

Man kan så spørge: Jamen hjælper det at sørge for, at børn og unge får gratis adgang til sund skolemad? Svaret er ja. Man har gennemført et forsøg i Vejle, hvor man i 2 måneder sørgede for, at nogle elever i 8. klasse fik gratis adgang til at spise sund mad på skolen, og man kunne konstatere, at bare i løbet af de 2 måneder, fik de elever, som deltog i forsøget, forbedret deres blodprocent. Det gør, at man kan klare mere rent fysisk, og at man får et højere keratinniveau, hvilket er udtryk for, at ens muskler bliver stærkere, så der var altså ingen tvivl om, at det sunde skolemåltid, som blev stillet til rådighed for eleverne, havde en meget god, konkret effekt.

Så er der nogle, der siger: Jamen det kører af sig selv, og det udvikler sig på den måde, at skolemadsordninger er ved at falde over hinanden. Desværre må man konstatere, at når man spørger kommunerne, hvordan det går, går det altså ikke særlig godt. 31 pct. af kommunerne giver støtte til madordninger på folkeskolerne, men hvis vi kigger på børnehaverne, er tallet 17 pct. Tallet er betydelig større, når vi taler om vuggestuerne, men på trods af at der nu er dannet større og, efter hvad regeringen og Dansk Folkeparti siger, mere effektive kommuner, er den støtte, man giver til madordninger i vuggestuerne, faktisk for nedadgående.

Det er rigtigt, at der er skolemadsordninger mange steder, men et af problemerne er, at på grund af den manglende støtte fra staten og den manglende støtte fra kommunerne er der ikke fokus på kvaliteten. Man kan opleve, at madkasserne bliver erstattet af dårlige tilbud om færdiglavet mad, så engangsemballage træder i stedet for madpakkerne, og det er der selvfølgelig en grund til. Det er svært at gennemføre de nødvendige økonomiske investeringer, der skal til for at indrette skolerne sådan, at man er i stand til at tilberede skolemaden på dem, og det er også svært at skaffe pengene til de rigtige, de gode madordninger. Det er derfor, det er så afgørende, at Folketinget tager et medansvar for at sikre gratis madordninger i skoler og daginstitutioner, også for at skubbe på den udvikling, der kunne komme i gang i kommunerne.

I dag må vi desværre konstatere, at med undtagelse af SF og Enhedslisten er der ikke nogen partier i Folketinget, der for alvor vil drage den logiske konsekvens af den viden, vi har, nemlig at der er brug for sund mad i skolerne, at den virker, og at den ikke kommer af sig selv, medmindre vi også tager et initiativ herindefra.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Forslaget til folketingsbeslutning forkastedes, idet 9 (SF og EL) stemte for, 101 (V, S, DF, KF og RV) imod.

Den næste sag på dagsordenen var:

8) Forespørgsel nr. F 27:

Forespørgsel til indenrigs- og sundhedsministeren:

»Vil ministeren redegøre for den hidtidige indsats for at forbedre såvel behandling af som den forebyggende indsats mod gigtt, og hvilke planer om nye initiativer regeringen har?«

Af Per Clausen (EL), Jørgen Arbo-Bæhr (EL), Line Barfod (EL) og Rune Lund (EL).

(Forespørgslen anmeldt 26/1 2007. Fremme af forespørgslen vedtaget 1/2 2007).

Den fg. formand (Elisabeth Arnold):

Vi begynder nu på en forespørgselsdebat, og jeg vil sætte pris på, at medlemmerne taler videre uden for salen, hvis de ikke skal være med til forespørgslen.

Begrundelse

Per Clausen (EL):

Baggrunden for denne forespørgselsdebat er, at 700.000 danskere lider af en gigtsygdom, og at vi kan konstatere, at gigtt er en folkesygdom i vækst. Ifølge Statens Institut for Folkesundhed er andelen af den voksne befolkning, der har en eller flere muskel- og skeletlidelser af mere end 6 måneders varighed, steget fra 13 pct. i 1987 til 16,3 pct. i 2000, og stigningen er mest markant i gruppen 16-44-årige.

Gigt har store konsekvenser for både det enkelte menneske og samfundet. Gigtpatienter er plagede af smerter, en stor del lider af kroniske smerter – ja, faktisk er gigt den hyppigste årsag til kroniske smerter i Danmark. Knap 6 pct. af befolkningen angiver at have kroniske smerter som følge af gigt. Der er også mange, som føler, at de må begrænse deres kontakt med andre mennesker i både deres arbejdsliv og deres fri-

tid, fordi de har en gigtsygdom. Ud over at have stærke smerter lever de også i utryghed for fremtiden, og alt for mange frygter, at de kun kan få det værre.

Kl. 14.25

Gigt har også betydelige konsekvenser for samfundet. Gigt er bl.a. en af de hyppigste årsager til udstødning fra arbejdsmarkedet. Således er ca. 20 pct. af ansøgningerne om førtidspension begrundet med en sygdom i bevægeapparatet, mens 48 pct. af alle langtidssygemeldinger skyldes problemer i bevægeapparatet, hvilket faktisk giver meget store samfundsøkonomiske tab. De samlede omkostninger er meget betydelige.

De seneste års politiske fokus på gigtområdet har været begrænset, og vi synes også, der har manglet helhed i arbejdet, hvilket har betydet, at diagnosticering og behandling af gigtpatienterne er meget varierende på tværs af landet og på mange måder halter efter de øvrige nordiske lande. Da vi har et ønske om at få et sundhedssystem af høj kvalitet i Danmark, synes vi, tiden er inde til at få et svar på, hvad regeringen har gjort, og hvilke initiativer regeringen har planer om at gennemføre i de kommende år.

Besvarelse

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Tak til Enhedslisten for at rejse denne debat om bekæmpelse af gigtsygdomme i Danmark.

Jeg er sådan set enig i noget af det, der blev sagt i begrundelsen, bl.a. det forhold, at der nok er en variation i den måde, man tackler problemet på rundt omkring i Danmark. Det er også en af grundene til, at vi ved årsskiftet begyndte at tage skridt til at indrette vores sundhedsvæsen på en helt ny måde for at sikre, at vi får et mere ensrettet sundhedsvæsen i verdensklasse.

For regeringen har det fra starten været en central opgave at sikre alle patienter, herunder altså patienter med gigtsygdomme, bedre behandling. Vi har taget en lang række initiativer, og jeg kan i flæng nævne: Der er år for år tilført flere ressourcer til det danske sundhedsvæsen; vi har styrket patientrettighederne ved bl.a. at skabe en regel om, at patienterne kan søge private sygehuse, hvis de ikke kan få behandling inden for 2 måneder i det offentlige sundhedsvæsen; og vi har lavet afgørende strukturrendringer, som bl.a. indeholder en helt ny sund-

hedsreform. Det er alt sammen med til at sikre danske patienter, herunder gigtpatienter, bedre vilkår.

De mekanismer, der skal til, og de sammenhænge, der skal til, for at den enkelte patient kan opleve et ordentligt og harmonisk forløb, er jo langt hen ad vejen genkendelige og ensartede fra sygdomsområde til sygdomsområde og er derfor lige så relevante for gigtbehandling og gigtforebyggelse som for behandling og forebyggelse af en lang række andre kroniske lidelser. Det er også derfor, at regeringen har valgt at gå generelt til værks via en meget stor reform, nemlig kommunalreformen med den indbyggede sundhedsreform, som sådan set har det sigte at skabe en bedre struktur i det danske sundhedsvæsen og et sæt bedre, mere begavede spilleregler, så de forskellige aktører kan bidrage bedre til at løfte deres del af opgaven med at sikre sammenhængende behandlingsforløb af høj kvalitet.

Hvad økonomien angår, har meraktivitetspuljen tilført sygehusvæsenet i alt 8,5 mia. kr. i form af aktivitetsafhængige midler fra 2002 til 2007, og halvdelen af denne meraktivitet er faldet på det medicinske område. Meraktivitetspuljen, det udvidede frie sygehusvalg og den øgede brug af takststyring har tilført sygehusvæsenet en helt anden dynamik end tidligere – en helt anden dynamik, der giver den enkelte afdeling en tilskyndelse til at gøre en ekstra indsats.

Dertil kommer kommunalreformen, som jo er et væsentligt element i den sundhedsreform, der nu skal styrke kommunernes ansvar for bl.a. forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning ved at give kommunerne medfinansiering af regionernes sundhedsudgifter og dermed give kommunerne en stærkere tilskyndelse til at styrke rehabiliteringsindsatsen over for gigtpatienter og for den sags skyld også andre patienter med kronisk sygdom.

Samtidig styrker vi nu specialeplanlægningen og giver Sundhedsstyrelsen nye kompetencer. Sundhedsstyrelsen har påbegyndt en gennemgang af samtlige specialer, herunder de specialer, som gigtpatienter benytter. I gennemgangen fastlægges de overordnede rammer og opgavefordelingen for behandlingen i sygehusvæsenet, og dertil kommer et helt nyt aftalesystem på sundhedsområdet med obligatoriske sundhedsaftaler mellem de forskellige aktører. Formålet med det er at styrke samarbejdet på tværs af sektorerne fra region og sygehus til det, der

foregår ude i kommunerne, for at fremme en bedre sammenhæng på gigtområdet og en række andre områder og, som hr. Per Clausen var inde på, for at skabe mindre variation i behandlingstilbuddene – ikke på et lavere fællesnævnerniveau, men på et højere fællesnævnerniveau.

Kl. 14.30

Så man må jo altså konstatere, at vi nu er der, hvor de overordnede rammer for en bedre indsats er til stede. Det, der er hovedopgaven nu, er at fylde rammerne ud, og det er jo noget, der først og fremmest skal ske ude i det decentrale sundhedsvæsen, men selvfølgelig skal vi også fra centralt hold give en hjælpende hånd, og det gør vi så også. Det er derfor, der i Sundhedsstyrelsens regi er nedsat en følgegruppe for det samarbejdende sundhedsvæsen for at understøtte udviklingen af kvalitet og sammenhæng for den medicinske patient.

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2005 »Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb« – en publikation, der peger på, at sundhedsvæsenet skal blive bedre til at tilbyde gigtpatienter og andre med kronisk sygdom det rigtige behandlingstilbud, herunder en standardiseret udredning, og det skal ske rettidigt, og det skal ske det rigtige sted. Sundhedsstyrelsen har fulgt op på denne rapport med to projekter for to centrale indsatsområder, nemlig udarbejdelse af forløbsprogrammer og styrkelse af patienternes egenomsorg.

Sundhedsstyrelsen har haft et standardiseret forløbsprogram ude i høring. Det forventes udsendt her i løbet af 2007, og det udgør et værktøj til, at man decentralt kan tilrettelægge et behandlingsforløb, sådan at patienterne får tilbudt den rette indsats på det rette sted på det rigtige tidspunkt.

Sundhedsstyrelsen har også netop udsendt idékataloget »Patienten med kronisk sygdom: Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse«. Patientuddannelsesdelen er særlig relevant for gigtpatienter og omfatter bl.a. et patientuddannelsesprogram, som allerede har været gennemprøvet i et partnerskab mellem Gigtforeningen, Ribe Amt og Københavns Amt i 2004 til 2005.

Endvidere forventer Sundhedsstyrelsen her senere i år at udsende »Referenceprogram for knæartrose«, altså et projekt, som helt konkret er adresseret til gigtpatienter eller nogle af gigtpatienterne.

Flere og flere gigtpatienter får behandling med og har glæde af at modtage behandling med biologiske lægemidler. Det viser de seneste tal fra Lægemiddelstyrelsen. De viser en forskel i anvendelsen i Øst- og Vestdanmark svarende til 0,2 døgndoser pr. 1.000 indbyggere. Det er en variation, men dog ikke så stor, og forklaringen på den skal sikkert findes flere steder, bl.a. i det forhold, at anvendelsen registreres på det enkelte sygehus, altså ikke patientens bopæl. Derfor kan forbruget måske tendere til at blive lidt højere, end befolkningstætheden tilsiger.

Sundhedsstyrelsen har i 2002 udgivet en medicinsk teknologivurdering af diagnostik og behandling af leddegigt, som blev gennemført i forbindelse med indførelsen af biologiske lægemidler. Derudover har Sundhedsstyrelsen planlagt at igangsætte en ny medicinsk teknologivurdering af behandling af leddegigt med biologiske lægemidler, som skal sætte fokus på analyser af de organisatoriske patientrelaterede økonomiske konsekvenser.

Dertil kommer, at vi just nu har udmeldt midler tilvejebragt via finanslovaftalen mellem regeringen og Dansk Folkeparti, hvor Dansk Folkeparti har initieret, at vi nu understøtter forskningsindsatsen vedrørende slidgigt med 15 mio. kr. over en 3-årig periode. Den pulje er netop blevet udmøntet, og syv konkrete projekter har fået støtte fra denne millionsatsning på forskning i gigt.

