

Når alt det er sagt, er vi grundlæggende positivt indstillet over for forslaget med de bekymringer, som også berettiget er blevet rejst fra ordførere her i salen. Vi vil gå ind i udvalgsarbejdet.

Kl: 14:19

Første næstformand (Svend Auken):

Tak, vi er færdige med ordførerrækken. Så er det ministeren, værsgo.

Kl. 14:20

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Jeg har opmærksomt lyttet til ordførerne og takker naturligvis for den forholdsvis brede opbakning, der er kommet.

Man kan sige, som jeg også tror Dansk Folkepartis ordfører sagde, at det her er et lovforslag, der desværre er nødvendigt, fordi vi lever i en anden tid, end vi gjorde tidligere – sådan er alle tider jo selvfølgelig, men jeg tror nok, at Folketinget ved, hvad jeg mener, når jeg siger en anden tid, nemlig en tid, hvor vi har oplevet den 11. september. Derfor er det her jo også en del af regeringens terrorhandlingsplan.

Men jeg vil også gerne støtte mig til det, som hr. Anders Samuelson kom ind på, nemlig at sandheden mange gange ligger lige midt i, og det har jeg også forsøgt at afbalancere netop ved i bemærkningerne at begrænse min eller den til enhver tid siddende sundhedsministers bemyndigelse til kun at gælde forretningslokaler, sådan at man undtager private ejendomme.

Jeg er meget åben over for at besvare alle spørgsmål, der måtte komme op under udvalgsarbejdet. Jeg takker for den forholdsvis brede opbakning, der er kommet til forslaget.

Kl. 14:21

Første næstformand (Svend Auken):

Da der ikke er flere, der har bedt om ordet, er forhandlingen afsluttet.

Jeg foreslår, at forslaget bliver henvist til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget.

Det er vedtaget.

Det næste punkt på dagsordenen er:

16) 1. behandling af beslutningsforslag nr. B 56:

Forslag til folketingsbeslutning om en national handlingsplan for det medicinske område.

Af Lise von Seelen (S), Karl H. Bornhøft (SF) og Per Clausen (EL).

(Fremsættelse 19.02.2008).

Kl. 14:21

Forhandling

Første næstformand (Svend Auken):

Forhandlingen er åbnet. Jeg giver først ordet til ministeren.

Kl. 14:22

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Socialdemokraterne, Socialistisk Folkeparti og Enhedslisten opfordrer med beslutningsforslag nr. B 56 regeringen til at udarbejde en handlingsplan for ældre medicinske patienter. Handlingsplanen skal sikre den fornødne kapacitet, tid og sammenhæng i indsatsen på det medicinske område.

Jeg må konstatere, at Socialistisk Folkeparti og Enhedslisten er gået med til at fremsætte det beslutningsforslag, som Socialdemokraterne har fremsat i næsten samme form tre gange tidligere.

De problemstillinger, som forslagsstillerne tager op, er bestemt relevante og er også noget, som regeringen har fokus på, og det er jo godt, at vi er enige om det. Men det interessante er ikke så meget det at hejse et flag og sige, at vi kan se, der er et problem. Det bliver først interessant, hvis man også peger på løsninger. Netop her synes jeg, at beslutningsforslaget er noget tyndt eller rettere meget tyndt.

Jeg ser mest beslutningsforslaget som en god lejlighed til at minde om de mange tiltag, som regeringen siden 2001 har igangsat over for de ældre medicinske patienter. Desuden vil jeg også gerne benytte lejligheden til – som min forgænger gjorde, sidste gang beslutningsforslaget blev fremsat – at tilbagevise de fejlslutninger, som beslutningsforslaget indeholder.

De avishistorier og -artikler, som beslutningsforslaget tager udgangspunkt i, anfører en række problemer, som man kan sammenfatte i nogle få punkter: manglende sammenhæng i og overblik over behandlingerne; et tilbageværende pres på belægningen; ineffektive sengedage, f.eks. fordi der er intern ventetid på sygehusene,

fordi samarbejdet med hjemmeplejen er for dårligt, eller fordi sengene optages af patienter, der ikke kan udskrives, fordi kommunerne ikke er parat til at modtage dem; og endelig at for mange patienter indlægges på sygehus, uden at det egentlig hjælper på deres helbredsmæssige situation. Der er patienter, for hvem sygehuset ikke er en del af løsningen, og som derfor mangler et ordentligt alternativ i regionen eller i kommunen, hvorfor patienterne derfor ofte må genindlægges på sygehuset i løbet af kort tid, fordi problemerne grundlæggende ikke er blevet løst.

Problemstillingernes relevans er regeringen sådan set enig med forslagsstillerne i, og det er et område, regeringen har fokus på, men regeringen er helt uenig med forslagsstillerne i metoderne til at komme problemerne til livs.

Beslutningsforslaget lægger ikke op til nogen som helst nytænkning. Det handler om tre ting: mere personale, som vi vel at mærke – i parentes bemærket – ikke sådan lige har ved hånden; flere sengepladser, som hverken Sundhedsstyrelsen eller Dansk Selskab for Intern Medicin mener er løsningen på problemerne; endelig vil forslagsstillerne forpligte regeringen til at sikre uddannelse af et tilstrækkeligt antal speciallæger inden for de specialer, der vedrører det medicinske område, bl.a. geriatri, reumatologi og hjerteområdet, og det er vi jo allerede i gang med.

Jeg er helt enig med forslagsstillerne i, at de ressourcemæssige rammer skal være i orden. Det synes jeg sådan set også at regeringen har bidraget aktivt til. Der er i dag flere økonomiske og personalemæssige ressourcer til rådighed på sygehusene end nogen sinde før. Sygehusene vil i 2008 have 16,3 mia. kr. mere til rådighed end i 2001, og der er alene fra 2001 til 2006 kommet 1.200 flere fuldtidsbeskæftigede læger og 1.300 flere fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker på de offentlige sygehuse. Nyansættelser er i lige så høj grad sket på de medicinske afdelinger som på de kirurgiske og finder især sted i form af flere læger og sygeplejersker. Det gennemsnitlige kompetenceniveau er derfor stigende.

Regeringen har gennem en målrettet strategi sat fokus på mere åbenhed og kvalitet på sygehusene, bedre patientsikkerhed og mere sammenhæng i behandlingsforløbene. Det er alt sammen tiltag, som ikke mindst kommer de medicinske patienter til gode. Derudover har regeringen også iværksat forbedringer, særlig for de medicinske patienter.

Blandt de konkrete eksempler i denne strategi er puljerne, der er afsat til netop den ældre me-

dicinske patient. Her er der givet et løft på 70 mio. kr. til forbedring for landets diabetikere, flere hospicepladser, implementering af de elektroniske medicinprofiler, 260 mio. kr. til en styrkelse af indsatsen vedrørende geriatri, genoptræning og KOL samt 50 mio. kr. til sundhedscentre i kommunerne. Regeringen har fra 2005 sikret mulighed for større fleksibilitet i de forebyggende hjemmebesøg over for ældre i eget hjem, de praktiserende lægers overenskomst er fra 2006 blevet moderniseret, så den giver et bedre incitament for lægen til at tage på lægebesøg hos svage ældre. Vi lovfæster nu den ordning om faste kontaktpersoner på sygehusene, som der var politisk enighed om burde gennemføres. På finansloven er der afsat 20 mio. kr. årligt til den ordning. Sammen med meraktivitetspuljen, det udvidede frie sygehusvalg og kravene fra 2003 om øget takststyring har det i alt givet sygehusvæsenet et meget betydeligt løft. Regeringen har altså tilført området betydelige ekstra ressourcer.

Kl. 14:27

Man kan spørge: Hvad har oppositionen gjort? Har partierne bag beslutningsforslaget f.eks. stillet konkrete forslag til finansloven om flere ressourcer? Det skal man lede længe efter.

Hvad angår forslagene om at uddanne flere speciallæger inden for det medicinske område, forholder det sig således, at regeringen ikke blot vil sikre uddannelse af et tilstrækkeligt antal speciallæger alene inden for det medicinske område, vi vil også generelt sikre, at der i fremtiden vil være et tilstrækkeligt antal speciallæger, ligesom vi generelt vil fastholde arbejdskraft i og rekruttere arbejdskraft til sundhedsvæsenet og generelt sikre bedre patientforløb. Derfor har vi også i efteråret 2007 gennemført en reform af den lægelige videreuddannelse for at forkorte den samlede uddannelsestid uden tab af kompetencer. Reformen forventes at medføre 1.600 flere speciallæger fra 2016 og frem.

I øvrigt tilgodeser Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan for speciallægeuddannelser i høj grad det medicinske område. Den nyeste plan for perioden 2008-2012 indeholder en udvidelse af antallet af årlige hoveduddannelsesforløb for de interne medicinske specialer fra 111 til 131. Det er en stigning på mere end 18 pct. i forhold til 2006. For de kirurgiske specialer sker der en samlet udvidelse med 11 årlige hoveduddannelsesforløb. Stigningen for de interne medicinske specialer, hvori de i forslaget nævnte specia-

ler indgår, er dermed på 20 ekstra hoveduddannelsesforløb årligt.

Derfor kan jeg slet ikke acceptere den præmis, som fremgår af bemærkningerne til beslutningsforslaget, nemlig at ressourcerne i stigende grad er blevet anvendt på det kirurgiske område på bekostning af de medicinske patienter. Og med den speciallægemangel, som vi har i Danmark, er det besynderligt, at vi lige pludselig skal til at fokusere endnu mere på de medicinske specialer, når andre specialer – her tænker jeg især på almenmedicin og psykiatri – står over for væsentlig større rekrutteringsproblemer. Det er absolut ikke nogen afbalanceret anvendelse af ressourcerne, som forslagsstillerne ellers siger de ønsker.

Jeg er sikker på, at Socialdemokraterne, Socialistisk Folkeparti og Enhedslisten deler regeringens ønske og mål om at sikre den bedst mulige behandling af de medicinske patienter. Det er også et godt udgangspunkt, men forslaget sigter helt forkert i sine midler. Kapacitet handler efter min opfattelse ikke så meget om antallet af senge, og det er en opfattelse, som jeg deler med Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Intern Medicin. Nej, det handler om, hvordan man bruger sengene. Som forslagsstillerne selv nævner, er en betydelig del af sengedagene i dag ineffektive. I beslutningsforslaget nævnes et tal på 30 pct., dvs. sengedage, hvor der ikke sker nogen reel handling, undersøgelse eller pleje af patienterne. Det vil man med beslutningsforslaget gerne gøre noget ved. Samtidig indeholder forslaget også et krav om flere sengepladser end dem, der allerede er i dag, og det er jo i sig selv selvmodsigende. Forslagsstillerne vil ikke gøre begge dele – eller hvad?

Lad mig slå fast: Problemerne på det medicinske område klares ikke gennem mere af det samme, f.eks. endnu flere sengepladser eller endnu mere personale, men derimod ved nye typer af initiativer, som reelt sikrer mere sammenhæng og kvalitet i patienternes forløb, og som skaber et overblik over behandlingen.

Det er ikke mindst den erkendelse, som ligger bag kommunalreformens udmøntning på sundhedsområdet, og som er en af de helt bærende begrundelser for den reform. Målene for reformen er: at skabe nye rammer for samarbejdet mellem sygehuse og kommuner om de svage patientgrupper; at etablere relevante sundhedstilbud i borgernes nærmiljø; at sikre en bedre sammenhæng i forløbene efter udskrivning fra

sygehus; og at give en klar og entydig opgaveopdeling, f.eks. for genoptræning og forebyggelse.

