

energiministeren ikke besvarede spørgsmålet, men derimod henviste til et papir fra Miljøministeriet. På denne baggrund anmodes ministeren om at redegøre for, hvordan hun mener, at det præindustrielle temperaturniveau skal beregnes og fastlægges. Spørgeren fastholder, at det må være en logisk nødvendighed at kunne beregne dette niveau, for i 2006 at kunne sætte sig en 2 graders reduktion i forhold til det præindustrielle niveau som målsætning.

Fjerde næstformand (Niels Helveg Petersen): Som tidligere meddelt er dette spørgsmål udgået af dagsordenen for mødet i dag og vil blive mundtligt besvaret ved en senere lejlighed.

Spm. nr. S 476

16) Til miljøministeren af:
Morten Messerschmidt (DF):
»Vil ministeren redegøre for, hvad det er for et præindustrielt temperaturniveau, der sigtes til, når regeringen i sit nye udspil, »En samlet energipolitik for Europa«, slår fast, at det for EU bør være en målsætning, at temperaturen ikke må stige mere end 2 grader C?«

Skriftlig begrundelse

Der henvises til begrundelsen for spørgsmål nr. S 475.

Fjerde næstformand (Niels Helveg Petersen): Som tidligere nævnt er dette spørgsmål udgået af dagsordenen for mødet i dag og vil blive mundtligt besvaret ved en senere lejlighed.
Hermed er spørgetiden afsluttet.

Den næste sag på dagsordenen var:

2) Første behandling af lovforslag nr. L 50: Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. (1 måneds behandlingsfrist, it-anvendelse i sundhedsvæsenet, elektroniske helbredsoplysninger, adgang til Medicinprofilen m.v.).

Af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen).
(Fremsat 25/10 2006).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Birgitte Josefsen (V):

I en landsdækkende undersøgelse blandt borgere, der var patienter på de danske sygehuse i 2004, viser der sig en klar tendens til en stigende patienttilfredshed, og så sent som i august i år offentliggjorde Århus Amt en rapport, hvor 2.000 patienter i perioden 2000-2005 er blevet spurgt om deres tilfredshed med sundhedsvæsenet. Også denne undersøgelse viser, at der er en stigende patienttilfredshed gennem hele perioden.

Men når vi så dykker ned i de her patienttilfredshedsundersøgelser og spørger, hvad det er, patienterne er tilfredse med, er svaret, at det er det udvidede frie valg, der blev indført i 2002. Det viser sig også tydeligt i de tal, vi kan se, og som er en konsekvens af det udvidede frie sygehusvalg: Knap 80.000 har benyttet sig af det udvidede frie sygehusvalg, og derfor må man sige, at det er en stor succes set fra brugernes ståsted.

Kl. 15.25

Med det lovforslag, vi behandler her i dag, ændres behandlingsfristen i det udvidede frie sygehusvalg altså til 1 måned, og et sådant forslag, der minimerer ventetiden på behandling for den enkelte patient, hilser vi i Venstre meget velkommen. Vi bakker op om det frie valg.

Vi har imidlertid været meget optaget af, at visse grupper har oplevet, at informationsniveauet i forbindelse med det udøvede frie valg har været utilstrækkeligt, og derfor var vi også tilfredse med, at der blev strammet op om netop informationsprocedurerne fra den 1. januar 2005. Det er netop et tiltag, der vil være afgørende nu, når vi så får udvidet rettighederne til, at det kun er 1 måned, det omhandler.

Et af de andre store elementer, der er i det forslag, vi behandler, er, at vi med en vedtagelse af det her lovforslag giver sundhedsministeren adgang til at fastsætte regler, der kan danne grundlag for udviklingen af en sammenhængende elektronisk patientjournal via en central styring. For at sige det kort og godt: Det er på tide! Så jeg må sige til sundhedsministeren, at han skal skynde sig at sætte processen i gang. Vi har nemlig ventet alt for lang tid her i Danmark på at tage de nye værktøjer i anvendelse i sundhedssektoren, og it er et godt værktøj at drage mere nytte af i sundhedssektoren. Venstre er af den opfattelse, at den elektroniske patientjournal vil være med til at styrke behandlingskvaliteten, patientsikkerheden og effektiviteten i det danske sundhedsvæsen.

Vi er af den holdning, at læger, sygeplejersker og jordemødre, der har direkte adgang til de elektroniske patientjournaler, vil få en lettere kommunikationsadgang til de patienter, de har med at gøre. Det vil også betyde, at den enkelte patient ikke gang på gang på gang skal fortælle sin sygehistorie, når der står et nyt ansigt ved sygesengen. Derfor er det et godt instrument at tage i anvendelse. Og det samme kan jeg sige om den medicinprofil, der oprettes med lovforslaget.

Det, vi så har forholdt os til i det her lovforslag, er, at der er ændret i proceduren vedrørende patientens rettigheder. Vi bevæger os fra, at patienten i dag skal give samtykke, til en sige fra-model, men ser ikke et problem i den ændring. Vi har i Venstre forsøgt at dykke dybt ned i lige nøjagtig den paragraf i lovforslaget, men vil sige, at hvis det, der er lagt ind i lovforslaget, betyder, at man skal informere patienten til punkt prikke, så vil det ikke få nogen betydning for patientens retssikkerhed.

De sidste elementer, der er i lovforslaget, er justeringen og opdateringen på medicinområdet af bagatelgrænserne. Jeg kan se i dagspressen, at det er et emne, der optager mange meget. Jeg vil blot lige så stille sige, at såfremt vi hæver bagatelgrænsen, vil jeg være nervøs for, at vi går ud og får en monopolisering, så man ikke har incitament til fri konkurrence på medicinområdet, og det vil så betyde, at patienterne ikke får en billigere medicin, men en dyrere.

Så overordnet vil jeg sige, at vi kan støtte hele det her lovforslag, men vi er selvfølgelig parat til at drøfte elementer af lovforslaget i det udvalgsarbejde, der skal pågå. Det, der kan drøftes, er jo den personkreds, der skal have adgang til den

elektroniske patientjournal. Skal den være så snæver, som den er? Skal den udvides? For os er det i hvert fald vigtigt, at man har skarpt fokus på, at det er de personer, der er behandlende i sundhedssystemet, som har adgang til den elektroniske patientjournal.

(Kort bemærkning).

Lise von Seelen (S):

Jeg har tre spørgsmål til fru Birgitte Josefsen.

Det første går ud på, at ventetiden jo altid er svær for folk, der står og venter på behandling. Nu taler man om maksimalt 1 måneds ventetid på påbegyndt behandling. Vi ved godt, at der er også ventetid fra en eventuel forundersøgelse og til behandlingen starter. Vil ordføreren være med til, at vi får en kortlægning af, hvor lange ventetider der er på den anden side af den første undersøgelse, så vi også kan få et overblik over det? Det var det ene spørgsmål.

KL 15.30

Det andet spørgsmål er om, at hvis vi skal have den her kapacitetsudvidelse, vil det jo koste nogle penge. Er ordføreren parat til, at de ressourcer, der skal til, for at udvidelsen kan finde sted, også skal være til rådighed?

Og det tredje spørgsmål drejer sig om det, som jeg hører en åbning i, og som ordføreren også selv siger, nemlig at man vedrørende den meget snævre kreds omkring adgangen til den elektroniske patientjournal kunne gå ind og drøfte, om andre faggrupper, som har opgaver at udføre i et behandlingsforløb, også kunne få adgang til at arbejde i journalen.

Det var de tre spørgsmål, som jeg gerne ville bede ordføreren om at svare på.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Jeg vil om de interne ventetider sige, at det er et område, jeg kan høre man er meget optaget af ude i amterne, der jo har ansvaret for den behandlende del af sundhedssektoren.

Hvis vi prøver at drage en parallel til den kræfthandleplan II, der er vedtaget, kan man se, at der er fokuseret på at minimere de interne ventetider. Jeg er helt sikker på, at det arbejde, der pågår lige nøjagtig her, vil smitte af på de andre områder. Fru Lise von Seelen har en pointe her: Det er vigtigt, at man ikke bare ser på de ventetider, patienterne har hos den praktiserende læge, før de kommer til forundersøgelse, men også får minimeret de interne ventetider. Men jeg er helt sikker på, at det er en opgave, som

amterne og de kommende regioner arbejder med. Det er i hvert fald, hvad jeg er bekendt med.

I forhold til den ene måned, vi nu nedsætter behandlingsgarantien i det udvidede frie sygehusudvalg til, vil jeg så sige, at i den økonomiaftale, der er indgået med regionerne, er der jo lagt økonomi ind til, at man kan lave en effektivisering på 3 pct., og jeg vil tro, at det dækker lige det her område.

Hvad angår det her med at diskutere andre faggrupper, så synes jeg som sagt, at det er en diskussion, vi skal tage i udvalgsarbejdet, men jeg synes, det er meget, meget vigtigt at holde fast i, at vi alene fokuserer på, at det er faggrupper med behandlingsansvar, der har adgang til en elektronisk patientjournal, og jeg vil ikke nu, hvor vi bevæger os fra en papirjournal til en elektronisk journal, sige, at vi lige pludselig skal til at lukke op for, at der skal være flere, der må kigge i journalerne, end der sådan set er i dag.

(Kort bemærkning).

Lise von Seelen (S):

Ordføreren nævner, at de ressourcer, der kan opstå ved at gennemføre denne udvidelse, skulle findes ved en effektivisering på 3 pct. Kunne vi komme lidt tættere på, hvad det er for typer af effektiviseringer man tror vil opstå? Jeg tænker på, at der i lovforslaget jo netop i tilknytning hertil ligger en meget stor plan om implementering af en elektronisk patientjournal, og vi ved jo godt, at når man er ved at implementere den slags, er der jo på længere sigt måske en mulighed for at opnå en gevinst, men i selve fasen, hvor det indføres, koster det som regel ressourcer.

Men vedrørende ventetiden: Hvor er det de 3 pct.s effektivisering skal opstå?

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Nu vil jeg ikke sidde og være detailstyrende ude i amterne og regionerne. Der er indgået en økonomiaftale med de kommende regioner, hvorved der er tilført en stor sum penge til næste år, men det er også med i aftalen, at man skal finde en effektivisering på 3 pct.

Jeg har bemærket mig, at der arbejdes med mange projekter rundt omkring. Eksempelvis har jeg lige nøjagtig i det nordjyske sundhedsvæsen set, at man på Farsø Sygehus har indført begrebet lean, og det har faktisk afkortet indlæggelsestiden betydeligt, faktisk med mange, man-

ge dage, lige nøjagtig for den patientgruppe, som de har med at gøre.

Der er mange andre måder at effektivisere på, og jeg tror, vi vil komme til at se et mere effektivt sundhedsvæsen i fremtiden, fordi man har taget det til sig, at man kan bruge andre metoder i sundhedsvæsenet. Der er kommet nye værktøjer i værktøjsskassen, der kan tages i anvendelse, så jeg går ud fra, at amterne og de kommende regioner lever op til deres økonomiaftale.

For så vidt angår den elektroniske patientjournal, er der jo en bestyrelse, der nu får ansvaret for at gå i gang med det projekt.

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

Patientforeningen Danmark og Sygeetisk Råd har peget på, hvorvidt man kan afgrænse den elektroniske patientjournal til at omfatte dele af de oplysninger, som patienterne så via informeret samtykke giver lov til kan bruges. Har fru Birgitte Josefsen overvejet, om vi måske på en eller anden måde i udvalgsarbejdet kunne komme det skridt videre, så der var nogle oplysninger, som ikke behøvede bare at være relativt frit tilgængeligt?

Kl. 15.35

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Nu er det jo sådan, at jeg er politiker og ikke tekniker, så jeg vil sige, at det her område lige nøjagtig omkring den elektroniske patientjournal er et kompliceret område, så jeg kan ikke svare på, om man kan gå ind og lægge elementer ind i en elektronisk journal, som nogle kan have adgang til og andre ikke kan have adgang til.

Det spørgsmål synes jeg vi må rejse i det udvalgsarbejde, der skal pågå.

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

Men nu er det jo sådan, at vi politikere fastsætter rammerne for, hvordan teknikerne skal arbejde, så jeg vil gentage mit spørgsmål: Mener fru Birgitte Josefsen, at vi i udvalgsarbejdet skal prøve at sætte nogle rammer op for, hvordan de her teknikere skal prøve at lave det her nye system, således at man kan lave en afgrænsning, hvis den enkelte patient vil eller ønsker det, i overensstemmelse med, hvad både Patientforeningen Danmark og Sygeplejeetisk Råd siger? For det er da ret interessant for det videre arbejde at vide, om vi skal gå ind og sige, at det da godt

kan være, at ministeren vil have bemyndigelse til hvad som helst mellem himmel og jord, men at vi så godt vil gå ind og styre hans bemyndigelser.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Jeg har forholdt mig til det, der står i lovforslaget, og det er det, jeg tilslutter mig. Men kan det teknisk lade sig gøre at gøre det, fru Anne Baastrup beder om, så lad os spørge efter det i udvalgsarbejdet.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg vil spørge Venstres ordfører om forslaget om at sænke frit valg-garantien til 1 måned. Det er jo en prioriteringssag, og det er svært at være imod korte ventetider, men jeg skal nu alligevel forsøge mig.

Vi prioriterer nu med det her lovforslag, hvis man ellers støtter det, at sænke frit valg-garantien fra 2 måneder til 1 måned. Vi synes, det er en forkert prioritering, og hvis man læser listen af hørings svar, kan man se, at det godt nok ikke er sådan, at begejstringen bobler over. Flere er betænkelige, taler om forværret arbejdsmiljø, pres osv., og så mangler der i øvrigt over 1.000 speciallæger og 1.000 sygeplejersker i det her land.

Vil Venstres ordfører godt forklare, hvorfor det er den rigtige prioritering, og hvorfor vi ikke går ind og kigger på de interne ventetider i stedet for? Hvad ved Venstres ordfører om de interne ventetider?

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Som spørgeren siger, er det svært at være imod kortere ventetid, og det er så også det, vi har forholdt os til i Venstre. Det er vi ikke imod. Vi vil meget gerne have, at de, der er patienter i det her land, kommer i behandling hurtigt, når de har en sygdom.

Jeg vil til hørings svarene sige, at jeg tror, det handler lidt om, hvilke øjne der læser hørings svarene. Jeg har nu også forholdt mig til hørings svarene og kan se, at der er nogle, der bakker op om, at man så skal forkorte ventetiderne.