Så regeringen prioriterer altså gigtområdet, herunder også forebyggelsen af bl.a. gigt. I regeringens sundhedsprogram »Sund hele livet« fra 2002 indgik muskel- og skeletsygdomme som et af de prioriterede områder. Den langsigtede forebyggelse af de hyppigste typer af muskel- og skeletlidelser rettes mod at mindske fysisk inaktivitet i alle aldersgrupper. Det gør vi ved at ændre motionsvanerne, og her har regeringen igangsat en række initiativer med henblik på at inspirere relevante aktører, herunder kommunerne, til at sætte fokus på fysisk aktivitet.

I år kører vi f.eks. kampagnen »Gang i Danmark«, en stor kampagne med kronprinsen som protektor, der sætter fokus på fysisk aktivitet og inspirerer og støtter kommuner, frivillige organisationer og andre aktører i civilsamfundet til at fremme fysisk aktivitet, gerne i et samarbejde.

Et særligt projekt under den her paraply, som bl.a. henvender sig til gigtpatienter, er »GÅ I GANG«, hvor Gigtforeningen, Diabetesforeningen og Kræftens Bekæmpelse sammen med Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger har

indgået et samarbejde om flere og bedre motionstilbud til mennesker med gig, diabetes og kræft, og der sættes på en bred vifte af aktiviteter som f.eks. bassintræning, stavgang, hensyntagende gymnastik, dans og træning med bold.

Kl. 14.35

Når jeg nævner det her initiativ, er det, fordi nogle af de virkemidler, der skal til for at gøre en forskel på gigtområdet, jo går igen på andre sygdomsområder, og derfor er løsningen ikke at angribe det sygdom for sygdom, men at prøve at angribe det med nogle af de generelle faktorer, der gør en forskel.

Jeg kan også nævne andre initiativer: Sundhedstegnet, som er et redskab til fokus på sundere hverdag i daginstitutioner, dagpleje, skoler m.v., »Kommuner i Bevægelse«, hvor kommuner tilbydes gratis sparringspartner til rådgivning og hjælp med hensyn til at få fysisk aktivitet sat på dagsordenen, og Sundhedsstyrelsens motionskampagne, som skal medvirke til at få flere til at motionere.

Jeg kan da også nævne, at det netop er i dag, at den store satsning KRAM – kost, rygning, alkohol, motion – lanceres i Aalborg, i virkeligheden den største samlede monitorering af danskernes sundhed nogen sinde, som bl.a. jo også har det sigte at skærpe kommunernes fokus på det her område og i øvrigt også udvikle værktøjer, sådan at kommunerne kan løfte den nye opgave, kommunerne har fået på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet her pr. 1. januar.

Mere dedikeret gigtområdet har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en pjeces til praktiserende læger om slidgigt. »Slidgigt: faktor og forebyggelse« hedder denne publikation, som jo altså også understreger den opgave, man har i almen praksis for at løfte sin del af opgaven.

Et andet generelt forebyggelsesområde, som regeringen har fokuseret på, og som har betydning for gigtpatienter, er initiativerne mod overvægt. Svær overvægt kan forværre tilstanden hos gigtramte, idet led og knogler belastes unødigt. Initiativerne her er f.eks. »Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt« fra 2003 og en forstærket indsats mod svær overvægt, som beskriver regeringens mål og visioner for indsatsen på overvægtsområdet. Dertil kommer, at der er udmøntet midler til projekter om overvægt fra overvægtspuljen 2003, og at der i aftale om satspuljen på sundhedsområdet, der løber frem til 2008 og 2010, er afsat midler målrettet indsatsen mod overvægt.

Regeringens sundhedsprogram er fulgt op af en pulje, folkesundhedspuljen. Herfra er der bl.a. støttet et projekt, det er beskrevet i rapporten »Den Motiverende Rygskole«, som Gigtforeningen er medinitiativtager til.

Så der er sådan set iværksat og nationalt forankret en række initiativer af generel karakter, der også er adresseret gigtpatienter. Vi kan glæde os over, at vi med kommunalreformen og sundhedsreformen har skabt nogle af de organisatoriske forudsætninger og nødvendige tilskyndelsesmekanismer, der skal til, for at regioner og kommuner nu i fællesskab kan sikre patienterne, herunder altså gigtpatienterne, den rigtige behandling på det rigtige tidspunkt.

Jeg mener altså, at vi er på et stadie af udvikling, hvor regeringen og Folketinget har taget ansvaret for at skabe et sæt helt nye rammer omkring det danske sundhedsvæsen, et sæt helt nye spilleregler. Spilles der efter dem, og holder man sig inden for rammerne, vil vi i fremtiden kunne opleve, at der gøres en positiv forskel i relation til at bekæmpe nogle af disse kroniske lidelser og i øvrigt skabe nogle ordentlige sammenhængende forløb for patienterne. Det er blot vigtigt at forstå, at det jo er regionerne og kommunerne, der nu skal udfylde rammerne.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til indenrigs- og sundhedsministeren. Så er det ordføreren for forespørgerne, hr. Per Clausen.

Forhandling

Per Clausen (EL):

Jeg skal takke ministeren for besvarelsen. Den var på mange måder forudsigelig. Det er jo ikke overraskende, at vi får at vide, at hvis der er problemer, vil de med vedtagelsen af strukturreformen og implementeringen af den blive løst, fordi vi nu har skabt de rigtige rammer, og så vil det gå derudad.

Det andet, som heller ikke var så overraskende, var ministerens synspunkt, at den markedsføring af sygehusvæsenet, som han har stået i spidsen for, og som har sikret, at de offentlige sygehuse i dag betragter det at konkurrere på de områder, hvor de private hospitaler og det private behandlingssystem er i stand til at levere tilsvarende ydelser, har fået store konsekvenser. Ministeren mener, de er positive. Jeg tror faktisk, at medicinske patienter og gigtpatienter har me-

get svært ved at se de positive effekter af den sundhedspolitik.

Kl. 14.40

Det, der måske var en lille smule overraskende – men måske ikke så overraskende – var, at ministeren også i sin bevarelse, hvor han jo kom vidt omkring, lagde meget vægt på livsstilssammenhænge, altså årsager til sygdomme, som kunne findes i livsstil, mens den kendsgerning, at netop arbejdsmiljøet spiller en meget afgørende rolle i forbindelse med muskel- og skeletsygdomme, gigtsygdomme, var fraværende.

Det synes jeg måske er lidt beklageligt, for her er der måske virkelig en mulighed for at yde en forebyggende indsats. Hvis man fokuserede lidt mere på det, kunne det godt være, at man også ville se de såkaldte livsstilssygdomme i en lidt anden sammenhæng.

Det, ministeren slet ikke kom ind på, er jo de ændringer, der er sket i gigtpatienters mulighed for at få vederlagsfri fysioterapibehandling i de senere år, hvor man jo har strammet op på reglerne, sådan at antallet af leddegigtpatienter, som modtager vederlagsfri fysioterapi, er faldet med 17 pct.

Det er jo noget besynderligt, for hvis man forsøger at forebygge og måske medvirke til at udskyde, at folk for alvor bliver syge og for alvor bliver invalide, er det netop fysioterapibehandlingerne, som er vigtige. Det er også veldokumenteret, at den form for træning, som fysioterapeuter kan sikre, er en, der kan forhindre funktionstab for patienten.

Ud fra et patientsynspunkt er det jo indlysende, at det her er urimeligt. Om det er fornuftigt ud fra en sådan mere overordnet samfundsøkonomisk betragtning, er vel også tvivlsomt, i hvert fald må det vel være sådan, at jo bedre vi kan sikre, at mennesker bliver ved med at være velfungerende og i stand til at klare sig selv i lang tid, jo bedre er det.

Der er også enkelte andre områder, som jeg godt vil fremhæve, og et af dem er udviklingen i ventetider, som jo ofte er et meget omdiskuteret fænomen her i Folketinget. Hvis man kigger på ventetiderne for at komme til privatpraktiserende reumatolog, kan man konstatere, at der i de senere år er sket en forlængelse af ventetiderne. Der er færre, der kommer til inden for de første 4 uger, og der er flere – faktisk en stigning fra 3 til 10 pct. – der først kommer til efter 12 uger. Altså en meget, meget negativ udvikling.

Jeg synes jo nok, at ministeren bagatelliserede den forskel, der var på den geografiske vurdering af den biologiske medicin. En ting kan man i hvert fald sige: Hvis man skal tro på eksperterne, er der mange gigtpatienter, som burde være i biologisk behandling, men som ikke er det i dag.

Jeg skal i forlængelse af det på vegne af Socialdemokraterne, SF og Enhedslisten fremsætte følgende:

Forslag til vedtagelse

»Idet Folketinget konstaterer,

- at gigtt er en folkesygdom i vækst, som over 700.000 danskere lider af i dag,
- at gigtområdet har været forsømt, og at indsatsen har manglet helhed,

opfordrer Folketinget regeringen til at fremlægge en national handlingsplan på gigtområdet.

Denne handlingsplan bør fokusere på følgende områder:

1. En udbygning af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats med inddragelse af arbejdsmiljøet.
2. Tilbud om gratis fysioterapi, der kan forebygge/ forhale varige skader (tilbageføring til niveauet fra før 2005).
3. Reducerede ventetider gennem indførelse af standardiserede udredningsforløb og en strategi for diagnosticering og behandling af kroniske gigtpatienter i almen praksis.
4. Patientuddannelse til patienter med gigtt.
5. En øget forskningsindsats inden for slidgigt.
6. Uddannelse af flere speciallæger i reumatologi og øget efteruddannelse til de praktiserende læger.
7. Ensartet brug af biologisk medicin i hele landet.
8. Bedre patientinformation, sikkerhed for genoptræning efter hospitalsindlæggelse og øget kapacitet i smertebehandlingen.«

(Forslag til vedtagelse V 51).

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Der er nu fremsat følgende forslag til vedtagelse: (*Se foran*). Dette forslag indgår herefter i forhandlingen.

Så har indenrigs- og sundhedsministeren bedt om en kort bemærkning.

Kl. 14.45

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Det skal jeg gøre meget kort. Jeg synes bare, det er vigtigt, at vi diskuterer på et ordentligt grundlag, så når hr. Per Clausen her siger, at vi har skabt regler, der har forringet gigtpatienternes mulighed for fysioterapi, er jeg altså nødt til på det bestemtteste at afvise det. Der er ikke sket nogen som helst regelændringer i relation til gigtpatienternes adgang til vederlagsfri fysioterapi – ingen regelændringer overhovedet.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Jamen jeg skal bare sige til sundhedsministeren, at der i hvert fald er kommet en ændret praksis, som har betydet, at patienter, der har gig, og som skal have den her fysioterapibehandling, ikke længere kan få den vederlagsfrit. Sådan er realiteten, som den opleves af de mennesker, som det her går ud over.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Nu er det jo ikke noget oplevelsescenter, vi befinder os i. Vi befinder os i landets Folketing, som jo altså i fællesskab bør tage et ansvar for de regler, der er lavet. Og jeg må bare sige, at hvad angår det regelsæt, der gælder omkring vederlag til fysioterapi, er reglerne fuldstændig uændrede. Fuldstændig uændrede!

Der har så været en præcisering af regelsættet i Sundhedsstyrelsen i relation til sklerosepatienter. For gigtpatienters vedkommende er der ingen regelændringer overhovedet. Jeg ved så ikke, om der findes læger, der har anvist konkrete patienter i strid med regelsættet – det skal jeg ikke kunne sige noget om – men jeg ved, hvad det er for et regelsæt, der udspringer af Folketinget, og jeg ved, at der ikke er tilsigtet nogen ændringer i det regelsæt. Derfor er det simpelt hen helt urimeligt at stå og skabe et billede af, at regeringen politisk har besluttet sig for at forringe et tilbud til en gruppe patienter her. Det er der ingen tale om.

Tværtimod er der tale om, som jeg også har sagt i et samråd i Sundhedsudvalget, at jeg nu har foranstaltet et arbejde for at se, om vi kan forbedre tilbuddene for en gruppe patienter, der ikke lider af et svært handicap, sådan som reglerne foreskriver at de skal for at kunne få vederlagsfri fysioterapi, men som alligevel kunne ha-

ve glæde af det tilbud, og for hvem det kunne være relevant at lave et tilbud, der er bedre end det, man ellers alternativt kan få i dag, altså det tilbud, hvor der gives en vis offentlig medfinansiering.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Realiteten er, at den præcisering af handicapbegrebet – og det er så fint nok med mig, at det ikke har været regeringens og ministerens hensigt, at det skulle have nogle konsekvenser for gigtpatienter – har ført til, at antallet af leddegigtpatienter, som modtager vederlagsfri fysioterapi, er faldet med 17 pct. Det er dog udtryk for, at der er sket en ændring af praksis, og det har altså intet med oplevelsesøkonomi at gøre – eller hvilke morsomheder ministeren ellers kan komme med i den anledning.

