

Det er en rigtig god investering. Det er en god investering både i mennesker, som undgår fejl, og det er en god investering i forhold til økonomien i sundhedsvæsenet.

Så blev det nævnt, at vi ikke skal have parallelsystemer. Det synspunkt deler vi fuldstændig. Forslaget her er et ønske om at have én samlet organisering af det, der vedrører patientsikkerhed. Vores forslag er blevet til i lyset af, at selskabet har en bevilling, der udløber ved årsskiftet, og vi er absolut ikke optaget af, at der skal være et parallelsystem i forhold til selskabet. Vi opfatter det sådan, at de erfaringer, der er lavet i selskabet, har så stor værdi, at dem mener vi bestemt vi skal bygge videre på, og at vi skal give det noget mere muskelkraft.

Kl. 20.15

Det er en af grundene til, at vi kan komme videre, men forslaget her går jo også langt videre end det, der foregår ude i selskabet i dag, netop fordi vi udvider områderne og vi forsøger at få det samlet. Det er utrolig vigtigt, der er kontinuitet i det. Det er vigtigt, det er en organisation, som er stabil, og som ikke skal være usikker på, om de har en bevilling til næste år eller til næste år igen.

Derfor glæder vi os over tilkendegivelserne om opbakning til forslaget, og vi glæder os til den videre behandling.

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

Afstemning

Første næstformand (Svend Auken):

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

Den sidste sag på dagsordenen var:

9) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 41:

Forslag til folketingsbeslutning om en national gigthandlingsplan.

Af Lone Møller (S) m.fl.
(Fremsat 29/11 2005).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg synes, det er et spændende beslutningsforslag, Socialdemokratiet her fremsætter, som fortjener en grundig debat, så det håber jeg vi kan få.

Forslaget går jo kort fortalt ud på, at regeringen senest den 1. april 2006 skal udarbejde en national handlingsplan, som skal indeholde en række elementer: indførelse af standardiseret udredningsforløb, strategi for diagnosticering af behandling i almen praksis, udbygning af en forebyggende og sundhedsfremmende indsats, styrket patientuddannelse og endelig øget forskning på slidgigtområdet. Der skal afsættes 50 mio. kr. til indsatsen.

Det er forslaget, og jeg vil gerne starte med at slå fast, at jeg fuldt ud deler forslagsstillernes opfattelse af, at sundhedssektoren generelt skal styrke indsatsen på gigtområdet, det vil sige styrke både forebyggelse, udredning, behandling og rehabilitering.

Jeg mener, der er et betydeligt potentiale til at styrke indsatsen først og fremmest jo selvfølgelig til gavn for patienterne – det er dem, det drejer sig om – men sådan set også til gavn for samfundet. Det handler jo også om at sikre, at borgere, der rammes af gigt, fortsat har mulighed for at deltage aktivt i arbejdslivet.

Derfor er det altså en relevant debat, som Socialdemokratiet rejser her med beslutningsforslaget, og det er samtidig også en god anledning for mig til at beskrive regeringens overvejelser og konkrete initiativer.

Det, der vil være mit centrale budskab til både tilhørerne i salen og i logen, som har ventet længe på denne debat, er, at regeringen arbejder målrettet på at styrke indsatsen over for patienter med kroniske sygdomme, og det vil også sige over for gigtpatienter, men jo også over for patienter med andre kroniske sygdomme: diabetes, rygerlunger, astma, hjertesygdomme osv. Jeg mener, vi er godt på vej.

For at tage hovedkonklusionen først tror jeg sådan set, at vi tackler det her bedst ved nu ikke sygdomsområde for sygdomsområde for sygdomsområde at løfte nationale handlingsplaner op, men ved i stedet bredt at gå mere målrettet til værks, fordi nogle af de mekanismer, der skal

til, nogle af de sammenhænge, der skal skabes, og som skal fungere bedre, end de gør i dag, er genkendelige fra det ene sygdoms område til det næste.

Det er sådan set også min baggrund for, at jeg når den konklusion, at det ikke er en god idé politisk i Folketingssalen at vedtage en national gigthandlingsplan. Der er behov for et generelt løft af indsatsen over for kronisk syge i det danske sundhedsvæsen. Vi skal ikke udvælge sygdomsområder. Der er behov for en samlet indsats.

Vi ved jo godt, at arbejdsdelingen mellem sundhedssektorens aktører ikke altid fungerer hensigtsmæssigt med hensyn til indsatsen over for gigtpatienter – eller erstat ordet gigtpatient med nogle af de andre kronikersygdomme. Vi ved, at mange borgere, måske op mod 1,5 million danskere, lider af en kronisk sygdom, vi ved, at den stigende levealder betyder, at der er flere, der vil komme til at have en kronisk sygdom, og endelig ved vi, at der er et væsentligt forbedringspotential, så alle patienter får den rigtige indsats i rette tid og på det rette sted.

Kl. 20.20

Det er sådan set – og så undskylder jeg, for det har også været mit løsenord i andre debatter tidligere i dag – jo en af de betydelige bevæggrunde til, at vi nu laver en organisationsreform, en kommunalreform, en sundhedsreform, som styrker kommunernes ansvar på bl.a. forebyggelses- og genoptræningsområdet, som giver kommunerne medfinansiering af regionernes sundhedsudgifter og dermed en tilskyndelse til at styrke rehabiliteringsindsatsen over for gigtpatienter og andre med kronisk sygdom.

Det er derfor, vi styrker specialeplanlægningen, giver Sundhedsstyrelsen nye kompetencer. Det er derfor, vi laver et nyt aftalesystem med obligatoriske sundhedsaftaler, der skal styrke samarbejdet på tværs af sektorer, fra region, sygehus til det, der foregår ude i kommunerne. Det er præcis bevæggrundene. Det er at fremme en bedre sammenhæng på gigtområdet og på nogle af de andre områder.

Nu skal vi så til at tage de næste skridt, for jeg mener sådan set, at vi er godt i gang med at bygge, kan man sige, de organisatoriske forudsætninger op, bygge motoren op, om man vil. Så skal der også benzin på den, så den kan køre. Det kommer der også, for Sundhedsstyrelsen har jo for nylig udsendt en rapport »Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb«, som jeg

har oversendt til Sundhedsudvalget, og som jo er en rapport, der sætter et skarpt lys på nogle centrale indsatsområder for de kommende år.

Sundhedsstyrelsen peger på, at det samlede sundhedsvæsen skal blive bedre til at tilbyde gigtpatienter, men jo også andre med en kronisk sygdom, det rigtige behandlingstilbud, herunder standardiseret udredning, og det skal ske rettidigt, og det skal ske det rette sted.

En af hovedkonklusionerne i rapporten er, at en større del af indsatsen skal ydes mere målrettet i almen praksis og i kommunalt regi. Samtidig skal de højt specialiserede sygehusydelse målrettes det, man kunne kalde de tungeste patienter, de mest komplekse patienter, og hertil kommer, at den samlede indsats skal bindes mere systematisk sammen af evidensbaserede forløbsprogrammer for de store kroniske sygdomme, også på gigtområdet.

Det er jo i virkeligheden, hvis man sammenholder det med nogle af elementerne i Socialdemokraternes beslutningsforslag, ord, der går igen, metoder, som Socialdemokraterne foreslår, som Sundhedsstyrelsen også foreslår, og som jeg er hundrede procent enig i.

En anden central konklusion i Sundhedsstyrelsens arbejde, er perspektivet med at styrke patienternes egenomsorg. Det handler grundlæggende om, at sundhedsvæsenet skal blive bedre til at hjælpe patienterne til en aktiv tilværelse og et godt liv trods deres kroniske sygdom, herunder altså at fokusere på, hvordan man undgår udstødelse fra arbejdsmarkedet.

Der er så i udredningsarbejdet fra Sundhedsstyrelsen, som nu skal ud i virkeligheden og implementeres, en lang række specifikke kliniske og organisatoriske anbefalinger. Tiden her i dag tillader jo ikke, at jeg står her og redegør for dem i detaljer, men jeg kan henvise til det materiale, jeg har oversendt.