Kommunerne har med kommunalreformen fået et velafbalanceret medansvar for sundhedsområdet og for at medfinansiere regionernes sundhedsudgifter. Herudover giver sundhedsaftalerne klare og faste krav til kommunerne og regionernes samarbejde. Det er en kæmpe gevinst, især for de ældre medicinske patienter. Kommunalreformen skal følges op af investeringer i bedre fysiske rammer i sygehusvæsenet. Vi har som bekendt afsat 25 mia. kr. ekstra til det over 10 år. Det vil blive et betydeligt løft, også for de medicinske patienter.

Beslutningsforslaget efterspørger en større forskningsindsats for at få mere information om behandlingseffekten, men som en del af globaliseringsaftalen fra 2006 blev det aftalt, at offentlige forskningsbevillinger fra 2010 skal øges med 1 pct. af BNP. Det betyder, at der vil blive tilført mere end 20 mia. kr. til forskning frem til 2012. Videnskabsministeriet har på den baggrund igangsat initiativet »FORSK 2015«, hvor et ekspertpanel på baggrund af en offentlig høring har udarbejdet et idékatalog med 31 forskningseminer. Sundhed og forebyggelse spiller en central rolle i kataloget, bl.a. foreslås en samlet forskning i aldring, kronisk sygdom og sundhedsteknologiske løsninger.

Jeg kan også nævne, at arbejdsgruppen under Det Strategiske Forskningsråd, DSF, netop har tilkendegivet sin indstilling til, hvordan den kliniske forskning i Danmark kan styrkes fremadrettet. Baggrunden er, at der under Det Strategiske Forskningsråd oprettes et program på 150 mio. kr. til klinisk forskning i perioden 2008-2010. Her anbefales det bl.a., at man støtter projekter, der har fokus på sammenhængende patientforløb, nye behandlingsstrategier, bedre lægemiddelanvendelse og hensigtsmæssig anvendelse af nye sundhedsbehandlinger og -teknologier.

Jeg vil gerne afslutningsvis opsummere: Beslutningsforslaget rummer dels forslag, som er forfejlede, som når man vil have flere medicinske senge og effektivisere brugen, så man kunne spare 30 pct., dels forslag om f.eks. sammenhængende uddannelse og forskning. Det er udmærket, men det er områder, hvor der allerede er tiltag i gang.

Regeringen kan på denne baggrund ikke anbefale det foreliggende forslag.

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er der et par korte bemærkninger. Først fra fru Lise von Seelen.

Kl. 14:33

Lise von Seelen (S):

Ministeren indledte med at sige, at det, vi skal behandle nu, er en handleplan for ældre medicinske patienter, og så opfatter jeg, at ministeren nærmest håner os Socialdemokrater, fordi vi tidligere har efterlyst handleplaner på det her område. Den første del af ministerens tale bærer præg af genbrug fra den forrige ministers respons på et forslag, men hvis ministeren ville være opmærksom, så ville ministeren opdage, at det faktisk er en handleplan for det medicinske område, der er fremsat forslag om fra de tre partiers side.

Jeg opfatter, at ministeren undervurderer det store problem, det er, at der ikke i dag er overensstemmelse mellem, hvor mange mennesker der skal behandles på de medicinske afdelinger, og hvor meget plads der er til rådighed. Der er overbelægning på de medicinske afdelinger i langt højere grad, end der er på andre afdelinger. Og jeg vil spørge ministeren, om ministeren opfatter, at kapaciteten passer til de behandlinger, der skal gennemføres, når folk skal ligge på gange og i skyllerum.

Kl. 14:35

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det ministeren.

Kl. 14:35

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Hvis fru Lise von Seelen har opfattet mig som hånlig, så skal jeg beklage, det er ikke min hensigt på nogen måde at være det. Og hvis der skulle være ting i min tale, som også min forgænger har sagt, så er det jo, fordi det her er det samme forslag, som vi har set tidligere.

Men det konkrete spørgsmål var, om jeg undervurderer mangelen på plads. Nej, det gør jeg ikke. Det er korrekt, at også på de medicinske afdelinger er vores sundhedsvæsen indimellem presset. Det er jo korrekt, at vi kan finde historier om, at patienter ligger på gangene, men det er ikke udtryk for et generelt billede af vores sundhedsvæsen. Jeg kan ikke med et fingerknips sørge for, at der står en hel masse nye etagemeter i morgen, men vi har jo bedt regionerne om at komme med hver deres forslag for hver deres region om, hvordan den samlede sygehusplan skal se ud, og så har vi altså et Erik Juhl-udvalg,

der skal rådgive regeringen om, hvordan vi får den her sygehusplan til at være dækkende for hele landet. Det er derfor, vi har afsat 25 mia. kr. ekstra til nye etagemeter, og det vil også komme den medicinske patient til gode. Hvis det var sådan, at der ikke var noget behov, så var der heller ikke nogen grund til at afsætte nogle ekstra penge. Så vi har erkendt behovet.

Kl. 14:36

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det fru Lise von Seelen for endnu en kort bemærkning.

Kl. 14:36

Lise von Seelen (S):

Jeg vil gerne endnu en gang anholde, at det forslag, vi behandler i dag, ikke er identisk med det forslag, vi behandlede for 1 ½ år siden. Så vil jeg godt sige, at ministeren siger, at der ikke er kapacitetsproblemer, og at der nu og da er overbelægninger. Jeg står her med en skrivelse, som siger, at 10 ud af 14 hospitaler har overbelægninger på de medicinske afdelinger med mellemrum. Det opfatter jeg ikke som værende et problem nu og da, for hver eneste gang der er overbelægninger, så betyder det altså, at der er mennesker, der skal modtage deres sundhedsbehandling på gange eller i skyllerum. Men jeg må forstå det på den måde, at ministeren sådan set synes, det er i orden.

Vi har ingen forventninger om, at man skal løse problemet med et fingerknips, som jeg tror ministeren sagde, men er ministeren ikke interesseret i, når alle disse mange nye etagemeter skal indrettes, at indholdet så lige præcis kunne være lige så aktuelt som de nye bygninger måtte være, så man får den helt optimale behandling af de medicinske patienter? Det kunne en national handleplan medvirke til.

Kl. 14:37

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det ministeren.

Kl. 14:37

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Jeg tror, fru Lise von Seelen vælger at høre det, jeg siger, som fru Lise von Seelen selv ønsker, så det kan passe til det stillede spørgsmål. Det, jeg jo sagde, var, at jo, der er indimellem kapacitetsproblemer. Det var jo det, vi kunne se. Og når vi skal bygge nyt, så er det jo også i erkendelse af, at der indimellem er kapacitetsproblemer.

Jeg synes også, at Folketinget skylder alle de mange mennesker, der arbejder aktivt ude i vores sundhedsvæsen, at være realistiske og sige: I

gør det faktisk meget godt, I arbejder faktisk i et system, som er meget godt, selv om der også problemer nogle steder. Ellers laver man et for-tegnet billede.

Når der så spørges, om ikke ministeren er interesseret i, hvad der er indholdet i de her nye etagemeter, så jo, det er jeg meget interesseret i, for det er jo nemlig også sådan, at vi indtænker logistikken i et patientforløb, når vi bygger nye ting, at vi tænker: Hvor kommer patienten ind i forløbet, sådan at han med færrest mulige flytninger kommer ud igen i den anden ende? Det giver nemlig også en lavere hyppighed af infektionsbårne sygdomme, det kan vi se fra Medicinerhuset i Aalborg, når man tænker en ordentlig logistik ind i, hvordan patienten kommer ind, og hvad det er for en behandling, vedkommende skal have – ja, det ligner lidt pakkelsen her også.

Kl. 14:39

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Den næste korte bemærkning er fra hr. Per Clausen.

Kl. 14:39

Per Clausen (EL):

Nu kan fru Lise von Seelen jo godt misforstå ministeren, fordi ministeren udtrykker sig en anelse uklart. Jeg skal prøve at gøre det lidt mere klart: Er det rigtigt forstået, at ministeren mener, at der er brug for færre sengepladser på de medicinske afdelinger i fremtiden, de skal bare være mere moderne, og derfor skal der investeres i nye etagemeter?

Det er jo lidt afgørende, for én ting er, at man investerer i nye etagemeter, men der, hvor jeg kommer fra, hører vi da også om, at ministeren mener, at der er nogle sygehuse, som ikke skal være der mere. Der er også nogle, der ikke skal bygges, men det jo en anden sag.

Det andet, jeg vil spørge ministeren om, er, om han ikke mener, at regeringens politik har nogen effekt? Når regeringen indfører en behandlingsgaranti, tror ministeren så slet ikke, at det påvirker sygehusenes prioritering?

Kl. 14:39

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det ministeren.

Kl. 14:40

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Jeg mener da bestemt, at regeringens politik har effekt. Jeg mener også, at vi har set, at det udvidede frie sygehusvalg har reduceret utrolig mange ventelisteproblemstillinger til glæde for

patienterne. Og jo, jeg tror da, at regionerne som sygehusejere lader sig påvirke og motivere af regeringens politik på den måde, at regionerne – det offentlige system – som har serveretten i forhold til hver enkelt patient, inden det frie udvidede sygehusvalg træder i kraft, vælger at behandle den patient, som det er mest økonomisk fornuftigt at beholde i det offentlige regi, inden man eksempelvis skubber nogle over et andet sted i det offentlige, til et udenlandsk sted eller til et privathospital. Det tror jeg da bestemt er noget, regionerne tager højde for.

Så til sidst og til det første spørgsmål fra hr. Per Clausen, om der er brug for færre senge: Nej, det tror jeg såmænd ikke. Men jeg tror, der er brug for at gøre tingene på en mere effektiv og anderledes måde, og det støttes jeg jo i af Sundhedsstyrelsen.

Kl. 14:41

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

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

Kl. 14:41

Per Clausen (EL):

Nu er ministerens forhold til Sundhedsstyrelsen sådan, at den ene giver den anden ret og omvendt, og så henter man argumentets styrke der, og det er jo også godt nok. Men det, jeg godt kunne tænke mig at høre ministeren om, er, hvorvidt han tror, at man, hvis det nu er sådan, at regionerne behandler dem, det bedst kan betale sig, først, i stedet for at skubbe dem over på de private hospitaler, så ville vælge at behandle dem først, som kan skubbes over på de private hospitaler, og vælge at sige, at der prioriteres nu engang der, hvor der er konkurrence, og at det godt kunne ramme de medicinske patienter. Er det ikke en af forklaringerne på, at ministeren faktisk på nogle områder har lavet nationale handleplaner, at han godt er klar over, at hvis man vil have opprioriteret nogle områder, hvor der ikke er konkurrence fra de private hospitaler side, bliver man nødt til udføre en bevidst handling for at opnå det resultat?

Kl. 14:42

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det ministeren.

Kl. 14:42

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

En af forskellene på hr. Per Clausens politiske syn og en borgerlig regerings politiske syn er, at mens hr. Per Clausen tager udgangspunkt i systemet, tager vi udgangspunkt i borgeren, i pa-

tientens ret. Og der er det udvidede frie sygehusvalg netop det, der gør, at ventelisterne bliver kortere og kortere.

Hvordan regionerne prioriterer, kan være forskelligt fra region til region. Jeg siger bare, at regionerne har serveretten og kan bestemme, om de vil behandle patienterne på eget sygehus, eller om der er nogle, de vil sende over til et andet sted efter 1 måned.