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg ved simpelt hen ikke, hvilket belæg hr. Per Clausen har for sin påstand. Altså, jeg kan forstå, at hr. Per Clausen i dag optræder som lobbyist for patientforeningen på det her område og ukritisk bare formidler nogle tal videre. Jeg må bare sige, at det regelsæt, der har været gældende i en lang årrække, og efter hvilket læger kan henvise patienter til vederlagsfri fysioterapi, ikke er ændret i detaljen.

Og hvis hr. Per Clausen bare vil bekræfte det for mig, er jeg sådan set vældig tilfreds.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Det, jeg kan bekræfte ministeren i, er, at præciseringen af handicapbegrebet også har haft konsekvenser for gigtpatienter. Andet kan jeg ikke sige med den viden, jeg har.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg vil gerne fokusere på hr. Per Clausens ventetider. Jeg er vidende om, at man i det område, hr. Per Clausen kommer fra, har ventetider, der har været meget lange for en type gigtpatienter, men her taler jeg ikke om leddegigt. Jeg vil spørge hr. Per Clausen, om hr. Per Clausen ikke oppe i sit område kunne have snakket med dem om, hvorvidt der er frit sygehusvalg, således at man kunne have konverteret disse patienter med lange ventetider til andre steder. Jeg synes, det er lidt

urimeligt bare at stå og sige, at det er regeringens skyld, når det i bund og grund er regionen deroppe, der har ansvaret for dette.

Kl. 14.50

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Nu har jeg sådan set ikke sagt, at ventetiderne i udgangspunktet kun er regeringens skyld. Jeg er helt med på, at amterne og efterfølgende regionerne har et stort ansvar. Det, jeg har sagt, er, at der er brug for, at vi også på det her område laver en national handlingsplan, hvor vi altså også fra statens side går ind i det her arbejde med, at vi kan skabe en koordineret indsats. Hr. Preben Rudiengaards partifæller i Nordjylland kan sikkert bekræfte, at jeg ikke forsømmer nogen lejlighed til at kritisere regionspolitikere og tidligere amtspolitikere på grund af de fejl, de begår.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg vil spørge til det med nationale handlingsplaner. Jeg synes, der er meget i den tekst, som Enhedslisten står bag her i dag og lægger frem til vedtagelse, som er fornuftigt. Med hensyn til spørgsmålet om nationale handlingsplaner ville jeg gerne have Enhedslistens ordfører til at forholde sig lidt til begrebet prioritering, selv om jeg godt ved, at det lidt uvant for en ordfører fra Enhedslisten. Men er det sådan, at Enhedslisten mener, at vi skal lave nationale handlingsplaner for alle otte folkesygdomme og bagefter også på tværs en for motion og en for kost og en for rygning og en for alkohol? Skal vi have 12? Så skal vi også have en for de medicinske patienter. Hvor mange nationale handlingsplaner skal vi have?

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Nu er der sådan set ingen modsætning mellem at lave mange nationale handlingsplaner og foretage en prioritering. For den prioritering kan man jo læse ud af, hvilken indsats man vil gøre på de forskellige områder. Det kan godt være, at det grundlæggende er en skidt ting inden for sundhedsvæsenet og andre områder, at vi er kommet ind på at lave den ene nationale handlingsplan efter den anden, men realiteten er jo, at det i dag er startet, og hvis man har områder, hvor man ikke forsøger at gøre det, kan man i hvert fald være sikker på, at det område er ned-

prioriteret i praksis. Og jeg synes faktisk ikke, at man skal nedprioritere gigtområdet, heller ikke i praksis.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Nej, jeg spørger egentlig også af ægte interesse, fordi det er en overvejelse, jeg selv sidder og tumler rigtig meget med. Men kunne man ikke sige, at jo flere handlingsplaner man laver, i jo mindre grad bliver det område tilbage, som der er til fri prioritering? Hvis man så ikke har en handlingsplan for et hjørne af sundhedsvæsenet, så bliver det virkelig, virkelig nedprioriteret. Jeg synes, at overvejselsen er, og det spørger jeg egentlig også ordføreren om: Er det ikke sådan, at man risikerer at udvande det redskab, der er en national handlingsplan? Vi har i dag for kræft og hjerter, og de har virket. Og det er jo også dem, vi alle sammen skeler lidt til. De var rigtig gode, og de virkede. Men risikerer man ikke at udhule effekten af dem, når man lige pludselig har 12, 15, 20 nationale handlingsplaner?

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Det, som er vanskeligt ved det, vi står i, er, at det er lykkedes den nuværende regering at indrette et sygehusvæsen, et sundhedsvæsen, som tager udgangspunkt i, at det vigtige er at leve op til behandlingsgarantierne inden for de områder, hvor man er i konkurrence med private hospitaler. Og stillet over for den udfordring mener jeg, at nationale handlingsplaner er et forsøg på at sikre, at også de områder, som ikke sådan er attraktive for det private sygehusvæsen at gå ind i, også får en prioritering.

Så fru Charlotte Fischer kan godt have ret i, at hvis vi startede med at snakke om, hvordan vi grundlæggende skulle indrette sygehusvæsenet og sundhedsvæsenet i Danmark, så ville vi måske starte et andet sted end med at lave nationale handlingsplaner for gigtområdet eller andre områder.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ordføreren. Så er det hr. Preben Rudiengaard som ordfører.

Preben Rudiengaard (V):

Jeg har beskæftiget mig med sundhedsvæsenet i mange år, og jeg må nok sige, at i den tid, vi har haft vores regering, har der i modsætning til tid-

ligere virkelig været fokus på de kroniske sygdomme.

Det, vi i dag skal snakke om, er slidgigt og leddegigt. Jeg er enig i hr. Per Clausens betragtning, gigt er en stor folkesygdom. Men det fremgår jo også af regeringens oplæg, der hedder »Sund hele livet«. 16 pct. af danskerne lider af muskel- og skeletsygdomme, og dem, jeg er meget bekymret for, er de 2 pct., som lider af leddegigt.

Karakteristisk for denne store kroniske sygdom er, at der er stort sygefravær, og især leddegigt bevirker, at mange patienter tidligt må forlade arbejdsmarkedet. En del af dem ender så på førtidspension. Derfor skal indsatsen være, og der kan jeg også i de overordnede temaer være enig, både forebyggelse og behandling.

Kl. 14.55

Nu må jeg så sige, at vedrørende forebyggelse maler hr. Per Clausen jo i sit spørgsmål til regeringen med den helt, helt brede pensel. Jeg må nok sige, at hvis hr. Per Clausen var i stand til at fortælle mig, hvordan vi forebyggede primært mod leddegigt, så ville jeg indstille hr. Per Clausen til Nobelprisen. For ingen ved, hvordan leddegigten opstår. Derimod ved vi en helt masse om, hvordan slidgigten opstår. Hermed ikke være sagt, at ikke både den sekundære og den tertiære forebyggelse er vigtig for patienter med leddegigt.

Men regeringen har jo lavet en kommunalreform, således at patienterne nu får en tættere forankring til kommunerne. Regeringen har lavet programmer sammen med Sundhedsstyrelsen, således at vi nu får folk i gang, for vi ved godt, at forebyggelse af slidgigt har noget at gøre med at bruge sit bevægeapparat på en konstruktiv og hensigtsmæssig måde. Regeringen har også haft meget fokus på arbejdsmiljøet, fordi også ensidigt, monotont arbejde kan give anledning til ændringer i vores muskelmasse og i vores knoglevæv.

Så jeg må sige, at der i denne regerings tid har været mange virkelig gode, forebyggende tiltag, som jeg aldrig i mine 35 år i sundhedsvæsenet har oplevet magen til før.

Så kan vi gå over til behandlingen. Og der må jeg sige, at det er bedre at være gigtpatient i dag, end da jeg i 1972 blev færdig som læge, fordi der er sprøjtet flere penge ind i behandlingen. Hr. Per Clausen anfører jo klart i sit oplæg og i sin tale her, at regeringen ikke har givet penge nok. Der er givet mange penge til sundhedsvæsenet,

og halvdelen af meraktivitetspuljen er givet til de medicinske afdelinger, hvor gigtpatienterne også hører hjemme.

Der er lavet planer om sygehusstrategi med patientkontorer, og hvis man brugte patientkontorerne, så havde man også mulighed for at blive henvist til andre sygehuse, således at det frie sygehusvalg kunne træde ind, så patienterne hurtigere kunne komme igennem behandling, også gerne med forebyggende tiltag ude i kommunerne.

Så der er virkelig lavet meget, og i øjeblikket arbejder vi meget på en MTV-rapport, som jeg har store forventninger til, således at har vi et datagrundlag sammen med BIOSAM, til at vi kan få indført de biologiske lægemidler, som er så fantastisk vigtige for en del af vores leddegigtpatienter.

Så alt i alt kan jeg kun henholde mig til, at regeringen har gjort virkelig meget. Jeg er stolt af at være en del af regeringens parlamentariske grundlag på dette område.

Jeg vil gerne på vegne af Venstre, Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti komme med følgende:

Forslag til vedtagelse:

»Folketinget konstaterer, at der med kommunalreformen er skabt en god ramme for udvikling af indsatsen over for patienter med kroniske sygdomme, herunder gigtpatienter. Kommunerne har nu ansvaret for genoptrænings- og forebyggelsesområdet, herunder at der sættes fokus på tidlig opsporing og behandling i samarbejde med region og almen praksis for at bevare patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet længst muligt. Sundhedsstyrelsen understøtter indsatsen med en generel model for behandling af kroniske sygdomme og følger løbende op på behovet for uddannelse af reumatologer. Modellen giver en ramme for systematisk opfølgning og patientuddannelse. Mere specifikt er der afsat midler til forskning på gigtområdet. Folketinget konstaterer videre, at der med disse tiltag og det generelle løft i bevillinger til sundhedsvæsenet er skabt rammer for, at regioner og kommuner i fællesskab kan sikre patienterne – herunder gigtpatienter – de rigtige tilbud på det rigtige tidspunkt.«

(Forslag til vedtagelse nr. 52)

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Der er nu fremsat følgende forslag til vedtagelse: (*Se foran*). Også dette forslag indgår herefter i forhandlingen.

Kl. 15.00

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg synes, at Venstres ordfører måske slog en lige lovlig optimistisk tone an i forhold til, hvor godt det går. Jeg har læst en rapport fra Statens Institut for Folkesundhed, som jeg mener at huske fastslog, at mængden af ensidigt gentaget arbejde er steget over de seneste år. Der er en kæmpemæssig udfordring på arbejdsmiljøområdet, og jeg tror ikke, man i dag bare kan stille sig op og sige, at her går det rigtig, rigtig godt.

Jeg vil spørge til noget andet, for et sted, hvor jeg synes at regeringen gør alt for lidt, er på området kliniske retningslinjer. Der findes ikke kliniske retningslinjer og standarder for gigtpatienter, og det betyder jo helt præcis i praksis, at når en patient møder op hos egen læge, så kan det godt risikere at blive lidt, som vinden blæser, hvad det lige er for en behandling og et tilbud, vedkommende får. Kan Venstres ordfører sige noget om, hvornår der kommer kliniske retningslinjer for gigtpatienter. Og bør det ikke være sådan, at der er kliniske nationale retningslinjer for alle typer kronikere, herunder gigtpatienter?

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Tak for spørgsmålet. Ensigtigt, monotont arbejde giver skader, det ved vi godt, men er det regeringen, der skal tage sig af det? Det er ude på den enkelte arbejdsplads, hvor man sammen med medarbejderne skal sørge for at få arbejdet tilrettelagt. Det kunne vi måske godt blive enige om.

Kliniske retningslinjer er fantastisk vigtige. Jeg vil sige, at reumatologerne jo har lavet BIOSAM og lavet nogle nationale standarder. Nu får vi en MTV-rapport fra Sundhedsstyrelsen om brugen af biologiske lægemidler. Og jeg er da ikke i tvivl om, at det er den vej, vi skal, således at vi får nogle ensartede retningslinjer og beder det videnskabelige selskab om at lave dem. Det er hverken ministeren eller mig eller fru Charlotte Fischer, der skal lave dem. Det har vi Sundhedsstyrelsen og det videnskabelige selskab til.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg ved godt, det ikke er os, der har ansvaret for arbejdspladsernes indretning. Det var bare med hensyn til, hvor optimistiske vi skal være i forhold til, hvor godt det går. Og der tror jeg, at gigtpatienter nok vil være meget interesserede lige præcis i det med arbejdsmiljø osv.

Det handler jo ikke om, at vi herinde skal sidde og lave kliniske retningslinjer, det handler om, at vi skal sende et budskab om, hvorvidt det er vigtigt eller ikke vigtigt. Og hvis det er vigtigt, hvor hurtigt det så skal gå.