Jeg mener derfor, at vi nu med den kortlægning, der har fundet sted i Sundhedsstyrelsen, med den nye organisation, de nye samarbejds-mønstre og de nye økonomiske incitamenter, vi skaber med fuld effekt fra den 1. januar 2007, har skabt et grundlag for en styrket indsats over for gigtpatienter og andre kronisk syge.

Jeg mener, at der skal følges aktivt og målrettet op, og derfor er mit ministerium i samarbejde med Sundhedsstyrelsen nu i gang med at fastlægge rammerne for et udviklingssamarbejde, der skal gennemføres i løbet af indeværende år, altså 2006.

Det er min ambition, at der skal udarbejdes et praktisk anvendeligt grundlag for, at de nye regioner og kommuner allerede fra næste år, 2007, markant kan styrke indsatsen over for gigtpatienter og andre kronisk syge.

Som sagt er der altså præcis på nuværende tidspunkt oven på Sundhedsstyrelsens kortlægning gang i en nærmere fastlæggelse af det her opfølgingsinitiativets mere detaljerede indhold – tidsplaner osv. – men hovedelementerne ligger sådan set fast.

Det er således min forventning, at der i Sundhedsstyrelsens regi skal nedsættes en central styregruppe med deltagelse af alle relevante aktører, herunder de kommende regioner, kommunerne, almen praksis. Styregruppen skal sikre, at udviklingsarbejdet forankres hos de driftsansvarlige kommuner og regioner, og fokus for styregruppen skal altså ikke være gigt eller diabetes eller rygerlunger, men det, der går på tværs, og som binder de her kronikerområder sammen.

Så er det min forventning, at udviklingsarbejdet i 2006 skal målrettes to centrale indsatsområder, dels udarbejdelsen af det, vi plejer at kalde forløbsprogrammer, altså standardiserede forløbsprogrammer for de store kroniske sygdomme, dels styrkelse af grundlaget for patienternes egenomsorg.

Kl. 20.25

Forløbsprogrammer er jo sygdomsspecifikke. De har til formål at samle evidensbaserede retningslinjer for udredning, for behandling, for forebyggelse og sundhedsfremme, og samtidig skal disse forløbsprogrammer jo bidrage til at skabe nogle retningslinjer for en fornuftig arbejdsdeling mellem sygehussektoren, de kommunale tilbud, som begynder at blomstre op, og ikke mindst egen læge.

På gigtområdet konkret skal arbejdet bl.a. inddrage de kliniske retningslinjer for samarbejdet mellem almen praksis og speciallægepraksis, som de lægelige selskaber er i gang med at udarbejde. Så det er det ene indsatsområde, det ene fokusområde.

Det andet fokusområde på sådan den korte bane er styrkelsen af grundlaget for patienternes egenomsorg. Sundhedsstyrelsens rapport dokumenterer, at en bedre udnyttelse af patienternes egne ressourcer medfører nogle bedre sygdomsforløb. Det handler både om at styrke patienternes inddragelse i monitoreringen eller overvågningen af deres egen sygdom f.eks. via måling af blodtryk samt om patientinddragelse i behand-

ling f.eks. via ændring af medicinering. Hvis vi magter at styrke egenomsorgen, kaster det altså resultater af sig, men det forudsætter selvfølgelig også en slags investering, nemlig i patientuddannelse.

Patientuddannelse handler jo om mestring af egen sygdom gennem ændring af livsstil og håndtering af kroniske komplikationer, og med det initiativ, jeg her har skitseret, skal Sundhedsstyrelsen bygge videre på den afprøvning af et patientuddannelsesprogram, som styrelsen netop har gennemført i et samarbejde med bl.a. Gigtforeningen.

Arbejdet i 2006 skal sigte mod at udbrede anvendelsen af patientuddannelsesprogrammer, også på gigtområdet. Så der er altså allerede igangsat en række initiativer på gigtområdet, og jeg har her kort omtalt nogle af dem.

Jeg kunne også nævne, at regeringen og Dansk Folkeparti med finansloven for indeværende år har prioriteret, at forskningsindsatsen vedrørende slidgigt skal øges med 15 mio. kr. årligt over en 3-årig periode, men det afgørende er sådan set i det, jeg her forsøger at sige, at vi med både sundhedsreformen og det arbejde, der nu er igangsat, og som altså foreløbig er et arbejde, hvor der er sat en slags komma med den her rapport, jeg har oversendt til Sundhedsudvalget om de kronisk syge, har skabt nogle forpligtende sigtelinjer for de kommende års indsats på kronikerområdet bredt og dermed også på gigtområdet snævert.

Jeg synes jo, at den her sag er både for alvorlig og for god til, at vi skal slås om copyright og ophavsret til, hvem der har æren af hvilket initiativ. Jeg synes, at vi sådan set i fællesskab skulle glæde os over, at vi med de beslutninger, der er truffet sidste år med sundhedslov m.v., er ved at skabe nogle organisatoriske forudsætninger for at gøre mange af de ting, som jo er det centrale indhold i Socialdemokratiets beslutningsforslag.

Om det så fremmes via en paraply, der hedder national handleplan, eller om det, som jeg nu foreslår det, fremmes mest ved en målrettet indsats, hvor vi altså også tager læring på en måde, så det kan omsættes til andre sygdomskategorier, synes jeg jo ærlig talt ikke vi skal stå og skændes om. Derfor håber jeg sådan set, at man ikke tager det ilde op, når jeg nu når den konklusion, at jeg ikke kan støtte beslutningsforslaget.

Det er ikke, fordi jeg ikke kerer mig om problemstillingen. Det er ikke, fordi jeg ikke kan se, at der er mange af de elementer, der er i beslut-

ningsforslaget, som er fornuftige. Det er faktisk, fordi jeg føler, at vi med de initiativer, et Folkeeting allerede har taget, er ved at skabe forudsætningerne for at indfri nogle af dem.

Det er ikke gjort med et fingerknips. Det kræver, at der er central fokus. Det vil jeg også gerne sætte. Men jeg vil meget gerne undgå den situation, at vi nu skal have centralt fokus og en national handleplan og national følgegruppe på giggt, på diabetes, på KOL etc., når de værktøjer, der skal til for at løse de her patienters udfordringer, i virkeligheden langt hen ad vejen er de samme for de forskellige sygdomskategorier.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu håber jeg bestemt ikke, vi skal skændes om det her. Jeg kan da høre, at vi på mange stræk bestemt er enige, og jeg skal da også takke for den her udredning. Den har jeg da læst med interesse og er meget enig i nogle af de anbefalinger, der står.

Den svaghed, der jo er, er, at der er mange pæne ord, men at der ikke er ret meget konkret handling bag ordene. Det, jeg så lytter mig til at ministeren siger, er, at det er det, man så nu skal til at i gang med.

Kl. 20.30

Jeg ved også, ministeren har en tyrkertro på, at den nye kommunalstruktur løser alle forebyggelsestiltag i dette land. Så kan jeg ikke undlade at spørge ministeren: Hvorfor er der ingen konkrete forpligtelser for kommunerne til at implementere nogle af de anbefalinger her, som er meget, meget fornuftige?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg har ikke nogen tyrkertro; nu vil jeg sige, at ordets betydning fortaber sig i min barndoms lærdom, men jeg har altså ikke nogen firkantet, fast tro på noget som helst, men jeg har en opfattelse af, at hvis man vil noget, så er der mange forudsætninger, der skal være til stede på en og samme tid.

Der skal være den rigtige organisatoriske opbygning, det får vi nu. Der skal være de rigtige incitamenter, det får vi nu. Men så skal der selvfølgelig også være den rigtige viden til, at de, der nu får et nyt ansvar, kan arbejde med det, og det får vi også nu.