Hvad angår de interne ventetider: Jeg har som sagt bemærket mig, at der er sat en stor proces i gang i forhold til kræft handleplan II, som er aftalt, hvor man netop fokuserer på de interne ventelister. Jeg tror, at lige nøjagtig den proces

også vil smitte af andre steder i sundhedssektoren.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det handler om prioritering. Man prioriterer så her at nedsætte behandlingsfristen til 1 måned. Og jeg vil gerne spørge igen: Hvad ved Venstres ordfører om de interne ventelister? Det kunne godt være, de var et meget større problem. Jeg synes, der handles meget i blinde. Nu laver man en frit valg-garanti på 1 måned for alle patienter, og om de har åreknuder eller nedgroede tånegle eller nogle alvorlige sygdomme er sådan set lige meget, for det er for alle patienter. Og det gør man i blinde på den måde, at man ikke har nogen viden om, hvorvidt det i virkeligheden er et meget større problem, at vi har interne ventetider, der vokser. Som flere høringsparter faktisk peger på, var det måske dér, krudtet skulle bruges, i stedet for at lave denne her ændring, som mange læger mener også mangler lægefagligt grundlag.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Som jeg har sagt, tror jeg, at sygehusejerne er meget interesseret i at minimere de interne ventetider og derfor har taget det, der hedder de diagnostiske pakker, til sig netop i bestræbelserne på at nedbringe de interne ventetider. Det er til glæde for dem, der er sygehusejere, og det er til glæde for dem, der arbejder i sundhedssektoren, og det er også til glæde for patienten. Så det er et arbejde, der pågår.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu er det jo et forslag, der er mange punkter i, og derfor bliver det nok lidt spredt fægtning. Men jeg vil gerne stille et spørgsmål til Venstres ordfører, nemlig om Venstres ordfører eventuelt vil være med til at indføre en bagatelgrænse for tilskud til medicin.

Kl. 15.40

Det er jo sådan i dag, at vi ved lov har besluttet, at der kun gives offentligt tilskud til den billigste medicin, der udleveres til en kunde på apoteket. Der er vel bred enighed om, at ingen skal betale mere end højst nødvendigt for medicin.

Men hvis man er kunde, borger og måske også kroniker og dagligt kommer på et apotek, oplever man ustyrlig mange skift i sin medicin,

fordi så er den ene medicin den billigste den ene gang, og en anden er den billigste den anden gang. Mange ældre føler sig også frygtelig usikre. Derfor har både Apotekerforeningen og Forbrugerrådet anbefalet en bagatelgrænse, så vi undgår alle de mange skift. Jeg vil gerne spørge, om Venstres ordfører vil være villig til, at vi kigger på og arbejder med det i udvalget.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Vi er altid villige til, at vi kigger på alt muligt, når vi står med et lovforslag.

Men jeg vil sige, at jeg synes, der rejser sig nogle andre spørgsmål, hvis man går ind og justerer på den her bagatelgrænse. Som jeg var inde på i min ordførertale, mener jeg, der rejser sig det spørgsmål, at vi faktisk ved at ændre på det her kan gå hen og lave en monopolisering, fordi så kan apotekerne købe ind i meget, meget store mængder, og så sætter de prisen, og patienten får i hvert fald ikke billigere medicin.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu er jeg ikke så optaget af apotekernes indkøb på det her område. Jeg er mere optaget af borgernes tryghed, og jeg tror, det er utrolig vigtigt, at man som borger kan være sikker på, at den medicin, man får, også er den, der virker. Jeg tror, at vi på mange områder bruger mange, mange offentlige kroner til medicin, som aldrig kommer længere end til borgernes medicinskab, fordi de simpelt hen er utrygge ved at tage deres medicin.

Nu fik jeg måske spurgt for pænt, så jeg spørger lidt mere direkte: Vil Venstre være indstillet på, at vi indfører en bagatelgrænse, som ligger inden for en ramme af fornuften, sådan at ingen behøver op til mellem 10 og 15 medicinskift på en måned?

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Jeg vil sige, at vi i høj grad også er optaget af borgernes tryghed med hensyn til, at man får den rigtige medicin.

Det er jo lægen, der udskriver recepten, så derfor har lægen mulighed for ved udskrivning af recepten, hvis han har kendskab til, at en patient ikke kan tåle en given medicin, at gøre opmærksom på det. Noget andet er, at apotekerne også er pligtige til at vejlede patienten, når man står dernede og får nye medicinske præparater.

Så jeg håber, at apotekerne lever op til deres vejledningspligt.

Jeg er sådan set optaget af apotekernes indkøb, fordi vi, hvis vi ændrer på det her, faktisk kan give apotekerne et instrument til, at vi så er medvirkende til, at patientens medicin bliver dyrere, og det synes jeg også er et problem.

Fjerde næstformand (Niels Helveg Petersen):

Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken, og næste ordfører er fru Lise von Seelen.

Lise von Seelen (S):

Lovforslaget her er en samling af forskelligartede områder, og de har jo hver især brug for bemærkninger.

Men hovedpointen, som vi ser det, er lovforslaget om, at man ændrer behandlingsfristen fra 2 måneder til 1 måned. Det er svært ikke at være positiv over for det synspunkt, fordi vi er optaget af, at patienter selvfølgelig ikke skal vente på at få behandling.

Men en udvidelse af behandlingsgarantien vil også udvide presset på hele vores sundhedssystem. For hvis behandlingsgarantien gives inden for de nuværende rammer og uden mulighed for at udvide behandlingskapaciteten i regionerne, og uden at der følger ressourcer med, så vil det i praksis betyde, at det er den private sektor, der skal løse den her kapacitetsudvidelse. Så vil udgifterne alligevel komme til at befinde sig i regionerne, og derfor vil en ændring af behandlingsgarantien kun kunne gennemføres fornuftigt, hvis der også følger nogle ressourcer med.

KL 15.45

Derfor vil vi gerne bede om, at der indhentes kommentarer fra de fem regioner med deres bud på, hvordan sådan en ændring vil have betydning for deres praksis – det er vi optaget af – og hvad den faktuelle interne ventetid, som vil blive berørt, egentlig er på nuværende tidspunkt i regionerne. Uden penge vil det efter vores opfattelse betyde, at en nedsættelse af behandlingsfristen vil gå ud over andre dele af vores sundhedsvæsen.

Om den del af lovforslaget, der handler om anvendelse af den elektroniske patientjournal, finder vi, at det er et rigtig godt arbejdsredskab, som kan være med til at skabe en større kvalitet i patientsikkerheden – der vil være færre fejl – og det kan vi kun se på med tilfredshed. At der er en øget central styring af den elektroniske patientjournal, mener vi også er nødvendigt.

Lovforslaget beskriver, at kun læger, sygeplejersker og jordemødre kan have adgang til den elektroniske journal, og i praksis vil det altså betyde, at arbejdet på nogle afdelinger vil blive meget kompliceret. Vi kan forestille os, at en social- og sundhedsassistent eller en anden fagperson er en del af en behandling og vil blive lammet, fordi man ikke har adgang til journalen. Det synes vi altså vil være rigtig uheldigt, og vi bliver nødt til at se på, at vi har med travle sundhedsafdelinger og hospitalsafdelinger at gøre, hvor vi ikke må lægge barrierer i vejen for, at arbejdet kan være fagligt på en god måde og glide fornuftigt, så folk ikke får ventetider der. Så vi mener, at de relevante og fagligt uddannede personer, som har betydning for det behandlingsforløb, som den enkelte patient er i, skal have adgang til den elektroniske journal. Det er indlysende, at sikkerheden ved den elektroniske journal skal være i orden. Det skal være således, at der er en balance imellem behandlingssikkerhed og retssikkerhed.

Med hensyn til medicinprofiler har vi egentlig det samme synspunkt, nemlig at det også kan være en rigtig god idé med elektronikken for at opnå en større sikkerhed, og for at patienterne kan få den rådgivning, som de har brug for ved brugen af medicin. Der har det dog betydning, at apotekerne har mulighed for at arbejde med på systemet. Det ser vi også gerne at vi kommer til at drøfte.

For den receptpligtige medicin, hvor vi får tilskud til det billigste produkt, betyder det, at rigtig mange mennesker skal skifte medicin rigtig mange gange i løbet af et behandlingsforløb. Det så vi gerne at vi lavede om på. Vi så gerne, at der blev indført en bagatelgrænse, sådan at tilskudet til medicin gives til de præparater, der prismæssigt befinder sig i omegnen af den laveste pris. Og hvad omegnen så er, kan jo bero på, at vi taler om det i udvalget.

Vi mener, at vi på den måde kan skabe en sikkerhed og en tryghed hos patienterne, hvis de ikke så hyppigt skal skifte medicin, og at det faktisk kan betyde kortere behandlingsforløb, end hvis man alene kigger på den sidste krone. På den lange bane vil det kunne være med til at være både en god beslutning for sundheden og patienternes behandlingsforløb og også for den økonomiske del. Og så synes vi faktisk, at det vil være klogt at sætte det sundhedsmæssige perspektiv foran det økonomiske i det her spørgsmål.

Forandringer, der vedrører patienternes klageadgang, mener vi er en god løsning, således som der peges på i lovforslaget. Det kan give mere overskuelighed, og det kan være godt for patienterne.

Vi håber, at vi i behandlingen af loven her kan komme til at tale om nogle de ting, som vi gerne vil rette op på, og som vi nu har peget på her, og vi vil se frem til, at vi får mulighed for at drøfte det i udvalgsarbejdet.

Fjerde næstformand (Niels Helveg Petersen):
Tak til ordføreren. Jeg skal give ordet til den næste ordfører, fru Birthe Skaarup.

Birthe Skaarup (DF):

Det er jo et lovforslag, der ikke lige er til at gå til, synes jeg. Der er mange elementer i det – jeg har faktisk regnet frem til, at det er op til syv – som vi skal tage stilling til. Det er nogle ændringer, som vi i Dansk Folkeparti i vores indstilling er meget enig i på nogle områder.

Kl. 15.50

Med hensyn til nedsættelse af behandlingsfristen under frit valg-ordningen fra 2 måneder til 1 måned hilser vi den naturligvis velkommen. Men jeg vil godt pointere, at det er vigtigt, at behandlingssystemet er gearret, så der er sammenhæng i patienternes behandling, og at knasterne om de interne ventetider bliver fjernet.

Den reorganisering af de elektroniske patientjournaler, der vil ske, kan ingen være uenig i, tror jeg. Det er en proces, der fremmer de værktøjer, der kan være nyttige for patienternes behandling. I alt for mange år har EPJ været genstand for de enkelte amters nidkære omsorg, og det må slutte på et tidspunkt. Derfor synes vi, det er en god idé, at vi nu får taget fat på det problem.

Men hvem skal så have lov at få adgang til patienternes helbredsoplysninger? I bemærkningerne nævnes læger, sygeplejersker og jordemødre, der har vedkommende patient i behandling. Og overordnet er vi positive over for, at gruppen af behandlere hurtigt kan få relevante oplysninger om en patient. Det kan øge sikkerheden af de data, der bruges i behandlingen, når det sker i elektronisk form i stedet for manuelt.

Men det rejser naturligvis nogle spørgsmål, nemlig vigtigheden i, at patienterne oplyses om, at de kan sige fra over for, at oplysninger videregives, samt at det kun bør være relevante oplysninger i forhold til patientens behandlingssituation, der skal være tilgængelige. Vi mener også,

at patienterne altid skal være vidende om, hvad der står om dem, og hvem der har adgang til oplysningerne. Det vil vi gå videre med i udvalgsbehandlingen.

Jeg vil også sige, det er vigtigt, at man altid tager udgangspunkt i patienternes retsstilling. Det bør ganske enkelt være en grundlæggende regel.

Om der er noget ved disse punkter, der eventuelt bør laves om i formuleringen i § 42, stk. 1, vil vi vurdere nærmere, ligesom gruppen af behandlende sundhedsfaglige personer bør udvides i forhold til det foreslåede i lovforslaget.

Når jeg siger det, er det, fordi vi som måske mange andre har fået eksempler på, at social- og sundhedsassistenterne er en vigtig del af vores sundhedsvæsen. Jeg har flere eksempler, hvor det nævnes, at når de eksempelvis kommer ind til en nattevagt, får de ikke altid alting at vide, og derfor er det godt, at de kan gå ind og få de her oplysninger. Det er også noget, vi vil kigge på i udvalget.

Nu tager jeg tingene i kronologisk orden, som de står i forslaget:

De kommunale fællesskaber med kommuner og regioner har vi ingen særlige bemærkninger til.

Med hensyn til adgang til medicinprofilen skal det naturligvis ske ud fra, at kvaliteten skal fremmes i forhold til patienterne. I høringssvarene rejser der problemer med, hvem der skal have adgang til profilen. Ifølge forslaget vil der ske en yderligere udvidelse af gruppen, hvor også tandlæger og klinikpersonale bliver omfattet. Men vi går ud fra, at denne udvidelse også indbefatter, at patienten samtykker. For ønsker borgerne, at tandlægen og klinikpersonalet skal kunne få oplysninger om intime og personfølsomme oplysninger uden deres viden?

Det, vi er lidt bekymrede for, er, at det er en glidebane, at vi bevæger os ud ad en planke, hvor vi åbner op for et misbrug af personlige oplysninger om borgernes integritet. Og kender borgerne omfanget af mulighederne for misbrug? Kan man blot slå op i profilen ved patientens navn og adresse og få oplysninger, der måske er ulovlige? Det er i hvert fald ulovligt, men vil Lægemiddelstyrelsen kontrollere dette sporadisk eller ofte?

Er systemet pålideligt nok, og giver det borgeren den databeskyttelse, der er beskrevet i lov og bekendtgørelser?

Et andet spørgsmål er også, om loven skal være underlagt et årligt tilsyn af en ekstern revisor.

Endelig er der punktet vedrørende justeringer og opdateringer af beløbsgrænser og egenbetaling for medicin. Og jeg vil her påpege de mange medicinskift, som har været genstand for store diskussioner, og som også har været rejst tidligere her i debatten, nemlig hvor medicinskift sker, selv om der har været meget små prisforskelle. Vi er optaget af, at patienter, der hver dag er afhængige af medicin, skal skifte til et andet præparat. Men vi vil igen gå ind i udvalgsbehandlingen og stille spørgsmål om det her.