Jeg vil egentlig spørge Venstres ordfører, hvor stor tålmodighed man har, når man er en del af et regeringsparti, på det her område. Jeg synes, det er alt for ringe, at vi ikke har sat skub i det. Det er da noget af det allervigtigste, at vi er sikre på, at der er nogle standarder for, hvordan man bliver behandlet, når man som kroniker møder op forskellige steder.

Hvor stor er Venstres ordførers tålmodighed? Skal der gå et halvt år, et helt år, 5 år? Hvor lang tid?

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg har en meget kort tålmodighed, men jeg kan sige, at hvis fru Charlotte Fischer havde deltaget i den høring, som Gigtforeningen havde om leddegigt, så havde hun netop hørt, hvordan vores ledende, førende reumatologer i det her land havde lavet nationale standarder. Sundhedsstyrelsen er jo også aktiv på det her område for at få lavet de her nationale standarder, og vi forventer da helt klart, det kommer. Det har vi det administrative og det videnskabelige selskab til og så Sundhedsstyrelsen.

Jeg har da stor forventning om, at det kommer, når vi ser på kommunalreformen, hvor Sundhedsstyrelsen kan komme ud og være med, også i kommunerne, til at planlægge indsatsområder på det forebyggende område. Det er også en form for national standard.

Kl. 15.05

(Kort bemærkning).

Jens Peter Vernersen (S):

Hvis man brækker et ben, bliver man normalt behandlet omgående på sygehuset. Bliver alle gigtpatienter behandlet i dag i det danske sundhedsvæsen? Er der et tilbud til alle, sådan at den efterspørgsel, der er, også imødekommes? Det er jo sådan set det, der er afgørende for den enkelte

patient. Kommer man i behandling, og får man den seneste nye, kendte behandling, når man går i gang, og var man sikker på, at man fik den seneste kendte, nye behandling tidligere i samtlige amter og vil få den nu i samtlige regioner?

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Hvis man brækker et ben, kommer man i hurtig behandling. Har man en meget, meget svær reumatoid artrit eller en psoreasigigt, som virkelig er destruktiv på leddet eller en Morbus Bechterew eller sådan nogle ting, så kommer man meget hurtigt til, så er der ikke nogen ventetid.

Hvis man har slidgigt, som jeg en gang imellem også godt kan have lidt af i nakken, så må jeg jo vente lidt længere. Men der starter jeg sædvanligvis hos min praktiserende læge med en udredning, og har jeg så brug for det, så laver jeg en planlægning sammen med den reumatologiske afdeling.

Men når hr. Jens Peter Vernersen spørger, så vil jeg sige, at der er for store regionale forskelle på indsatsen, hvilket dels skyldes reumatologerne – vi har ikke så mange spredt over hele landet – dels at det er således, at de patienter, der kommer til, ofte må vente lidt, når regionerne ikke er i stand til at varetage det frie sygehusvalg på behørig vis.

(Kort bemærkning).

Jens Peter Vernersen (S):

Der er vel ikke nogen som helst tvivl om, også med de oplysninger, Sundhedsudvalget har fået, når vi har besøgt sidst Hvidovre Hospital, at det er helt afgørende for leddegigtpatienter, at der bliver sat tidligere ind med behandling, og at der åbenbart er en stor gruppe, der ikke tidligt og rettidigt kommer i behandling, hvorved sygdommen udvikler sig på en sådan måde, at de pågældende også mister deres arbejdsevne. Det er vel virkeligheden for gigtpatienter, også i dag.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg vil da sige med hensyn til disse gigtpatienter, som har brug for de biologiske lægemidler, at hvis vi ser på tallene, så ligger vi lavere, end man eksempelvis gør i Norge og Sverige, og der er også visse regionale forskelle her.

Nu må jeg sige, at det jo ikke er alle leddegigtpatienter, der skal have disse midler. Det er måske mellem 10 og 20 pct. af leddegigtpatienterne, der skal have det. Og det er en klinisk

vurdering, det er ikke en vurdering, jeg skal stå og foretage. Derfor må jeg sige, at kommer de derude, så har jeg da stor forventning til, at vores udmærkede reumatologer er i stand til at prioritere.

Hvis man ser på ventelisterne, så er der ikke meget ventetid for de virkelig tunge patienter, som kan komme i behandling ude hos de kvalificerede reumatologer på fra 0-9 uger.

Vi kan altid gøre det bedre, og hvis vi fik flere reumatologer, som jeg ikke kan trylle op sådan som kaniner af hatte, så ville vi også kunne dække bedre. Men det er jo ikke noget, vi udklækker på en dag.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Jeg forstod på hr. Preben Rudiengaard, at Sundhedsstyrelsen ville følge udviklingen, hvad angår uddannelsen af reumatologer. Er det sådan en anden måde at sige på, at hr. Preben Rudiengaard er enig i, at her er behov for at gøre en indsats for at øge antallet?

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Som jeg lige har sagt til hr. Jens Peter Vernersen, så har vi en manko på reumatologer. I dag har vi 190 reumatologer, og ser vi på dem, der går på grund af alder og grå hår, som jeg også har, så vil vi om nogle år være nede på 90. Det er et problem, og derfor har vi jo også i vores forslag til vedtagelse anført, at der skal fokuseres på reumatologer.

Sundhedsstyrelsen skal jo hele tiden følge sundhedstilstanden i Danmark og gøre opmærksom på fejl og mangler og referere til den altid siddende minister, og det er jo vores forventning, at Sundhedsstyrelsen gør lidt. Men den stakkels Sundhedsstyrelse kan jo heller ikke trylle dem frem. Det varer ca. 14 år at få en kvalificeret reumatolog. Så vi må prøve at se, hvordan vi kan gøre det bedre. Der kunne måske også være mere tendens til opgaveglidning – gigtssygeplejersker osv. – indtil vi får det fornødne antal reumatologer.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Som det er nu, må man vel konstatere, at ventetiden til at blive henvist til eller komme til en privatpraktiserende reumatolog faktisk er stigende og har været stigende de sidste 2 år. Det er jo i hvert fald ikke tilfredsstillende.

Kl. 15.10

Men jeg vil godt også spørge til en anden ting. Hr. Preben Rudiengaard var også inde på, hvad man skulle gøre i forhold til de almenpraktiserende læger, og jeg vil godt spørge hr. Rudiengaard, om han er enig i, at en ting er at få lavet nogle rammer for, hvordan behandlingen skal være, men det er også en vigtig opgave at få det formidlet ud til lægerne, sådan at vi faktisk er sikre på, at de ved, hvordan de skal gribe de her ting an. Vi hører i hvert fald fra fleres side, at man ikke altid har indtrykket af, at det er den nyeste viden, man bliver præsenteret for.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg er selv også bl.a. speciallæge i almen medicin, og jeg må da sige, at jeg da godt ved, at der er stor forskel også på læger og deres interessefelt osv. Og derfor er der da ingen tvivl om, at nationale standarder også skal smitte af ude hos de praktiserende læger.

Men nu er der jo altså også det, der hedder patientens vej gennem systemet, hvor sygehuse nu i modsætning til tidligere har mulighed for at samarbejde med den almene praksis. Vi får den elektroniske patientjournal, hvor informationerne også kan komme ud, og så har vi kommunerne med til at være med til genoptræningen. Så jeg er fortrøstningsfuld med hensyn til det, og jeg tror, at standarden på netop gigtområdet vil blive stigende blandt de praktiserende læger i de kommende år.

Jeg kender mange af dem, og jeg ved, at de gerne vil have hævet også deres faglige indsigt på det her område, og ellers skal vi nok gøre dem opmærksom på det også ude i kommunerne, for de er jo en del af sparringen med kommunerne.

(Kort bemærkning).

Bjørn Medom Nielsen (S):

Jeg kan høre på ordføreren fra Venstre, og jeg kan høre på sundhedsministeren, at trylleordet er kommunalreformen. Kommunalreformen kan bruges i mange forskellige sammenhænge. Den kan bruges til at forklare det gode vejr, den kan bruges til at forklare den gode fremtid for vores gigtpatienter. Det vil vi bore lidt mere i.

Jeg fornemmer, at ordføreren lægger vægt på noget omkring den biologiske medicin, hvilket jeg absolut synes er positivt, men samtidig – og det kan vi ikke se i forslaget til vedtagelse – står der noget om det generelle økonomiske løft til

sundhedsområdet. Der er vi jo principielt uenige om, hvorvidt det løft er udtryk for noget positivt, eller det bare er udtryk for, man forsøger at følge med det behov, der nu er.

Men kan jeg få ordføreren til at sige noget om sammenhængen mellem økonomi og brugen af biologisk medicin, som jo er en tung udgift på det økonomiske plan?

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Økonomien har vi jo givet en indsprøjtning på 8,5 mia. kr. til meraktivitet, hvor halvdelen er faldet på de medicinske afdelinger. Så der er altså kommet penge ud også til de reumatologiske afdelinger.

Med hensyn til den biologiske medicin, så afventer vi jo at se på, hvad Sundhedsstyrelsen kommer med i deres MTV-rapport. Det er jo op til regionerne i øjeblikket at finansiere den biologiske medicin til de reumatologiske patienter i deres region. Så vi afventer Sundhedsstyrelsens rapport, og så forholder vi os til det, når vi får en entydig beskrivelse af, hvor stor patientgruppen er, og hvad behovet er i de kommende år.

Men jeg må helt klart sige, at regionerne har finansieringsansvaret. Det er det overordnede ansvar, de har, for at varetage patienternes interesse. Og i kommunerne betaler man jo også grundbidrag osv., så vores patienter også får en ordentlig behandling.

(Kort bemærkning).

Bjørn Medom Nielsen (S):

Ja, regionerne har ansvaret inden for de rammer, der nu er sat for den her indsats. Men jeg vil gerne spørge Venstres sundhedspolitiske ordfører i den her sammenhæng: Vil det være således, at man – hvis MTV-rapporten viser, at der er behov for yderligere tilførelser af midler, så regionerne kan opnå et ordentligt niveau for brugen af biologisk medicin, som jo koster op imod 125.000 kr. pr. patient, og som er personaletung, fordi det kræver mange personaler – er indstillet på at tilføre penge for at få det her niveau bragt derop, hvor alle kan få en ens og rimelig behandling?

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Vi går alle sammen ind for en ens og rimelig behandling af vores patienter – fri, lige adgang, uanset om man bor i Region Syddanmark eller man bor i Region Hovedstaden. Og når vi nu

har MTV-rapporten, er det jo klart, at vi må se på, hvad der kommer ud af dette. Og så må det være ministeren og regionerne, der aftaler det videre forløb. Jeg står ikke og udskriver blanko-checks på et usikkert grundlag, før jeg har set resultatet af MTV-rapporten.

Kl. 15.15

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Jeg tror, der er enighed om, at mangel på speciallæger og mangel på læger på det her felt er en af de flaskehalse, som skaber nogle af de problemer, som hr. Preben Rudiengaard også er inde på.

Men nu er regeringen jo meget god til netop hele tiden at tale om, hvem der bærer ansvaret, så jeg kunne egentlig godt tænke mig at høre om de mange uddannelsespladser, som hr. Bertel Haarder i sin tid som undervisningsminister nedlagde, sidste gang der var en borgerlig regering herhjemme: Kunne man tænke sig, hvis nogle af de mange klasser, som blev nedlagt, ikke var blevet nedlagt, at det kunne have medvirket til uddannelse af nogle af de læger, der mangler i dag? Måske kunne nogle af de læger have afhjulpet den lægemangel og den mangel på speciallæger, der eksisterer i dag.

Altså, kunne de mange årgange af uddannelsespladser til læger, man faktisk fuldstændig fjernede under undervisningsminister Bertel Haarders styre tilbage i 1980'erne, ikke have uddannet de læger, vi bl.a. står og mangler i dag?

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Nu ved jeg godt, at min kære partifælle hr. Bertel Haarder skal have skyld for meget, men det var altså ikke så dramatisk, det, han gjorde dengang. Skiftende regeringer har i årevis måske ikke haft det fornødne fokus på fremtidens demografi osv. med hensyn til antallet af læger, der skulle bruges. Men lad mig sige, at det største problem dengang var, at en socialdemokratisk amtsborgmester, der sad og kørte forhandlingerne med Amtsrådsforeningen og Foreningen af Yngre Læger, virkelig fik uddannelsen væsentligt forringet på grund af afspadsering og alt mulig andet. Det var der, problemet opstod i det danske sundhedsvæsen.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Ja, nu skal vi jo ikke nødvendigvis tæske rundt i at få placeret ansvaret for det hele, men jeg kunne bare godt tænke mig bare at få en eller anden bekræftelse på, at det er korrekt, at den borgerlige regering med hr. Bertel Haarder som undervisningsminister nedlagde uddannelsespladser på de danske medicinske uddannelser svarende til omkring 100 pladser eller sådan noget over en årrække. Er det ikke korrekt, at der ville have været uddannet omkring 100 flere læger pr. år, hvis ikke man havde lavet den besparelse, der blev lavet i hr. Bertel Haarders tid som undervisningsminister?