Det er jo sådan set ideen med de standardiserede forløbsprogrammer at lave sådan en slags

abstrakt, konkret best practice på, hvad der er det ideelle patientforløb inden for forskellige kronikersygdomme, og så stille den viden til rådighed, ud fra hvad der måske så er en tyrkertro på, at de, der er valgt ude i regionerne til at bygge et godt sundhedsvæsen op, de, der er valgt ude i kommunerne til at drive deres kommune godt, og de, der er ansat begge steder, sådan set har den samme interesse, som fru Lone Møller og jeg har. Så bibragt den rigtige viden og givet de rigtige tilskyndelser vil de sådan set, ligesom fru Lone Møller og jeg, fremme den her sag.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Skal jeg forstå det sådan, at ministeren siger, at de standardiserede forløbsprogrammer, vi nu skal i gang med, vil blive væsentlig mere forpligtende end bare de hensigtserklæringer, som der er i rapporten? Så er vi jo kommet et langt stykke ad vejen.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Nu skal vi passe på, at vi ikke centraliserer og fjernstyrer alt, hvad der foregår i den offentlige sektor. Det er jo meget tankevækkende, for da vi lavede kommunalreformen, var det mig, der blev beskyldt for centralisering, og hver gang vi har et konkret tema, så er svaret fra oppositionen: Lad os få nogle regler, lad os sætte dem igennem.

Vi har en rollefordeling her, hvor vi får nogle nye aktører ind, som vi forpligter på at forpligte hinanden. Der skal laves sundhedsaftaler mellem kommune og region. Det, der er vores opgave, er at putte den viden ind bl.a. ved nogle standardiserede forløbsprogrammer, og ud fra hvad der er evidens for virker, og hvad der er evidens for ikke virker og sådan noget, stille den viden til rådighed.

Så må vi da tro på og give det en chance, at de mennesker, der sidder med det egentlige ansvar derude, og som i øvrigt skal modtage vælgerne dom hvert fjerde år, ligesom os herinde har en interesse i at omsætte det til noget, der er forpligtende. Instrumenterne er der jo.

Det er en lovgivningsmæssig forpligtelse, at man i mødet mellem kommune og region skal aftale, hvordan der bygges bro sektorerne imellem. Det skal man gøre, og hvis vi så i fællesskab kan udvikle noget viden om, hvordan det bedst tænkeligt sker, så må vi da sådan set gå ud fra, at

logikkens veje fører til, at de her ting bliver båret med ind i de aftaler. Det er ikke tyrkertro, det er sådan set bare sund fornuft.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jeg har altid hørt til dem, der synes, at en portion sund fornuft er meget godt at blande med politik, men når jeg kan blive lidt bekymret, er det jo bl.a. også, fordi noget af det, ministeren selv påpeger, er: Skal vi have meget mere forebyggelse ude hos de praktiserende læger?

Der er jo bare det problem, at samtlige praktiserende læger i dette land ikke har samme øvelse i at diagnosticere. Hvordan sikrer vi, at samtlige praktiserende læger i landet får en viden om, hvordan man går i gang med et hurtigt forløb? Det er der, min bekymring ligger. Jeg vil meget gerne tro på, at man er interesseret i at få det her til at virke.

Formanden:

Jeg er blevet bekendt med, at der er blevet givet fru Lone Møller positiv særbehandling, ved at hun har fået tre korte bemærkninger, men så får ministeren et halvt minut mere til at svare.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg er da glad for, at den samme spilleregulering gælder for mig, så jeg også får mulighed for at give lige så mange for mange svar.

Jeg ser da meget gerne, at almen praksis kommer mere på banen her. Jeg så da meget gerne, at overenskomster på området i højere grad understøttede, kan man sige, fokus på sammenhængende patientforløb frem for enkeltkonsultationer. Der er da masser af muligheder her. Nu ligger de i hvert fald i første række uden for min rækkevidde, fordi det jo er et mellemværende mellem SFU og PLO, men lad os nu se, om ikke også der kunne ske noget på den front. Det ville da være positivt, hvis almen praksis kom bedre med.

Kl. 20.35

Jeg er ikke lalleglad, men jeg er sådan set meget optimistisk, med hensyn til at det må kunne lykkes, givet at vi nu har stillet brikerne anderledes op på denne spilleplade, at få skabt en tilskyndelse til, at almen praksis også bliver mere fokuseret på kvalitetsoptagelse – hvad virker, hvad virker ikke? – og sammenhængende patientforløb frem for enkeltkonsultationer, at

kommunerne får den viden via Sundhedsstyrelsens indsats, og at regionerne forpligter kommunerne på at bruge den viden via sundhedsaftalerne.

Det er sådan set den udvikling, jeg ser for mig. Så kan man kalde det en handleplan eller national handleplan, eller hvad man vil, det kan man i hvert fald kalde en strategisk indsats. Og så synes jeg bare, at den skal komme alle kronikere til gode, for de problemstillinger, fru Lone Møller også rejser her, er jo ikke kun relevante for gigtpatienten, men også en række andre kronikere.

Formanden:

Så fortsætter vi efter de autoriserede taletidsregler. Fru Charlotte Fischer for en kort bemærkning til ministeren.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det var i henhold til det, ministeren sagde om nationale handlingsplaner. Skal vi have en for hver folkesygdom, der er? Hvor mange skal vi have? Skal vi plastre det hele til med nationale handlingsplaner? Og jeg deler sådan set fuldstændig den overvejelse, der er om, hvor mange vi skal have.

Vi har jo lavet dem for hjertesygdomme og kræft, som er de direkte livstruende sygdomme, og det giver jo god mening, at man har meget hånd i hanke med det. Men hvor langt skal vi så videre gå?

Så er det egentlig også for at forstå, hvad ministerens ræsonnementer er, for regeringen har jo også lavet en handlingsplan for diabetes, og så kan man jo sige, at hvis man har lavet for diabetes, hvorfor så ikke lave for gigtpatienter for at blive klogere på det? Hvad er ræsonnementet der?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Det understreger måske meget godt den sliske, man kommer ud i, hvis det nu er sådan, at vi føler, at vi så skal lave nationale handlingsplaner, som altså både rummer en særlig organisation, en særlig økonomi og nogle særlige instrumenter for i virkeligheden legio sygdomsgrupper.

Der også noget selvransagelse i det, jeg her siger, for det er rigtigt, vi også har lavet en målrettet indsats på diabetesområdet. Men jeg tror altså bare, vi i virkeligheden tager fejl af målet, for så kan vi sidde med et setup og fokusere på nog-

le sammenhænge i forbindelse med gigt og et andet setup og fokusere på nogle sammenhænge i forbindelse med diabetes, i forbindelse med KOL og i forbindelse med nogle andre sygdomskategorier. Og hvem er det så pludselig, der egentlig har øje for: Hov, det er jo sådan set de samme problemstillinger igen og igen?

Det er ikke, fordi jeg har noget imod, at vi arbejder nationalt strategisk med det, jeg synes bare, vi skal arbejde med det rigtige. Det, jeg siger vi nu skal gøre en målrettet indsats på, er jo altså kronikerområdet, det er sådan en matrixtilgang, eller hvad ord man nu vil bruge. Det er en anden tilgang, men det fører jo samme sted hen.

Jeg vil meget gerne diskutere det her nærmere med de sundhedspolitiske ordførere også i et setup, der måske er mere operationelt end en folketingsdebat her en sen tirsdag aften, for jeg tror i virkeligheden ikke, vi grundlæggende ser så forskelligt på det her.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Det var bare for at være helt sikker på, at jeg forstår det rigtigt, at man kan sige, at set med ministerens øjne var det det helt rigtige at få hjerteplanen og kræftplanen, som jo også er succeser, solstrålehistorier, men derefter er det måske meget mere en tværgående tænkning, man skal søge, og det gælder også på diabetesområdet, som jo rummer nogle af de samme problemstillinger, som gælder på gigtområdet. Er det rigtigt forstået?

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Ja, sådan kunne man godt sige det, hvis man formulerede sig bedre, end jeg gør. Kort, præcist og målrettet kunne man godt udtrykke det på den måde.