Kl. 15.55

Desværre skulle vi måske have haft udvidet taletid her, for jeg tror, der er mange, der godt kunne ønske sig, at vi kunne underbygge nogle af de her ting. Men som sagt vil vi gå videre med spørgsmål i udvalget.

Fjerde næstformand (Niels Helveg Petersen): Der er flere, der har bedt om ordet for korte bemærkninger. Det er først fru Lise von Seelen. Værsgo.

(Kort bemærkning).

Lise von Seelen (S):

Med hensyn til at behandlingsfristen sættes ned fra de 2 måneder til den ene måned, hørte vi tidligere Venstres ordfører nævne, at den kapacitetsudvidelse skulle hentes ved hjælp af 3-procents-effektiviseringer. Deler fru Birthe Skaarup den opfattelse, at man henter ressourcerne til udvidelsen ved at lave den 3-procents-effektivitetsudvidelse på nuværende tidspunkt i sundhedsvæsenet?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Ja.

(Kort bemærkning).

Lise von Seelen (S):

Kan fru Birthe Skaarup komme lidt mere præcist ind på, hvor man opfatter at de effektivitetsgevinster skal hentes henne?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Ja, det kan jeg godt. Det er jo sådan, at vi en gang imellem bør gå ind og kigge på, om vi gør tingene på den rigtige måde. Har vi nogle arbejdsgange her, der gør, at patienterne bliver behandlet på den rigtige måde? Vi snakker om interne ventetider også, og jeg vil da godt sætte spørgsmålstegn ved, om ikke det kan gøres bed-

re. Det er jo sådan, at der med økonomaftalen for 2007 er afsat en økonomisk ramme til at finansiere den her aktivitetsstigning på 3 pct. fra 2006 til 2007.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jeg hørte, fru Birthe Skaarup sagde, at Dansk Folkeparti også synes, det er lidt bekymrende med de der mange medicinskift, der er, at det er meget små prisforskelle, det drejer sig om, og at man gerne ville kigge på det i udvalget. Jeg vil nu gerne bede fru Birthe Skaarup om at være lidt mere konkret om, hvorvidt Dansk Folkeparti er indstillet på at lave en bagatelgrænse.

Der er jo lige indgået et finanslovforlig, og de gode meninger og hjerter, og at det snart er jul, gør altså ikke, at borgerne kan se frem til, at de ikke skal skifte medicin i tide og utide, medmindre der er et flertal i det her Folketing, som vedtager en beløbsgrænse, som vi må finde ud af hvad er. Apotekerforeningen har beskrevet, at det er 15 mio. kr., så det er jo pebernødder i forhold til det store budget, men det må vi finde ud af i udvalget.

Men jeg vil gerne spørge: Er Dansk Folkeparti indstillet på at finde en beløbsgrænse og også lægge stemmer til, at pengene skal findes?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Nu vil jeg sige, at der lige er indgået et finanslovforlig, som fru Lone Møller siger, og det anses jeg for et rigtig godt forlig. Der er tænkt på mange områder, både på de svage, på sundhedsvæsenet og på det sociale system.

Med hensyn til bagatelgrænsen har det før været oppe, at patienterne får tilskud til det billigste synonyme præparat på markedet, men vi er selvfølgelig optaget af, at patienterne, der hver dag er afhængige af medicin, ikke skal skifte præparat så tit, som vi har hørt – og så alligevel få et tilskud hertil.

Om vi kan få løst det her problem i udvalgsbehandlingen, ved jeg ikke, men jeg siger, at det er et af de problemer, vi skal ind og kigge på, også i forhold til det, vi har diskuteret før. Vi har forskellige grupper, som fru Lone Møller ved, der har været meget berørte af det her.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Jeg vil gerne spørge fru Birthe Skaarup, om ikke hun er enig i, at det er lægen, der skriver recep-

ten, når en patient skal have medicin, så det sådan set også er lægen, der fastsætter, hvilket medicinsk præparat patienten skal have. Og i den her debat, der nu er omkring bagatelgrænse eller ikke bagatelgrænse, er fru Birthe Skaarup ikke enig i, at det er præparatet, der er det afgørende, og ikke hvilket navn der står på pakken?

Kl. 16.00

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Det er da rigtigt, at det er lægen, der har ordinationsretten. Problemet er blot, at vi har set mange ældre mennesker, der er afhængige af medicin hver dag, og hvor alene et navneskift gør, at de ældre bliver forvirrede.

Endelig vil jeg sige, at apotekerne også har et meget stort ansvar for at informere patienten om, hvad det nye præparat indeholder, at det er lig det, de har fået før. Det er her, tingene går galt mange gange, når patienten går hjem med et nyt præparat, hvor der er et helt andet navn på. Så er det, der opstår problemer med medicinen, at man får to slags præparater, til trods for at man kun skulle have den ene slags.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Jeg vil gerne spørge fru Birthe Skaarup: Er vi ikke enige om, at det er lægen, der skriver recepten, så hvis lægen mener, at fru Jensen skal have det samme præparat med det samme navn på æsken hele vejen igennem, har lægen mulighed for at skrive det på recepten?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jo, det er rigtigt.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg vil vende tilbage til frit valg-garantien, der nu bliver sænket til 1 måned.

For os er det her et prioriteringsspørgsmål. Det er jo hele tiden et spørgsmål, og det er der meget hårdt brug for på sundhedsområdet at vi hele tiden stiller sig selv: De penge, vi har, hvor bruger vi dem bedst henne?

Vores overbevisning i det her spørgsmål er, at når vi sænker frit valg-garantien fra 2 måneder til 1 måned, er det en forkert prioritering. Jeg mener i hvert fald, vi burde kunne blive enige om, at vi gør det i blinde. Derfor vil jeg spørge om to ting.

Dansk Folkepartis ordfører var selv inde på, at de interne ventetider kan være et problem. Nu vælger vi at sænke frit valg-garantien og bruge pengene der i stedet for at bruge dem på interne ventetider, som måske er et meget større problem. Så her vil jeg gerne spørge: Hvad ved Dansk Folkepartis ordfører om, hvor stort et problem det er? Det er det ene spørgsmål.

Det andet spørgsmål er, når nu det handler om prioritering: Hvad koster den her indførelse af frit valg-garanti til 1 måned? Kan Dansk Folkepartis ordfører finde noget sted i det her forslag, hvor man faktisk kan læse, hvad det koster, og hvor mange penge det er, vi bruger på det frem for noget andet?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Med hensyn til de interne ventetider synes vi, det er fint, at vi fra den 1. oktober 2007 nedsætter ventetiden til 1 måned i stedet for 2 måneder ved det frie, udvidede sygehusvalg. Der, hvor jeg siger der kan være nogle knaster, som jeg også sagde det i værdfortalen, er omkring hele behandlingsforløbet. Det skal vi blive meget bedre til, og jeg tror, alle er klar over, at det er her, det nogle gange kammer over, hvor folk, når de er diagnosticerede, eksempelvis skal vente på, at de så eventuelt kommer under kniven eller får en behandling og videre en efterbehandling.

Det er her, vi også har set at der er nogle problemer. Det er også på den baggrund, at vi går ind og siger: Hvor er det, der mangler noget i det danske sundhedsvæsen? Og der har vi så fået afsat nogle penge på finansloven til strålebehandlingskapaciteten, fordi vi tror, at det også er her, at vi kan gå ind og hjælpe patienterne videre.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Vi mangler mere end 1.000 speciallæger, og vi mangler mere end 1.000 sygeplejersker, så der er virkelig brug for, at vi herinde i Folketinget tænker på, hvad det er, vi bruger de folk til, vi har derude.

Nu vælger vi så at sige, selv når det gælder folk med måske knap så alvorlige sygdomme, det kan være åreknuder eller andet – hvor ubehageligt det end er, så er det måske ikke det, vi har allermest brug for at prioritere superhurtige ventetider til – at vi bruger krudtet på dem, uden at vi ved, om problemet med interne ven-

tetider i virkeligheden er meget større. Det er så det ene.

Det andet, jeg bed mærke i, var, at Dansk Folkepartis ordfører ikke kunne svare på, hvad det her koster. For sagen er jo, at der ikke er noget i lovforslaget, der viser, hvad det koster at lave den her sænkning, og det synes jeg faktisk er ret uforsvarligt, når vores opgave er at prioritere og simpelt hen at vide, hvor mange penge vi bruger på det her, for de kunne være brugt et andet sted med større nytte.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Nu var det ikke, fordi jeg ikke ville svare på fru Charlotte Fischers spørgsmål. Det var simpelt hen, fordi den røde lampe lyste.

Kl. 16.05

Men jeg vil godt sige, at med den økonomiaftale, der er lavet med regionerne, er der afsat en økonomisk ramme til at finansiere aktivitetsstigningen på 3 pct. fra 2006 til 2007, og det svarer faktisk til, at aktiviteten stiger med en værdi af knap 1,4 mia. kr. Det synes jeg indikerer, at her er altså et økonomisk råderum.

Det er fuldstændig rigtigt, at der mangler personale i sektoren, men det er jo noget af det, man bør se på. Det er også derfor, jeg siger, at vi bør tage det op i udvalget, og vi har mulighed for at stille spørgsmål der. Så vi prøver jo på alle mulige måder, og jeg har også bemærket, at mange regioner nu er ude og ansætte eksempelvis læger fra Polen, der kvalitetsmæssigt ligger meget på niveau med danske læger.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Jeg kunne godt tænke mig, hvis fru Birthe Skaarup kunne være lidt mere præcis med hensyn til, om hun synes, det er en rigtig prioritering at vælge at reducere de her ventetider fra 2 måneder til 1 måned, i forhold til at man kunne bruge de samme ressourcer på at reducere de indre ventetider og dermed reducere meget alvorlige ventetider for meget syge mennesker.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg har sådan set givet udtryk for, at jeg synes, det er en god idé, at man nedsætter ventetiden fra 1. oktober 2007 til 1 måned. Det er en aftale, der er lavet med regionerne, og jeg går ud fra, at regionerne også lever op til den aftale.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Det er jeg sådan set heller ikke i tvivl om at de vil gøre. Jeg spørger bare, om fru Birthe Skaarup mener, det er fornuftigt, en rigtig prioritering at bruge ressourcerne på det frem for at bruge de samme ressourcer på at nedbringe de indre ventetider. Det kunne fru Birthe Skaarup godt have en holdning til, selv om der er lavet en aftale.

Det andet spørgsmål, jeg så vil stille, er: Jeg kan forstå på fru Birthe Skaarup, at hun er meget optaget af patienternes ret til de informationer, som er om dem i det elektroniske system, og jeg vil gerne spørge, om det betyder, at Dansk Folkeparti støtter det grundsynspunkt, at det faktisk er patienterne, borgerne, som har ejendomsretten til informationerne, og at det derfor altid må være sådan, at det er borgerne, der giver tilladelsen til, at andre får adgang til de informationer; altså ikke sådan, at man skal anmeldte, at man ikke ønsker, at nogen skal have adgang.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg ønsker, at borgerne samtykker til, at man kan gå ind og kigge i deres profiler, hvad enten det drejer sig om den personlige elektroniske medicinprofil, eller det drejer sig om EPJ. Det er borgernes personlige data, der er her, og dem skal vi værne meget om.

Men det er jo også Folketinget, der går ind og fortæller, hvem vi synes der skal have adgang til deres data, ud fra at de skal have en ordentlig behandling i det danske sundhedsvæsen, at der skal være sikkerhed for, at der er kvalitet i den behandling, de får, og at man ikke går ind og behandler dem for noget, som overhovedet ikke er nødvendigt.

Hvis der er en, der eksempelvis har brækket skulderen, må man kunne gå ind og se på, hvad den patient skal have af behandling, så vedkommende kommer videre i systemet. Det er det, det handler om, også med de interne ventetider, altså at folk skal være i stand til at passe deres arbejde osv.

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

Det, vi ved, er, at 90 pct. af de medicinske patienter er akutupatienter. Det, vi også ved, er, at der ikke kommer flere ressourcer til de medicinske afdelinger. Har fru Birthe Skaarup overvejet, når man nu kaster enøjet blikke på at nedsætte

ventetiden fra 2 måneder til 1 måned, at man så i virkeligheden udsulter de medicinske afdelinger, fordi der ikke rigtig er noget at komme efter der, fordi der ikke rigtig er nogen risiko for, at disse mennesker går over og vælger frit, for de kommer simpelt hen bare ind akut? Kan vi så ikke se frem til, at de medicinske patienter kommer til at ligge på gangene og i skyllerummene? Har fru Birthe Skaarup genovervejet hele det her område?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jamen det har jeg da, selvfølgelig har jeg det, og vi har støttet regeringen i, at vi nedsætter ventetiden til 1 måned fra den 1. januar 2007.

Det er sådan, igen, at der er lavet en aftale med regionerne. De har fået tilført over 1 mia. kr. i den aftale, og der skulle sandelig gerne være plads til de medicinske patienter også. Det er jo noget af det, vi har prioriteret gennem flere år, og det er også på den baggrund, at der er afsat flere penge til det her område – løbende.

Kl. 16.10

(Kort bemærkning).

Anne Baastrup (SF):

Noget af det, der er centralt, når man er medicinsk patient, er jo, at der er varme hænder, at der er mennesker, der rent faktisk er i stand til at være omkring en.

Fru Birthe Skaarup påpegede i et af sine tidligere svar, at vi har problemer med at antage folk, der overhovedet er i stand til at arbejde på et hospital, fordi der ikke er nok uddannede. Hvordan vil fru Birthe Skaarup sikre, at de mennesker, som nu arbejder på de medicinske afdelinger, ikke bliver overflyttet til andre afdelinger, hvor det er absolut nødvendigt at overholde den korte venteliste, fordi regionen ellers må af med penge til de private hospitaler? Tror fru Birthe Skaarup ikke, at regionen for overhovedet at få økonomien til at hænge sammen faktisk bliver nødsaget til at nedsikere antallet af varme hænder på de medicinske afdelinger for ikke at få røde tal på bundlinjen?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg tror ikke, der er mange, der vil komme godt fra ikke at give de medicinske patienter en ordentlig behandling, så selvfølgelig får de medicinske patienter en ordentlig behandling.