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg vil sige til hr. Kamal Qureshi, at det har været et spørgsmål om optag på selve studiet. Det har ikke noget med uddannelsespladserne at gøre, det har været optaget på studiepladserne, som man en overgang efter min mening også – det har været under de siddende regeringer – har haft reduceret for meget.

Det har efter min bedste opfattelse ikke været det andet, som er årsag til den manko, vi har i dag. Men jeg må også sige, at vi har en befolkning, der bliver ældre, en befolkning, som er mere krævende med hensyn til sundhedsydelser, og resultatet af det er, at hverken hr. Kamal Qureshi eller jeg, som begge er uddannet til læge, nogensinde behøver at frygte at blive arbejdsløse.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken, og næste ordfører er hr. Bjørn Medom Nielsen.

Bjørn Medom Nielsen (S):

Enhedslistens forespørgsel giver en god og velkommen anledning til at drøfte forholdene omkring en af de store folkesygdomme, som sætter sit præg på befolkningen og hele det danske sundhedssystem, og det giver anledning til at høre regeringen og dets støtteparti i, hvor vi har dem henne i denne sag.

Omkring 700.000 mennesker i Danmark lider af en eller anden form for gigt, og flere kommer desværre hele tiden til. Faktisk er det den største folkesygdom i Danmark. Trods det bliver gigt-patienter ofte overset, fordi det er en stille lidelse. Der er ofte ikke meget synlig dramatik ved leddegigt, nedslidte hofter og knæ eller ondt i ryggen, men det er jo ikke ensbetydende med, at vi skal overse en folkesygdom, der er så omfattende. Socialdemokraterne fremsatte derfor i forrige samling et beslutningsforslag om en national handlingsplan på gigtområdet, og forhåbentlig når vi i denne dags debat længere end i den forrige samling.

Udgangspunktet for sidste samlings debat er på store stræk det samme, men udfordringen er blevet større med de begrænsninger, der er sket i den vederlagsfri forebyggende og vedligeholdende fysioterapi – begrænsninger, der har betydet, at 2.000 gigtpatienter af 4.400 i alt har fået begrænset deres mulighed for en sådan behandling. Og udfordringen er også blevet positivt større på baggrund af de landvindinger, der er sket på baggrund af brugen af biologisk medicin.

Kl. 15.20

Som det ser ud nu, er der alt for stor forskel i behandlingen i de forskellige dele af landet. Der er bl.a. store forskelle i ventetider og muligheder for at komme til en speciallæge og stor variation i medicinudskrivningerne, særlig i forhold til de biologiske lægemidler, der er omkostningstunge både i pris og i brug af personale.

Der findes kun ganske få nationale retningslinjer og standarder for behandlingen af gigt, hvilket igen er medvirkende til, at patienter behandles uens på tværs af landet og ikke nødvendigvis efter den senest opdaterede viden. Det duer simpelt hen ikke.

Regionerne skal selvfølgelig have deres minimale tilbageblevne handlefrihed intakt, men de forskelle, som vi oplever på et så væsentligt område som gigt, må ikke kunne forekomme i Danmark.

Det bør ikke være den enkelte patients eller dennes resourcepersoners evne til at bide sig fast i bordet i en behandlingssituation, der afgør, om han eller hun får den korrekte behandling eller medicin, og der bør heller ikke gå postnummerpolitik i behandlingsformerne.

Det er Socialdemokraternes holdning, at ligeegyldigt hvilken form for gigt man er uheldig at få, skal alle have de samme rettigheder, både

med hensyn til tilgængelig information, rådgivning og ikke mindst behandling. Når man rammes af gigt, kan det være svært at opretholde det liv, man normalt fører. Ligeegyldigt om det er gigt i fingrene, så man ikke kan åbne et glas rødkål, eller i knæene, så det bliver besværligt at bevæge sig rundt, er det en stor forandring for den enkelte. Det er den enkeltes fysiske og psykiske tilstand, man må tage hensyn til i diagnose og i behandling.

Politikken i de seneste år har været præget af lappeløsninger. Der skal virkelig ske et løft på området, da der er behov for en koncentreret, koordineret og målrettet indsats. Gigt er en alvorlig sygdom. Og vi mener derfor i Socialdemokratiet, at der absolut bør være nogle retningslinjer for den almene praksis.

Der er et stigende behov for nationale retningslinjer for behandlingen, og dette kan eksempelvis ske ved at indføre standardiserede udredningsforløb med henblik på at sikre en hurtig diagnostik af patienter med gigt og derved bl.a. undgå unødige lange ventetider.

De standardiserede udredningsforløb skal indføres af flere årsager. For det første skal det gøres for patienternes skyld, så de får en acceptabel behandling, som vi kan være stolte af og tilfredse med fra de ansvarliges side. Og for det andet får lægerne en stringent praksis, som er gavnlige i et travlt erhverv med nok at tage sig til, og hvor ansvaret gradvis bliver større og større.

Behandlingen bør i store træk være ensartet i hele landet, så hverken læger eller patienter bliver forfordelt. Det kræver en indsats på speciallægeområdet med uddannelse af flere reumatologer, og det kræver en indsats med efteruddannelse i almen praksis.

Det vil også gavne samfundet som helhed at skabe bedre vilkår, da patienterne med god behandling og nyttig forebyggelse kan blive længere på arbejdsmarkedet, for gigtssygdommene har også store samfundsmæssige konsekvenser. Gigt er den næstdyreste sygdomsgruppe, kun overgået af de psykiske sygdomme, og koster samfundet rundt regnet 26 mia. kr. om året.

Socialdemokraterne mener, at det bør være indlysende alene på grund af de menneskelige og økonomiske konsekvenser, at en indsats på nationalt handlingsplanniveau, som det er beskrevet i forslaget til vedtagelse, er vigtig at gennemføre. Det er helt på linje med, hvad Socialdemokratiet tidligere har foreslået, og de øvrige punkter i vedtagelsen har vi også tilsluttet os.

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg vil spørge hr. Bjørn Medom Nielsen, ligesom jeg spurgte Enhedslistens ordfører: Hvad er målet, hvis man løfter sig lidt op i helikopteren? Er det at lave nationale handlingsplaner for alle otte folkesygdomme – nu er der nogen i forvejen – og så i øvrigt lave nogle tværgående nationale handlingsplaner for KRAM-områderne: kost, rygning, alkohol, manglende motion? Og så har Socialdemokraterne også foreslået en national handlingsplan for medicinske patienter. Hvor mange kan vi tåle at have og samtidig med nogen som helst troværdighed sige, at vi har sat reaktionerne til at styre sygehusvæsenet?

(Kort bemærkning).

Bjørn Medom Nielsen (S):

Jeg vil give Det Radikale Venstre meget ret i, at der selvfølgelig er en grænse for, hvor mange handlingsplaner man kan have. Men jeg må sige, at den udvikling, vi har set – jeg nævned et par af de udviklingstendenser, der har været, den negative udviklingstendens var problemet omkring bl.a. den vederlagsfri fysioterapi, og den positive var, at der sker en forskningsmæssig udvikling her – gør, at vi bliver nødt til at fokusere på en række områder. Og her taler vi altså om så store grupper plus så kraftige udviklinger, at vi må fokusere.

Jeg skal sige, at jeg med min kommunalpolitiske baggrund kan fortælle, at planer er gode, men det er fokussen og interessen, der rykker, og derfor vil en handlingsplan på det her område også være en, der kan blive afløst af en mere overordnet kronikerpolitik.

Kl. 15.25

(Kort bemærkning).

Charlotte Fischer (RV):

Jeg vil godt igen lige spørge til prioriteringen, fordi som hr. Bjørn Medom Nielsen så rigtigt sagde, rykker planer, fordi de skaber fokus og interesse, men lige præcis den fokus og den interesse er der jo med et fåtal af planer. Den vil jo blive så meget desto mindre i takt med, at man udvider antallet af handlingsplaner. Har man 20 handlingsplaner, så vil det måske knibe lidt med fokus på, hvad der er vigtigt og ikke vigtigt.

Hvis vi nu tager de otte folkesygdomme, er der nogen af de folkesygdomme, om hvilke den socialdemokratiske ordfører vil sige, at de ikke skal have en handlingsplan? Er det knogleskør-

heden, der ikke skal have en handlingsplan, eller hvad?

(Kort bemærkning).

Bjørn Medom Nielsen (S):

Jeg vil ikke sige noget om, hvilken sygdom der ikke skal have en handlingsplan. Jeg vil gerne sige noget om, hvorfor det er vigtigt, og hvorfor vi prioriterer. Vi har her et område, hvor vi kan se – og det er jo det, der er politikken i det her – at der er en social skævhed i, hvem der bliver udsat for de ting, der gør, at man kan udvikle gigt. Det er et spørgsmål om det arbejdsmiljø, man har, som det er nævnt i vedtagelsen her, og det kan være andre ting, der gør det.

Hvis det viser sig, at man på knogleskørhedsområdet har lignende udviklinger, har lignende dramatik i antallet, kan det være, at handlingsplansmåden er en måde at gøre tingene på, men der kan også være andre alternativer, så jeg vil ikke vælge fra, men jeg vil gerne sige, hvad der er den politiske baggrund for at vælge til.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Der står i pind nr. 5 »en øget forskningsindsats inden for slidgigt«, og jeg vil gerne spørge hr. Bjørn Medom Nielsen, som er medforslagsstiller på forslaget sammen med Enhedslisten og SF: Ud over de tre gange 5 mio. kr., som regeringen og Dansk Folkeparti har aftalt, vil man så tage flere midler, og hvor vil man finde dem henne? Det synes jeg kunne være interessant, for det vil sige, at der jo er givet midler. Vil man gå videre end det, man har gjort, og hvor vil man finde pengene?

(Kort bemærkning).

Bjørn Medom Nielsen (S):

Jeg har bemærket – jeg tror, det var i går, det kom frem i dagspressen – at nu skete der noget med forskningsfeltet på det her område. Jeg har en fornemmelse af, at det er en pulje, der er sat af i forvejen, og som Dansk Folkeparti sådan ligesom har handlet med i forhold til sundhedspolitikken, så det ikke er nye penge, der bliver talt om her. Det er vel egentlig også det, som hr. Preben Rudiengaard spørger mig om, om vi kommer med nye penge i den her sammenhæng.

Jeg kan sige, at i forhold til forskningen havde vi sidste år en ramme på 50 mio. kr., som indbefattede andet end forskning, men vi har altså en finansiering klar til at få forskningssiden på

plads også, ellers ville der jo ingen mening være med forslaget her.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Mit sidste spørgsmål til hr. Medom Nielsen er: Hr. Per Clausen anførte det med, at man havde fjernet den gratis fysioterapi, og som ministeren ganske rigtig var oppe og korrigere, er der ikke sket noget. Så jeg vil spørge hr. Medom Nielsen, om han kan tiltræde pind 2, som efter min opfattelse er fejlagtig, jævnfør det, at der ikke er sket nogen som helst ændring på det her område med den fysioterapeutiske indsats.

(Kort bemærkning).

Bjørn Medom Nielsen (S):

Jeg kan kun sige, at selvfølgelig har ministeren ret i sin bemærkning om, hvorvidt regelsættet ikke er ændret. Men nu er det jo således, at når man har en lovgivning, er det som en hovedvej, og man kan vælge på den hovedvej, hvor meget man bruger af den, og om man kører lovgivningens faktiske drift ovre i den ene side eller i den anden side eller på midten af vejen.

Der ved vi godt, og det kan vi jo se, fordi der er dokumentation for det fra Danske Fysioterapeuter, at der er et fald i antallet af patienter, som får vederlagsfri fysioterapi. Så der er reelt tale om et fald, og det er også således, at vi godt ved, at der er kommet instruks ud om, hvorledes man skal definere patienter, der skal have vederlagsfri fysioterapi, som værende dem, der er så handicappede, at de skal have hjælp inden for en bestemt periode eller i en vis mængde. Det er det, vi taler om her. Det er ikke nogen regelændring, så det er der også hold i.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Vi ved alle sammen, at kommunalreformen trådte i kraft den 1. januar. Det, jeg gerne vil spørge hr. Bjørn Medom Nielsen om, er, om hr. Bjørn Medom Nielsen ikke har tiltro til, at kommunerne vil gå ind og gøre en god forebyggelsesindsats på gigtområdet, for det er jo det arbejde, de skal påtage sig.

Kl. 15.30

(Kort bemærkning).