Formanden:

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

Birgitte Josefsen (V):

Vi ved, at mere end hver tredje voksne dansker lever med en langvarig sygdom, og at antallet af kronikere vil være stigende de kommende år, bl.a. fordi vi får en anden alderssammensætning, og vi ved også, at mange får livsstilsbetingede sygdomme. Der er derfor al mulig grund til at sætte fokus på hele kronikerområdet, der er

al mulig grund til at udtænke løsningsforslag med henblik på at forebygge og udvikle behandlingsmetoder og forske på området kroniske sygdomme.

Vi ved også, at den 1. januar 2007 træder en kommunalreform i kraft, der medfører, at mange nye udfordringer på sundhedsområdet bliver lagt ud til primærkommunerne. Vi ved, at det betyder mange udfordringer for kommunerne, men vi ved også, at det kan komme til at betyde mange muligheder for borgerne.

Kl. 20.40

Bl.a. er der jo et flertal her i Folketinget, der vedtog en sundhedslov i foråret, hvor vi præciserede, at den kommunale indsats over for den patientrettede forebyggelse skulle omfatte genoptræning, patientskole og rehabilitering. Jeg nævner det for at gøre opmærksom på, at med hensyn til det punkt 4, som forslagsstillerne har beskrevet i bemærkningerne til beslutningsforslaget, kan de være rolige. Der er i sundhedsloven fokuseret på, at kommunerne skal tilbyde patientundervisning og oprette patientskoler.

Jeg står her med en af de ansøgninger, der kom fra kommunerne – 1 ud af 63 – hvori man ønskede at få lov at oprette et pilotprojekt gænde ud på at oprette et sundhedscenter. Det er blot et eksempel ud af mange, der viser, at der fokuseres på patientundervisning, på forskning og på de kronisk syge og forebyggelse.

Ikke nok med, at kommunerne er opmærksomme på, at de skal igangsætte patientskoler, de har faktisk forstået opgaven hundrede procent. Det står nemlig klart, at der ligeledes pågår et forberedende arbejde allerede nu, sådan at man er klar til den 1. januar 2007.

Der etableres samarbejdsfora med det mål, at både almen praksis, regioner og kommuner får et fælles fodslag i indsatsen over for de mange borgere, der har pådraget sig kroniske sygdomme.

Der fokuseres på at udvikle standardplaner, således at der er sammenhæng mellem forløbet for rehabilitering på sygehuse, opsporing hos almen praksis og et eller flere kommunale tilbud; det kan være genoptræning, opfølgning og patientskoler til udslusning i form af netværksløsende tilbud, eksempelvis i samarbejde med patientforeninger.

I Venstre kan vi allerede nu se, at netop den nye opgavefordeling på sundhedsområdet vil medføre et større fokus på den forebyggende del, og der er taget hånd om den patientrettede del. Mange gigtlidelser og andre kroniske lidel-

ser kan forebygges eller udskydes ved at være opmærksom netop på det at leve sundt og have en sund livsstil, og det er noget af det, der vil være fokus på i primærkommunerne.

I finansloven har Venstre, De Konservative og Dansk Folkeparti afsat 15 mio. kr. årligt over en 3-årig periode, hvor man skal forske i slidgigt, og under Beskæftigelsesministeriet er der fokuseret på en arbejdsmiljøindsats over for tunge løft, så alt i alt synes vi, at man er på vej i den rigtige retning, men vi medgiver, at det er vigtigt, at man sætter fokus på området.

Vi kan ikke støtte det forslag, der ligger, og som vi behandler i dag.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jeg er meget enig med Venstres ordfører i, at det er en stor kommunal opgave.

Men kan det så ikke bekymre Venstres ordfører, at vi jo faktisk lige har modtaget noget materiale fra Gigtforeningen, hvor man har prøvet at lave en opgørelse over, hvor mange borgere der er i de forskellige kommuner, som har fået diagnosticeret en gigtsygdom? Der er faktisk nogle steder i landet, hvor der slet ikke er nogen, der har gigt, og det er jo kun glædeligt, hvis befolkningen dér er så sund, men det kunne måske også hænge sammen med, at det ikke er et område, man prioriterer.

Derfor vil jeg gerne spørge: Hvordan tror Venstres ordfører, at vi kan sikre en prioritering og vende udviklingen, blot fordi vi nu får nogle nye kommunestregere?

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Jeg synes, vi skal se det i en sammenhæng med det, ministeren også var inde på, nemlig rapporten, vi har fået, om de kroniske sygdomme, hvor der er en række anbefalinger. Jeg forventer, at der på baggrund af den rapport fremkommer nogle initiativer, og de skal selvfølgelig også koordineres ud til de kommunale instanser.

Men når jeg siger, at jeg har tiltro til, at der bliver fokuseret på området i de nye, store og stærke kommuner, så er det i forbindelse med, at jeg går ind og kigger på netop de mange ansøgninger, der kom, hvor man gerne ville have lov til at oprette pilotprojekter i forbindelse med sundhedscentre, og hvor mange af dem netop har fokuseret på området de kroniske sygdomme. Jeg tror ikke, det har været – i hvert fald ikke i manges bevidsthed – højt prioriteret hidtil,

men nu er der jo også et incitament i kommunalreformen til at yde en indsats på det forebyggende område.

Formanden:

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

Kl. 20.45

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu er det jo ikke alle kommuner, der er blevet større. Der er faktisk en meget stor del af landets kommuner, som sådan set har samme størrelse, som de hele tiden har haft. Så kunne man jo starte med at gå ind at se, hvordan det så står til med forebyggelsesopgaverne i de kommuner. Der kan jeg da i hvert fald sige uden at være ekspert og uden at have det nøjagtigt, at det ikke står lige godt til alle steder.

Fru Birgitte Josefsen henviser selv her til rapporten om kroniske sygdomme og taler om patientuddannelse. Det er noget af det, som jeg i hvert fald tror har en meget god virkning. I rapporten her omtaler man det som en god idé, men det er ingen forpligtelse.

Kunne fru Birgitte Josefsen forestille sig, at Venstre ville være med til at lave et forslag til, at kommuner blev forpligtet til at oprette patientuddannelser?

(Kort bemærkning).

Birgitte Josefsen (V):

Nu vil jeg gerne på baggrund af rapporten, der ligger fra Sundhedsstyrelsen, vente på, at Sundhedsstyrelsen kommer med nogle initiativer på hele det område, der hedder de kroniske syge, ligesom jeg vil sige, som jeg sagde i min ordførertale, at jeg kan se, at mange kommuner på nuværende tidspunkt i den planlægning, de er i gang med, har været inde at beskrive, at de vil opprioritere det her område og netop fokusere på patientundervisning og patientskoler. Så jeg har tiltro til, at det kommunale selvstyre virker.

Formanden:

Tak til fru Birgitte Josefsen. Så er det fru Lone Møller som ordfører.

Lone Møller (S):

Allerede inden forslaget her har været behandlet, har der jo været meldinger ude fra de forskellige partier. Noget af det, som flere partier også allerede har sagt her i dag, er: Hvorfor nu

en handlingsplan for gig? Skal vi have handlingsplaner på alle områder?

Der er jo ingen tvivl om, at der, hvor vi har lavet handlingsplaner, har området fået et løft. Og jeg vil ikke være så bekymret over at have handlingsplaner for alle diagnosegrupper. Der er ingen tvivl om, at de sætter fokus på områderne, og at de er med til at styrke dem. Men jeg vil selvfølgelig være tilfreds med alle tiltag, der kan vedtages i denne samling, for at få styrket gigtområdet.

Når vi har sat fokus på gigtområdet, er det jo, fordi en meget, meget stor befolkningsgruppe er underlagt disse sygdomme. Det er omkring 700.000 danskere, der lider af en gigtsygdom, og der er ingen tvivl om, at der vil komme flere til i de kommende år. Og hvorfor vil der det? Det vil der bl.a., fordi vi har et stigende antal ældre og vi desværre også har et stigende antal overvægtige. For de mennesker, som er ramt af en gigtsygdom, har det store konsekvenser med kroniske smerter, kronisk træthed, fysisk handicap og sociale begrænsninger.