Når fru Anne Baastrup nu nævner de private sygehuse, og at man muligvis vil prioritere det område, hvis man sætter ventetiden ned til 1 måned, vil jeg godt sige – og det står faktisk også i ministerens bemærkninger – at de private klinikker udgør ca. 0,75 pct. Det vil sige, at af hver 100-krone-seddel, som bliver anvendt på sygehusområdet, går de 75 øre til de private klinikker, så derfor tror jeg ikke, der er nogen medicinske patienter, der kommer til at lide nød. Det er i hvert fald ikke med Dansk Folkepartis stemmer, at et område som de medicinske patienter ikke vil blive prioriteret.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Jeg er blevet gjort opmærksom på, at min for-gænger har snydt fru Lone Møller for en kort be-mærkning, så værsgo.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu siger fru Birthe Skaarup, at hun er sikker på, at de medicinske patienter bliver ordentligt be-handlet, men jeg er helt sikker på, at der er man-ge medicinske patienter, der ikke bliver ordent-ligt behandlet i dag, selv om der er en 2-måne-ders-ventetidsgaranti. Det har jeg oplevet ved selvsyn. Men det er ikke det, der er mit spørgs-mål.

Mit spørgsmål går på, at jeg kan undres over, hvor lidt og hvor meget man kan garantere fra Folketingets talerstol. Jeg hørte, at fru Birthe Skaarup blev stillet det spørgsmål, om det ikke er korrekt, at det er lægen, der udskriver den medicin, som patienten skal have. Det er selvføl-gelig korrekt, men kan fru Birthe Skaarup ikke bekræfte, at så kommer patienten til at betale ekstra? Vi har nemlig vedtaget her i dette Folke-ting, at hvis der skal gives det højeste offentlige tilskud til medicin, er apoteket forpligtet til at udlevere den billigste medicin og ikke den, læ-gen har ordineret, uanset hvad der står på recep-ten? Lægen har mulighed for at ordinere et an-det præparat, men så kommer patienten også til at betale. Er det ikke korrekt?

Er det ikke også korrekt, at hvis lægen skri-ver, at der f.eks. skal udleveres et andet epilepsi-præparat, er det sådan, at hvis patienten skal have tilskud, skal der afleveres ansøgninger til lægemiddelindustrien og afgives blodprøver, og hvad ved jeg? Vi er nødt til at forholde os til, hvad der er op og ned i denne sag, og til, hvad der er korrekt.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):
Der var altså ikke dobbelt taletid.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jeg blev spurgt, hvem der udskriver recepten, og det er selvfølgelig den praktiserende læge. Han skriver på recepten, hvad vedkommende skal have, og apoteket skal selvfølgelig udlevere det præparat. Det kan jo ske, at patienten får en anden medicin end den, der står på recepten, men de to mediciner skal jo være identiske, så patienten får et produkt, der indeholder nøjagtig det samme som det ordinerede.

Men jeg kunne måske godt ønske, at apote-kerne ydede en bedre service, hvis patienten ikke vil have det andet præparat. Så burde man fortælle patienterne, at nu får de altså et andet produkt, men hvis de vil have det produkt, som de har fået tidligere, kan de måske få det, hvis de betaler 2-3 kr. ekstra. Jeg har selv for ganske nylig hentet et produkt til en hjertepatient. Det var et andet produkt end det, vedkommende plejer at få, og jeg måtte betale 5 kr. ekstra for at få det normale produkt.

Kl. 16.15

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerræk-ken, og næste ordfører er fru Helle Sjelle.

Helle Sjelle (KF):

Når man er syg, bør man som patient i det dan-ske velfærdssamfund kunne forvente, at man får en behandling meget hurtigt, og det er også det, som dette lovforslag lægger op til.

Forslaget indeholder en række initiativer, som har til formål at gøre det gode danske sund-hedsvæsen endnu bedre. Det skal bl.a. ske ved at nedbringe den tid, den enkelte skal vente på at komme i behandling, og dette skal bl.a. ske ved en styrkelse af patienternes frie valg og en yderligere effektivisering og kvalificering af be-handlingen. Lovforslaget er med andre ord et stærkt og visionært fundament for det fremtidi-ge sundhedsvæsen i de fem nye regioner.

Vi Konservative mener, at de syge skal be-handles og ikke parkeres, for samfundet kan simpelt hen ikke være andet bekendt. Det bety-der bl.a., at vi gerne ser, at der kommer denne behandlingsgaranti, og at folk får flere og bedre valgmuligheder, og derfor er vi naturligvis også positive over for, at patienterne maksimalt skal

vente 1 måned på behandling og derefter får mulighed for at blive behandlet.

Det altoverskyggende formål med det aktuelle lovforslag er en kortere ventetid og en hurtigere behandling af patienterne i det danske sundhedsvæsen. Men en succesfuld udmøntning af lovforslaget forudsætter naturligvis, at patienterne er velinformerede om de valgmuligheder, de har, og derfor er det fornuftigt, at patienterne skal informeres om de forskellige behandlingsmuligheder, så de får en reel valgmulighed.

Ud over behandlingsgarantien på blot 1 måned indeholder lovforslaget også en styrkelse af patientbehandlingen på andre områder, f.eks. den elektroniske patientjournal. Der skal ikke være nogen tvivl om, at vi i Det Konservative Folkeparti synes, det er meget positivt, at der nu endelig skabes mulighed for en reorganisering af arbejdet med elektroniske patientjournaler. Man fristes til at sige, at det sandelig var på tide. Forslaget vil forhåbentlig være med til at skabe grundlag for udvikling af en sammenhængende elektronisk patientjournal gennem en strammere central styring med krav til it-arkitekturen.

Som led i en sådan strammere styring og med det formål at styrke behandlingskvaliteten, patientsikkerheden og effektiviteten i sundhedsvæsenet indskrænker lovforslaget adgangen til patientoplysninger til at gælde læger, sygeplejersker og jordemødre. Det er med andre ord alene læger, sygeplejersker og jordemødre, der fremover har direkte adgang til at indhente oplysninger fra de elektroniske systemer i forbindelse med den aktuelle behandling af en patient. Det er dog værd at bemærke – og det synes jeg i hvert fald er væsentligt – at patienten faktisk kan frabede sig, at der bliver indhentet helbredsoplysninger, men vælger patienten det, skal patienten også informeres om konsekvenserne af den manglende indhentning af oplysningerne.

Med hensyn til sikkerheden skal den naturligvis også være i top. Det nytter ikke noget, at informationerne flyder rundt, og det er nok også det, som indimellem kan skabe frygt. Derfor synes vi også, det er af stor betydning, at lovforslaget netop berører, hvordan misbrug af de elektroniske helbredsoplysninger kan forebygges. I Det Konservative Folkeparti håber vi naturligvis, at man ikke kommer ud for den slags, men man kan selvfølgelig aldrig gardere sig hundrede procent.

Vi er glade for, at man nu kommer et skridt videre mod de længe ventede landsdækkende elektroniske patientjournaler, for så kan vi forhåbentlig lægge skandalerne i det tidligere system bag os. I dag har hvert amt sit eget system uden mulighed for at kommunikere på tværs af amtsgrænserne, men en sammenhængende elektronisk patientjournal med en strammere central styring vil efter vores opfattelse uden tvivl sikre den hurtigste og bedste behandling for alle patienter i alle egne af landet.

Endelig indeholder lovforslaget punkter om adgang til Medicinprofilen, medicintilskud og kommunal indberetning til Det Centrale Tilskudsregister. Det støtter vi naturligvis også, men især de nedsatte ventetider for danske patienter og en bedre behandlingskvalitet via adgang til de elektroniske patientjournaler er noget, som vi lægger megen vægt på, og som vi hilser velkommen. Vi håber, at forslaget kan medvirke til, at vi får et endnu bedre sundhedsvæsen i Danmark, for det har både vi, som er raske, og især de syge krav på i et velfærdssamfund som vores.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Jeg er sikker på, at den konservative ordfører har den tilgang til politik, at det kan handle om at prioritere, fordi man ikke kan løse alle udfordringer på en gang.

Kl. 16.20

Fru Helle Sjelle sagde bl.a., at patienter ikke skal opbevares i behandlingssystemet, men behandles. Men synes fru Helle Sjelle ikke, at det største problem, vi i virkeligheden har i dag, når vi snakker om opbevaring i stedet for behandling, er alle de mange patienter med meget alvorlige sygdomme, hvis behandlingsforløb gang på gang bliver afbrudt? Og er det ikke vigtigere at få gjort noget ved det problem end at fokusere på, om man kan blive behandlet efter 1 måned eller 2 måneder?

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Det er selvfølgelig en afvejning, men efter vores opfattelse er der ikke nogen tvivl om, at det er meget væsentligt, at man faktisk kan blive behandlet inden for ganske kort tid, når man er alvorligt syg, og derfor synes vi selvfølgelig, at ventetiderne rent principielt skal ned, uanset hvor de er i systemet.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Så er det hr. Per Clausen for en sidste kort bemærkning.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Det er vel rigtigt, at Det Konservative Folkeparti sammen med regeringen og Dansk Folkeparti har valgt at prioritere, at der skal bruges ressourcer på at afkorte ventetiden fra 2 måneder til 1 måned, også for sygdomme, som i hvert fald i sammenligning med de sygdomme, man kan dø af, ikke er alvorlige. Det har man valgt at prioritere højere end at gøre noget ved de interne ventetider, som typisk rammer mennesker med meget alvorlige, livstruende sygdomme, hvor selv meget kort ventetid kan være meget, meget alvorlig, også for den psykiske tilstand. Synes fru Helle Sjelle ikke, at den afvejning, man er nået frem til, i grunden er lidt svær at forklare?

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Nej, jeg må indrømme, at det synes jeg faktisk ikke, for i Det Konservative Folkeparti har vi et mål om, at ventetiden skal ned for de danske patienter. Det nytter ikke noget, at der er patienter, som stort set venter sig ihjel, så ventetiden skal ned. Det er jo også det, lovforslaget lægger op til, og det er derfor, vi støtter det.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det er lidt i samme spor.

Jeg tror altså ikke, der er nogen patienter med nedgroede tånegle, der venter sig ihjel, så skal omstændighederne i hvert fald være meget uheldige. Men det er jo en prioriteringsdiskussion, og jeg må forstå det sådan, at den konservative ordfører synes, at noget af det vigtigste, vi kan gøre for sundhedsvæsenet i dette land, er at nedsætte ventetidsgarantien til 1 måned.

For nylig havde vi ministeren i samråd, og her diskuterede vi bl.a., hvorfor visse kræftpatienter, som vi ved noget om, faktisk stadig i gennemsnit venter 90 dage på at komme i behandling. Vi ved ikke, hvordan det forholder sig med alle mulige andre patientgrupper, men alligevel vælger man nu at sige: Vi skal sætte penge ind på at sænke frit valg-garantien til 1 måned. Vil den konservative ordfører ikke lige fortælle mig og andre, der lytter med: Hvorfor er det meget vigtigere at sænke frit valg-garantien frem

for at gøre noget ved lange interne ventetider for f.eks. kræftpatienter?

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jeg synes ikke, man kan stille det sådan op, for det ene udelukker jo ikke det andet.

Der skal ikke være nogen tvivl om, at vi meget gerne vil have de interne ventelister ned, men vi synes som sagt ikke, der er noget til hinder for, at vi – samtidig med at vi ser på det – faktisk også gør noget ved de problemer, vi ved noget om, ved at nedsætte behandlingsgarantien fra 2 måneder til 1 måned. Vi synes ikke, at de to ting udelukker hinanden.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Så er det fru Charlotte Fischer for den sidste korte bemærkning.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Tingene udelukker jo rent faktisk hinanden. Når man bruger x antal millioner kroner på at sænke frit valg-garantien, er det penge, der kunne være brugt på noget andet. Nu siger jeg x antal millioner kroner, for vi ved jo ikke, hvor stort et to cifret eller trecifret beløb der er tale om, og det ved den konservative ordfører heller ikke, så derfor handler vi i bedste fald i blinde. Vi ved heller ikke noget om de interne ventetider, selvfølgelig medmindre den konservative ordfører kan oplyse mig om noget, jeg ikke ved.

Jeg vil gerne spørge: Er det ikke rigtigt, at man i bedste fald handler i blinde? Man vælger at spadserer ligeud og sige: Nu gør vi det her, selv om vi ingenting ved om, hvad det koster, og vi ingenting ved om de interne ventetider, som måske er et meget større problem.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Det, vi ved noget om, er i hvert fald, at vi meget gerne vil have et sundhedsvæsen, som fungerer optimalt – et sundhedsvæsen, hvor man ikke venter og venter og venter på at komme til for at få behandling.

Som jeg sagde før, og som fru Charlotte Fischer faktisk også var inde på, er vi selvfølgelig også interesserede i at få bugt med de interne ventelister, for selvfølgelig skal der være en mening med den ventelistegaranti, man laver, og jeg forventer da også, at der er noget, som vi skal have oplyst. Der er jo ikke nogen af tingene,

som vi kan løse på en enkelt dag, men vi kan tage nogle skridt hen imod at løse dem, og det er jo også det, vi gør, når vi nedsætter ventebe-handlingsgarantien fra 2 måneder til 1 måned.

Kl. 16.25

(Kort bemærkning).

Lise von Seelen (S):

Vi ved ikke noget om de interne ventelister, men den konservative ordfører siger, at man er interesseret i alle ventelister, og at der i princippet ikke skal være ventelister. Vil ordføreren så være med til at fremskaffe dokumentation for, hvad vi taler om, når vi taler om disse interne ventelister? Det kan jo være mægtig, mægtig svært at argumentere for en størrelse, som man ikke kender omfanget af, så det kunne jo være rigtig gunstigt at have konkret viden om, hvad vi taler om, og kan ordføreren gå med til, at vi beder om at få en konkret vurdering af, hvor lange de interne ventetider er i de fem regioner?

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jeg har allerede givet udtryk for, at vi synes, det vil være en god idé at se på de interne ventetider, men hvordan og hvorledes det skal skrues sammen, på hvilken måde man skal gøre det, og om det er ministeren eller regionerne, der skal gøre det, vil jeg ikke stå heroppe og lægge mig fast på.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Fru Lise Von Seelen for en sidste kort bemærkning.

(Kort bemærkning).