Kl. 14:42

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Tak til ministeren. Vi går i gang med ordførerrækken, og den første ordfører er Venstres ordfører. Undskyld. Der var ikke markeret op til talerstolen, men det skal ikke skille os ad. Jeg gør lige opmærksom på, at den grå knap kun er til teknikeren. Det er, så teknikeren kan se, hvem han skal koble ind. Man skal markere op til formanden, så formanden også er klar over, at man ønsker ordet.

Hr. Karl H. Bornhøft får nu ordet for en kort bemærkning.

Kl. 14:43

Karl H. Bornhøft (SF):

Jeg er glad for, at man kan lære noget hver dag. Det er jo det, der gør livet værd at leve. Jeg vil så også sige med det samme, at det i hvert fald ikke var ministerens indledning til det her, der gjorde livet værd at leve. Men fordi ministeren er så grov i sin form, vil jeg spørge ministeren: Når han giver til kende, at ingen i oppositionen er kommet med nogen forslag i forbindelse med finansloven til forbedring af det her område, er han så ikke bevidst om, at der er et forslag fra SF om 200 mio. kr. om året som opstart til en national handlingsplan?

Kl. 14:44

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det sundhedsministeren.

Kl. 14:44

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Det kan jo hvile på min uvidenhed, men nej, det var jeg ikke klar over.

Kl. 14:44

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det hr. Karl H. Bornhøft.

Kl. 14:44

Karl H. Bornhøft (SF):

Så har ministeren også lært noget i dag.

Det andet er, at når ministeren giver til kende, at det forslag, vi behandler i dag, er det samme som det, Socialdemokratiet har fremsat tidligere, så er det, jeg gerne have ministeren til at svare

på, om det er det tidligere forslag, han ikke har læst, eller forslaget i dag. For ellers kan man ikke komme til den konklusion. Så vi vil gerne vide, hvad det er for et forslag, ministeren ikke har læst.

Kl. 14:44

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det sundhedsministeren.

Kl. 14:44

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Der er ingen af forslagene, vi ikke har læst.

Kl. 14:44

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Og så er der ikke flere korte bemærkninger til ministeren. Så er det Venstres ordfører, og det er fru Birgitte Josefsen.

Kl. 14:45

(Ordfører)

Birgitte Josefsen (V):

Det værste, en borger, der pludselig bliver patient, kan udsættes for, er at blive indlagt. Det ved vi faktisk fra en række spørgsmål rettet til patienter. Vi tror, at patienterne føler sig aller mest trygge, når de er indlagt og omgivet af fagpersoner i hvide kitler, men sådan er det ikke. De fleste vil helst blive i vante omgivelser.

Grunden til, at jeg fremhæver dette, er, at det nu i flere omgange er blevet beskrevet, at alt for mange ligger i hospitalssenge, når de ikke skal ligge der, fordi de er færdigbehandlede, og specielt på de medicinske afdelinger bliver alt for mange indlagt, uden at der grund til, at de bliver indlagt. Det ved vi faktisk fra udsagn fra en række overlæger.

De seneste opgørelser fra Sundhedsstyrelsen fortæller, at 9.500 færdigbehandlede patienter optog sengepladser på hospitalerne i 2007. 64 pct. af de 9.500 lå der i under 1 uge og 36 pct. i over 1 uge. Hvis vi skal sige det på en helt anden måde, optog færdigbehandlede faktisk sengepladserne i gennemsnit 9,4 dage; altså 9.500 borgere optog sengepladser i 9,4 dage mere, end det var nødvendigt. Hvis de 9.500 færdigbehandlede kom hjem eller derhen, hvor de hører til, ville det jo skabe et meget, meget stort rum også på de medicinske afdelinger. Vi ved, at mange af de færdigbehandlede faktisk optager sengepladser på de medicinske afdelinger.

Jeg synes, det er et etisk spørgsmål, som er værd at tage fat i, for der er ikke nogen, der har lyst til at bo i en hospitalsseng med et natbord som den eneste ejendel.

Jeg har i den forløbne uge kunnet konstatere, at der faktisk er færdigbehandlede borgere, der har ligget rigtig, rigtig lang tid i hospitalsenge uden at komme hjem. De syge skal ligge i sengene på sygehusene, og de færdigbehandlede skal hjem og ydes hjælp der, hvor de nu kommer fra.

Det beslutningsforslag, vi behandler, opfordrer til at fortsætte med at spille den samme melodi, som er spillet hidtil, en melodi, som vi faktisk kan udenad. Jeg synes, det er værd at gå nye veje, og derfor satte jeg mig ned og hentede nogle overskrifter frem. De giver en underlæggende beretning og dækker over det medicinske område, beretninger fra det virkelige liv, som i den grad kan være med til at forbedre forholdene på de mange medicinske områder og for de mange borgere, som har en lidelse, der dækkes af området. Lad mig nævne nogle af udsagnene:

Opfølgende hjemmebesøg hos ældre mindsker antallet af genindlæggelser.

En udtalelse fra KL's formand:

»Når ældre svækkede patienter udskrives fra sygehuse, er risikoen for genindlæggelse stor.«

»Et nyt projekt viser, at opfølgende hjemmebesøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske kan forebygge genindlæggelse. Regionerne sparer penge, og det samme gør kommunerne.«

»Forebyggelsesarbejde er vigtigt« siger KL's formand. »Ved at tage hånd om borgerne inden de kommer på sygehuset kan vi spare penge og give de ældre en bedre livskvalitet.«

Man opgør, at man vil spare 5.000 kr. for hver patient, der får besøg af lægen eller en hjemmesygeplejerske derhjemme – og undgå indlæggelser.

Cyklende sygeplejersker erstatter hospitalsindlæggelser på Frederiksberg. Siden 2005 har Frederiksberg Hospital haft stor succes med at sende to garvede sygeplejersker hjem til patienter, der er kendt af akutmedicinsk afdeling, og derved undgå indlæggelse. Det skønnes, at man i 82 pct. af udrykningerne har afværget hospitalsindlæggelse, fordi man kunne behandle den ældre medicinske patient i eget hjem. Projektet har ikke bare vist et positivt resultat på bundlinjen, men har slået rekord på tilfredshedsbarometeret. Opgørelsen viser, at man alene på Frederiksberg Hospital faktisk har undgået ca. 220 indlæggelser på den medicinske afdeling, har sparet 2,3 mio. kr. på indlæggelser og ca. 450.000 kr. på transport mellem hjemmet og sygehuset og har givet plads til de patienter, der havde brug for at blive indlagt.

Telemedicinsk behandling af kronisk syge er en stor succes på Fyn. Mennesker med kroniske sygdomme kan i fremtiden blive behandlet i hjemmet ved hjælp af telemedicinske løsninger. Telemedicin er en virtuel behandling, hvor patienterne selv kan foretage målinger eller kontrol og sende resultaterne til det behandlende sygehus. Sygehus Fyn er et af de sygehuse, der er længst fremme med telemedicin, og her har behandlingen vist sig at være en succes. Patienterne er trygge og ikke mindst glade for at kunne blive tilset af en specialist uden at behøve at bevæge sig til sygehuset. De telemedicinske behandlinger vurderes på sigt at kunne spare et anseligt antal indlæggelser.

En overlæge, der arbejder meget med det her område, siger bl.a.:

Hvert år indlægges ca. 23.000-24.000 patienter med KOL-forværringer. De er indlagt i gennemsnit 7 dage. Med telemedicin kan vi sende dem hjem efter et døgn. Vi sparer altså 5 indlæggelsesdage af ca. 4.000 kr., en investering, der meget hurtigt er hentet hjem ved at bruge de telemedicinske løsninger.

Jeg spørger bare: Hvorfor gør vi ikke de her ting? Jeg synes, at de hermed fremførte eksempler viser, at der er mulighed for at gå nye veje, nye veje, som ikke mindst vil betyde, at der bliver et anseligt antal ressourcer til rådighed i sundhedssektoren og større livskvalitet for den enkelte borger.

Vi ved, at der er pres på derude, og det synes jeg vi skal forholde os positivt og konstruktivt til og få gjort noget ved. Det er det, vi gerne vil. Der er i finansloven for 2008 afsat et stort beløb til kroniske patienter. Jeg synes, man skulle tage nogle af de her nye initiativer i brug og få dem rullet ud på landsplan, for så opnår vi nemlig en effekt, der vil virke ind i de medicinske afdelinger.

Vi kan ikke støtte beslutningsforslaget.

Kl. 14:51

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Nu har lampen lyst i lang tid, og den går ikke længere. Men der er et par korte bemærkninger, så der skal nok blive lejlighed til meningsudveksling. Først fru Lise von Seelen.

Kl. 14:51

Lise von Seelen (S):

Jeg glæder mig især over den indledning, som fru Birgitte Josefsen starter sin ordførertale med, nemlig at det ikke er acceptabelt, at færdigbehandlede patienter skal ligge på de medicinske afdelinger, og det er det ikke, fordi det ikke er

godt for mennesker at befinde sig et forkert sted. Vil fru Birgitte Josefsen ikke anerkende, at man lige præcis ved at få et overblik over og en bedre planlægning på det her område netop kunne sætte en bevægelse i gang, der sagde, at den kapacitet, der gør, at folk kan flytte hjem i egnede boliger, jo skal passe til hele det behandlings- og modtageapparat, der er på sygehusene? Det er lige præcis derfor, vi har brug for at få et bedre overblik. Vil fru Birgitte Josefsen ikke anerkende, at en plan netop kan hjælpe os til at nå frem til det mål?

Kl. 14:52

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Så er det ordføreren.

Kl. 14:52

Birgitte Josefsen (V):

Jamen jeg vil så sige, at det overblik er der jo mulighed for at få i dag. Hvis vi kigger på den struktur og opgavefordeling, vi har i dag, må vi sige, at regionerne jo i høj grad er kommunernes regioner. Der er blevet udarbejdet sundhedsaftaler mellem regionerne og kommunerne på alle områder, så lige nøjagtig også på det her område er der jo mulighed for region for region i samarbejde med kommunerne at gå ind at kigge på, hvad det er, vi gør. Vi ved, at det er i den her gruppe, genindlæggelserne er, vi ved, at det er i den ældre gruppe, så der er faktisk store, store muligheder i dag.

Jeg spørger bare mig selv: Hvorfor bliver de ikke brugt? Det er derfor, jeg gerne vil gå nye veje, så vi får rullet de mange gode nye tiltag ud hele vejen rundt i hele kongeriget Danmark, og så man lærer af det, som folk er dygtige til andre steder, nemlig at give rum til dem, der har brug for at ligge i sengene.

Kl. 14:53

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Så er det fru Lise von Seelen for en sidste kort bemærkning.

Kl. 14:53

Lise von Seelen (S):

Med det, som fru Birgitte Josefsen siger nu, kan jeg slet ikke forstå, at forslaget ikke kan støttes, for det er lige præcis intentionen, og jeg mener faktisk også, at det er det, der står der.

I ordførertalen var der et langt afsnit om det forebyggende og om behandling i eget hjem. Når jeg ser vores forslags punkt 5, kan jeg se, at det lige præcis er det, der står i punkt 5 i forslaget. Det er netop det med, at vi skal aflaste sygehusene, og at vi skal have flest mulige af aktivi-

teterne i eget hjem, fordi det er bedst for borgeren og hensigtsmæssigt for systemet.

Vil fru Birgitte Josefsen gå i dialog med os om de punkt 5-initiativer, der ligger her? For mig at se kan de jo sagtens flettes sammen med det, der blev nævnt i ordførertalen. Så igen: Hvorfor et nej til det, når tingene kan flettes sammen?