Hvis vi kigger på gig, er det den næstdyreste sygdomsgruppe kun overgået af psykiske sygdomme, og den største samfundet ca. 34 mia. kr. om året. Det vil sige, at der er midler til at gå i gang. Og hvis vi ser på, hvor mange ansøgninger der kommer til førtidspensionsområdet, så er 20 pct. af ansøgningerne begrundet i sygdom i bevægeapparatet, og 48 pct. af alle langtidssygemeldinger skyldes problemer i bevægeapparatet. Derfor har vi med et stort og omfattende problem at gøre. Og alene af den grund mener vi, at det er vigtigt at få sat yderligere fokus på området.

Der er ingen tvivl om, at der er meget stor forskel på, om man bor i Øst- eller i Vestdanmark med hensyn til, hvordan man bliver behandlet. Det er det, vi meget gerne ville være med til at ændre, sådan at vi sikrer, at uanset hvor man er bosat i dette land, får man den samme behandling, den samme hurtige behandling og en hurtig diagnosticering. Vi taler så meget om i disse år, at vi også skal undgå udstødning fra arbejdsmarkedet, at man skal blive længere på arbejdsmarkedet. Derfor er det utrolig vigtigt, at der også bliver sat fokus på de områder.

Patientuddannelse har i hvert fald i nogle af de eksempler, der har været, givet en god erfaring, og derfor er det noget af det, som vi mener man burde vedtage i en national handlingsplan. Det skal ikke blot stå i en rapport fra Sundhedsstyrelsen, hvor man anbefaler det, men lader det

være mere eller mindre frivilligt op til kommunerne.

Kl. 20.50

Derfor er der ingen tvivl om, at vi vil forsøge at få afdækket en stor del af det her område under udvalgsarbejdet. Vi vil også følge nøje op på ministerens udmeldinger her i dag, og det ville være rart, hvis vi i fællesskab kunne igangsætte et initiativ, som styrkede hele det her område. Om det så bliver en national handlingsplan, eller hvad vi skal kalde den, ved jeg ikke, blot der kommer en forstærket indsats, og at det ikke er noget, der bare skal udvikle sig i takt med, at vi får en ny kommunalstruktur.

Formanden:

Så er det fru Birthe Skaarup som ordfører.

Birthe Skaarup (DF):

Forslaget fra Socialdemokraterne lægger i hovedtræk op til, at der er behov for en national handlingsplan, som fru Lone Møller lige har omtalt, og at der skal ske en forskningsmæssig indsats over for gigtsygdomme.

Vi er i Dansk Folkeparti klar over, at rigtig mange mennesker lider af forskellige sygdomme i bevægeapparatet, og at det har nogle samfundsmæssige konsekvenser. Mange forlader nemlig arbejdsmarkedet tidligt i deres arbejdsliv på grund af sygdomme og ansøger om førtidspension. Desuden skyldes mange af de daglige korttidssygemeldinger også denne sygdom. Socialforskningsinstituttet har opgjort, at 43 pct. af alle sygemeldinger – det ligger måske meget godt i tråd med de 48 pct. som tidligere nævnt – over 9 ugers varighed også skyldes lidelser i bevægeapparatet med et samfundsmæssigt tab til følge.

Når vi taler om slidgigt, ved vi, at det har stor betydning for det enkelte menneske, fordi der følger begrænsninger med i det daglige, ud over at man kan have stærke smerter. Der findes ingen helbredende behandling for slidgigt, og der mangler grundlæggende viden om sygdommens opståen, udvikling og forebyggelse, selv om vi af og til hører, at det gælder om at bevæge sig, til trods for at det kan gøre ondt, og også at raske led tager over og dermed tager belastningen fra de slidte led.

Men konsekvenserne af den manglende viden gør måske, at patienterne får oplyst, at udviklingen af slidgigt ikke kan forebygges, at det er et aldersfænomen, samt at man blot må lære at leve med sygdommen. Nu er det jo sådan, at

ikke alle mennesker stiller sig tilfreds med at skulle fortsætte en livslang behandling med smertestillende medicin, som vi ved kan give bivirkninger, eller operationer.

Når Gigtforeningen oplyser, at ca. 220.000 danskere har en slidgigt-diagnose, mens andre eksperter anslår, at hen imod 500.000-700.000 danskere også lider af sygdommen, så kan vi i Dansk Folkeparti godt forestille os, hvorledes konsekvenserne vil blive fremover. Med en stigende levealder vil sygdommens hyppighed forventelig tiltage betydeligt.

Det er også på den baggrund, at vi ved finanslovforhandlingerne foreslog at give et løft til den gruppe førtidspensionister, der fik det mindste beløb, men at der også var en idé i samtidig at få afsat penge til forskning i gigt for at få klarlagt, hvor og hvordan der kan sættes ind mod denne sygdom, og at der mere præcist og detaljeret kan laves en diagnostik for slidgigt, at effekten af forskellige behandlingstiltag kan vurderes over tid, samt at det kan vurderes, i hvilket omfang forebyggende tiltag mod udviklingen af slidgigt har effekt.

På den måde kan vi nu sammen med regeringen skabe et grundlag for at give det markante løft, der skal til, for at hjælpe de mange mennesker, der lider af slidgigt.

Denne indsats skal efter vores vurdering på plads, før vi taler om en national handlingsplan. Vi er ikke afvisende over for at styrke sundhedsvæsenets indsats over for gigtpatienter og borgere med andre kroniske sygdomme, fordi det betyder bedre og øget livskvalitet, for netop de kroniske sygdomme tager så stor en del af sygehusvæsenets budget. Derfor har vi da også i det foregående år været med til at afsætte ressourcer til dette område.

Vi forventer os desuden en del af den forebyggende indsats, som kommunalreformen skal være med til at styrke, og vi kan forstå på ministeren, at der skal nedsættes en gruppe, som sikrer udviklingsarbejdet mere målrettet med forløbsprogrammer, og som styrker grundlaget for patienternes egenomsorg, nemlig via patientuddannelsen, som også er et af elementerne i Socialdemokraternes forslag.

Kl. 20.55

Jeg må også sige, som andre har været inde på, at vi forventer os meget af sundhedscentre. Vi havde jo selvfølgelig dengang et mål med, at vi skulle oprette nogle sundhedscentre, når vi så, hvad kommunerne skulle til at tage sig af. De

får pålagt den forebyggende indsats over for borgerne, sundhedsfremme og rehabilitering.

Det er vores opfattelse, at det er udmærket, at vi får debatten her i dag, og at Folketinget fokuserer på, at gigt er en folkesygdom. Hele forsknings- og forebyggelsesområdet er væsentligt for ikke at glemme effekten og udviklingen af biologisk medicin, for det er også en vigtig del af indsatsen mod gigtsygdomme.

Som sagt vil vi følge det her område meget nøje fremover. Vi har også bemærket, at andre partier er meget interesserede i, at vi virkelig kommer til bunds i at få hjælp til de folk, der har gigt, hvad enten det foregår i kommunalt regi eller i sundhedsvæsenet.

Formanden:

Tak til fru Birthe Skaarup. Så er det fru Helle Sjelle som ordfører.

Helle Sjelle (KF):

Med det her forslag vil Socialdemokratiet pålægge regeringen at udarbejde en national gigt-handlingsplan. Ifølge forslagsstillerne skal gigt-handlingsplanen bl.a. sikre et standardiseret udrædningsforløb, sikre en strategi for diagnosticering og behandling, den skal fungere som en udbygning af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, og den skal styrke patientuddannelse og øge forskningen på området.

I Det Konservative Folkeparti mener vi, at sundhed skal være en kerneydelse i et moderne velfærdssamfund, ingen tvivl om det. Vi ønsker, at den enkelte skal opleve et sundhedsvæsen, der er præget af sammenhæng mellem forebyggelsen, behandlingen, genoptræning og omsorgen, uanset hvilken sygdom vedkommende lider af. Vi skal naturligvis have et sundhedsvæsen, hvor den enkelte har et indtryk af at være i gode hænder. Det gælder samtlige områder inden for vores sundhedsvæsen, og det gælder derfor også for gigt.