Lise von Seelen (S):

Jeg efterlyser heller ikke en konkret vejledning i, hvordan man skal kortlægge det, men hvis vi skal føre en fornuftig argumentation for, hvad vi gerne vil prioritere i sundhedsvæsenet, er det altså vigtigt, at vi har noget at forholde os til. Om der så skal stilles krav til ministeren om at fremskaffe baggrundsviden, så vi kan argumentere bedre for, hvad vi vil prioritere, kan diskuteres, men jeg forstår, at helt konkret vil ordføreren ikke stille krav om, at vi får det at vide, som vi gerne vil vide.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jeg tror, det for både mig og formentlig alle andre her i salen er kommet som en overraskelse,

at der faktisk er disse interne ventetider på behandling. Det er noget, der bestemte skal gøres noget ved, men det nytter ikke noget, at man bare siger: O.k., det er søreme ærgerligt, at det er sådan. Vi har faktisk vilje til at gøre noget ved det, og vi vil gerne være med til at se på det, men som sagt vil jeg ikke stå heroppe og helt konkret lægge mig fast på, hvordan og hvorledes vi skal foretage en undersøgelse.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jeg må sige, at det overrasker mig lidt, når den konservative ordfører siger, at det er kommet lidt bag på hende, at der er skjulte ventelister. Alle her i samfundet, hvad enten man er politiker eller menig borger, ved vel, at der er ventelister til at komme til røntgen, at der er ventelister til at blive scannet, og at der er ventelister til at komme til speciallæge, ørelæge, halslæge og praktiserende læge.

Der er ventetider overalt, og derfor vil jeg gerne spørge den konservative ordfører: Når man nu er så glad for, at man har fået nedbragt ventetiden til 1 måned, kan den konservative ordfører så fortælle mig, hvem det rent faktisk gavner? Gavner det patienten, der har 18 måneders ventetid på at komme til øjenlæge? Får vedkommende også kun 1 måneds ventetidsgaranti, eller er det kun tilfældet for specielt udvalgte kirurgiske sygdomme?

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Generelt skulle det selvfølgelig meget gerne komme alle patienter til gavn, at behandlingsgarantien bliver nedsat, men det er selvfølgelig ikke alle over en kam, som fra dag et får gavn af, at vi gør det. Selvfølgelig er det ikke det.

Den fg. formand (Jens Vibjerg)

Så er det fru Lone Møller for en sidste kort bemærkning.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu er det jo sådan, at bl.a. ørelæger og øjenlæger er privatpraktiserende speciallæger, og hvis det offentlige system ikke kan klare det, har man ret til at blive henvist til det private system efter 1 måneds ventetid. Kan den konservative ordfører garantere fra Folketingets talerstol, at lovforslaget giver de mange, der sidder ude i det ganske land og venter på at komme til ørelæge og

øjnlæge, en garanti for, at de ikke skal vente mere end 1 måned i privat regi?

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Jeg tror, fru Lone Møller ved lige så godt som jeg, at man skal passe ufattelig meget på med at stå heroppe og give nogle meget, meget, meget håndfaste garantier for noget som helst, men jeg vil dog gå så langt som at sige, at nu nedsætter vi ventetiden for nogle sygdomme til 1 måned, og det synes vi er et godt skridt i den rigtige retning.

Kl. 16.30

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken, og den næste ordfører er fru Charlotte Fischer.

Charlotte Fischer (RV):

Dette lovforslag rummer både skidt og kanel. Det rummer faktisk rigtig mange elementer, og mange af dem er vi meget enige i og synes er positive.

Der er dog et element, vi er imod, og det er, som det er fremgået af debatten i dag, forslaget om at sænke frit valg-garantien til 1 måned. Vi synes, det er en helt forkert prioritering. Vi står i en tid, hvor der mangler over 1.000 speciallæger og sygeplejersker, og vi synes ærlig talt, det ville være meget bedre at satse på at gøre noget ved de største problemer, og et af dem mener vi er de interne ventetider. Vi ved, at der f.eks. er kræftpatienter, der venter 90 dage, og det har sådan set ikke ændret sig over rigtig mange år.

Når vi læser høringsvarene, synes vi også, at begejstringen mangler. Sygeplejeetisk Råd siger, at det er betænkeligt, Sundhedskartellet taler om forværret arbejdsmiljø og skævvridning, Patientforeningen Danmark vil hellere prioritere de interne ventetider, Sind er slet og ret imod, og Forbrugerrådet sår tvivl om, hvorvidt ressourcerne udnyttes hensigtsmæssigt – ja, jeg kunne blive ved. Men Den Almindelige Danske Lægeforening er dog så venlig, at de tager den nye frist til efterretning.

Vi synes, regeringen skulle droppe det. Lad os få at vide, hvordan det står til med de interne ventetider, og virkelig sætte ind her. Vi har tidligere fået at vide, at ministeren nu kommer med et opdateret landspatientregister, og det er måske noget af svaret på det, vi savner. Vi synes, at lige nu foregår det hele i blinde, vi aner ikke,

hvad det koster, og i virkeligheden burde man bruge det, som det nu koster, et helt andet sted.

Hele området med elektroniske patientjournaler og Medicinprofilen er vi til gengæld anderledes positivt stemt over for. Vi synes, at begge dele er naturlige redskaber i udviklingen af et moderne sundhedsvæsen og rummer en masse fordele. Det er selvfølgelig også et spørgsmål, om vi tør bruge de fordele, og for os at se er det store spørgsmål: Hvem skal have adgang? Et eller andet sted kunne man jo godt spørge, hvorfor det ikke er sådan, at der skal være ensartede krav og vilkår, både når det gælder den elektroniske patientjournal og Medicinprofilen. Hvem er det egentlig, der skal have ret til at få oplysningerne? For os at se er det et slags demokratisk brækjern for mere åbenhed, og det synes vi der også i denne sammenhæng skal gøres brug af.

Derfor vil jeg sige, at det er et mål for os, at også patienterne får adgang til de elektroniske patientjournaler. Det gælder jo allerede for Medicinprofilen, og vi synes egentlig ikke, der er nogen begrundelse for, at det ikke også skulle gælde for de elektroniske patientjournaler.

En anden ting, som vi også synes patienterne skal kunne, er at se, hvem der så har kigget i deres patientjournaler, altså det man kalder logging. Det er helt naturligt, at man som patient kan se på sigt, at de og de har læst i ens journal i den og den anledning. Vi synes, det må være et rent politisk ansvar at sikre det.

Vi synes også, det må være et politisk ansvar at sikre, at alle, der indgår i behandlingen – altså ikke kun læger, sygeplejersker og jordemødre, men f.eks. også fysioterapeuter og ergoterapeuter – får mulighed for at bruge dette redskab, for ellers får vi simpelt hen ikke nytte af det perspektiv, der ligger i patientjournalen.

Sikkerhed og kontrol er meget vigtigt, hvis alt skal lykkes, og vi synes måske, at lovforslaget er meget teknisk og pakker det lidt af vejen. Vi savner egentlig en erklæring om, at et tårnhøjt sikkerhedsniveau er meget vigtigt, hvis lovforslaget bliver vedtaget.

Alt i alt vil jeg sige, at vi stærkt støtter bestemmelserne i forslaget. Vi synes måske ikke engang, at de går vidt nok, når det gælder elektronisk patientjournal og Medicinprofil, for vi tror, de vil være med til at skabe et bedre sundhedsvæsen. Men vi er imod frit valg-garantien, og da vi mener, det er vigtigt, at vi som politikere kan prioritere, betyder det samlet set, at vi nok ender med at stemme hverken for eller

imod lovforslaget, og det er rigtig ærgerligt, i og med at der er mange gode elementer i det.

Til sidst vil jeg lige bemærke, at der har været rejst en debat om medicintilskud, som er et lille element i forslaget, og om spørgsmålet om en bagatelgrænse. Vi synes faktisk, man skal kigge på det, for der er noget, der tyder på, at skifteriet mellem medicinske præparater er gået lidt for vidt. Vi synes, man skal kigge bredt på det, for der er jo også et spørgsmål om generisk ordination, og det kunne måske være med til at løse problemet for de patienter, der hele tiden skal skifte præparater og bliver forvirrede, fordi der hele tiden står et nyt navn på pakningen. Jeg synes i virkeligheden, man skal se bredere på det, men vi er meget åbne over for at drøfte det.

Kl. 16.35

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ordføreren. Næste ordfører er fru Anne Baastrup.

Anne Baastrup (SF):

Dette lovforslag er en samling af mange forskellige ting.

For det første har vi diskuteret en hel del om nedsættelse af ventetiden til 1 måned og frit valg-garanti efter 1 måned, og ordudvekslingen mellem fru Lone Møller og den konservative ordfører viste jo i al sin gru, hvor indholdsløs denne ventetidsgaranti i virkeligheden er. Forleden kunne vi høre, at på Fyn, hvor man har en ventetidsgaranti for rygbehandling på 2 måneder, er der i virkeligheden en ventetid på 1½ år og i øvrigt ikke nogen mulighed for, at man kan blive behandlet tidligere, så ventetid er i virkeligheden et vidt begreb.

Det er også interessant, at den konservative ordfører siger, at vi ikke er helt klar over den interne ventetid, samtidig med at vi som sundhedsudvalgsmedlemmer får stribevis af henvendelser fra folk, der beskriver, hvordan deres situation som kræftpatient har været. Først kommer man ind efter de 2 måneder, som ventetiden er i dag, så skal man vente på den ene og den anden og den tredje undersøgelse, og angsten for at nå at dø, inden den interne venteliste i de enkelte elementer er væk, er stor. Pårørende fortæller også bagefter, hvilke problemer de har oplevet deres slægtninge være udsat for i forløbet.

Derfor synes jeg, vi i udvalgsbehandlingen skal se nøje på, hvilke forbedringer ventetidens nedsættelse rent faktisk giver de danske borgere. Hvis det ikke reelt betyder, at folk med alvor-

lige lidelser og livstruende sygdomme får en hurtigere behandling i systemet, måske tværtimod, synes jeg, vi mildt sagt handler i blinde.

Den nationale elektroniske patientjournal er naturligvis en god idé, ingen tvivl om det. En hurtig og effektiv elektronisk baseret behandling vil sikre, at de oplysninger, som lægen har, virkelig er oplysninger, der er nødvendige for den aktuelle behandling.

Men lovforslaget springer meget smukt over, hvordan vi kan sikre it-sikkerheden. Venstres ordfører sagde: Jeg er politiker, jeg er ikke tekniker. Men det er os, der som politikere skal fastlægge rammerne, og så er det teknikernes opgave at sørge for, at rammerne bliver fyldt ud, så det enkelte menneske trygt kan aflevere sine oplysninger til systemet og være sikker på, at de oplysninger, der er tilgængelige under den aktuelle behandling, virkelig er de oplysninger, som vedkommende gerne vil have bliver brugt.

Vi bliver nødt til at stille nogle krav til it-folkene, så de ikke kun har én overskrift for deres arbejde, nemlig effektivisering. De skal også gøre sig etiske overvejelser i forbindelse med, hvad det i virkeligheden er, de er i gang med. Det er ikke teknologiforskrækkelse, jeg kommer frem med her, det er et forsøg på at sikre, at vi får etableret et system, som vi også kan leve med om 10 og 20 år – er system med en grundsubstans, som vi rent faktisk kan være bekendt at præsentere den enkelte borger for.

Hvis folk bliver indlagt på en lukket afdeling, behøver man så at vide det på det somatiske hospital? Hvis en kvinde får en provokeret abort, behøver man så at vide det 20 år efter? Er der ikke nogle ting, man kan få lov til at beholde for sig selv? Skal vi ikke sikre, at patienterne i højere grad kan få beskyttet de oplysninger, som de gerne vil have ingen andre ser?

Jeg forstår fuldstændig ministerens forsøg på at afgrænse, hvilke ansatte der rent faktisk skal have adgang til disse oplysninger. Men efter de henvendelser, vi har fået fra forskellige lønmodtagergrupper, synes jeg, vi nøje skal overveje: Skal vi på en eller anden måde konkretisere, i hvilke situationer man skal have adgang til den elektroniske patientjournal, så det ikke bliver overskriften på ens uddannelse, der er afgørende?

Hvis vi skal satse på at få et fremtidssikret sygehus, som hele tiden kan udvikle sig konstant, tror jeg, vi i højere grad bliver nødt til hele tiden at sørge for, at f.eks. SOSU-assistenterne kan avancere, og at ingen overhovedet forhindres i

at komme med i et eller andet behandlingsforløb, fordi man har en SOSU-assistentuddannelse i stedet for en sygeplejeuddannelse. Jeg tror, vi i højere grad skal væk fra kun at se på faget og ikke på indholdet.

Kl. 16.40

Vi har fået mange henvendelser fra mennesker, der er bekymrede for, at de hele tiden skal skifte medicin, og vi bliver nødt til at tage deres bekymringer alvorligt. Jeg har godt nok læst de faglige udsagn, der går på, at der ingen problemer er, men når man står med mange forskellige typer medicin, som man skal tage i løbet af en dag, og de får nye pakninger, kan man som ældre medborger, der ikke har helt styr på, hvad det er for en type medicin, man helt konkret får, godt blive bange for, at man tager noget forkert.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ordføreren. Næste ordfører er hr. Per Clausen.

Per Clausen (EL):

Det første element i dette lovforslag handler om, at behandlingsfristen skal nedsættes fra 2 måneder til 1 måned, og umiddelbart lyder det jo godt, især hvis man lever i et samfund, hvor man overhovedet ikke behøver at foretage nogen prioriteringer. Men det gør vi jo ikke.

Her siges det, at det allervigtigste er at sikre, at uanset hvilken sygdom man lider af, kan man blive behandlet inden for 1 måned. Mit synspunkt er, at de eneste, det for alvor vil hjælpe, sådan set er privathospitalerne, som her får yderligere mulighed for vækst, og det betyder også, at der som en konsekvens af forslaget i realiteten overføres midler fra det offentlige til det private område.

I dag er vi i den situation, at mennesker, som faktisk er kommet i behandling for livstruende sygdomme med alt, hvad det medfører af psykiske belastninger osv., gang på gang oplever, at behandlingen går i stå, og at der er interne ventetider osv. Når man mener, at ens liv er i fare, er det måske meget værre, at man skal vente 1 eller 2 dage, end hvis man skal vente en måneds tid ekstra, når man har en mindre farlig sygdom, så derfor begriber jeg simpelt hen ikke, hvorfor man ikke bruger de ekstra ressourcer, som man siger man vil bruge på området. Vi kan jo altid diskutere, hvor meget ekstra der er, men hvorfor bruger man ikke ressourcerne på det, der efter min opfattelse er det store og afgørende problem, nemlig de interne ventetider, som enty-

digt rammer de patienter, som er i den værste situation?