Kl. 14:54

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Så er det ordføreren.

Kl. 14:54

Birgitte Josefsen (V):

Jeg vil så starte med sige, at vi ikke kan støtte beslutningsforslaget, fordi vi synes, at der ikke overordnet er puttet den nytænkning ind i det, som bør tænkes ind i det. Der er mulighed for at skabe overblik med den arbejdsfordeling, der er mellem regioner og kommuner. Der er sådan set isoleret set ikke noget i det forslag, som er fremsat her i dag, der ikke er positivt. Men jeg synes, at der er behov for, at man bliver bevidst om det. Hvorfor bliver alle de her gode eksempler ikke rullet ud i hele kongeriget Danmark, så de, der kan behandles hjemme, ikke skal ind og ligge i en hospitals seng? Hvorfor kommer de, der kommer derind og aldrig skulle have været derind, derind? Det har man altså mulighed for at tage fat på region for region.

Vi har givet regionerne et driftsansvar, og vi har givet kommunerne et driftsansvar; så synes jeg også, at de skal have lov til at bruge det.

Kl. 14:55

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Den næste korte bemærkning er fra hr. Flemming Møller Mortensen.

Kl. 14:55

Flemming Møller Mortensen (S):

Jeg vil gerne spørge ordføreren, om der er mangel på vision i det forslag, der er fremsat her. For når sundhedsordføreren her står og spørger, hvorfor de dog ikke bliver udrullet – alle de gode initiativer, som ordføreren her også har nævnt – vil jeg sige, at ordførerens kendskab til såvel det sundhedsfaglige personale som politikerne både i kommunerne og i regionerne helt sikkert er tilstrækkelig stort til, at hun kan sige: De vil jo. Det er deres vision, det er deres faglighed, det er det, de vil.

Derfor vil jeg sige, at jeg tror, at det kunne være en nærliggende årsagssammenhæng – og det vil jeg gerne have ordførerens svar på – at sige, at der nok er en grund til, at de ikke gør det. Vi kender alle kommunernes og regionernes budgetter. Vi har i forbindelse med ministerens

fremlægges først også hørt, at der er incitamenter til stede, som gør, at man vælger andre patienter forud for medicinske patienter. Det er netop derfor, at den her nationale handlingsplan er fremlagt: Det er for at få visionen trukket tydeligt op.

Kl. 14:57

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Så er det ordføreren.

Kl. 14:57

Birgitte Josefsen (V):

Jeg kender faktisk det medicinske område meget godt, og jeg har selv været en af dem, der har gået på de lange gange der i en årrække. Derfor ved jeg også, hvilke patienttyper det er, der kommer derind. Jeg ved faktisk også, hvem der kommer derind, og som aldrig skulle have været der. Det er sådan set det, jeg forsøger at påpege.

Når der så bliver henvist til de regionale og kommunale budgetter, synes jeg bare, at nogle af de eksempler, jeg har læst op her i dag, viser, at der faktisk er mulighed for at finde et anseligt beløb, altså økonomiske ressourcer, men jo også faglige ressourcer ved at gå ind og få implementeret de her nye tiltag. Det er jo tiltag – og et af dem var KL bl.a. selv ude med – som er kendt, fordi de er beskrevet i forskellige fagblade og tidsskrifter osv., og derfor synes jeg, at vi skal henlede opmærksomheden på de her nye veje at gå. Den opmærksomhed skal rettes mod regionerne og kommunerne, og det håber jeg at vi vil være med til, og jeg håber så sandelig også, at ministeren vil være med til at spørge, hvorfor det er, at man ikke får implementeret de her nye tiltag rundt omkring i hele landet, når nu de, der har startet det op, kan fortælle os, at det er en succeshistorie.

Kl. 14:58

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Så er det hr. Flemming Møller Mortensen for den anden korte bemærkning.

Kl. 14:58

Flemming Møller Mortensen (S):

Jeg vil gerne sige til ordføreren, at det jo kan være rigtigt nok, men vi må sige, at vores samfund er utrolig komplekst; sundhedsvæsenet, sundhedsområdet er utrolig komplekst. Men det må dog være særdeles utilfredsstillende for den borgerlige regering, når vi hører om alt det gode, den gør for området og de medicinske patienter, at man ikke ser en tydelig effekt af det. Fra oppositionens side – og fra forslagsstillerne bag det her forslags side – har vi netop fremført,

at det her er nogle af de allermest syge og sårbare. Det er nogle af de personer og patienter, som ikke har et talerør, som mange andre har. Det er nogle af de patienter, som ikke er blevet begunstiget af den 4-ugers-behandlingsgaranti, som den borgerlige regering har indført på de kirurgiske felter.

Derfor må vi sige, at det da kan undre, at den borgerlige regering og fru Birgitte Josefsen som ordfører ikke bakker op om det her forslag.

Kl. 14:59

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Så er det ordføreren.

Kl. 14:59

Birgitte Josefsen (V):

Jamen det er da rigtigt, at sundhedssektoren er kompleks, men den er ikke mere kompleks, og landet er ikke større, end at man sagtens kan tale med hinanden. Når der bliver sagt, at vi må være frustrerede over, at det, vi sætter i værk, ikke virker, må jeg sige, at man jo så kan se, at det bliver sat i værk nogle steder. Det, der så er øvelsen, er at få det sat i værk hele vejen rundt. Og det har vi altså nogle arbejdsgivere som er forpligtede til at tage sig af. Og hvis ikke de i Nordjylland og alle mulige andre steder læser om de her gode resultater, man har på Fyn og på Frederiksberg, må vi jo hjælpe hinanden med at få fortalt, at der faktisk pågår nogle tiltag, som giver nogle gode resultater. Så prøv nu at få den rullet ud i hele landet.

Om det udvidede frie sygehusvalg og de incitamentspuljer, der har været, vil jeg sige, at vi i sidste folketingsssamling i Folketinget fik et notat, der viser, at der sådan set er brugt lige så mange kroner og øre på det medicinske område, som der er brugt på det kirurgiske område.

Kl. 15:00

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Så er der en kort bemærkning fra hr. Per Clausen.

Kl. 15:00

Per Clausen (EL):

Fru Birgitte Josefsen sagde, at det var hendes opfattelse, at folk ikke skal være på sygehuset, medmindre det er absolut nødvendigt. Det synes jeg er rigtigt, det er en meget fornuftig kvalitetsindgangsvinkel at have til det. Men jeg kunne godt tænke mig at spørge fru Birgitte Josefsen, om hun et eller andet sted ikke godt kunne komme med en forklaring på, hvorfor man ikke i større udstrækning bruger telebehandling.

Nogle gange er den måde, hvorpå man indretter en økonomisk struktur, hvor forskellige

dele af det offentlige får penge, jo medvirkende til at forhindre, at der sker en udvikling. Og der synes jeg, når man tager det som eksempel, at det måske ville være mere frugtbart i den videre debat, hvis vi tog det afsæt, som fru Birgitte Josefsen også tog, nemlig at der sådan set ikke stod noget i det her forslag, hun var uenig i, men at der var nogle ting, hun manglede. Og det er jeg sikker på at vi altid kan snakke om, for jeg har ikke det synspunkt, at der skulle være noget galt i, at der kom visioner fra andre end forslagsstillerne.

Kl. 15:01

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det ordføreren.

Kl. 15:01

Birgitte Josefsen (V):

Så vil jeg sige, at hr. Per Clausen ikke har hørt helt efter, for overordnet kan vi ikke være med til, at vi laver den her store nationale handleplan, når der faktisk er alle muligheder i dag for at gå i gang med det, der skal gås i gang med.

Så blev der spurgt, hvorfor vi ikke i større udstrækning bruger telemedicin. Jeg har jo lige stået og refereret til, at det kan lade sig gøre på Fyn, og så stiller jeg mig selv spørgsmålet, hvorfor det så ikke kan lade sig gøre de andre steder. Og jeg kan ikke give dig svaret, men jeg kan i hvert fald konstatere, at det ikke har været økonomien, der har været det, der har gjort, at man ikke kunne sætte det i gang andre steder. For når man kan i den ene region, må man altså også kunne i den anden region, for pengene er fordelt ud fra de samme normer.

Kl. 15:02

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Jeg skal lige gøre opmærksom på, at direkte tiltale ikke er tilladt. Og så er det hr. Per Clausen for den anden korte bemærkning.

Kl. 15:02

Per Clausen (EL):

Det er rart. Jeg bestræber mig også altid på at overholde reglerne – særlig når det er den nuværende formand, der sidder der.

Jeg har et par supplerende spørgsmål. Det er jo rigtig nok, at man gør det i nogle dele af landet, altså bruger telemedicin, men kunne en af forklaringerne på, at man ikke gør det alle steder, ikke være, at man i en eller anden forstand jo faktisk har et system, der gør, at den måde, der gives penge på i forhold til de enkelte behandlinger og ophold på hospitalet, netop ikke tager højde for nye muligheder at behandle på? Og var det ikke værd at gå ind i?

Så vil jeg også gerne spørge fru Birgitte Josefsen, om det ikke er rigtigt, at regeringen sådan set har brugt to metoder til at sætte fart i områder inden for sundhedsområdet, hvor der skulle ske noget. Den ene metode har været den såkaldte behandlingsgaranti, altså det, der handler om, at man efter – nu – 4 uger, hvis der ellers er et andet hospital, der kan finde ud at lave de ting, man skal have lavet, kan få behandling et andet sted. Den anden metode har været nationale handlingsplaner. Og så er det, jeg står tilbage og er lidt forundret over, hvorfor nationale handlingsplaner duer på en række områder, men på det her område bare ikke duer.

Kl. 15:03

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det ordføreren.

Kl. 15:03

Birgitte Josefsen (V):

Jeg synes, at det udvidede frie sygehusvalg er en rigtig, rigtig god ordning. Det har jo netop været med til, at vi aldrig har behandlet flere, end der bliver behandlet i dag. Man kan i hvert fald konstatere, at borgerne i dag ikke skal stå på lange, lange ventelister og få den besked, at de kan komme til om et halvt eller et helt år. Nu har man mulighed for at blive behandlet, og det er jo sådan set det, jeg synes må være det meget, meget vigtige i det spørgsmål.

Så jeg kan sige, at det princip hylder jeg, og jeg kan høre, at befolkningen også hylder det. Så jeg synes ikke, man kan sige, at regeringen har indført besparelser. Tværtimod er der jo til dags dato tilført sundhedsområdet rundt regnet 16 mia. kr. i den tid, som den borgerlige regering har siddet. Det er jo altså et anseligt beløb, så det er ikke, fordi man kan sige, at budgetterne er blevet mindre; de har aldrig været større, end de er i dag.

Kl. 15:04

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Jeg skal lige være sikker på, at der ikke er flere, der ønsker ordet for en kort bemærkning. Det er der ikke. Vi går videre i ordførerrækken, og så er det den socialdemokratiske ordfører, fru Lise von Seelen. Jeg skal sige, at ordførerne – også ordføreren for forslagsstillerne senere hen – får 5 minutter i hver omgang.

Kl. 15:04

(Ordfører)

Lise von Seelen (S):

Det medicinske område er jo kendetegnet ved, at det er langt det største område, vi har, hvis vi skulle gøre patientgrupper op. Det er en meget,

meget stor gruppe, vi har at gøre med, og det er en gruppe, som i vid udstrækning er blevet overset, fordi man i sundhedspolitikken har været optaget af at opprioritere indsatsen over for andre grupper.