Bjørn Medom Nielsen (S):

Jo, jeg er fuldstændig overbevist om, at kommunerne har både en menneskelig, en politisk og en økonomisk interesse i at være med i forebyg-

gelsesarbejdet. Men det betyder jo ikke, at vi fra centralt hold ikke kan sætte fokus på en række områder og i behandlingssammenhængen opklare tingene på en sådan måde, at vi sikrer en ens og ordentlig behandling over hele landet. Men det er helt klart, at kommunerne har en interesse her, og de kan også spille med.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Nu har jeg siddet og kigget på det forslag til vedtagelse, som hr. Bjørn Medom Nielsen er medforslagsstiller på. Her er der nævnt en række områder, men mange af områderne er jo sådan set allerede implementerede, og jeg kunne godt tænke mig at spørge: Når man fremsætter sådan et forslag til vedtagelse, er der så noget økonomi bag? Hvad vil det koste ud over det, der allerede er sat i gang?

(Kort bemærkning).

Bjørn Medom Nielsen (S):

Venstres ordfører sagde allerede i sit indlæg noget om, at der skal være en vurdering af, hvor store udgifterne ville være, så der er jo egentlig givet en dokumentation for, at der ikke kan sættes direkte tal på økonomien. Men det er for den sags skyld ikke det, det handler om, for Dansk Folkeparti har formodentlig den samme holdning som Socialdemokraterne og sikkert også andre partier i Folketinget, nemlig at der skal være en lige, fri og optimal behandling af alle sygdomme. Det vil sige, at det afhænger af finansloven, om økonomien skal sættes sammen på den ene eller den anden måde, og det tror jeg i øvrigt jeg problematiserede en anelse fra min plads i et spørgsmål til Venstres ordfører.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken, og næste ordfører er fru Birthe Skaarup.

Birthe Skaarup (DF):

Når vi taler om gift, skal det tages med i betragtning, at gift omfatter mange diagnoser. Man regner med, at op imod 500.000-600.000 borgere i Danmark har forskellige former for gift og har et stort behov for, at vi ser indsatsen mod disse sygdomme som en samlet indsats, så den enkelte borger, der er ramt af gift, får en samlet, målrettet prioritering, der kan give en bedre og hurtigere diagnose og en konsekvent behandling, samtidig med at kommunerne foretager den helt nødvendige prioritering af fore-

byggelse af sygdomme, der indvirker på musklerne og skelettet. Samtidig bør man tage med i betragtning, at omkring 43 pct. af sygedagene på arbejdsmarkedet ifølge Socialforskningsinstituttet netop skyldes muskel- og skeletsygdomme.

Derfor er det netop et område, hvor Dansk Folkeparti ser det som en nødvendighed, at samfundet påtager sig den opgave at få rettet op på forholdene for de gigtramte. Jeg vil senere i mit indlæg komme ind på de enkelte områder, hvor jeg mener, der bør gøres en yderligere indsats ud over det, der allerede er sat i værk.

Livet som gigtramt kan ofte være besværligt, og det var derfor, Dansk Folkeparti kunne se, at det var nødvendigt at afsætte nogle midler på sidste års finanslov til at forske i årsagerne til gigt. Netop i disse dage bliver de 15 mio. kr., der blev afsat, udbudt af regeringen til syv forskellige forskningsprojekter, der skal fokusere på relevante områder som risikofaktorer og vurdering af effekten og mekanismerne bag behandlingen af slidgigt. Midlerne bliver fordelt over hele landet til både forskningsinstitutioner og sygehuse.

Angående det forslag til vedtagelse, som hr. Preben Rudiengaard lige har fremsat på vegne af V, O og K, vil jeg godt komme med nogle kommentarer til de enkelte områder. Der er behov for at sætte fokus på en tidlig opsporing og konsekvent behandling, så lange sygemeldinger undgås, bl.a. fordi man ved, at skader som følge af leddegigt forværres, jo senere der sættes ind med behandling og diagnose.

Kl. 15.35

Det fører mig naturligvis ind på, at der på gigtområdet er store forskelle i ventetider og medicinudskrivninger mellem Øst- og Vestdanmark. Det gælder ikke alene ved leddegigt, men også i almindelighed i forbindelse med udredning af gigtsygdomme, og derfor burde der være standarder for behandling, så alle kan blive behandlet ens over hele landet, også i almen praksis, fordi det er den praktiserende læge, som først skal stille diagnosen for en gigtpatient.

Der bør være en strategi for diagnosticering og behandling ligesom for KOL- og diabetespatienter, og derfor har det været vigtigt for Dansk Folkeparti, at der forskes videre på området, også i kliniske retningslinjer for behandlingen. Det er i det lys, man skal se, at vi afsatte de penge, jeg nævnte før.

Vi ser også frem til, at den kommunale indsats kommer ind i en periode, hvor forebyggelsen bliver opprioriteret. Sundhedscentre kan være omdrejningspunkter for forebyggelse, og

som jeg tidligere har givet udtryk for, er der tale om en meget stor gruppe, som kræver hurtig udredning, både fordi gruppen er stor, og fordi den kan blive omkostningstung, såfremt der ikke sættes effektivt ind.

Man kunne f.eks. gøre kommunerne opmærksom på, at det er et område, hvor der med stor effekt kunne nedsættes en særlig gruppe til yderligere at forbedre forebyggelsen. Her kan relevante samarbejdspartnere bidrage med konkrete tiltag. Speciallæger i gigtsygdomme skal der være fokus på, og der bør også ses på, at på de sygehuse, der kan tilbyde uddannelsespladser, bliver uddannelsespladserne også besat, samt på hvorledes der kan ske en rekruttering af reumatologer i årene fremover.

For nylig besøgte Sundhedsudvalget Hvidovre Hospital, hvor vi fik en meget flot indføring i gigtområdet af et meget vidende personale. Vi så, hvorledes en leddegigtpatient fik det væsentlig bedre, fordi man kunne monitorere hele behandlingsforløbet i Danbiobasen. Man kunne registrere og ændre behandlingen på baggrund af de indhentede oplysninger i basen, som måske kunne blåstemple yderligere ved en statslig medfinansiering. Det er værd at overveje, og det kan vi jo tage op her i Folketinget ved en given lejlighed.

Udvalget blev også klar over de geografisk betingede forskelle mellem de biologisk-medicinske behandlinger her i landet. Man kunne med rette spørge, hvorfor de forskelle er der, men vi ved jo, at ministeren sammen med de partier, der står bag den nye sundhedslov, har den intention, at borgerne i Danmark skal have ens behandling i hele landet.

I Dansk Folkeparti ser vi frem til, at de forskellige instanser, eksperter og myndigheder punkt for punkt trækker i den samme retning mod det samme mål, nemlig at vi her i Danmark kan tilbyde gigtbehandling på højt fagligt niveau, og at patienterne skal have den rette behandling på de rette tidspunkter.

(Kort bemærkning).

Bjørn Medom Nielsen (S):

På mig virker det, som om Dansk Folkepartis ordfører gerne vil ride flere heste på én gang i denne sammenhæng. På den ene side er det vigtigt at få afsat midler til forskning i slidgigt, på den anden side er det vigtigt at tage sig af kronikerområdet, og samtidig fremhæver man nogle specielle problemstillinger på gigtområdet, nemlig de geografiske forskelligheder i forbin-

delse med behandlingen med biologisk medicin. Derfor vil jeg gerne spørge, hvor langt Dansk Folkepartis tålmodighed rækker, når det gælder om at sætte direkte ind over for det, som er nævnt i forespørgslen, altså gigt.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jamen vi rider ikke flere heste på én gang. Gigtproblemet har været debatteret her i Folketinget ved flere lejligheder, der har også været holdt konferencer her på Christiansborg, og i Dansk Folkeparti blev vi meget hurtigt klar over, at der måske ikke var forsket nok på området. Det var netop derfor, vi prøvede at få afsat nogle midler, så man kunne forske og se på, hvad der virkelig skal gøres, for at vi kan blive lidt klogere på området, og det er det, vi har gjort i samarbejde med regeringen.

(Kort bemærkning).

Bjørn Medom Nielsen (S):

Så vidt jeg hørte fru Birthe Skaarup, handlede det om, at det er vigtigt at forske i specielt slidgigt, og samtidig var der en række generelle problemstillinger, som man lod ministeren om at klare, og så var det ligesom overstået. Derfor spørger jeg igen: Hvor langt rækker Dansk Folkepartis tålmodighed, og hvor langt rækker Dansk Folkepartis evner, når den fulde dagsorden vedrørende gigtproblemstillingerne skal sættes op? Jeg tænker også på den vederlagsfri fysioterapi, som ordføreren ikke nævnte noget om i sin ordførertale.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jamen jeg håber da, vi har evnerne. Det kan godt være, at hr. Bjørn Medom Nielsen ikke mener det, men vi prøver da nogenlunde at leve op til, at vi godt vil se patienterne i det rette lys.

Kl. 15.40

Jeg vil godt sige, at hvis hr. Bjørn Medom Nielsen kigger på det forslag til vedtagelse, så står der mange rigtig gode ting deri, og det er faktisk i det forslag, jeg har taget udgangspunkt i min tale. Dermed vil jeg ikke sige, at alt bare er, som om vi er i den syvende himmel og at alt går lige, som det skal.

Som sagt har vi fået en kommunalreform fra den 1. januar. Den har nu virket i knap nok 3 måneder, og kommunerne skal jo også prøve på at lægge en plan for, hvordan de bedst kan gøre det her. Jeg ved, at der er mange kommu-

ner, der virkelig har taget opgaven til sig, og gigtområdet er et af de områder, som jeg synes man bør prioritere, også fordi jeg nævnte de der ca. 43 pct., som er på det danske arbejdsmarked, men som har mange sygdommeldinger.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Hvis man prøver at se på udviklingen, som den har været i de senere år, så har i hvert fald ventetiderne for at komme i behandling hos reumatologer været stigende. Og derfor er jeg sådan lidt overrasket over, at der i det forslag til vedtagelse, som fru Birthe Skaarup er medforslagsstiller til, står, at der er skabt rammer for, at regioner og kommuner i fællesskab kan sikre patienterne, herunder gigtpatienterne, de rigtige tilbud på det rigtige tidspunkt. Jeg forstår det ikke. Hvad er det, der er sket, der gør, at der skulle ske den her forandring i den almindelige udvikling?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Det er jo sådan set, at når man i almen praksis måske ikke ved nok om det her område, så skal man prøve at få den viden. Når vi også siger, at man skal have den rigtige behandling på det rigtige tidspunkt, er det jo, fordi vi skal prøve på at effektivisere nogle arbejdsgange. De er mange gange ikke gode nok. Der er mange gigtpatienter, der måske skal vente for lang tid, indtil de får diagnosen.

Men jeg er helt overbevist om, at der nok skal blive rettet op på det nu. Med den reform, vi får, tror jeg på, at det bliver et område, der bliver prioriteret, netop fordi det jo er nødvendigt, at folk får udrettet deres sygdom og ikke har for mange sygedage.

Med hensyn til reumatologerne er det da vigtigt, at der på en eller anden måde sker en oprioritering, som andre også har været inde på her tidligere i debatten.

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

Det er vanskeligt at afvise optimisme, for det kan jo godt være, at fru Birthe Skaarup får ret i, at kommunalreformen får disse velsignelsesrige konsekvenser.

Det, jeg så vil følge lidt op på, er: Betyder det, fru Birthe Skaarup siger, så også, at når Sundhedsstyrelsen understøtter indsatsen med en generel model for behandling af kroniske sygdomme, så er det også fru Birthe Skaarups opfattelse,

at en opfølgning på det også omfatter en stor indsats for efteruddannelse af de almenpraktiserende læger for at være sikker på, at de faktisk bliver vidende om, hvad der er det rigtige at gøre?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Ja, det er det jo netop, fordi der er patienter, der går hos de praktiserende læger, og de praktiserende læger mange gange ikke rigtig ved, hvad de skal gøre, og spørger: Hvad skal vi gøre her? Patienten har ondt her og der, og skal vi sende vedkommende videre i forløbet? Det er her, jeg synes, at den almenpraktiserende læge måske skal uddannes noget bedre til at kunne videre-sende patienterne.

Jeg blev ikke helt færdig med reumatologerne, men der synes jeg, at den tendens, der viser sig, nemlig at vi får færre reumatologer, jo ikke er særlig god for Danmark. Og der håber jeg da på, at de uddannelsesstillinger, der er rundtomkring, virkelig benyttes.