Om EPJ-halløjet, altså de elektroniske patientjournaler, vil jeg sige, at vi er helt enige i, at det er på tide, at man går over til en central løsning. Vi synes dog, at man har været for nidkær i begrænsningen af, hvilke medarbejdergrupper der kan få adgang til dem, og vi synes måske ikke, der er særlig mange saglige begrundelser for det. På den anden side synes vi, man godt kunne have været lidt mere nidkær, når det handler om at forsvare patienternes rettigheder. Efter Enhedslistens opfattelse er det sådan, at hvad enten de findes i papirform eller i såkaldt digital form, er informationerne som udgangspunkt patientens ejendom, og derfor synes vi, det må være sådan, at patienten skal give tilladelse til, at man udleverer dem.

Jeg synes, det er for svagt, når man henviser til tekniske vanskeligheder, når det gælder om at løse dette indlysende problem. Patienterne skal selvfølgelig have mulighed for at sige: Noget skal sundhedspersonalet have uhindret adgang til, andet rager ikke andre. Jeg tror nok, at hvis de skal være helt ærlige, kan mange godt erindre sygdomme, som de ikke nødvendigvis synes der er nogen grund til at sundhedspersonalet har adgang til oplysninger om, også ud fra det ganske banale synspunkt, at de næppe er relevante i forbindelse med den aktuelle sygdom. Pointen er altså, at vi mener, at det er patienterne, der skal have ejendomsretten, og det betyder selvfølgelig også, at de skal have mulighed for at se, hvad der står, og for at kontrollere, hvem der har været inde i systemet.

Til sidst angående medicinskift: Efter Enhedslistens opfattelse eksisterer der et problem, så snart bare ét menneske synes, at det har problemer. Ekspertter har afvist, at der er problemer, ved at henvise til, at det er ligegyldigt, hvad der står på medicinen, men vi skal jo bare være klar over, at der er nogle områder, hvor vi faktisk allerede arbejder med at få løst problemet, f.eks. når det gælder epilepsipatienter. Her anerkender man, at der er et problem, og at der skal gøres noget ved det. Det kan også være tilfældet for andre patientgrupper, og derfor synes jeg, det ville være en god idé at benytte lejligheden til at se meget seriøst på, hvad vi kan gøre, og også overveje seriøst, hvor vigtigt det nu også er at tjene den sidste femøre, hvis vi skaber utryghed hos en masse mennesker. Her synes jeg, at den totale mangel på prioriteringssans, som regeringens og Dansk Folkeparti udviser, når det

handler om at skære ned på behandlingstilbudene, modsvares af en ekstrem nidkærhed, når det handler om at kradse de sidste penge hjem i en situation med mange medicinskift.

Kl. 16.45

Vi indgår selvfølgelig i udvalgsarbejdet med lovforslaget, men jeg må jo nok erkende, at som udgangspunkt er der mange elementer i det, som vi ikke er ret begejstrede for.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Jeg har flere gange her i dag hørt hr. Per Clausen henvise til de interne ventetider og knytte dem op på kræftbehandlingen. Jeg vil gerne spørge hr. Per Clausen, om det er gået Enhedslistens næse fuldstændig forbi, at der er vedtaget en kræfthandleplan II, hvor der netop sættes fokus på de interne ventetider, hvor der er indarbejdet diagnostiske pakker, og hvor der er indarbejdet et kontaktpersonsystem, og jeg vil også godt spørge hr. Per Clausen, om det ligger fuldstændig uden for hr. Per Clausens dagligdag, at planen netop er ved at blive taget i brug, bl.a. i det amt, hvor hr. Per Clausen selv bor, og at den faktisk er fremstået som en rigtig god succeshistorie i medierne.

Når vi snakker om interne ventetider, vil jeg gerne spørge hr. Per Clausen, om han ikke vil medgive, at det er et godt instrument, der er lagt ind i kræfthandleplan II, når det netop gælder om at minimere de interne ventetider.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Det er klart, at enhver indsats, som reducerer de interne ventetider, naturligvis skal roses; det skal der ikke være nogen som helst tvivl om. Men når jeg snakker med patienter og folk fra patientforeninger osv., er det ikke mit indtryk, at de interne ventetider er afviklet, men at de faktisk stadig eksisterer og stadig er et alvorligt problem.

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Mener hr. Per Clausen, at sundhedsvæsenet kan omstille sig fra den ene dag til den anden? Der blev indgået aftale om kræfthandleplan II sidste år, amterne har taget den til sig og er i gang med at rulle hele projektet ud i indeværende år, og mener hr. Per Clausen ikke, at det faktisk må betragtes som hurtigt?

Jeg synes sådan set, vi netop skal rose sygehusejerne og personalet i sundhedssektoren for, at de har taget den til sig og er meget, meget godt i gang med processen. Jeg var til møde med 160 cancerpatienter i Nordjylland i sidste uge, de roste den, og det gjorde Kræftens Bekæmpelse også, så mener hr. Per Clausen virkelig, at det er et problem, at Kræftens Bekæmpelse roser, at der nu er taget fat i de interne ventetider?

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Det er jo lidt mærkeligt. Jeg siger, at jeg støtter alle initiativer, der kan hjælpe med til at nedbringe de interne ventelister, men fru Birgitte Josefsen får det til, at jeg skulle tage afstand fra, at de bliver nedbragt. Nej, sådan forholder det sig ikke.

Jeg er enig med fru Birgitte Josefsen i, at de ansatte i sygehusvæsenet gør et fortjenstfuldt arbejde. Men jeg siger bare, at bl.a. fru Birgitte Josefsen har valgt at prioritere ressourcer til at reducere ventetiden fra 2 måneder til 1 måned i en situation, hvor sygehusvæsenet har brug for at koncentrere sine ressourcer om at nedbringe de interne ventetider. Venstre, De Konservative og Dansk Folkeparti har efter min mening valgt at prioritere fuldstændig forkert og nægter at gå ind i en prioriteringsdiskussion, men i den udstrækning, man foretager sig gode og fornuftige ting, skal jeg ikke undlade at rose det. Det er sjældent, der er anledning til det, men jeg gør det gerne, når anledningen er der.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ordføreren. Så er det indenrigs- og sundhedsministeren.

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Tak for debatten.

Jeg kan jo konstatere, at det burde være muligt at få dette lovforslag vedtaget, og det sætter jeg stor pris på. Men jeg kunne i øvrigt godt tænke mig at starte bagfra.

Hr. Per Clausen sagde, at når folk oplever, at de har et problem, foreligger der virkelig et problem, og så skal man tage det alvorligt. Det er jeg sådan set grundlæggende enig i, og derfor skal vi selvfølgelig heller ikke bare passivt følge debatten om medicinskift, for nu at starte her, men forholde os til det. Men spørgsmålet er jo, hvordan vi skal forholde os til det.

De regler, vi har lavet, nød jo oprindelig meget stor parlamentarisk opbakning, og når reglerne er, som de er, er det sådan set, fordi vi ønskede, at patienterne skulle have adgang til den billigste virkningsfulde medicin, og fordi der ikke var nogen grund til, at danske patienter skulle betale unødigt meget for deres medicin. Det var det styrende hensyn, og det er også i patienternes interesse. Det er også i samfundets interesse, for hvis vi sikrer os, at patienterne får den billigste virkningsfulde medicin, bruger vi som samfund alt andet lige mindre på medicin, end vi ellers ville have gjort, og så har vi frigjort de penge til andre indsatsområder i sundhedsvæsenet, hvor der bestemt er god brug for dem. Det er derfor, vi har lavet reglen, som er en udmærket regel, og som i øvrigt ikke betyder – det er jo næsten det billede, der tegner sig – at patienterne oplever markante, kontinuerlige skift.

Kl. 16.50

Når man ser på, hvordan det forholdt sig med patienternes lægemiddeltab, før reglen blev strammet op, og hvordan det er i dag, kan man konstatere, at hovedparten af patienterne har haft lige mange medicinskift i 2004 og 2005, så der er måske en tendens til, at problemet trækkes for hårdt op.

Jeg er i øvrigt enig med hr. Per Clausen i, at når det gælder de patientgrupper, hvor man kan sige, at der er realiteter bag problemet, skal vi handle. Det gælder ikke mindst for epilepsipatienterne, hvor vi har taget initiativ til en dialog mellem Epilepsiforeningen og Lægemiddelstyrelsen for at se, om det kan lade sig gøre at lave en mekanisme, der gør, at man på forhånd kan udskille den mindre del af epilepsipatienterne, som ikke kan tåle medicinskift, heller ikke inden for en meget lille bioækvivalens. Det problem skal vi tage alvorligt.

Men frem for bare at læne sig tilbage og sige, at nu fjerner vi medicinskiftene ved at følge det hensigtsmæssige forslag, der er dumpet ned fra Apotekerforeningen – som jeg jo kan konstatere er en forening, der er i tæt og god dialog med flere af sundhedsordførerne, og som er kommet med et forslag, der måske kan medføre offentlige merudgifter i størrelsesordenen 50 mio. kr. – skulle man måske snarere se på, hvor stort problemets reelle omfang er, og hvad vi kan gøre for at komme det til livs. Det kunne f.eks. ske ved bedre oplysning, ved at investere i nogle kompliancemidler, ved at få afdækket, om der reelt er et problem, og ved at slå et slag for dosisdispensering til den gruppe ældre medicinfor-

brugere, der måske har svært ved at håndtere mentalt, at pillerne pludselig er i en ny indpakning. Det diskuterer jeg gerne videre i udvalgsarbejdet.

Ellers synes jeg, det mest tankevækkende ved debatten her i dag har været, at det nu kan konstateres – og det er jo ikke nyt for mig – at det er regeringen, der sammen med Dansk Folkeparti er på patienternes side, når vi diskuterer indretningen af sundhedsvæsenet. Man må jo konstatere, at hvis flertallet bliver anderledes her i Folketinget efter næste valg, vil de danske patienter kunne se frem til, at de nye rettigheder, de har fået af denne regering, står for skud. Det er muligt, at 2-måneders-reglen er så kraftigt cementeret, at man ikke kan rulle den baglæns. Det svæver i det uvisse, men vi kan i hvert fald konstatere, at tanken om, at danske patienter skal have en mulighed for at søge et andet sted hen, hvis ventetiden til behandling i det offentlige sygehusvæsen er mere end 1 måned, er en tanke, der ikke nyder fremme i oppositionen. Det skal landets patienter gøre sig klart.

Jeg synes, det er trist, for den frit valg-regel, vi har skabt, har jo betydet to ting. For det første har den betydet, at op mod 100.000 danske patienter har fået behandling hurtigere, end de ellers ville have fået. Folk, der stod i kø, dengang man syntes, at det kun var folk, der havde pengepungen eller policerne i orden, som skulle have mulighed for at få hurtig sygehusbehandling, har nu fået hurtigere behandling takket være et opgør med det asociale regime, vi havde før 2001, hvor det kun var folk med tegnebogen i orden, der havde en mulighed for at søge privat behandling.

Reglen har også virket på et andet felt, fordi den har skabt et udviklingspres på det offentlige sundhedsvæsen, der har gjort, at vi har oplevet en fantastisk aktivitetsforøgelse i det offentlige sundhedsvæsen de senere år takket være dygtige SOSU-assistenter, sygeplejersker og læger. Amtspolitikere har sagt, at nu er det altså alvor, for nu skal vi håndtere nogle patienter, som har et alternativ til os. Det har gjort, at vi generelt har oplevet, at ventetiderne er raslet ned, hvad enten man kigger ud gennem forruden eller kigger i bakspejlet.

Kl. 16.55

Det er sådan set denne dynamiske effekt – som er til patienternes bedste, uanset om de gør brug af det frie valg eller ej – vi nu ønsker at forfølge yderligere ved at sige, i øvrigt i fuld overensstemmelse med sygehusejerne, at nu skal vi

altså turde give patienterne muligheden, allerede hvis ventetiden er mere end 1 måned. Jeg er glad for, at der er et flertal for det, men på patienternes vegne er jeg også lidt trist over, at det er et så lille flertal, og at den samlede opposition øjensynligt er imod at give patienterne denne nye mulighed.

Muligheden har også givet et bidrag til den meget relevante diskussion om intern ventetid, som flere ordførere har rejst. Jeg kan forstå, at i hvert fald for Det Radikale Venstre og også for andre, der har været på talerstolen, er det altså sådan, at man skal vælge mellem det ene eller det andet. Enten skal man have lang ventetid for at komme ind i systemet, eller også skal man have lang ventetid inde i systemet.

Jeg vil gerne sige, at jeg og regeringen sådan set har det synspunkt, at vi skal fjerne al ventetid, både ventetiden før man kommer ind i systemet og ventetiden inde i systemet. Her virker reglen sådan set også, fordi det udvidede frie valg også gælder for diagnostiske ydelser. Det betyder, at en patient, der er i et behandlingsforløb, som sander til, fordi patienten afventer en diagnostisk ydelse, via 1-månedes-reglen får mulighed for at springe ud af forløbet og sige: Jeg kan se, at der nu er mere end 1 måneds ventetid på, at jeg får en scanning, eller hvad det nu er, der skal til, men det vil jeg ikke acceptere. Jeg vil gøre brug af den mulighed, der er. I den forstand spiller 1-månedes-reglen altså også en rolle her.

I øvrigt vil jeg sige, og det er Folketingets Sundhedsudvalg også bekendt med, fordi vi har annonceret det i udvalget, at for mig er projektet om mere respekt for patienternes tid et hovedprojekt. Det er den udfordring, vi nu skal tage op. Hele ideen om at lave en kvalitetsreform og hele ideen om at lave kræftbehandlingsplan II, hvor vi forfølger tanken om diagnostiske pakker, tager jo afsæt i, at vi skal have nogle bedre patientforløb.