Vi har som forslagsstillere ønsket at sætte den her store gruppe i fokus. Vi har jo gentagne gange set tilbagemeldinger om, at patienter modtager behandling på gange og i skyllerum, og det er bestemt dårlige vilkår, når man er syg og man skal i gang med at blive rask, så man kan komme hjem igen.

Vi har også set, at patienter, der er færdigbehandlet, bliver på afdelingen, simpelt hen fordi de ikke kan udskrives, fordi der ikke er egnede boliger til dem. Derved bliver det for vanskeligt, og så må de opholde sig på en hospitalsafdeling som færdigbehandlede.

Det er simpelt hen ikke godt nok, og vi kan gøre det meget, meget bedre. Vi ved, at for at vi kan gøre det bedre, skal man have et personale, som er glade ved at være der, som kan bruge deres faglighed, og som kan være tilfredse med den måde, de kan gennemføre arbejdet på.

Vi kan se, at personalet på de medicinske afdelinger har en udskiftningsgrad, som er langt højere end på andre afdelinger i vores hospitalsvæsen. Det fortæller os noget om, at der er noget galt her.

Det er jo ikke, fordi personalet ikke bryder sig om at arbejde på det medicinske område, men området er simpelt hen sat så meget under pres, at personalet søger andre steder hen.

Derfor er der altså en god grund til om det her område at sige, at vi bliver nødt til at kigge på det her komplekse område i sammenhæng. Og vi bliver nødt til at hæve os op i helikopterperspektiv og sige: Hvis vi skal skabe forbedringer og løft her, hvad er det så, vi skal gøre? Og det, vi skal gøre, er at tænke området samlet.

Det er grunden til, at vi skal have en national handleplan, for vi skal have kapaciteten til at passe med det antal mennesker, der skal behandles; der skal være det rigtige antal sengepladser. Og vi skal naturligvis ikke have ineffektive behandlingsdage. Det er menneskeligt alt for omkostningsfuldt, fordi folk naturligvis hellere vil hjem, men det er også økonomisk alt for dyrt, og derfor er der rigtig, rigtig god grund til at få tingene til at passe sammen.

Hvordan skal vi få kapaciteten til at passe? Vi skal i hvert fald være kloge og vide, at i gruppen af medicinske patienter er der mange ældre mennesker, og vi ved, at der bliver flere ældre

her i landet i løbet af en 15-20-årig periode. Derfor er det naturligvis vigtigt, når vi skal tilrettelægge området, at vi hele tiden tænker på: Hvad er det så, vi får brug for?

Vi får brug for at fokusere på, at det her altså er en planlægning, hvor vi også skal have kommunerne med ind, så vi får bygget de boliger, så folk kan komme hjem, når de er færdigbehandlet; så de kan få den genoptræning, de har brug for; så de kan få den bistand, der gør, at når de kommer hjem, kan de leve et aktivt liv, så de ikke skal tilbage på sygehusafdelingen igen.

Det er jo lige præcis det, vi i punkt 5 i vores handlingsplan peger på, og som man også var inde på i forbindelse med den forrige ordførers indlæg. Det er så vigtigt, at vi får de der ting til at hænge sammen. Det vil øge livskvaliteten for rigtig, rigtig mange patienter, at de kan komme tidligt hjem og komme i gang med et aktivt liv.

Vi skal undgå de ydmygende situationer, som vi har set, hvor personer netop bliver bragt i den situation, hvor de ligger hjælpeløse og ydmygede på en hospitalsgang, imens fremmede mennesker defilerer forbi, hvor de ikke har et stabilt personale omkring sig, og hvor man kan se, at der savnes en, der er ankermand for behandlingsforløbet på hospitalsafdelingen.

Alle disse ting kan gøres meget, meget bedre. Og jeg synes, det er vigtigt, at man for den her store gruppe får lavet en samlet plan og får den drøftet med de relevante parter.

Jeg synes, at gruppen af medicinske patienter, som har været forsømt, egentlig fortjener, at vi i en behandling af spørgsmålet her i dag finder ud af, hvad det er, vi kan være sammen om for at skabe forbedringer for den her patientgruppe, i stedet for at finde ud af, hvor vi kan markere at vi har en politisk forskellighed. Lad os dog finde ud af i fællesskab at lave nogle forbedringer for den her store gruppe patienter.

Kl. 15:10

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Tak til ordføreren i denne omgang. Der er ingen korte bemærkninger. Vi går videre i ordførerrækken, og så er det Dansk Folkepartis ordfører, fru Liselott Blixt.

Kl. 15:10

(Ordfører)

Liselott Blixt (DF):

Der er mange gode intentioner i beslutningsforslaget, men mange af forslagene er der netop blevet taget højde for i finansloven, og regionerne er i fuld gang med en plan for de medicinske patienter.

Der er nu også sket en del på området. Meraktivitetspuljen er gennem de seneste år kommet af medicinske patienter til gode, den har skabt mere dynamik på området, ligeså har det frie sygehusvalg samt måling af sundhedskvaliteten på sygehusene. Desuden er hele sygehusvæsenet blevet tilført ressourcer i milliardklassen gennem årene – og det både på det medicinske og det kirurgiske område.

På den nye finanslov er der afsat 2,3 mia. kr. i 2008 til regionerne til sundhedsområdet, og heraf indgår ca. 1,6 mia. kr. til øget aktivitet på sygehusene.

Dansk Folkeparti har fokus på de ældre medicinske patienter, og da disse ofte lider af kroniske sygdomme, har vi i finansloven været med til at få sat gang i et bedre forløb for denne gruppe. Patientundervisning og egenbehandling skal være med til at ruste kroniske patienter til at håndtere deres sygdomme.

Med kvalitetsmodellen er vi enige om, at der skal være fælles standarder for kvaliteten i sundhedsvæsenet, herunder bl.a. korrekt medicinering og planlægning af udredningsforløb i forbindelse med diagnosticering. Modellen skal kontinuerligt fremme kliniske, faglige og organisatoriske kvalitetsforbedringer af patientforløbene, også på de medicinske områder.

Kontaktpersonordningen blev indført i 2007. Den er ikke fuldt gennemført, og derfor bliver der fremsat et lovforslag på området, men med mit kendskab til de fleste hospitaler fungerer den i stort omfang.

Det største problem, vi står over for, er derimod at få personale til pasning af patienterne. Det ser man på alle afdelinger, også de kirurgiske. I kvalitetsreformen tager man afsæt i trepartsaftalen, hvor der er fokus på at sikre attraktive offentlige arbejdspladser, så der bliver bedre rammer for rekruttering og fastholdelse af medarbejdere, god ledelse og udvikling af medarbejdernes kompetencer.

Dansk Folkeparti har igennem årene gjort sit til at få forbedringer igennem på området. Her kan blot nævnes demensområdet, diabetikerområdet, flere hospicepladser, elektroniske medicinprofiler, genoptræning, KOL-behandling, sundhedscentre, forebyggelse og udviklingscentre i kommunerne, at de praktiserende lægers overenskomst er moderniseret, således at der kan laves hjemmebesøg hos de svage ældre, samt en vigtig del, nemlig influenzavaccination, således at færre medicinske patienter indlægges.

Det er kommunernes ansvar, at der er plejehjemspladser til deres borgere. Derfor er det også grotesk at se alle de ældre medicinske patienter, der ligger færdigbehandlede på vores sygehuse og ikke kan komme videre, fordi deres kommune ikke er sig deres ansvar bevidst. Jeg ved, at der er nedsat en national følgegruppe i 2005 for det samarbejdende sundhedsvæsen, der også skulle komme de medicinske patienter til gode. Her vil jeg spørge ministeren under førstebehandlingen, om man kan få noget at vide om status for følgegruppen.

Endelig vil Dansk Folkeparti foreslå, at man tager initiativ til, at Sundhedsudvalget tager på en studietur til nogle af de medicinske afdelinger, eventuelt i det københavnske område, for med egne øjne at se, hvordan nogle af vores udvalgte sygehuse håndterer problemerne.

Dansk Folkeparti mener, at mange af de anførte forslag er i gang eller skal igangsættes, og kan derfor ikke tilslutte sig beslutningsforslaget.

Kl. 15:14

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Det giver foreløbig anledning til to korte bemærkninger, først fra fru Lise von Seelen.

Kl. 15:14

Lise von Seelen (S):

Jeg forstår på ordføreren, at der er personaleproblemer på de medicinske afdelinger, og det anerkender ordføreren. Men så siger ordføreren efterfølgende: Men det er der jo på alle afdelinger. Det synes jeg er en undervurdering af det særlige problem, som er på de medicinske afdelinger.

I bemærkningerne til beslutningsforslaget her har vi beskrevet, at der er en langt større udskiftning af personalet på de medicinske afdelinger, og når vi spørger om begrundelserne for det, bliver der sagt, at det er, fordi presset på afdelingerne er for hårdt.

Vil ordføreren sige, at de problemer, der er på de medicinske afdelinger her rent personalemæssigt, er fuldstændig identiske med de problemer, der er på andre afdelinger?

Kl. 15:15

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det ordføreren.

Kl. 15:15

Liselott Blixt (DF):

Der er stor forskel på, hvad der er for problemer på sygehusene.

Nu er jeg en af dem, der selv har arbejdet derude og stadig væk arbejder derude. Jeg var ude at have to vagter i påsken, netop for at have fingeren på pulsen på sygehusområdet. Jeg kom-

mer både på medicinske afdelinger og på kirurgiske afdelinger, og for hver afdeling er der forskellige former for belastning af personalet; der er forskellige former for stressniveau, og der er også forskel på, hvilken region man arbejder i.

Jeg kan se, at de har de samme problemer på kirurgisk afdeling som på medicinsk afdeling; så har jeg derfor også undersøgt tallene, statistikkerne, der siger, at det er den samme udskiftning, der er, for læger og sygeplejersker og andet sundhedspersonale på de afdelinger. Hvis der er andre tal, vil jeg meget gerne se dem. Men de tal, jeg har set, refererer det samme.

Kl. 15:16

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Der er yderligere en kort bemærkning fra fru Lise von Seelen.

Kl. 15:16

Lise von Seelen (S):

Jeg kan jo sige, at der er andre tal, for det er beskrevet i bemærkningerne til beslutningsforslaget.

Så siger ordføreren, at det er kommunernes ansvar, at de færdigbehandlede patienter kommer hjem på plejehjem, og det er fuldstændig rigtigt. Det fremgår jo også af et af punkterne i forslaget her, at vi gerne vil have den sammenhæng, at færdigbehandlede patienter skal hjem til kommunerne. Men i stedet for at bruge den strategi, som jeg har bemærket at Dansk Folkeparti har lanceret, nemlig at kommunerne skal straffes, så vil vi jo gerne gå ind her og sige, at vi gerne vil have en sammenhæng i indsatsen.

Kunne ordføreren ikke opfatte det som en langt bedre strategi, altså at få lavet det samspil mellem sygehuvæsenet og den kommunale sektor, sådan at man kan få opført de boliger, så folk kan komme hjem, i stedet for at straffe kommunerne økonomisk? Er det ikke bedre at samarbejde sig ud af det her?

Kl. 15:17

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Så er det ordføreren.

Kl. 15:17

Liselott Blixt (DF):

Jeg ville mene, at det var ulige behandling, hvis vi lige pludselig skal gå ud og lave nogle andre tiltag over for nogle kommuner, der ikke har været sig deres ansvar bevidst.