Jeg har netop sendt et spørgsmål til ministeren om det her område, fordi jeg blev vidende om, at man på et sygehus her i Danmark havde ledige uddannelsesstillinger. Og hvorfor har man så det? Det er nogle af de ting, man også bør tage op til en vurdering.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Ja, der er en meget høj grad af optimisme hos fru Birthe Skaarup, og det kan man sige at der også er anledning til, hvis man kigger på vejret uden for, men det er måske nok også den eneste grund til, at der kunne være det. For hvis man kigger på de faktuelle tal, kigger på, hvordan situationen er, kan fru Birthe Skaarup så ikke give mig ret i, at ventetiden også med hensyn til den destruktive leddegigt, altså de leddegigtformer, som Venstres ordfører sagde der ikke var ventetid på overhovedet, for der kunne man bare komme til med det samme, det sagde Venstres ordfører, er steget, sådan at der er markant flere, der i dag venter mere end 4 uger, end der var i 2004, og at der er mange flere, der venter mere end 12 uger, end der var i 2004. Så virkeligheden er jo, at ventetiden stiger, også for de alvorlige gigtssygdomme.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jamen jeg har da noget at have min optimisme i. Det skal man jo have i det her Folketing, og man skal have nogle mål. Jeg regner også med, at hr. Kamal Qureshi har nogle mål med at sidde på den stol, han gør. I hvert fald er det for mit vedkommende at gøre det bedre for patienterne i Danmark. Det er mit mål.

Det, hr. Kamal Qureshi så siger om leddegigt-patienter og det at få stillet en diagnose, vil jeg godt give hr. Kamal Qureshi ret i. Det er ikke altid nemt at stille en diagnose på en leddegigtpatient. Det er et længere forløb. Man skal igennem en udredning for virkelig at se: Er det en leddegigt, vi skal behandle? Hvordan skal den leddegigt behandles? Er det med biologisk medicin, eller er det med anden medicin?

Det er ikke bare noget, man sådan gør med et snuptag. Det er virkelig et større udredningsforløb, men så er vi så også i den heldige situation, at vi har nogle virkelig dygtige folk, og det var det, jeg omtalte, da jeg nævnte, at udvalget var ude og blive lidt informeret på Hvidovre Hospital.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Der er da ikke nogen tvivl om, at der skal være målsætning for, hvad man bruger sin plads i Folketinget til. Jeg har måske et meget ydmygt mål, som i hvert fald er at sikre, at tingene måske ikke bliver værre, mens jeg sidder herinde. Det, vi kan konstatere med hensyn til diagnosticeringen af gigtpatienter, er, at det er blevet værre fra 2004 til 2006. Altså, at tingene er gået den forkerte vej. I dag er der færre, der bliver diagnosticeret inden for de første 4 uger, og flere, der venter mere end 4 uger på at få stillet en diagnose.

Så ja, det er rigtigt, det er en vanskelig diagnose, ja, det er rigtigt, at vi har alle mulige forhold, der gør, at tingene er vanskelige. Men det er jo ikke blevet vanskeligere at stille den diagnose, end det var i 2004. Så tingenes tilstand er jo blevet værre siden 2004. Har fru Birthe Skaarup ikke også den målsætning med sin plads, at det ikke skulle blive værre, mens hun sidder herinde?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Jo, jeg har en målsætning med det. Det skal blive bedre. Det er jo derfor, at vi har afsat de her penge til gigtforskningen, nemlig for at vi bedre kan gå ind og se, hvor det er, det er galt, både klinisk og ude i almen praksis. Og det er her, jeg siger, at der skal gøres en ekstra indsats.

Med hensyn til reumatologerne er det fuldstændig rigtigt, at vi har for få reumatologer her i Danmark, og det er jo det, vi sådan set også har bemærket i det forslag til vedtagelse. Når jeg har stillet de her spørgsmål til ministeren om nogle uddannelsespladser, der måske står ledige, og hvor nogle reumatologer skulle ind og videreuddanne sig netop for at komme ud og hjælpe de patienter, der skal have den udredning, så er det, fordi vi skal have mere fokus på reumatologerne og have opprioriteret det her område.

Men jeg ser det, som at der hele tiden sker forbedring. Hele det biologiske område, den biologiske medicin, gør jo simpelt hen, at vi kan hjælpe mange af de leddegigtpatienter på et meget, meget bedre niveau, end vi nogen sinde har kunnet gøre før.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken. Næste ordfører er fru Helle Sjelle.

Helle Sjelle (KF):

Der er ikke nogen tvivl om, at det kan være forfærdeligt, det kan være meget smertefuldt at lide af en gigtsygdom, og derfor mener vi Konservative også, at det er nødvendigt, at der er et øget fokus på bl.a. forebyggelse, diagnosticering og behandling af gigtsygdomme. Derfor synes vi også, det er positivt, at der er taget en lang række initiativer, både overordnede og mere specifikke initiativer, som gerne skulle komme gigtpatienterne til gode. Vi kan f.eks. nævne meraktivitetspuljen, kommunalreformen, sundhedsreformen.

Med kommunalreformen, sundhedsreformen sker der også en styrkelse af de overordnede rammer for indsatsen over for gigtpatienter og andre med kroniske sygdomme. Indsatsen på gigtområdet udmønter sig med kommunalreformen især med det kommunale ansvar på genoptrænings- og forebyggelsesområdet, men også den kommunale medfinansiering af regionernes sundhedsudgifter, styrkelse af specialeplanlægningen og det nye aftalesystem med sundheds-

aftaler skulle gerne gavne behandlingen af mennesker med gigt.

Kl. 15.50

På det lidt mere konkrete plan bliver indsatsen over for gigtpatienter bl.a. styrket med Sundhedsstyrelsens nye referenceprogram, der skal komme med anbefalinger til behandling af patienter med slidgigt i knæene. Derudover har styrelsen også gennemført en MTV af diagnostik og behandling af leddegigt, og der er nu også planlagt endnu en MTV med fokus på analyser af de organisatoriske patientrelaterede og økonomiske konsekvenser.

Endvidere er der jo også udmøntet en pulje, der indebærer, at forskningsindsatsen på gigtområdet øges med 15 mio. kr. over en 3-årig periode, som også andre har været inde på. Endelig synes vi også, at det er positivt, at man på forebyggelsesområdet har taget en lang række initiativer bl.a. vedrørende motion og overvægt. De initiativer har jo også en relevans for bl.a. gigtpatienter. Og derudover kommer så hele regeringens folkesundhedsprogram, der er blevet fulgt op af en pulje, nemlig folkesundhedspuljen, der bl.a. har støttet et projekt, som Gigtforeningen også er medinitiativtager til.

Således synes vi, at der alt i alt er taget mange gode initiativer både af generel og mere specifik karakter, som gerne skulle gavne gigtpatienterne. Derudover ser vi også meget frem til kommunalreformen, som gerne skulle skabe nogle rigtig gode rammer for, at kommuner og regioner i fællesskab fremover bedre kan behandle gigtpatienterne, sørge for, at de får en rigtig god behandling.

Vi lever selvfølgelig ikke i den perfekte verden, og derfor er der også ting, som hele tiden kan blive bedre. Det kan der også på området for gigtpatienter, selv om der er sket meget, selv om der er taget mange udmærkede initiativer.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Ja tak. Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken. Næste ordfører er fru Charlotte Fischer.

Charlotte Fischer (RV):

Gigt er et stort problem. Alt i alt har over 700.000 danskere gigt, og det er dermed den største folkesygdom. Det koster i menneskelige lidelser, og det koster også i udgifter. Og så er det store spørgsmål jo, om vi gør det godt nok. Der tror jeg vi alle sammen er enige om at sige: Nej, det

gør vi ikke. Vi skal gøre det bedre, end vi gør i dag. Spørgsmålet er så, hvad det er, der skal til.

Nationale handlingsplaner, som bl.a. Enhedslisten har foreslået her i dag, er vi skeptiske over for. Vi mener, at det er et problem, hvis vi laver nationale handlingsplaner over hele linjen, for alle folkesygdomme på tværs, for motion og rygning, alkohol og kost. Så udvander vi det som redskab. Det giver heller ikke så meget mening, når vi faktisk har valgt at have regioner, der indretter sundhedsvæsenet. Jeg synes også, det kræver en prioriteringsdebat, som jeg egentlig synes vi gør alt for lidt ud af her i Folketinget.

Hvad angår gigtpatienter, synes jeg, man skal skille debatten i to. Der er forebyggelse, og der er selve behandlingen.

Når det gælder forebyggelsen af gigt, synes jeg, vi skal gøre meget mere, end vi gør i dag. Det er klart nok, at kommunalreformen er rigtig tænkt. Den giver nogle gode rammer, men jeg synes, at der, også når man lytter til regeringen og regeringspartierne, er en lille tilbøjelighed til ligesom at sige, at nu har vi fået kommunalreformen, og så parkerer vi den dér. Så bliver alting godt, og så vil det gå rigtig godt med forebyggelsen.

Det, at man har fået nogle gode rammer, redder jo ikke nødvendigvis hele molevitten. Rammerne skal også have et indhold, og her kan vi nok være mere nervøse, alene fordi midlerne jo ikke er overvældende på det her område.

Vi mener, at Danmark skal have en national folkesundhedsstrategi med mål, der også afspejler, hvilken prioritering vi overordnet har for, hvordan vi forebygger og hvor vi forebygger. Ikke noget med at sprede sig over hele linjen, og det er egentlig det, regeringen gør lidt med hensyn til fedme og sundhedstegn og så motion over hele linjen, men uden at det egentlig rigtig batter på noget specielt område. Meget betegnende er regeringens eget folkesundhedsprogram jo også sådan faset lidt ud. Vi fik aldrig de indikatorer, der stod vi skulle have. Der er aldrig blevet fulgt op. Der kom ikke nogen årlig publikation, og i det hele taget er det sådan lidt så som så med det.

Kl. 15.55

Forebyggelsen kan altså blive strammet meget mere op end i dag, og vi vil gerne lægge os i spidsen, hvis vi skal have en national folkesundhedsstrategi, som jo også vil berøre gigtpatienterne rigtig meget, fordi motion og kost – bare for at tage nogle af de helt afgørende ting – har

en stor betydning på det her folkesundhedsområde.

Så er der selve behandlingen, og som sagt er vi ikke tilhængere af for nærværende at lave en national handlingsplan for gigt. Men det er jo ikke det samme som at sige, at der ikke skal ske noget.

Vi synes, der er store problemer. Først og fremmest synes vi, det er et stort problem, at kvaliteten jo dybest set sejler, hvis man skal være lidt grov. Der er ikke kliniske retningslinjer, der dækker området. Det vil sige, at lægerne jo sidder et eller andet sted og behandler så godt, de kan ud fra den viden, de lige har, måske ind imellem ud fra fingerspidsforenelser. Det er simpelt hen alt, alt for dårligt.

Jeg spurgte den 31. januar ministeren, om det er et mål, at vi får kliniske retningslinjer for alle kroniske lidelser, og jeg har faktisk ikke fået et svar endnu. Man tænker lidt: Hvor svært kan det være? Der skal simpelt hen komme nogle kliniske retningslinjer, og jeg savner måske et svar på, hvornår gigtpatienterne kan forvente der kommer kliniske retningslinjer. Det synes jeg er helt afgørende.

Så er der andre områder, der går på tværs. Egenomsorg bliver utrolig vigtigt, også når det gælder gigtpatienter, det at få udviklet en systematik for, hvordan man kan bruge patienternes egne ressourcer bedre til glæde for patienterne selv. Vi tror i virkeligheden, det skal gøres med individuelle, systematiske aftaler, når man får en kronisk lidelse, om, hvad systemet gør for en, og hvad man selv kan gøre med de ressourcer, man har.

Vi skal kigge på personale, men der synes jeg måske igen, at der er brug for at løfte sig op og se på det generelt. Vi mangler reumatologer, men vi bliver jo også nødt til at sige, at vi generelt mangler ressourcer. I virkeligheden synes jeg måske, der var brug for samlet at se på mangelen på personale i sundhedsvæsenet for at se, hvordan vi løser det samlet, så vi ikke bare flytter sparsomme ressourcer fra et område til et andet, så vi løser problemet, men samtidig skaber et nyt.

Alt i alt synes vi, der er brug for at kigge på tingene på tværs. Medicinen og de biologiske lægemidler er et meget stort problem, men også det hører hjemme i en overordnet diskussion. Jeg synes, der er masse at tage fat på. Vi skal og kan gøre det bedre for gigtpatienterne, men det er ikke en national handlingsplan, der er løsningen.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken. Næste ordfører er hr. Kamal Qureshi.

Kamal Qureshi (SF):

Som flere andre har påpeget, er gigt en alvorlig folkesygdom herhjemme. Det er noget, som betyder meget for de mange patienter, der er berørt. Det betyder en smertefuld hverdag for mange af dem, og det betyder en hverdag fyldt med mange, mange problemer i de daglige funktioner.

Man skal også være opmærksom på, at gigt-sygdomme jo ikke kun betyder – »kun« sådan sagt i anførselstegn – problemer med hensyn til funktionsnedsættelse. Leddegigt og lignende sygdomme har jo også en betydning i forbindelse med selve levealderen. Det har en stor effekt på, hvor gammel man bliver, simpelt hen fordi gigtsygdomme også har en betydning for andre sygdomme i kroppen, så man kan få en forkortelse af levetiden fra 5 til 10 år.