Nu har vi altså fjernet ventetiden på at komme ind i systemet. Med kommunalreformen har vi skabt nogle nye rammer, så der sættes mere fokus på, at der er kvalitet i det, der sker i systemet, vi har skabt mere åbenhed om det, der sker i systemet, med Sundhedskvalitet.dk, og det, vi nu skal i gang med i fuld skala, er at skabe mere respekt om patienternes tid og få nogle mere gnidningsfrie patientforløb, hvor man ikke skal vente på det næste led i den kæde, som det samlede patientbehandlingsforløb er. For regeringen er det ikke enten-eller, vi tør godt være så opti-

mistiske på den offentlige sektors vegne, at vi tror, at vi kan håndtere begge udfordringer på en og samme tid.

Så vil jeg gerne sige om EPJ, at jeg takker for den opbakning, jeg kan fornemme alle steder fra, til, at vi nu skaber en ny organisatorisk ramme omkring EPJ-udviklingen med den nye organisation. Ansøgningsfristen til direktørstillingen i den nye organisation udløber i øvrigt i morgen kl. 12, hvis nogen måtte kende en, der er kapabel til at stå i spidsen for den. Jeg har også noteret mig støtten til at stramme bestemmelserne op, så vi på nationalt plan har en mulighed for at føre bindende standarder igennem, hvis det over tid bliver nødvendigt for at sikre det, der er den fælles ambition, nemlig at udrulle en sammenhængende og tværfaglig elektronisk patientjournal.

Så er der spørgsmålet om, hvem der skal have adgang til disse journaler. Her synes jeg også, jeg har kunnet fornemme af debatten, at der er nuancer. De er kommet til udtryk på den måde, at nogle ordførere har sagt, at alle de personalegrupper, der er involveret i behandlingsforløbet, skal have adgang. Fru Lise von Seelen sagde noget i den retning, måske med andre ord. Andre ordførere, bl.a. fru Anne Baastrup og endnu stærkere hr. Per Clausen, gav udtryk for, at det handler om patientens egen ret til informationerne. Fru Birthe Skaarup sagde f. eks., at vi skal passe på ikke at komme ud på en glidebane, hvor vi angriber borgernes integritet, og det er jo præcis det, som det hele handler om: Vi skal finde balancepunktet mellem på den ene side at lave et system, der er hensigtsmæssigt og fremmer patientsikkerheden, fordi alle medarbejdere, der er involveret i et bestemt behandlingsforløb, hurtigt og let kan få relevante informationer frem, og på den anden side ikke skabe mistillid hos patienterne ved at skabe et billede af, at alle og enhver kan kigge dybt i informationerne om dem. Det er den balance, der skal findes.

Hvis man har fulgt processen frem til nu, kan man se, at jeg har valgt at være lidt konservativ i min tilgang til spørgsmålet. Jeg har fjernet bemyndigelsesbestemmelsen i det lovudkast, der blev sendt i høring, og den bestemmelse ville jo have skabt mulighed for, at ministeren kunne være lidt fleksibel og rent administrativt udvide personkredsen.

Kl. 17.00

Når jeg har fjernet den bemyndigelsesbestemmelse, er det, fordi jeg ligesom fru Anne Baastrup, hr. Per Clausen, fru Birthe Skaarup og re-

geringspartierne ordførere synes, at vi skal være lidt nøjsomme og lidt nænsomme i vores tilgang til det her. Jeg synes sådan set personligt selv, at det rigtige sted at lave den her personkredsafgrænsning er i Folketinget, og hvis man skal lave den med den viden og den teknologi, vi har i øjeblikket, er jeg altså rimelig fast i kødet på, at det så er det rigtige at sige, at det skal være læger, sygeplejersker og jordemødre, som er de faggrupper i sundhedsvæsenet, der har et selvstændigt behandlingsansvar.

Dermed siger jeg ikke, at det ikke over tid kunne være relevant også at udvide personkredsen til SOSU-assistenten. Vi har bare det problem, i hvert fald teknologisk lige i øjeblikket, at det, vi taler om, altså er en tværfaglig, sammenhængende elektronisk patientjournal, hvor der i hvert fald, sådan som jeg er oplyst, ikke for nærværende er teknisk mulighed for at laginddele den. Man kunne se for sig en elektronisk patientjournal, hvor nogle medarbejdergrupper havde adgang til at læse de første sider, dem, der var relevante i en plejesituation, og andre medarbejdergrupper, f.eks. den behandlingsansvarlige læge, havde adgang til at se det hele. Mig bekendt er den teknologi ikke til stede, og derfor taler vi for nærværende om fuld access til information kontra ingen i egen drift-access til information.

Hvis det er det, vi taler om, og det lægger jeg til grund, for det er sådan, jeg er klædt på til debatten her i dag, synes jeg, vi skal være sparsomme med hensyn til, hvor store personalegrupper vi giver adgang til patientens fulde information.

Jeg tror i øvrigt, det er et tema, der egner sig vældig godt til udvalgsarbejde, og det vil jeg i hvert fald gerne deltage meget konstruktivt i, for jeg har jo ikke nogen interesse i, at vi indretter os på en måde, som gør det uhensigtsmæssigt at give patienterne den optimale behandling. Altså, vi kan skændes, og vi kan slås, og det skal vi også lejlighedsvis, men jeg tror sådan set, at vi vel grundlæggende deler den opfattelse, at vi skal indrette sygehusvæsenet på en sådan måde, at vi ikke gør det besværligt for medarbejderne at give patienterne en god behandling.

Jeg tror altså, det er et emne, der egner sig til, at man studerer det meget mere nærgående i det udvalgsarbejde, som Folketingets Sundhedsudvalg forhåbentlig om et øjeblik, når gul skifter til rødt, kan tage hul på, og hvor jeg i øvrigt vil stille mig til rådighed for og give svar på alle de spørgsmål, der måtte komme undervejs.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Vi har lige nogle korte bemærkninger, og den første er fru Charlotte Fischer.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Ministeren sagde, at det nu, når vi talte om frit valg-garantien, der skal sænkes til 1 måned, blev tydeligt, at det er regeringen og Dansk Folkeparti, der er de eneste her i Folketinget, der vil patienterne det godt. Det synes jeg virkelig er en useriøs måde at diskutere på, en tåbelig argumentation, som dækker over, at det her er et helt ægte spørgsmål om at prioritere ressourcerne. Det afviser ministeren også og siger, at det ikke er et spørgsmål om at vælge mellem det ene og det andet. Men det her koster jo altså et eller andet x antal millioner, som så går fra noget andet, man kunne have brugt pengene til, så selvfølgelig er det en prioritering.

Jeg vil godt spørge ministeren: Hvorfor er det så vigtigt at prioritere det her i en tid, hvor vi i stigende grad mangler personale? Antallet af manglende speciallæger og sygeplejersker stiger og stiger, nu har det ramt over 1.000. Vi kan læse høringsvarene; mange udtrykker betænkelighed og efterlyser sådan set, at vi prioriterer noget andet, og det er bl.a. de interne ventetider, som de oplever er et større problem.

Det her sker jo på et grundlag, hvor man kan sige, at vi i bedste fald handler lidt i blinde. Vi ved ikke noget om de interne ventetider endnu, vi ved faktisk heller ikke – jeg kan i hvert fald ikke læse det ud af lovforslaget – hvad det her koster, så vi har faktisk ikke nogen mulighed for at tage stilling til: Hvor mange penge er det, og kunne vi have brugt dem mere fornuftigt et andet sted?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg mener ikke, at jeg har sagt – men det kan man jo slå efter – at oppositionen ikke vil patienterne det godt. Det tror jeg ikke jeg har sagt. Jeg har sagt, at oppositionen ikke vil give patienterne de her rettigheder, og det vil oppositionen jo ikke. Det tror jeg da så at landets patienter vil reflektere over.

De argumenter, der er imod at give patienterne de her rettigheder, er fuldstændig ekkoagtige af, hvad de var, dengang vi indførte 2-måneders-reglen. Der kunne man heller ikke i de høringsvar, der kom dengang, finde sådan stor so-

lid støtte i systemerne og hos systemtækerne til, at patienterne skulle sættes fri. Man kunne heller ikke finde støtte i oppositionen dengang. Da valgte vi så at sætte sund fornuft og valgløfter igennem ved at sige, at vi lever i et højt beskattet velfærdssamfund, og derfor må danske patienter sådan set have en berettiget forventning om, at de kan komme i behandling, når de er syge, og det skal ikke være en løs hensigtserklæring, sådan som det var under den tidligere regering, hvor man løb som en kanin med en stang og en gulerod, og man løb og løb efter den, men kom aldrig nærmere målet. Så vi satte konsekvens bag.

Kl. 17.05

Vi har jo gjort alle indvendinger til skamme. For hvad var det, man sagde dengang, og som man også siger nu? Man sagde: Hvor skal personalet komme fra? Hvor skal pengene komme fra? Sandheden er jo, at da vi gav patienten den frihed, kom de, der ville byde sig til, også, og ud over de 100.000 patienter, der har haft glæde af det, har de mange flere patienter, der nu behandles i det offentlige sygehusvæsen, også haft glæde af det, og det samme vil ske, når vi nu udvider reglen yderligere.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det, jeg forholder mig til her i dag, er, om frit valg-garantien skal sænkes fra 2 måneder til 1 måned. Det er sådan set det, det drejer sig om i dag, og så efterlyser jeg sådan set bare et beslutningsgrundlag for, hvorfor det lige er det, der er det allervigtigste af det, vi skal gøre. Kan ministeren f.eks. oplyse noget om, hvordan det står til med de interne ventetider? Nej, det kan ministeren ikke, for det ved vi intet om. Kan ministeren oplyse, hvad det her koster? Jeg har kigget i lovforslaget, og jeg kan ikke finde noget om det.

Er det ikke lidt mærkeligt, at vi står her og åbenbart synes, at det her skal være det vigtigste af alt, men vi ved ikke noget om det, der måske er et langt større problem, nemlig de interne ventetider? Vi ved ikke engang, hvad det her koster, så vi kan ikke engang diskutere, om de her penge kunne have gjort langt større gavn et andet sted.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg synes ikke, det her er det vigtigste af alt; jeg synes, det er vigtigt. Og så har jeg altså den opti-

misme, at jeg mener, at vi godt er i stand til at kapere mere end én problemstilling ad gangen.

Så for mig er det her ikke et spørgsmål om at give de her patienter den her rettighed, som fru Charlotte Fischer sammen med den øvrige del af oppositionen ikke vil være med til at give dem, og så tage hul på de interne ventelister – for mig er det et både-og.

Så ved jeg godt, at vi nu diskuterer udvidelsen af reglen fra 2 til 1 måned, men styrken af argumentationen skal da også måles med historiske alen. Der noterer jeg mig bare, at de argumenter, der nu bruges for at give patienterne flere rettigheder, lyder fuldstændig, som de lød sidst. Da holdt argumenterne ikke, og det skaber da – hos mig i hvert fald – en vis tro på, at de nok heller ikke holder den her gang.

Hvad det her koster, afhænger jo af, hvordan regionerne agerer. Man kan selvfølgelig gå ind og regne på: Hvor mange patienter får alt andet lige en rettighed, de ikke har i dag? Det kan man regne på, for man kan se, at i dag har patienterne altså udsigt til at vente 2 måneder, før de får den rettighed, og hvis man sætter det ned til 1 måned, vil der være et vist antal flere patienter, og det vil betyde en stigning på ca. 67 pct. flere potentielle brugere. Hvor mange af de potentielle brugere, der så bruger ordningen, kan vi ikke vide, og om det antal passer, afhænger jo af den måde, regionerne i øvrigt agerer på.

Hvis jeg bare kort må sige lidt mere, vil jeg sige, at der jo altså er en mekanisme, der går den anden vej, for i dag har vi 15 selvstændige sygehusvæsener, hvor den enkelte patient altså vinder retten i den her lille geografi, hvis man ikke i den lille geografi kan give et tilbud inden for 2 måneder. Fremover får vi fem store regioner, så patienten får jo kun retten, hvis ikke man inden for den nye store region kan give et tilbud i det offentlige regi. Det trækker sådan set i retning af, at færre får det her tilbud.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Taletidsreglerne gælder også for ministre. Den næste med en kort bemærkning er fru Lone Møller.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu er kommunikation jo en svær ting, og ørerne, der hører, hører jo også forskelligt. Men jeg mener nu også, at ministeren fra talerstolen ligesom prøvede at postulere, at den samlede opposition ikke ville patienterne det vel, og at den

samlede opposition var imod, at patienterne fik mere frit valg. Det har jeg ikke med mine ører hørt i den debat, der er foregået her de sidste par timer.

Jeg har hørt, at den samlede opposition har sagt, at ingen vel kan være imod, at patienter bliver behandlet jo før jo bedre, men jeg har hørt oppositionen sige, at man er bekymret for, om der er ressourcer til at behandle dem, og om der er økonomi til, at man kan speede op. Det er efter min mening to forskellige ting, og jeg vil i hvert fald gerne have mig frabedt at være med i det kor, som ministeren ikke mener vil patienterne det vel.

Det, der er mit spørgsmål, er: Kan ministeren garantere, når nu vi får en ventetidsgaranti på 1 måned, at f.eks. mennesker, der vil ændre på smertebehandling, som der nogle steder er op til 2½ års ventetid på – i Danmark er der ventetid alle steder, og det kan måske være lidt svært dagligt at tage flyveren til og fra Hamburg for at få behandling – er sikret, at de bliver behandlet inden for 1 måned?

Kl. 17.10

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Jeg må gøre opmærksom på, at taletidsreglerne jo altså er til, for at de skal overholdes. Så er det ministeren.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Som fuldstændig tabte tråden, men jeg skal prøve at finde den igen.

Må jeg ikke starte med at beklage, hvis jeg har misforstået debatten. Så skal jeg da være den første til at beklage det og glæde mig. Jeg kunne bare ikke fornemme nogen positiv tilslutning fra Socialdemokratiet til den nye regel om, at patienterne skal have et udvidet frit valg. Hvis jeg hørte forkert, vil det glæde mig, men jeg kunne ikke få det frem. Men man kan jo bare stemme grønt, når vi kommer så langt, så er mine bekymringer jo gjort til skamme.

Omkring ventetidsgarantien må jeg lige sige, at jeg ikke giver nogen ventetidsgaranti overhovedet. Jeg har aldrig brugt det ord. Jeg garanterer ikke, at danske patienter kan komme i behandling inden for hverken 2 eller 1 måned, det gør jeg ikke. Det, vi har gjort, er, at vi har sagt, at patienten skal have nogle rettigheder: Hvis vi ikke kan levere behandling inden for 2 måneder,

nu 1 måned, skal patienten have en mulighed for at søge et andet sted hen.