Der er nogle kommuner, der har lavet handlingsplaner for hjemtagne patienter, bygget boliger, lavet aflastning, lavet genoptræning, og som godt kan følge med, og det er også kommuner, der har en demografi, der gør, at de får mange

ældre og mange syge hjem. Så bør det også være muligt for de andre kommuner, og jeg mener ikke, det er rimeligt, at de, der har kunnet finde ud af det, så bliver straffet, ved at vi går ind og hjælper de andre.

Kl. 15:17

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Så er der en kort bemærkning til hr. Flemming Møller Mortensen.

Kl. 15:18

Flemming Møller Mortensen (S):

Det glæder mig da i det mindste, at Dansk Folkeparti rent retorisk siger, at de har fokus på de medicinske patienter.

Jeg mangler i ordførerens fremlæggelse her nogle argumenter og nogle beviser for, hvad det er, Dansk Folkeparti vil. De vil ikke støtte den nationale handlingsplan på det medicinske område, som jo ellers om noget skulle være med til at sætte fokus på de medicinske patienter.

Jeg synes, der her – og det kan godt være, at det er mit syn, der ikke er godt nok – mangler et billede af og en forståelse for den verden, som er derude blandt de medicinske patienter, og det er derfor, den nationale handlingsplan er lagt frem: netop for at rette fokus herimod. Men det er måske det, ordføreren mener at en studietur i København skulle kunne bedre. Det vil jeg gerne have svar på.

Kl. 15:18

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Så er det ordføreren.

Kl. 15:19

Liselott Blixt (DF):

Tit og mange gange står vi her og taler om medicinske afdelinger og alle mulige andre ting uden selv at være ude og ved selvsyn se, hvordan det står til på de afdelinger. Jeg tror, det ville give udvalget noget at arbejde med.

For som jeg også hele tiden har sagt, har vi i Dansk Folkeparti fokus på de medicinske patienter. Men når jeg kigger på de syv-otte forslag i handlingsplanen, kan jeg se, at der jo er mange af de ting, der er startet, der er i gang, og som vi i vores finanslov har taget højde for, og som der er sat penge af til. Vi har regioner, der er startet med at lave handlingsplaner for de ældre medicinske patienter. Det er da parallelløb at gå ud og sige, at nu laver vi noget andet; det er da spild af penge.

Kl. 15:19

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Så er det hr. Flemming Møller Mortensen for yderligere en kort bemærkning.

Kl. 15:19

Flemming Møller Mortensen (S):

Ja, jeg får måske nok her endnu en gang bekræftet, at årsagen til, at ordføreren for Dansk Folkeparti og partiet Dansk Folkeparti ikke vil bakke op om handlingsplanen, er, at nu er man med i finansloven.

Men tænk dog på de medicinske patienter, som jeg også med min tidligere faglige baggrund kan sige er nogle af de mest sårbare og udsatte patienter i vores samfund. Man skal da tage sig sammen, leve op til – som Dansk Folkepartis motto er – at man har vision på området, og bakke det her op.

Det er ren forhandling, sådan som jeg vurderer det, at det er finanslovens initiativer, som nu skal udmøntes, og så må vi se, om det kommer til gavn og gunst for de medicinske patienter.

Så vil jeg gerne igen konfrontere ordføreren med, at nogle kommuner lever op til tingene, og at andre kommuner ikke gør. Er der en refleksion hos Dansk Folkeparti om årsagen til, at nogle kommuner ikke lever op til det? Er det modvilje, er det, fordi man ikke vil det, regeringen påbyrder dem at gøre, eller kunne der eksempelvis tænkes at ligge enten mangel på faglig kompetence, mangel på personale eller mangel på økonomi som årsag til, at kommunerne ikke lever op til det, regeringen forventer og Dansk Folkeparti forventer?

Kl. 15:21

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det ordføreren.

Kl. 15:21

Liselott Blixt (DF):

Hvorfor der er nogle kommuner, der ikke gør noget, kan jeg jo ikke sige; det er jo garanteret individuelt fra kommune til kommune. Det var måske en af de ting, man skulle kigge på og se: Jamen hvad er det, der gør, at de ikke får bygget de ældrevenlige boliger, de aflastningspladser eller de plejehjemsboliger, vi skal have?

Dansk Folkeparti har jo ved at tage ansvar, ved at være med i finansloven, vist, at vi tænker på de medicinske patienter. Vi har ikke alle stemmerne. Vi kan gå ind og præge og være med til at sætte fokus på nogle ting og være med til at flytte nogle penge over på de medicinske patienter, og det er det, Dansk Folkeparti har gjort i kraft af at være med og tage et ansvar i finansloven.

Kl. 15:21

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken, og det er SF's ordfører, hr. Karl H. Bornhøft.

Kl. 15:22

(Ordfører)

Karl H. Bornhøft (SF):

Ministeren indledte jo med at give sit billede af, hvordan det ser ud i det danske sundhedsvæsen og i særlig grad på de medicinske afdelinger. Personalet giver på mærkværdig vis et fuldstændig andet billede end det, ministeren har. Det betyder jo ikke nødvendigvis, at personalet har fuldstændig ret, eller for den sags skyld at ministeren har fuldstændig uret, men det betyder ét, nemlig at når der er så langt mellem den oplevelse, der er her på Christiansborg hos regeringen, og den oplevelse, der er ude blandt personalet og de mennesker, der bliver behandlet, kunne der være god grund til at gøre sig nogle overvejelser om det.

Derfor har jeg meget lyst til at sige her i dag, at det, vi skal fra Folketingets side, er at genskabe optimismen i det medicinske område. Vi kan nemlig ikke snakke os fra, at det medicinske område føler sig nedprioriteret, føler, at det rent faktisk ikke får helt den samme udvikling som andre områder, og føler, at presset er endnu tungere, end det nogen sinde har været før. Derfor er vores budskab altså, at vi skal have genskabt optimismen i det medicinske område, både af hensyn til personalet og især af hensyn til patienterne. Det er nu, Folketinget skal bevise, at samfundet reelt ønsker bedre behandling og pleje på det medicinske område, og også gerne senere dokumentere det ved at afsætte penge dertil.

I SF har vi jo gennem mange år brændt for det medicinske område og ønsket en forbedring af vilkårene for de medicinske patienter, og vi har sammen med andre gode partier fremsat dette konkrete forslag, der så at sige sætter handling bag ord. For at sige det meget direkte er der nu brug for en national handlingsplan på det medicinske område, hvis man ikke vil bringe sig i den situation, at der bliver en endnu større kløft mellem kirurgi og medicin, og det er på tide, at vi nu tager et opgør med den prioritering, der så at sige har skævvredet forholdet mellem kirurgi og medicin til fordel for kirurgi gennem utrolig mange år.

I et velfærdssamfund som det danske kan vi altså ganske enkelt ikke tillade os, at der ligger patienter på gangene på de danske sygehuse. Vi

har jo hørt talrige historier – og hvad værre er, de er faktisk virkelige – om overbelagte medicinske afdelinger. De fleste er faktisk i den situation, at de kender mennesker, der har været indlagt under de forhold, og selv om det er blevet diskuteret mange gange, er området ikke blevet opprioriteret. Grunden hertil er formodentlig, at der simpelt hen ikke er nogen prestige forbundet med området, hverken politisk eller lægegligt, og det er det, vi skal have skabt med denne handlingsplan.

Der er gennem en årrække lavet flere forskellige nationale handlingsplaner, og de har med en målrettet indsats forbedret forholdene mærkbart for de patientgrupper, der har været tale om; jeg kan nævne hjerteområdet og kræftområdet. Derfor er det altså nu på tide, at vi også på det medicinske område tør vise os ansvarlige og vise, at vi tør gøre noget særligt på området, selv om der ikke lige her er nogle voldsomt stærke pressionsgrupper. Det drejer sig nemlig om, at vi politikere tør vise, at vi tager vores ansvar over for de svageste patientgrupper, der overhovedet er i vores sygehusvæsen, og det er altså de medicinske patienter og især de ældre medicinske patienter. Det er nu, det skal gøres.

Men der er også stærkt brug for, at andre kommer på banen, nemlig Sundhedsstyrelsen, som nu må komme med referenceprogrammer for de kroniske patienter, som jo fylder utrolig meget på vores medicinske afdelinger. Jeg ved godt fra mit tidligere arbejde som sundhedsudvalgsformand i det gamle Nordjyllands Amt, at Sundhedsstyrelsen jo sidder længe med de referenceprogrammer, fordi man godt ved, at de koster penge, og jeg er altså nødt til at sige, at nu er det altså på tide, at Sundhedsstyrelsen kommer frem med referenceprogrammerne for de kroniske patienter, så vi kan komme videre i forløbet.

Til afslutning vil jeg sige – og det er måske lidt rettet mod ordføreren for Dansk Folkeparti – at der faktisk blev givet kræftbehandling, før vi havde en handlingsplan, og vi har altså også medicinsk behandling i dag. Men det betyder jo ikke nødvendigvis, at vi ikke også skal have en national handlingsplan for det medicinske område. Det skal vi for at få tingene set i sammenhæng, og strengt taget vil jeg sige, at når jeg ser bort fra ministerens bemærkninger – det vil jeg tillade mig i denne sammenhæng – synes jeg, at de øvrige ordførere har vist en forståelse, der gør, at vi må kunne finde nogle løsninger til gavn for både patienter og personale. Der er altså brug for, at vi bruger tiden til noget andet end

til at diskutere forskellighed, nemlig til at diskutere løsninger.

Kl. 15:28

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller): Så skal jeg sige til ordføreren, at når den røde lampe lyser, er taletiden opbrugt, og når formanden rejser sig 15 sekunder senere, er den brugt endnu mere op, og så bør man slutte hurtigst muligt for ikke at få en irettesættelse. Det får man ikke i dag.

Der er ikke nogen korte bemærkninger, så tak til ordføreren. Vi går videre i ordførrækken, og det er den konservative ordfører, fru Vivi Kier. Her er taletiden også 5 minutter.

Kl. 15:28

(Ordfører)

Vivi Kier (KF):

Tak. Vi står her med et forslag til en national handlingsplan for det medicinske område – en handlingsplan, som ikke indeholder ti teser, men otte konkrete punkter til gennemførelse af en sådan plan.

Jeg har faktisk stor sympati for forslaget om, at vi også skal tage hånd om de udfordringer, vi står med på det medicinske område. Men det er jo ikke nok bare at pege på de udfordringer, vi står over for; vi skal også pege på holdbare og fremtidssikrede løsninger. Jeg finder, at regeringen allerede gør meget, men naturligvis kan vi altid blive endnu bedre.

To af punkterne i forslaget omhandler, at Danmark uddanner og fastholder det sundhedspersonale, vi har brug for. Jeg er helt enig, men på disse punkter er regeringen dog trukket i arbejdstøjet; optaget på de forskellige sundhedsuddannelser er øget. Men det er jo ikke nok kun at se på en forøgelse af uddannelseskapaciteten; vi er også nødt til at se på forhold, der gør det attraktivt at være ansat i det offentlige danske sundhedsvæsen. Det offentlige skal både kunne fastholde og tiltrække medarbejdere, og derfor er der f.eks. via trepartsaftalen sat en række initiativer i gang med henblik på at forbedre rammerne for medarbejderne og lederne i den offentlige sektor. Det er klart, at en øget uddannelseskapaciteten ikke hjælper lige her og nu, så derfor har vi også brug for at kunne rekruttere personale uden for Danmarks grænser.