Gigt er en sygdom, der rammer flere og flere mennesker, og der er ikke nogen tvivl om, at gigt kan være meget invaliderende. Der er ofte tale om meget stærke smerter, nogle gange kroniske, som naturligvis påvirker den enkeltes hverdag.

Mange gigtpatienter oplever, at sygdommen forhindrer dem i at udføre et normalt stykke arbejde, og sygdommen kan også have stor indflydelse på patientens sociale liv. F.eks. føler mange, at de er begrænsede i deres fritid og ikke har overskud til at deltage i sociale arrangementer.

Samtidig lever mange også i uvished om, hvordan deres sygdom udvikler sig i fremtiden, og om der vil ske en forværring af deres tilstand. Der er derfor ingen tvivl om, at gigtt kan være meget invaliderende, og sygdommen kan have store omkostninger både menneskeligt og samfundsmæssigt.

Der skal heller ikke være tvivl om, at vi gerne vil arbejde for at forbedre forholdene for gigtpatienter. Vi mener ligesom forslagsstillerne, at det er nødvendigt med en øget fokus på bl.a. forebyggelse, diagnosticering og behandling af gigtsygdomme.

Når vi imidlertid ikke støtter forslaget, er det, fordi vi mener, at det er uhensigtsmæssigt at udarbejde en specifik handlingsplan for gigtområdet. Mange af de forhold, der gør sig gældende for gigtpatienter, gør sig også gældende for patienter, der lider af andre kroniske sygdomme, og vi ser derfor hellere, at styrkelsen af gigtområdet sker samtidig med en generel styrkelse af indsatsen over for samtlige store patientgrupper med de kroniske sygdomme.

Mange mennesker lider af en kronisk sygdom, og vi mener derfor, at der er behov for en samlet indsats for hele området. Vi mener også, at regeringen allerede er godt i gang med at fastlægge rammerne for et udviklingsarbejde inden for området vedrørende gigtt og andre kroniske sygdomme.

Derudover er vi også af den opfattelse, at regeringen allerede har gjort en indsats for at forbedre forholdene for landets gigtpatienter med bl.a. gennemførelse af sundhedsreformen, hvor de overordnede rammer for indsatsen over for gigtpatienter og andre kroniske sygdomme generelt er blevet styrket. Ligeledes har regeringen, som ministeren jo også har påpeget, besluttet at øge forskningsindsatsen vedrørende slidgigt. Vi er sikre på, at bl.a. de tiltag er med til at give os et godt grundlag for at udvikle bedre behandlingsmuligheder og sikre den rigtige diagnosticering.

Kl. 21.00

Samlet set mener vi derfor, at vi er godt på vej, men vi skal naturligvis gøre mere endnu. Vi vil gerne arbejde for at forbedre forholdene for denne gruppe patienter, men vi mener ikke, at en særskilt handlingsplan er det rette værktøj, og det er derfor, vi ikke støtter forslaget.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Jeg kunne godt tænke mig at spørge den konservative ordfører om argumentet for, hvorfor det lige præcis er handlingsplanen, der vedrører gigtt, man synes er en dårlig idé. For De Konservative har jo støttet handlingsplaner for en lang række andre sygdomme. Jeg kunne godt tænke mig at høre, hvorfor det specifikt er handlingsplanen for den her patientkategori, man synes er en dårlig idé.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Vi synes, det er en bedre idé at lave en samlet plan for de kroniske sygdomme, og derfor synes vi ikke, det er hensigtsmæssigt, at man bare fokuserer på én sygdom.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Betyder det så, at der vil være en principiel ændring i De Konservatives politik, sådan at vi også vil få den samme melding fra De Konservative, for så vidt angår nogle af de andre patientkategorier?

Man kunne i realiteten bruge det samme argument om diabetesbehandlingsplanen, kræftbehandlingsplanen, hjertehandlingsplanen og alle de der forskellige handlingsplaner. Selvfølgelig kan der godt være den logik, at man skal have tværgående handlingsplaner, men der kan jo også være den logik at gå ind med mere strategiske handlingsplaner på nogle specifikke områder og give dem et særligt løft.

Når der nu er stor enighed om, at gigttgruppen har behov for et særligt løft – det hørte jeg ministeren sige, og jeg har hørt det fra flere andre – så kunne det her jo godt være med til at give området det særlige løft, der er brug for. Især fordi der er penge at spare ved at iværksætte en forebyggende indsats over for gigtt.

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Vi mener, det vil være mere hensigtsmæssigt at lave en tværgående indsats på det her område, sådan som ministeren jo også har redegjort for tidligere. Men jeg afviser ikke, at vi på et senere tidspunkt laver en handlingsplan for et enkelt område. Det vil jeg da ikke stå her og lægge hovedet på blokken og sige at vi aldrig nogen sinde vil gøre. Men i det her tilfælde synes vi altså,

det er mere hensigtsmæssigt at lave et tværgående arbejde.

Kl. 21.05

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu er det jo meget fornuftigt, synes jeg, at lave tværgående forløb. Men der er jo altså også områder, som ikke er identiske. Er fru Helle Sjelle ikke bange for, at hvis vi skyder med spredeshagl og siger, at vi skal løse alle problemerne for alle kronikergrupper over en bank, så vil nogle af de initiativer, som man jo i dag i hvert fald på gigtområdet har viden om virker – det har man måske ikke haft så meget før – måske drukne i, at vi skal afvente, at det skal være tværgående?

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Nej, det frygter jeg egentlig ikke, for jeg går naturligvis ud fra, at det forarbejde, der bliver gjort forud for, at man laver det her tværgående arbejde, er godt og grundigt, og at man selvfølgelig prøver at samle de ting op, som man allerede har gjort.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Nu er det jo sådan, at der allerede i dag er meget stor forskel på gigtbehandlingen, i forhold til hvor man bor i landet. Der er bl.a. stor forskel på ventetider, på muligheden for at komme til speciallæge, og der er meget stor variation i medicinskrievningerne. Mener fru Helle Sjelle, at lige nøjagtig det problem, der er på gigtområdet med hensyn til de tre nævnte kategorier, ventetider, speciallægebesøg, medicin, vil blive løst for gigtpatienter, ved at vi laver et tværgående handlingsprogram?

(Kort bemærkning).

Helle Sjelle (KF):

Vi ser en fordel i, at man generelt laver et tværgående program, for der vil være nogle ting, hvor der selvfølgelig vil være nogle synergiefekter. Det er derfor, vi synes, det er en udmærket idé, at man laver en tværgående handlingsplan på det her område. Samtidig med at man laver de her tværgående planer, må man selvfølgelig også sørge for, at man samler op inden for den enkelte sygdom. Det er da klart, at der vil være nogle forskelle. Det vil der da være.

Formanden:

Så er det fru Charlotte Fischer som ordfører.

Charlotte Fischer (RV):

Forslaget fremsat af Socialdemokraterne handler jo om at skabe grundlag for at få en national gigthandlingsplan. Som udgangspunkt vil jeg sige, at der jo er rigtig meget, der taler for det, sådan som andre også har været inde på. Der er 700.000 danskere, der på den ene eller den anden måde er berørt af de her muskel- og skeletsygdomme, så det er en rigtig stor folkesygdom. Den koster først og fremmest meget i menneskelige lidelser, men den koster også meget på samfundets bundlinje. Så som udgangspunkt og helt overordnet set er vi positive over for at styrke indsatsen på det her område.

Den diskussion, vi gerne vil lægge op til, er selvfølgelig: Er det her den rigtige måde at gøre det på med en national handlingsplan? Vi lægger det egentlig rimelig åbent ud. Det er ikke sådan, at vi har et færdigt svar.