Der sker nemlig det, at når folk får en rettighed, begynder de også at bruge den. Så kommer der nogle private, der byder sig til. Det skaber også et pres på systemet, og det er det, vi har kunnet se. 100.000 patienter har gjort brug af det her tilbud. Kapaciteten i det offentlige er øget markant. På smertebehandlingsområdet er der mig bekendt godkendt tre danske klinikker, som de patienter, der ikke kan få smertebehandling i offentligt regi, kan søge ud til efter det her regelsæt.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Så er det fru Lone Møller for en sidste kort bemærkning.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu er det ikke kun lige smertebehandling, det drejer sig om.

Jeg kan så spørge ministeren, om ministeren har en fornemmelse af, når nu vi giver den rettighed til at få behandling efter at have ventet 1 måned, at samtlige personer i Danmark, der venter på f.eks. at komme til en privatpraktiserende øjenlæge, vil få den rettighed, når lovforslaget bliver vedtaget. Så tror jeg, der er rigtig mange, der i dag venter meget længe, som synes, at det her er et løft. Men er det ikke kun en meget lille begrænset gruppe, vi sikrer med det her lovforslag?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Alle får jo den her rettighed. De argumenter, der nu fremføres, er jo altså, undskyld mig, et ekko af sådan noget valgkamp 2001-retorik. Dengang sagde man: Det frie valg nytter jo ikke noget, for der er mangel på sygeplejersker og læger, så hvor skal de, der får den rettighed, gå hen? Der er jo ikke nogen private sygehuse i Danmark. Der er hundrede og nogle og halvtreds senge, sagde man, det nytter jo ikke noget.

Hvad har historien vist? Historien har vist, at det mærkværdigvis er sådan, at der så også er nogle, der vil lave den hofteoperation, når vi giver patienten retten til på vores alle sammens regning at gå ud i samfundet og sige: Her kommer jeg, jeg har penge med hjemmefra, og jeg vil gerne have en hofteoperation. Jamen det er jo mirakuløst. Det har jo et eller andet sted noget

med markedsmekanismer at gøre, jeg undskylder, men det har det. Så er der pludselig nogle, nemlig 160 klinikker, der er vokset op og er blevet godkendt på den ordning til glæde for 100.000 patienter, hvis rettigheder man nu kredser om at tage fra dem. Det er jo det, man gør. Det her vil jo ikke overleve et regeringsskifte.

(Kort bemærkning).

Lise von Seelen (S):

Ministeren snakker om det bedre patientforløb, og at den elektroniske patientjournal skal være et redskab til det, men samtidig skuffer det mig lidt, at ministeren – synes jeg – låser på det med, hvem det er, der kan få adgang til at arbejde med patientjournalen, for hvis vi skal sikre det gode patientforløb, så vil der jo også være en interesse i, at man ude i praksis virkelig kan få det her til at glide. Og der synes jeg at ministeren er for uambitiøs, for det lyder for mig, som om ministeren tænker, at det er et enten-eller: at enten har man fuld adgang til hele journalen, eller også har man ikke adgang til noget som helst.

Kunne ministeren ikke være så ambitiøs at sige: Jamen rent teknologisk er der mulighed for at udvikle adgang til dele af systemet? Det ville jo netop være medvirkende til, at man kunne sige: Til den her del af journalen er det de her faggrupper, der har adgang. Det giver så en glidende og smidig arbejdsgang der, hvor det skal foregå. Og så er der andre, der har adgang til noget andet. Hvorfor ikke være lidt mere ambitiøs?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg er fuldstændig enig med fru Lise von Seelen og deler i øvrigt også den ambition. Men det er netop en ambition, det er ikke virkelighed nu og her, det er en ambition om at kunne få en tværfaglig elektronisk patientjournal, der dækker patientens fulde sygdomshistorie, og som samtidig er delt op i kapitler for nu måske at bruge det billede, hvor man kan sige, at nogle grupper blandt sundhedspersonalet får adgang til *nogle* kapitler uden at få adgang til dem alle. Det er da en flot ambition, det er bare ikke en ambition, som, sådan som jeg er orienteret, teknisk/teknologisk kan lade sig gøre for nærværende. Og den her lov skal jo altså gælde, når den er vedtaget, og det, vi konkret tager stilling til, er derfor, hvilke personalegrupper vi vil give adgang til den elektroniske patientjournal, der så måtte fin-

des lige nu og her, nemlig den brede med patientens fulde personoplysninger.

Kl. 17.15

Når så ambitionen bliver indfriet over tid, vil jeg vende tilbage til Folketinget med lovforslag, der udvider personkredsen. Det synes jeg er den rigtigste måde at gøre det på.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Ja tak. Så er det fru Lise von Seelen for en sidste kort bemærkning.

(Kort bemærkning).

Lise von Seelen (S):

Jamen så vil jeg sandelig gerne appellere til, at man i stedet for at splitte praksis i atomer ved at indføre det her system, lavede nogle overgangsordninger, der siger: Det er sådan set hensigten, at de personalegrupper, som skal være aktive i de behandlingsforløb, vil vi gerne fortsat have tilknyttet. Og så er det jo os politikere, der siger: Hvad er det, vi gerne vil have?

Jeg kender ikke tidsrammen for, hvornår sådan noget kan gennemføres, men jeg ved, at der er andre, der har gennemført og implementeret store elektroniske systemer, hvor man netop for ikke at splitte praksis ad siger: Så laver vi en overgangsordning, så vi kan få tingene til at virke, imens vi implementerer. Det kan godt være, det koster lidt ekstra, men det koster altså at implementere ny teknologi, når man vil høste gevinsten senere.

Kunne ministeren ikke sige det, i stedet for at man lægger flaskehalse og barrierer ind i systemet her ved starten af et nyt system?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Vi lægger ikke flaskehalse og barrierer ind. Altså, det er jo ikke sådan, at en SOSU-assistent, der i dag virker på en given sygehusafdeling, har adgang til at gå ind i den store patientjournal og læse sig ned igennem hele patientens sygdomshistorie, for det er sådan set ikke relevant i forhold til at udføre den konkrete funktion. Derfor vil der ved siden af det her regelsæt, der kommer til gælde for den store elektroniske, tværfaglige patientjournal, jo stadig eksistere papirjournaler.

Jeg er også åben over for at diskutere i udvalgsarbejdet, for jeg har en meget åben indgang til det her, om personkredsen i forhold til nogle

mere lukkede systemer kunne være en anden. Jeg diskuterer det gerne.

Jeg synes bare, at i forhold til de modsatrettede synspunkter, der hedder patientsikkerhed op mod retssikkerhed, retten til egne informationer, skal der findes en balance, og at gå helt til grænsen af den balance, når teknologien ikke er til det, synes jeg personligt er forkert. Men jeg vil da ikke sådan på forhånd stå og afvise det, hvis Folketinget har et andet synspunkt, der siger: Vi vil gerne udstyre ministeren med en bemyndigelsesbestemmelse, så man over tid kan udvide personkredsen.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Jeg må indrømme, at jeg havde svært ved at genkende de argumenter, vi skulle have fremført imod, at man i sin tid indførte muligheden for, at patienter kunne tage pengene med sig til privathospitaler. Jeg har faktisk opfattet det på den måde, at et af argumenterne imod det har været, at det netop ville føre til en vækst i antallet af privathospitaler, og at vi dermed i virkeligheden ville komme i en situation, hvor det, der er afgørende for, om man får et tilbud eller ej, er, om det er en af de sygdomme, man kan tjene penge på at behandle. Og det er jo der, vi er nu. Det var det ene.

Det andet, jeg vil spørge ministeren om, er i forbindelse med det, han sagde om, at nu kom der også kun 1 måneds ventetid, når man stod på en intern venteliste. Jeg vil bare spørge ministeren, om han ikke er enig med mig i, at hvor 1 måneds ventetid måske kan være o.k., måske endda lidt mere i forhold til nogle sygdomme, så kan det være uendelig lang tid, hvis man har en alvorlig sygdom, hvor man har den opfattelse, at den er behandlingskrævende og måske endda livstruende, og at dér er det at sige til folk, at de har 1 måned, og så kan de i øvrigt finde et andet sted, et meget, meget ringe tilbud.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Nu er det vist hr. Per Clausen, der står og lægger mig ord i munden, for jeg vil ikke tages til indtægt for, at 1 måneds intern ventetid er i orden. Jeg har sådan set det synspunkt, at når man starter et behandlingsforløb, skal det i princippet glide i olie, og der skal vi tage så meget læring i sundhedsvæsenet, at vi i forhold til det, man kunne kalde typiske patientforløb, godt ved, at

når en patient kommer ind med den her diagnose og er håndteret her på vores afdeling, så udløser det altså i otte ud af ti tilfælde også behov for en scanning, eller hvad det nu kan være, og tiden til det skal vi jo bestille bl.a. ved hjælp af nogle af de her teknologiske værktøjer i samme splitsekund, vi begynder at tage patienten i den første behandling det første sted.

Det er jo en intern organisatorisk udfordring. Det er der, man bl.a. arbejder med leanprojekter, nogle kalder det Toyotamodellen. Det er der, vi arbejder med diagnostiske pakker, som vi støtter økonomisk via Kræftplan II. Det skal vi gøre meget mere. Det er selve kernen i den kvalitetsreform, vi nu laver.

Det skal pr. definition ikke koste mange ekstra penge, for der er ikke tale om, at der skal laves noget, der ikke bliver lavet i dag; der er bare tale om, at det skal laves på nogle mere hensigtsmæssige tidspunkter. Det bør sådan set alt andet lige være billigere og ikke dyrere.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Ja tak. Så er det hr. Per Clausen for en sidste kort bemærkning.

Kl. 17.20

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Jeg er glad for at kunne konstatere, at ministeren er enig med mig i, at det her 1-månedstilbud, ikke har nogen egentlig relevans i forhold til de interne eller indre ventelister. Det er jeg glad for at høre at ministeren er enig i. Det var bare ministeren, der nævnte det.

Så vil jeg spørge ministeren om noget andet, for jeg er faktisk meget enig med ministeren i, at man skal være meget omhyggelig med patienternes ejendomsret til de informationer, som kommer til at ligge i de elektroniske patientjournaler.

Derfor vil jeg godt spørge ministeren, hvad der er forklaringen på, at det, at man får elektroniske patientjournaler, fører til, at den ret, der tidligere har eksisteret, hvor patienten skulle give tilsagn, nu ændres til, at man skal nedlægge forbud?

Jeg tror, de fleste patienter vil gøre ligesom mig: Man ville give tilsagn, også selv om der ikke for nuværende findes tekniske muligheder for at begrænse det tilsagn til det, man selv synes er relevant, men hvorfor er det i grunden sådan, at man skal udføre en aktiv handling for at forhindre, at ens ejendom, kan man kalde det,

nemlig informationerne om ens helbred og sygdom, bliver tilgængelig?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Det kan jeg bedst svare på, hvis vi forestiller os den situation, at lovforslaget bliver vedtaget, for det vil så betyde, at Folketinget altså har foretaget en afvejning og det er faldet i den skål, der hedder: Vi har en formodning om, at hensynet til at være sikret optimal behandling i kontakt med sundhedsvæsenet vejer tungest. Uanset om det sker akut, om det sker i en situation, hvor man har sine sansers fulde brug, eller om man er bevidstløs, og uanset i hvilke dele af sundhedsvæsenet det sker, så har vi en formodning om, at den enkelte patient sætter hensynet til, at lægen og sygeplejersken kan få de relevante informationer, øverst. Det er baggrunden for, at vi som lovgivere siger: Vi må formode, at der er et samtykke.

Det er jo den afvejning, vi foretager her. Jeg tror, den er rigtig, og jeg tror faktisk, at størstedelen af landets patienter i dag, hvis man spurgte dem sådan lidt hurtigt, ville tro, at det allerede var sådan, at hvis den ene afdeling på sygehuset har en information, som er relevant i forhold til en afdeling på et andet sygehus i det samme behandlingsforløb, så kører de der informationer bare rundt. Det tror jeg egentlig er den formodning, det moderne menneske har. Det er jo så den, vi lovgivningsmæssigt lægger ind. Og tager vi fejl i forhold til den enkelte, så kan den enkelte jo sige fra.

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

Afstemning

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

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:

3) Første behandling af lovforslag nr. L 51: Forslag til lov om ændring af lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om dyrlæger. (Gennemsigthed ved rabatordninger m.v. på medicinområdet, liberalisering af dele af lægemiddeldistributionen samt forbedring af dyrevelfærd og fødevarerikkerhed).

Af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen).

(Fremsat 25/10 2006).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Preben Rudiengaard (V):

Det her lovforslag indeholder to hovedelementer. Det ene er, at vi nu skal have fastsat nogle regler for rabatordninger og forbud mod udbetaling af bonus. Det gør vi i lyset af, at der har været for mange kedelige sager omkring disse ting.

Hvad er det overordnede formål med det? Det er jo helt klart, at om man bor i Ribe eller om man bor i København, så er det vigtigt for os, at de patienter, der skal have noget medicin, betaler det samme for medicinen, og der kan rabatordninger og bonusordninger, og hvad der ellers kan bruges på forskellig måde, være med til at forplumre dette billede. Det er den ene af tingene i lovforslaget.

Det andet er en liberalisering af distributionen af lægemidler til produktionsdyr.

Jeg vil starte med at forholde mig til dette med bonus, og jeg vil sige, at vi ikke på nogen måde skal udbetale bonus; det vil vi ikke være med til. Vi kan gå med til rabatter, men ved disse rabatter er det vigtigt, at vi får defineret: Hvad forstår vi ved rabatter? Og her taler jeg om omkostningsbegrundede rabatter. For en rabat skal være et afslag i prisen, som er betinget af den omkostningsbesparelse hos leverandøren, som opstår på grund af, at apoteket udviser rationel indkøbsadfærd. Det er der, man kan sige, at så er der en reel rabat.

Men den rabat skal være synlig og skal tilfalde det enkelte apotek eller et apotek i en kæde for den sags skyld, og rabatterne skal kunne ses på de specifikke konti, og rabatterne skal selvfølgelig også gerne komme det offentlige og forbrugerne til gode. Det offentlige betaler jo via sygesikringen til medicin, og derfor er det vig-