Nogle andre punkter omhandler udbygning af sengepladskapaciteten, overbelægning og ineffektive sengedage – igen relevante problemstillinger. For mig at se er løsningen dog ikke bare flere og flere sengepladser og mere og mere personale, som vi i forvejen har svært ved at re-

kruttere. Jeg vil pege på forebyggende hjemmebesøg, og jeg vil pege på, at kommunerne skal have de relevante plejehjemspladser, når en patient er færdigbehandlet. Vi skal se på de forebyggende hjemmebesøg, og vi skal også se på hjemmebehandling af patienter med kroniske lungelidelser.

Tidligere i dag har nogle snakket meget om telemedicin. Jeg kunne have undt alle i Sundhedsudvalget at deltage i velfærdsteknologikonferencen i mandags ovre i Ingeniørforeningen. Det var en kanon dag, hvor man virkelig blev præsenteret for mange af de nye tiltag, der er på vej. Mange af de tiltag er jo sat i værk, og vi skal sikre, at kun de patienter, der har behov for en medicinsk udredning og behandling, indlægges på vores sygehuse.

Som jeg sagde i min indledning, berører beslutningsforslaget væsentlige problemstillinger. De otte punkter er dog for mig at se en lille smule rodede og lidt selvmodsigende, og indimellem er der peget på opgaveløsninger, som er iværksat. På den baggrund afviser De Konservative beslutningsforslaget.

Kl. 15:31

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Tak til ordføreren. Der er foreløbig to korte bemærkninger. Først er det hr. Per Clausen.

Kl. 15:31

Per Clausen (EL):

Der var en enkelt af ordførerens bemærkninger, som jeg synes jeg godt vil have udbygget lidt. Det var synspunktet om, at det skulle være mere attraktivt at arbejde i sundhedssektoren. Det er jeg helt enig i. Samtidig siger ordføreren også noget om, at det ikke kun er flere ressourcer, der er brug for, men er det ikke rigtigt forstået, at hvis man snakker med mennesker, som er ansat i sundhedssektoren, undlader de ikke at påpege behovet for flere hænder?

Det andet, jeg gerne vil spørge ordføreren om, er: Skal jeg også forstå det på den måde, at Det Konservative Folkeparti faktisk er enig med de faglige organisationer på sundhedsområdet om, at der er brug for et klart lønloft, sådan at man får både bedre lønvilkår – sådan af hensyn til at have noget mere at leve af – og en tiltrængt belønning for det gode arbejde, man udfører?

Kl. 15:32

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det ordføreren.

Kl. 15:32

Vivi Kier (KF):

Nu tror jeg ikke lige, at jeg brugte ordet ressourcer, men jeg kan gå tilbage og se. Jeg kan oplyse hr. Per Clausen om, at jeg også taler med rigtig, rigtig meget sundhedspersonale i den offentlige sygehusverden. Med hensyn til lønloft kender jeg ikke nogen, der ikke godt kunne tænke sig at få lidt mere i løn. Jeg kender også mange, der rigtig gerne vil have mange flere kollegaer.

Jeg vil give bare et lille eksempel på, hvordan det kunne være bedre at være ansat i den offentlige sektor, ved at spørge: Hvor står det skrevet ved lov, at man som læge skal have 24-timersvagter? Hvor står det skrevet ved lov, at man skal opdele dagen i vagter fra kl. 07-15, kl. 15-23 og kl. 23-07? Hvor står det skrevet ved lov, at man skal have 7 aftenvagter og 7 dage fri? Alle de her mange ting er noget, som personalet synes det er væsentligt at gøre noget ved. Og på den enkelte afdeling har man faktisk mulighed for at spørge: Hvordan kunne vi indrette arbejdsdagen, så personalet synes, det er rart at være her og har lyst til at blive her?

Kl. 15:33

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

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

Kl. 15:33

Per Clausen (EL):

Jeg deler fuldstændig ordførerens oplevelse af, at hvis vi gav de ansatte på afdelingerne mere indflydelse, så de i fællesskab kunne finde ud af, hvordan de ville organisere tingene, ville det blive bedre end i dag, og vi ville få mere tilfredse medarbejdere.

Men det, jeg godt vil spørge om, er: Tror ordføreren ikke også, at det godt kan være et problem, at vi har valgt at aflønne mennesker, der er ansat i den offentlige sundhedssektor – sygeplejersker f.eks. – væsentlig lavere end folk, der har en tilsvarende uddannelse, og som er i den private sektor? Tror ordføreren ikke, at det godt kan være, at det betyder, at det er sværere at rekruttere folk, og at det måske også er sværere for dem at få en oplevelse af, at der bliver sat pris på det arbejde, de udfører?

Kl. 15:34

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det ordføreren.

Kl. 15:34

Vivi Kier (KF):

Jeg vil ikke som politiker stå her og diskutere, hvad lønniveauet skal være for de forskellige of-

fentligt ansatte. Det overlader jeg trygt til arbejdsmarkedets parter. Jeg tror, at uanset hvem vi gik ud og mødte på gaden lige her udenfor, ville de synes, det var dejligt at få lidt mere i løn.

Kl. 15:35

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Den næste korte bemærkning er fra fru Lise von Seelen.

Kl. 15:35

Lise von Seelen (S):

Jeg vil også opholde mig lidt ved bemærkningerne om personalet. Det er jo positivt, hvis vi kan få uddannet noget mere sundhedspersonale, det har vi hårdt brug for. Men stadig væk vil de enkelte områder jo være i indbyrdes konkurrence, i særdeleshed så længe vi har mangel på arbejdskraft. Vil fru Vivi Kier ikke give mig ret i, at hvis vi var i stand til at give det medicinske område et løft, ville vi kunne bryde den tendens, der er til, at folk vælger at arbejde på andre afdelinger end de medicinske, så vi kunne stoppe det gennemtræk af personale, der er på de medicinske afdelinger? Sundhedspersonalet er jo kendetegnet ved, at de gerne vil være der, hvor de kan få lov at lave det faglige gode arbejde, det arbejde, de kan være stolte af.

Kl. 15:36

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Ordføreren.

Kl. 15:36

Vivi Kier (KF):

Nu er jeg selv uddannet sundhedspersonale, og jeg ved jo, at sundhedspersonalet ligesom os 179 medlemmer herinde i Folketinget har vidt forskelligt temperament med hensyn til, hvor de har lyst til at arbejde, og hvilket arbejde der tænder dem. Det er jo vidt, vidt forskelligt. Og så må jeg sige, at jeg, når fru Lise von Seelen spørger, om jeg ikke vil medgive, at der er brug for et løft, lige sidder et øjeblik og tænker: Hvad er det for et løft, fru Lise von Seelen tænker på?

Kl. 15:36

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det fru Lise von Seelen for anden og sidste korte bemærkning.

Kl. 15:36

Lise von Seelen (S):

Lige præcis det har jeg let ved at svare på, for det, jeg tænker på, er det løft, som beslutningsforslaget kunne medføre for hele området. Jeg hørte, at fru Vivi Kier sagde, at selve de otte punkter forekom ordføreren lidt rodede. Så vil mit spørgsmål være: Vil fru Vivi Kier være med til at rydde op i det, hvis punkterne i øvrigt er

sympatiske og kan være med til at give nogle forbedringer for de medicinske patienter? For vil da gerne, tror jeg, tage imod en hjælpende hånd, hvis vi kan få et bedre overblik over det her, så det bliver mindre rodet. Vil ordføreren være med til det?

Kl. 15:37

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Så er det ordføreren.

Kl. 15:37

Vivi Kier (KF):

Når jeg afviste forslaget og sagde, at det var lidt rodet og selvmodsigende, var det jo, fordi de otte punkter er meget, meget konkrete, og nogle af punkterne er selvmodsigende, og andre af punkterne er allerede iværksat. Derfor må jeg sige, at jeg må afvise forslaget, men har man på udvalgsniveau lyst til at diskutere med mig, er jeg altid åben for at snakke – også om det medicinske område.

Kl. 15:38

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Der er ikke flere korte bemærkninger. Tak til ordføreren. Den næste ordfører er den radikale ordfører, og det er fru Lone Dybkjær.

Kl. 15:38

(Ordfører)

Lone Dybkjær (RV):

Det Radikale Venstre er sådan set temmelig tiltalt af overskriften på det her forslag, nemlig: » ... en national handlingsplan for det medicinske område«. Vi mener i virkeligheden, at der er brug for noget i den retning, og vi mener, at det medicinske område har lidt under at være underprioriteret i forhold til det kirurgiske område. Så vi synes, at det er godt, at vi her i dag og forhåbentlig fremover i udvalgsarbejdet får fokus på det medicinske område.

Det står umiddelbart klart, dels fra ministerens tale – selv om man altid kan diskutere, om den helt forholdt sig til forslaget eller ikke – dels fra de andre ordførertaler, at der i hvert fald ikke umiddelbart er et flertal for selve beslutningsforslaget. Men jeg synes, at vi i udvalget skal stræbe efter at lave en beretning og se, om vi dog ikke kan komme et eller andet stykke vej og få taget nogle initiativer, så vi får lidt mere fokus på det her område, uden at vi samtidig fuldstændig blander os i regionernes arbejde.

Der er mange, der har været inde på her, at det skal man ikke gøre, men det har man dog kraftigt gjort med en lang række af de andre planer, kan man sige, så det burde måske ikke have været så saftigt et argument, som det har været

her. Vi har jo heller ikke fra radikal side været fuldstændig betaget af den måde, tingene er blevet grebet an på, specielt ikke med ventetidsgarantierne, så det er jo ikke nødvendigvis den handlingsplan, som vi synes skal laves også på de her områder.

Men vi synes, det er nødvendigt, at der kommer fokus på det medicinske område, og det gør vi, fordi det medicinske område kommer til at lide kraftigere af personalemangel end de andre områder, fordi det er langt sværere at planlægge på det medicinske område, end det er på det akutte område.

Der er en lang række ting i det her forslag, som vi synes er udmærkede. Vi synes, at det er alt for detaljeret, og det har jeg sådan set også sagt til forslagsstillerne at vi synes det er, men vi synes, at det må være muligt at tage nogle af tingene også fra nogle af de ordførere, der har nævnt eksempler i dag, så vi kan komme et skridt videre.

Jeg vil også sige det sådan helt pragmatisk: Det her forslag har været fremsat et passende antal gange, og det kunne selvfølgelig være rart, hvis vi ikke skulle blive ved med at gentage forslagene gang på gang, fordi de måske i virkeligheden ikke får nogen helt tilfredsstillende behandling. Så i virkeligheden skal min opfordring i dag være, at vi prøver at tage fat på det i udvalgsarbejdet for at se, om vi dog ikke kunne få sat lidt mere fokus på det her område og dermed altså også komme videre.

Jeg mener, at det er klart, at det fokus, som regeringen har haft på den planlagte kirurgi, betyder, at der ofres mange flere kræfter på det område, også fordi man, hvis ikke man ofrede de fornødne kræfter, jo ville få folk sendt over i den private sektor, som alt andet lige er dyrere.

Jeg synes også, at vi skal diskutere at få prioriteret sundhedspersonale og få tilrettelagt tingene på en sådan måde, at det også er attraktivt at arbejde på de medicinske afdelinger, uden at man derved blander sig i regionernes arbejde, for det ønsker vi ikke. Men det er jo også klart, at regionerne har signaleret, at der er behov for at gøre noget på det her område.

Så skal jeg lade være med at tage diskussionen om offentlig og privat i den her sammenhæng. Jeg ved godt, at så kommer vi ingen vegne, men måske kunne vi komme nogen vegne, hvis ikke vi forholder os alt for ideologisk til tingene.

