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 28:

Forslag til folketingsbeslutning om bedre løn i ældreomsorgen.

Af Ole Sohn (SF) m.fl.

(Fremsat 7/11 2006).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Finansministeren (Thor Pedersen):

Vi har jo i Danmark en lang tradition for at lade arbejdsmarkedets parter blive enige om løn og ansættelsesvilkår, og det er jo det, som er en del af den særlige danske model, som vækker anerkendelse rundt om i verden.

Regeringen lægger stor vægt på, at vi har en velfungerende offentlig sektor, ikke mindst vores ældrepleje, hvilket naturligvis forudsætter dygtige og motiverede medarbejdere og ledere. De konkrete løn- og ansættelsesvilkår er et anliggende for de kommunale parter, og det er væsentligt, at disse selv bliver enige om, hvordan de bedst understøtter arbejdet i kommuner og regioner. Det behøver ikke kun at ske i overenskomstforhandlingerne, men finder også sted i den løbende lokale løndannelse. Der er i de senere år med de nye lønsystemer blevet større mulighed for at give løntillæg lokalt, f.eks. til at understøtte medarbejdernes motivation og engagement samt sikre rekruttering og fastholdelse.

Forslagsstillerne antager, at engagementet i sundheds- og omsorgssektoren er lav. Der vil jeg bare sige her, at det er jeg ikke enig i. Faktisk viser undersøgelserne, at næsten ni ud af ti medarbejdere i kommuner og regioner er tilfredse med at være ansat her, ligesom motivationen i den offentlige sektor generelt er høj, og medarbejderne oplever deres arbejde som meget meningsfyldt.

Undersøgelserne viser også, at løn er en faktor blandt flere til at understøtte motivation og engagement hos medarbejdere i den offentlige sektor. Faktisk betyder det at have et meningsfuldt arbejde, indflydelse på udførelse af arbejdet og en god personalepolitik mere i medarbejdernes vurdering af arbejdet. Men jeg er naturligvis enig i behovet for at sikre, at vi også fremover kan tiltrække og fastholde engagerede medarbejdere i hele den offentlige sektor.