Så det har også en stor betydning, som er sammenlignelig med nogle af de andre sygdomme, som vi i det daglige måske tager meget alvorligt – det kan være hjertesygdomme, det kan være lignende sygdomme, som mange mennesker kigger meget alvorligt på, fordi de også kan være med til at forkorte levetiden. Det kan en gigtsygdom også, og det er måske en viden, som jeg ikke er sikker på alle har.

Vi ved, at der er ca. 50.000 danskere, der har symptomer på leddegigt, og vi ved også, at det har en stor betydning med hensyn til, hvor hurtigt de patienter, der får stillet en diagnose, også bliver tvunget til at forlade arbejdsmarkedet. Så det har også en stor samfundsøkonomisk betydning, hvor mange mennesker der lider af gigtsygdomme.

Det er jo heller ikke sådan, at gigtsygdomme kun er noget, der rammer de ældre. Det rammer i allerhøjeste grad også folk, som er mellem 30 og 50 år, og selvfølgelig i særdeleshed kvinder.

Kl. 16.00

Vi kan også konstatere, at der bliver malet et skønsmaleri heroppefra af regeringspartierne og Dansk Folkeparti, som i store træk siger, at kommunalreformen løser det hele, og også, at kommunalreformen nok skal løse alle de problemer, vi her i Folketinget beder regeringen om at forholde sig til, samtidig med at vi jo kan konstatere, at ventetiden på at få stillet en diagnose hos reumatologer er steget fra 2004 til 2006.

Så ikke alene er forholdene ikke blevet bedre, de er faktisk blevet værre for mange gigtpatienter, og det er sket, mens regeringen og Dansk Folkeparti har siddet herinde og talt om, at de har gjort forholdene for patienterne bedre. Det har de jo ikke, hvis de faktiske tal påviser, at situationen for gigtpatienterne i deres hverdag er blevet værre.

Så i den henseende er det set med SF's øjne hensigtsmæssigt at få lavet en national handlingsplan, og vi synes, at det med hensyn til gigtsygdomme med den store udbredelse og med den meget omfattende virkning, de har, både for de mange mennesker, de berører, og i lige så høj også grad for det danske samfund som sådan, er på sin plads at få udarbejdet en sådan handlingsplan. Vi ved jo også, at Danmark i forhold til de andre nordiske lande også er bagud med behandlingen, diagnosticeringen og en lang række andre faktorer. Så det er ikke kun sådan, at Danmark bare er blevet dårligere igennem de sidste par år på nogle af de parametre, vi har talt om, vi er også bagud i forhold til lande, vi kan sammenligne os med.

Så der er al mulig grund til, at vi tager fat, og der er al mulig grund til, at der iværksættes en stor satsning på det område, sådan at vi kan hjælpe de mange patienter og mange mennesker, der er berørt af den her sygdom.

Tredje næstformand (Helge Adam Møller):

Tak til ordføreren. Så er det hr. Per Clausen.

Per Clausen (EL):

Debatten har jo været præget af stor velvilje for at gøre en indsats på gigtområdet. Det kan der sådan set ikke være megen tvivl om. Fra Venstres, Dansk Folkepartis og De Konservatives side har man så også haft en meget stor optimisme med hensyn til, hvordan det vil gå i de kommende år, som vel først og fremmest baserer sig på, at man har en forventning om, at strukturreformen på dette område skulle føre til en forbedret indsats.

Det må tiden jo vise om man får ret i. I hvert fald kan optimismen ikke basere sig på udviklingen inden for de sidste par år. Det, man der har set, er, at når man snakker om ventelister, ventetider, så har tendensen været, at ventetiderne er blevet længere, der er blevet flere, som venter mere end 12 uger på at komme i behandling, og der er sådan set ikke så meget, der tyder på, at den situation umiddelbart vil forandre sig, fordi de forhold, der gør sig gældende, og som

er afgørende for, at der er de her ventetider, stadig eksisterer.

Debatten i dag antog jo også på et tidspunkt sådan lidt historisk karakter, forstået på den måde, at man begyndte at diskutere den nuværende undervisningsministers bedrifter, sidst han var undervisningsminister. Og der er jo ingen tvivl om, at de skadelige effekter af de massive nedskæringer på optagene på lægestudiet, som undervisningsministeren dengang stod bag, er meget store.

Man kan selvfølgelig sige, at en af konsekvenserne var, at hverken Venstres eller SF's ordfører i den her sag risikerer at blive arbejdsløse. Det var bestemt også Lægeforeningens begrundelse for at være helt enige med undervisningsministeren dengang om, at det var uhyre fornuftigt at begrænse optaget. Konsekvensen blev jo så omfattende lægemangel.

Man kan sige, at den senere socialdemokratiske-radikale regering i 1990'erne i en vis forstand forsøgte at rette op på det ved at optage flere studerende, men underskuddet eksisterede og er på mange områder i dag en stor forhindring for at igangsætte de nødvendige fremskridt, der skal til.

Et element, som også er gået igen i mange indlæg, er, at man sådan set er enige om, at det er nødvendigt og vigtigt at få fastlagt nogle standarder for den kliniske behandling. Det er lidt uklart, hvornår det vil ske, men også på det område nærer Venstres og Konservatives og Dansk Folkepartis ordførere store forhåbninger til fremtiden – og jeg kan da forsikre for, at vi også er nogle, der måske ud fra en lidt mindre optimistisk tilgang, men så til gengæld ud fra en realistisk-kritisk tilgang vil følge udviklingen.

Kl. 16.05

Det, der jo også er kommet frem i debatten i dag, er, at vi også har et meget stort behov for at sikre, at der igangsættes en indsats for efteruddannelse af de læger, som er i den almene praksis. Alle er tilsyneladende enige om, at her er en videnmanko, der skal rettes op på, og man kan så sige, at vi sammen med Socialdemokraterne og SF har stillet et forslag til vedtagelse, som konkret går ind i den sag i modsætning til det, der ligger fra Venstre, De Konservative og Dansk Folkeparti.

Og så bare til allersidst: Jeg synes faktisk, det er en alvorlig mangel i diskussionen, at vi ikke i langt større udstrækning etablerer en sammenhæng mellem den forebyggende indsats, vi gør

på sundhedsområdet, og så den forebyggende indsats, der skal gøres på arbejdsmiljøområdet. Man har lidt indtrykket af, at debatterne foregår hver for sig, adskilt, som de jo er, i hvert sit ministerium, men jeg tror bare, at hvis man fokuserer meget ensidigt på livstilsproblemer inden for sundhedsområdet, så vil man overse, hvor de afgørende problemer ligger, nemlig i arbejdsmiljøet.

De sidste ord, jeg vil sige, er, at vi jo i hvert fald i dag har haft en debat, som er præget af en grundholdning om, at man gerne vil gøre en indsats på området. Regeringen og Dansk Folkeparti forventer, at det vil ske nærmest af sig selv som følge af strukturreformen, vi andre er kommet med nogle konkrete forslag til, hvad der skal gøres. Nu må vi jo se, hvordan udviklingen bliver de kommende år, ellers er jeg sikker på, at der efter et kommende folketingsvalg vil være flertal for at gøre en indsats i stil med den, der i dag er foreslået af Socialdemokraterne, SF og Enhedslisten. Og så må vi jo snakke med Det Radikale Venstre om, hvordan vi håndterer problemstillingerne om de nationale handlingsplaner og Det Radikale Venstres ønske om, at man skal begrænse mængden af dem.

Hermed sluttede forhandlingen.

Tredje næstformand (Helge Adam Møller):

Tak til ordføreren. Da der ikke er flere, der har bedt om ordet, er forhandlingen sluttet. Inden der bliver afstemning, holder vi en kort pause, idet der endnu ikke er gået 7 minutter, siden der blev ringet. Så mødet genoptages om kort tid.

Afstemning

Forslag til vedtagelse nr. V 52 af Preben Rudiengaard (V), Birthe Skaarup (DF) og Helle Sjelle (KF) (*se side 5025*) vedtoges med 55 stemmer (V, DF og KF) mod 45 (S, RV, SF og EL).

Hermed var følgende forslag bortfaldet:

Forslag til vedtagelse nr. V 51 af Per Clausen (EL), Bjørn Medom Nielsen (S) og Kamal Qureshi (SF) (*se side 5022*).

Hermed sluttede forespørgslen.

Kl. 16.10

Den næste sag på dagsordenen var:

**9) Første behandling af lovforslag nr. L 169:
Forslag til lov om ændring af sundhedsloven.
(Tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling).**

Af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen).
(Fremsat 28/2 2007).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Tredje næstformand (Helge Adam Møller):

Hvis der mod forventning skulle være enkelte af de tilstedeværende folketingsmedlemmer, der ikke ønsker at overhøre debatten, så bedes man enten sætte sig ned eller forlade lokalet, så der er ro til, at ordføreren kan tale. Værsgo.

Hans Andersen (V):

Med dette lovforslag giver vi kommunerne mulighed for at tilbyde gravide alkoholmisbrugere behandling og dermed hindre, at der kommer skade på deres fostre, hvis de gravide ikke kan holde sig fra alkohol.

Lovforslaget er fremsat som led i aftalen om satspuljen for 2007, hvor vi afsatte 5 mio. kr. årligt for perioden 2007-2010 til finansiering af kommunale forsøgsprojekter, der udvikler og afprøver metoder til både tidlig opsporing af gravide alkoholmisbrugere og til motivation og fastholdelse i behandling. Forslaget består altså af en mulighed for kommunerne til at søge midler fra denne pulje, hvis de ønsker at tilbyde gravide alkoholmisbrugere frivillig tilbageholdelse på en døgninstitution.

I Venstre er vi tilhængere af at gøre en ekstra indsats for gravide alkoholmisbrugere, og det er fornuftigt, at vi tager alternative og effektive behandlingsmetoder i brug, som f.eks. dette lovforslag rummer.

Gravide kvinder i Danmark har et stort alkoholforbrug sammenlignet med både nordiske lande og resten af Europa. 80 pct. af de gravide danske kvinder har indtaget alkohol under graviditeten, og 18 pct. har indtaget mere end syv genstande ved en eller flere lejligheder. 18 pct. opfatter jeg som rigtig meget, især når det er vel-dokumenteret, hvilken skade alkoholmisbrug kan påføre det ufødte foster. Det tyder på, at dette er et område, hvor vi behøver at gøre en bety-

delig indsats, og det vil vi i Venstre gerne støtte op omkring.

Jeg har kunnet forstå under tidligere diskussioner af andre lovforslag her i Folketingssalen, at oppositionen har stillet sig kritisk over for, at vi med dette lovforslag ikke tvinger alle kommuner til at tilbyde kontrakten til de gravide alkoholmisbrugere, men at vi nu starter med at tilbyde kommuner, at de kan gå ind i det her og etablere nogle forsøgsprojekter, altså at oppositionen mener, at det her forslag ikke er vidtrækkende nok.

Jeg vil gerne sige, at vi nu altså åbner for at etablere denne mulighed, der ikke er til stede i dag, for, at man kan fastholde de gravide alkoholmisbrugere, og jeg synes, det er vigtigt, at vi ser på, hvilke resultater disse forsøgsordninger giver. Med dette forslag giver vi altså kommunerne, der ønsker at gå ind i det, mulighed for at tilbyde gravide alkoholmisbrugere en frivillig tilbageholdelse. På den baggrund kan Venstre varmt støtte dette lovforslag.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Som hr. Hans Andersen er klar over, er vi jo også en del af den satspuljeaftale, som det her indgår i, men jeg vil meget gerne spørge ind til nogle af de her ting alligevel. Kan hr. Hans Andersen sikre, at der reelt set hos kommunerne også er de her tilbud til stede til de gravide alkoholafhængige kvinder? Man kan sige, at hvis ikke tilbudene til behandling er til stede, så hjælper det ikke noget at holde folk tilbage, det giver i hvert fald ikke umiddelbart nogen mening.

Kan hr. Hans Andersen sikre, at kommunerne vil have de her tilbud, sådan at er der et behov, så kan de gravide alkoholikere få et tilbud, som kan hjælpe dem med at komme af med deres alkoholmisbrug?

Kl. 16.15

(Kort bemærkning).

Hans Andersen (V):

Det er jo netop af den årsag, at vi har afsat en pulje på 4 gange 5 mio. kr., i alt 20 mio. kr. over en 4-årig periode, sådan at de kommuner, der ønsker at gå ind i det her, netop kan etablere disse behandlingstilbud. Og så tror jeg på, at det jo ikke nødvendigvis skal være på 20, 30, 40 steder, men at der er enkelte steder i Danmark, hvor man kan specialisere sig i netop at give en rigtig god behandling til gravide alkoholmisbrugere, netop den her behandling, der handler om, at