Vi synes, at mange af de elementer, der er i forslaget, er rigtige, altså både standardiserede udredninger, mere forebyggelse, egenomsorg, mere forskning osv. Vi synes, at alt sammen lyder meget rigtigt.

Men alligevel føler jeg nok et behov for at gå ind og tale mere om prioritering, for det her handler jo dybest set også om prioritering. Vi har jo andre folkesygdomme. Der er otte af slagten i det hele, og vi har nationale handlingsplaner for tre af dem, to for de direkte livstruende, nemlig kræft og hjerte-kar-sygdomme, og så har vi også en på diabetesområdet.

Man kan jo spørge: Er det så den vej, vi skal fortsætte ad? Som jeg også nævnte i et spørgsmål til ministeren, kan man sige, at har man en handlingsplan for diabetes, er det principielt meget svært at afvise, at man også skal have en for gigt, som talmæssigt faktisk er en større folkesygdom.

Jeg synes, at problemet i den tilgang er, at når det gælder de to livstruende sygdomme kræft og hjerte-kar-sygdomme, giver det meget mening at have en national handlingsplan. Det er livstruende sygdomme. Det er utrolig vigtigt, at vi har et ensartet behandlingsniveau over hele landet. Men spørgsmålet er, når vi går videre: Skal vi så have en for hver af de andre? Jeg synes, at når man har det for den ene, er det svært at argumentere for, at man ikke skulle have det for de andre.

Fru Lone Møller var jo f.eks. inde på, hvorfor vi ikke tager de psykiske lidelser med. Det er

faktisk et rigtig stort problem, og efterslæbet er jo ret stort set med mine øjne. Dansk Psykiatrisk Selskab skønner, at i løbet af et enkelt år oplever 20 pct. af den voksne befolkning en psykisk lidelse. Det er et massivt samfundsproblem, og kigger man på det, kan man se, at vi er i underskud behandlingsmæssigt på alle mulige ledder og kanter.

Så vores tilgang til det her er i virkeligheden at sige: Vi synes, vi har behov for at få det hele op på bordet. Det er ikke, fordi det skal tage år og dag, men i virkeligheden er der behov for at få det op på bordet og lave en prioritering også på tværs, for det her handler om prioritering. Går vi ind og laver noget på gigtområdet, er det klart, at så skal vi bruge nogle ressourcer, hvis vi mener det alvorligt. Så siger vi, at vi sætter ind dér, og det betyder så, at vi ikke kan sætte lige meget ind andre steder. Vi føler ikke, vi har et grundlag for at lave den prioritering i dag, og vi så gerne, at regeringen kom med et bedre grundlag for at lave den overordnede prioritering af området.

Så vil jeg lige komme ind på spørgsmålet om metoden i det her, for en anden ting er jo arbejdsdeling. Hvad er det, vi gør herinde, og hvad er det, man gør ude i regionerne og kommunerne?

Hvis vi laver handlingsplaner ikke bare for de enkelte folkesygdomme, men også tværgående – rettet mod fedme, motion, kost osv. – hvad efterlader det overhovedet af ansvar til kommuner og regioner? Hvor meget kan vi leve med, at der er forskelle? Fru Lone Møller var også inde på det.

Jeg synes principielt, det er vigtigt, at vi opretholder en god arbejdsdeling, og med det mener jeg, at vores opgave herinde i Folketinget er at udstikke nogle overordnede mål: Hvor er det, vi vil hen på de udvalgte områder, vi prioriterer? Så skal vi sætte pengene af, og så skal vi hjælpe kommuner og regioner med at have redskaberne. Vi skal udvikle nogle redskaber, der ligger i værktøjskassen, og så kan de tage dem op og bruge dem, så de når de mål, vi har udstukket. Det synes jeg er en rigtig arbejdsdeling, for den betyder også respekt for den kommunalreform, som vi jo støtter, og den nye arbejdsdeling, der er med kommuner og regioner, med større enheder.

Alt sammen er sagt for også at rejse en lidt mere principiel debat og sige, at vi er enige i, at gigtet er et stort sygdomsområde, som vi skal prioritere over den næste tid, men vi er ikke helt

sikre på, at en gigthandlingsplan er det, der skal til nu.

Kl. 21.10

Formanden:

Tak til fru Charlotte Fischer. Så er det hr. Kamal Qureshi som ordfører.

Kamal Qureshi (SF):

Jeg vil ikke her gentage de mange tal, som er blevet fremsat fra alle ordførerne for, hvor omfattende et problem gigtet er i det danske samfund, hvor stor en folkesygdom det er. Det tror jeg sådan set at der er en generel enighed om hele vejen rundt her i Folketingssalen på tværs af partierne.

Der er to ting, som gør, at jeg egentlig synes, der er god logik i en national gigthandlingsplan.

Dels er det jo en meget omfattende folkesygdom, hvilket jeg i hvert fald vil sige er et af de væsentligste kriterier for, at man prioriterer, at der skal være en national handlingsplan. Det giver jo langt hen ad vejen god mening at investere i forebyggelse af gigtet. Vi ved, at hvis man sætter tiltag i gang, får de, der har gigtet, en meget bedre tilværelse. Det kan de sådan set få uden at få forfærdelig meget smertestillende, det kan de få ved at lave mere motion og ved at lave fysioterapi og mange andre tiltag, som ikke er af medicinsk karakter. Det kan faktisk fremme velvære og livskvalitet for gigtpatienter betragteligt.

Dels reparerer vi skader på mange personer med gigtsygdomme, når vi skal lave kirurgiske indgreb, f. eks. nye hofter, nye knæ og alt det andet, som vi efterfølgende bruger rigtig mange penge og ressourcer på. Dette ville jo blive formindsket betragteligt, hvis vi satte ressourcer af til at gøre noget ved hele gigtområdet.

Så synes jeg også, nogle af ordførerne lægger meget op til den kassetænkning, der hedder, at hvis vi går ind og prioriterer det her område og bruger nogle forebyggelsesmidler her, så må vi jo skære ned på et andet sundhedsområde.

Det synes jeg egentlig er en meget kasseagtig måde at tænke på, hvor man kun tænker på sundhedsområdet som en blok, for hvis vi kan gå ind og bruge nogle penge på at forebygge på gigtområdet og sikre, at antallet af gigtpatienters sygedage bliver formindsket, er der jo penge at spare på de andre kasser i forhold til dagpenge, i forhold til sygedagpenge osv. osv.

Så økonomisk er det god logik at sige, at det er meget bedre at forebygge – det siger alle økonomer jo – for det sparer samfundet for en mas-

se omkostninger for slet ikke at tale om de enkelte patienter, der får en betragtelig bedre hverdag ud af det.

Så alt i alt synes vi, det giver god mening at sætte ind på det her område, hvad der jo også har været gennemgående enighed om; at her er der faktisk et område, hvor der er brug for en særlig indsats, fordi der er flere af de tiltag, man har igangsat på nogle andre områder, som man ikke har igangsat på gigtområdet.

Så vil jeg sige med hensyn til hele diskussionen om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at lave handlingsplaner på enkeltområder eller ej, at vi jo ved fra nogle af de områder, man har lavet dem på, at det har vist sig at være succeser. Vi giver fra hjerteområdet og kræftområdet, at det giver god mening at lave nogle af de her, hvad skal man sige, vertikalt strategiske meget fokuserede handlingsplaner og komme hele vejen rundt med hensyn til, hvordan man løser de enkelte problemer i forbindelse med nogle af de store folkesundhedssygdomme, der er.

Jeg synes i hvert fald, det vil give god mening at gå ind og satse på det område og prøve at komme videre med det. Det er jo en debat, vi har haft nogle gange, også i forhold til genoptræningsindsatsen for gigtpatienter og lignende.

Så synes jeg, at når nu der er så stor en erkendelse fra mange af ordførerne af, at det her er et område, hvor man har mange gode intentioner, er det overraskende, at der ikke bliver gjort mere på området.

Det kan godt være, der er nogle enkelte detaljer i dette forslag fra Socialdemokratiet, som vi måske ville gøre anderledes, men intentionen og helheden i det vil vi gerne støtte.