Sundhedsministeren kom med en lang række eksempler på, hvor gode og hvor mange initiativ

man havde taget, og jeg vil godt sige til ministeren, at jeg synes, at man også skal fokusere lidt på her og nu. Det har man jo gjort med hensyn til de kirurgiske patienter, men det har man altså ikke gjort her. Og det hjælper jo altså ikke mig – jeg håber ikke, jeg bliver indlagt – at der på et eller anden tidspunkt bliver ekstremt gode behandlinger på det medicinske område.

Altså, det er jo ikke det, man har brug for, hvis man er akut patient på det medicinske område, så derfor synes jeg godt, at vi måske også kunne sige: Jamen hvad er det, vi kan gøre her og nu, så det ikke bliver sådan, som ordføreren fra SF's sagde – nu skal jeg passe på, at jeg anvender den rigtige terminologi – nemlig at de, der arbejder på det her område, føler, at det er underprioriteret. Det er jeg helt enig i, for sådan opleves det jo, og sådan må det opleves. Derfor synes jeg godt, at vi kunne tage fat på det på en måde også fra Sundhedsministeriets side, så medarbejderne ikke havde den fornemmelse, som de har i dag, nemlig at de ikke er så meget værd som de andre.

Kl. 15:43

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Tak til ordføreren, og terminologien var hundrede procent korrekt. Vi går videre i ordførerrækken, og den næste ordfører er så Enhedslistens ordfører, hr. Per Clausen.

Kl. 15:43

(Ordfører)

Per Clausen (EL):

Under ministerens redegørelse for, hvorfor regeringen overraskende nok ikke ville stemme for det her forslag, kunne man godt få indtryk af, at forholdene på de medicinske afdelinger var ganske gode. Det var godt nok i ministerens indlæg lidt uklart, hvorvidt der skulle være flere eller færre sengepladser i fremtiden, og det var også lidt uklart, om der var problemer eller der ikke var problemer. Der var det i hvert fald engang imellem. Men hovedessensen i indlægget var jo, at her går det godt.

Så må man spørge sig selv, hvad der kan være forklaringen på, at mennesker, som er ansat i sygehusvæsenet, ikke oplever, at det altid går godt. Og man må spørge sig selv, om det skyldes, at de mennesker, der arbejder på de medicinske afdelinger, er særlig følsomme, siden de har en klar oplevelse af, at det ikke er deres indsats, der prioriteres højest i sundhedsvæsenet, og siden de også har et meget klart indtryk af, at de patienter, som de behandler, ikke er dem, der prioriteres højest. For det kan jo skyldes, at der

bare er tale om, at de mennesker, der er blevet ansat til at arbejde på de medicinske afdelinger, ved et sært uheld er særlig følsomme.

Det forudsætter imidlertid også, at vi ikke tror, at regeringens politik har nogen effekter, og jeg forstod på ministeren, at det mener man selv den har. Der må man jo kigge på, hvad det er for nogle redskaber, man anvender. Man anvender den såkaldte behandlingsgaranti, som jo betyder, at hvis man ellers er så heldig at have en sygdom eller lidelse, som et privathospital kan og vil behandle, skulle man kunne blive behandlet efter 4 uger. Hvis man ikke har en sådan sygdom eller lidelse, må man jo vente, indtil der bliver plads et eller andet andet sted. Det får jo den effekt, og den har givetvis været tilsigtet, at de offentlige sygehuse koncentrerer indsatsen på de her områder, fordi de ellers taber penge, og ingen sygehuse ønsker at tabe penge.

Nogle regioner har jo også fundet ud af, at det ikke bare er det enkelte sygehus, der taber penge, men også regionen, fordi man ofte kommer til at betale mere, når behandlingen foregår på et privathospital, end hvis den foregår på et af de offentlige sygehuse. Altså, det betyder så, at hvis man bare er en lille smule fornuftig, bare tænker sig en lille smule om, må man prioritere det kirurgiske område. Man vil oven i købet prioritere det forholdsvis enkle kirurgiske område, for det er jo mest der, privathospitalerne huserer. Det har regeringen jo også opdaget, og derfor har den et supplement til den her sådan lidt markedsorienterede tilgang. Den har sådan en om ikke 5-års-plans-tilgang ved siden af, men dog en plan. Det er de nationale handlingsplaner. Det er på de områder, hvor regeringen siger at der er brug for at gøre en særlig indsats som et supplement og måske endda et korrektiv til det, der sker som følge af vores behandlingsgaranti.

Så kan man stille sig selv det spørgsmål: Når nu der er enighed i Folketinget om, at de medicinske patienter ikke må forsømmes – det er nedrigt og vel også lidt ondskabsfuldt af forslagsstillerne at antyde, at en af grundene til, at de medicinske patienter er blevet lidt dårligere behandlet, er, at det meget tit er ældre mennesker og mennesker, der måske ikke har stor gennemslagskraft – hvorfor er det så, at man ikke vil lave en national handlingsplan på medicinområdet? Det fortaber sig, synes jeg, i hvert fald i tågerne.

Det er selvfølgelig o.k., at ikke alle forslagene i det, vi har fremsat, er geniale. Måske er der

også enkelte forslag, der er set før. Men jeg må indrømme, at da jeg hørte, hvad det var, man havde af konkrete forslag til, hvad man ville gøre i stedet for, var det mest noget, kommunerne og regionerne skulle tage sig af, og det er jo et godt tema, når man er folketingsmedlem, hvad andre skal tage sig af.

Så bare til allersidst: Et af problemerne, når vi snakker om flere ressourcer og flere sengepladser, er, at det er svært at rekruttere personale til sundhedsområdet generelt og i særdeleshed til det medicinske område. Derfor bliver vi også nødt til at diskutere, hvilke vilkår vi byder de mennesker, der er ansat i sundhedsområdet.

Så kan man selvfølgelig godt henvise til, at det tager overenskomsternes parter sig af. Lad mig så bare minde om atter en gang, at de økonomiske rammer, som regionerne forhandler med sundhedspersonalet om, de økonomiske vilkår, der skal være i fremtiden, er fastsat af regeringen og af dette Folketing igennem den finanslov, der bliver lavet.

Så hvis man for alvor mente, at det skulle være mere attraktivt at arbejde i sundhedssektoren, og hvis man mente, at det også havde noget at gøre med den løn, som f.eks. en sygeplejerske får, og som er 27 pct. lavere end den, mennesker med tilsvarende uddannelse inden for typiske mandefag i den private sektor får, ja, så ville man jo nok have sørget for, at der blev afsat nogle penge til det i finansloven. Det har man valgt ikke at gøre, og det har selvfølgelig nogle konsekvenser.

Men alt er selvfølgelig ikke penge. Det handler også om at organisere arbejdet på en sådan måde, at de, der er ansat, selv føler, at de har indflydelse på det, og det synes jeg da også er et vigtigt element i det fremtidige arbejde på det her område.

Kl. 15:49

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):

Tak til ordføreren. Så er det ordføreren for forslagsstillerne, fru Lise von Seelen.

Kl. 15:49

(Ordfører for forslagsstillerne)

Lise von Seelen (S):

På vegne af forslagsstillerne, og det er Enhedslisten, SF og Socialdemokraterne, vil jeg gerne takke for de bemærkninger, vi har fået til vores forslag.

Når man fremsætter sådan et forslag, som omfatter så stort et område, tror jeg, at man skal have været her i meget kort tid, hvis man tror, at sådan noget bare lige smutter igennem, uden at

nogen måtte have ønsker til forandringer, eller man vil måske oven i købet komme ud for, at nogle helt forkaster det.

I de bemærkninger, der er kommet her, synes jeg, at jeg har set mange åbninger, og jeg vil gerne kvittere fru Lone Dybkjær for de bemærkninger, hun kom med, om, at vi kan arbejde videre med spørgsmålet.

Med hensyn til de andre ordførertaler vil jeg også sige, at jeg også sagtens kan få øje på bemærkninger, som åbner for en videre drøftelse i udvalget.

Jeg vil håbe, at vi under udvalgsbehandlingen kan komme frem til at arbejde konstruktivt videre, for det her område – jeg tror, næsten alle har sagt det – har været underprioriteret i forhold til andre områder, som der er en national handleplan for. Det er jo lige præcis derfor, vi synes, at en national handleplan ville være så godt et redskab. Vi har kunnet iagttage, at på de områder, hvor der er blevet lavet en national handleplan, er der faktisk sket noget – der rykker det noget. Derfor er ambitionen, at det også vil gøre en stor forskel på det medicinske område.

Men det kræver selvfølgelig, når man gør det, at der er nogle politikere, der forpligter sig til, at man også vil lave de forbedringer, gøre den indsats, og der kan der selvfølgelig være en tøven hos nogle, som siger: Jamen vi har lavet en anden aftale, som måske kolliderer med at gå ind og lige umiddelbart sige ja, lad os lave en national handleplan.

Der har været nogle bemærkninger til oplæggets otte punkter, som vi synes kunne være gode at arbejde med i en plan; nogle har sagt, at de er for detaljerede, at de ville gå ind og blande sig regionernes drift, og der er også nogle, der har sagt, at de er for lidt konkrete. Sådan er det vel, når man lægger sådan en plan frem: Nogle synes, den er for lidt konkret, og andre synes, den er for detaljeret.

Så er det vel vores fornemste opgave, når vi gerne vil kigge på området og på landsperspektivet, at sige: Hvor kan vi så finde en fællesnævner?

Ministeren talte om, at der har været mange forbedringer. Jeg vil sige, at det altså bliver lidt en oprensning af en hel masse forskellige ting, der er sket, og noget, der ligger langt, langt ude i fremtiden. Jeg synes ikke, at det er tilfredsstillende for os her i 2008 at arbejde med forbedringer for de medicinske patienter med udsigt til, at der kan ske forbedringer måske engang efter 2016. Det er altså ikke godt nok.

De initiativer, der skal tages, skal jo, når man laver en langsigtet plan, selvfølgelig give gevinst på den lange bane, men der skal også være nogle gevinster her og nu, for det har vi hårdt brug for. Vi kan i vores samfund ikke være bekendt, at syge mennesker ligger på gange og i skyllerum, og at de ligger færdigbehandlede på hospitalsafdelingerne, og vi kan heller ikke være bekendt, at vi savner boliger, velegnede boliger, vi kan sende folk hjem i, sådan at de kan komme i gang med et aktivt liv. Det er det, der er vores opgave, og det håber jeg meget at vi kan samles om under udvalgsbehandlingen.

Jeg ser frem til, at alle vil bidrage konstruktivt og benytte de åbninger, som er kommet frem i debatten her i dag. Tak.

Kl. 15:53

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Tak til ordføreren for forslagsstillerne.

Da der ikke er flere, der har bedt om ordet, er forhandlingen sluttet.

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg dette som vedtaget.

Det er vedtaget.

Det næste punkt på dagsordenen er:

17) 1. behandling af beslutningsforslag nr. B 65:

Forslag til folketingsbeslutning om transsek-suelles/transkønnedes rettigheder.

Af Per Clausen (EL) m.fl. .
(Fremsættelse 26.02.2008).

Kl. 15:54

Forhandling

Fjerde næstformand (Helge Adam Møller):
Forhandlingen er åbnet, og den første, der får ordet, er ministeren for sundhed og forebyggelse.

Kl. 15:54

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Enhedslisten opfordrer regeringen til at fremsætte et lovforslag, som skal sikre transsek-suelles rettigheder. Enhedslisten har i den forbindelse tre konkrete forslag, som vedrører både ju-