Formanden:

Tak til hr. Kamal Qureshi. Så er det fru Majbrit Berlau som ordfører.

Kl. 21.15

Majbrit Berlau (EL):

Det forslag, der ligger her fra Socialdemokraternes side, synes vi er et fornuftigt forslag, og det synes vi, fordi vi ligesom alle andre her anerkender, at gigter er et heftigt problem i samfundet og er et område, hvor der bør være en særindsats.

Så har der været flere røster fremme i debatten, der har sagt, at vi er nødt til at lave en eller anden politisk vurdering af hele sundhedsområdet og en prioritering af, hvilke sygdomme der skal have en særlig handlingsplan, og at vi ikke bare kan tage nogle enkelte områder ud

Jeg synes, det er meget fint, hvis man vil lave en overordnet vurdering af samtlige sygdomme, som er af en vis udbredelse, men jeg synes ikke, det udelukker, at man stemmer for det her forslag. Det synes jeg faktisk ikke det gør, for vi ved, at gigter er et problem, og vi ved også, at nogle af de forslag, som der rent faktisk fremlægges her, kunne være medvirkende til, at vi fik gjort en større indsats med hensyn til gigter.

Jeg har dog et par enkelte kommentarer til forslaget, hvor jeg godt synes, jeg vil trække det videre. Der står i forslaget, at de 50 mio. kr., man ønsker at afsætte til gighandlingsplanen, f.eks. skulle være til efteruddannelse af læger i almen praksis. Jeg kunne godt tænke mig, at man tog skridtet videre – jeg ved godt, at det ikke nødvendigvis kan ligge i handlingsplanen, men også skal diskuteret andre steder – så det faktisk i langt højere grad indgik i grunduddannelsen af læger. Det er jo altså en folkesygdom, så det burde være sådan i lægeuddannelsen, at man havde større viden om nogle af de sygdomme, som mange mennesker rammes af.

Så synes jeg også, der er en anden stor skurk på området, hvor vi godt kunne gribe ind, og det er arbejdsmarkedet, som der også rigtigt nok bliver skrevet i bemærkningerne til det her forslag, og der mener jeg, at vi er nødt til at gå lidt mere radikalt til værks.

Vi ved, at arbejdsmarkedet skaber stress, skaber nedslidning, og vi ved også, hvilke områder det er i dag – det er f.eks. sundhedssektoren, hjemmehjelperne, det er rengøringsområdet; det er de mennesker, der arbejder i de fysiske brancher, som i høj grad bliver ramt af den her sygdom.

For mig er det helt uforståeligt, at vi fortsat har et arbejdsmarked, der er indrettet på en måde, hvor folk bliver syge. Det kan ikke siges for mange gange: En fordeling af arbejdet i det her samfund er altså nødvendig, hvis vi skal sikre, at mennesker ikke nedslides før tid.

Så vil jeg sige – bare sådan en lille kommentar, så vi ved, hvad det er, vi snakker om – at når der snakkes forskning i det her forslag, så er jeg af den meget klare opfattelse, at vi snakker offentlig forskning og ikke privat forskning. Det er bare for lige at slå den del af det fast, for offentlig forskning vil betyde, at vi politisk kan styre, at det er alle gigter, der bliver forsket i, og at det også har et resultat, der kan være til nytte for alle i befolkningen. I den forbindelse synes jeg, det vil være en fornuftig idé at inddrage de organisationer, der er på området, for at fastlægge

ge, hvad det er for en forskningsplan, der skal lægges.

Alt i alt synes jeg, det er et fornuftigt forslag, og jeg kunne godt tænke mig, at vi også gik lidt videre end det her forslag. Til dem, som synes, at vi er nødt til at sætte os tilbage og sylte det hele lidt ved at kigge på alle mulige handlingsplaner, må jeg sige, at det synes jeg også vi skal gøre, men det er ikke nogen begrundelse for at stemme imod det her forslag.

Formanden:

Tak til fru Majbrit Berlau. Og så er det ordføreren for forslagsstillerne, fru Lone Møller.

Lone Møller (S):

Det, der er enhver ordførers glæde, men også skræk, er at have et forslag, som så at sige alle partier tager positivt imod, taler pænt om og synes er noget, vi skal arbejde videre med, men som man alligevel ikke vil stemme for. Efter mange års erfaring ved jeg, at når man slutter de pæne ord med at sige, at man desværre ikke kan støtte forslaget, sker der som regel ikke ret meget mere på området, før et eller andet parti eller samme parti genfremsætter det. Det håber jeg ikke sker med det her forslag.

Jeg synes, der har været mange positive meldinger. Jeg er specielt glad for den sidste ordførers, for jeg er nemlig helt enig i, at fordi man måske ikke kan løfte alle områder på en gang, bør man jo ikke sige, at så kan vi ikke gå i gang med det her område.

Kl. 21.20

Der har måske været en tendens til, at man ikke har haft megen viden på gigtområdet, men det har man altså i dag, anerkendt viden. Vi ved, hvad det er, vi kan gå i gang med. Det burde jo være sådan, at man i dette Folketing kunne sige: Vi har gode erfaringer med, at bl.a. motion på recept virker, det virker rigtig godt på gigtpatienter. Hvorfor er det så kun i nogle kommuner i Danmark, at man kan få det? Hvorfor vedtager vi ikke, at det her skal være udgangspunktet i alle kommuner?

Der har også været talt om, at der skal afsættes penge til det her. Men i dag bruger vi i størrelsesordenen 34 mia. kr. til behandling af skader i muskel- og skeletområdet, så pengene er jo i systemet. Det er ikke sådan, at vi skal ud at opfinde nye penge. Vi skal bare have kanaliseret dem over i de områder, hvor de virker.

Jeg er helt enig i, at vi selvfølgelig skal sikre, at forskningen bliver målrettet. Det er en rigtig

god idé at tage organisationerne med, som jo ved, hvad problemerne er. Det er rigtigt, at der er afsat penge på finansloven. De er mig bekendt ikke udmøntet endnu, og der kan man da håbe, at man også der tager organisationerne med i vurderingen af, hvordan man bedst muligt får gavn af de penge, som allerede er afsat.

Jeg har også fået mange, mange henvendelser fra mennesker, der fortæller, hvordan andre lovgivningsområder griber ind i gigtsygdommen. Det kan i nogle situationer tage lang tid at få udredt en gigtsygdom, og der kommer man faktisk i karambolage med sygedagpengeloven og kommer på kontanthjælp, og nogle ryger faktisk helt ud af systemet. Så der er mange områder, som det er nødvendigt allerede nu at gå ind at kigge på og ikke vente på, at alle kronikerområder i dette land får et tværgående handlingsprogram.

Jeg vil meget nøje følge op på udmøntningen af den rapport, der er kommet fra Sundhedsstyrelsen. Jeg vil selvfølgelig stille en del spørgsmål i udvalget og også forsøge at holde ministeren fast på hans tilsagn, for jeg mener faktisk, at ministeren gav et positivt tilsagn om, at også gigtområdet vil blive løftet, når man går i gang med en udmøntning af kronikerrapporten.

Så jeg vil godt sige tak for de positive tilsagn. Jeg kan give et tilsagn om, at vi skal arbejde lidt mere med det her i Sundhedsudvalget, og så håber jeg, at vi måske kan lande på noget, som er knap så omfattende, men dele af det her forslag vil det bestemt være hensigtsmæssigt at få sat til afstemning i dette Ting, inden vi går på sommerferie. Jeg har nemlig ikke tænkt mig bare at lade sagen flyde og så vente på, at vi får løst alle områder. Det synes jeg sagen er for vigtig til.

Men tak for debatten.

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

Afstemning

Formanden:

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

Meddelelser fra formanden

Formanden:

Der er ikke mere på dagsordenen.

Folketingets næste møde afholdes i morgen, onsdag den 25. januar 2006, kl. 13.00.

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

Mødet hævet kl. 21.24
