



Torsdag den 10. januar 2019 (D)

1

Kl. 10:00

## 43. møde

Torsdag den 10. januar 2019 kl. 10.00

### Dagsorden

**1) Spørgsmål om fremme af forespørgsel nr. F 34:**  
**Forespørgsel til statsministeren om borgerforslagsordningen.**  
Af Uffe Elbæk (ALT) og Carolina Magdalene Maier (ALT).  
(Anmeldelse 08.01.2019).

**2) 1. behandling af lovforslag nr. L 127:**  
Forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.v. (Bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet, påmindelser til forældre vedrørende børnevaccination og bestemmelser om territorial gyldighed for Færøerne og Grønland).  
Af sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby).  
(Fremsættelse 13.12.2018).

**3) 1. behandling af lovforslag nr. L 128:**  
Forslag til lov om fjernelse af tatovering med laser.  
Af sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby).  
(Fremsættelse 13.12.2018).

**4) 1. behandling af lovforslag nr. L 134:**  
Forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (Præcisering af målgruppen til de særlige pladser på psykiatrisk afdeling, indstillingsret for regionsrådet og justering af visitationskriterierne til de særlige pladser på psykiatrisk afdeling).  
Af sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby).  
(Fremsættelse 20.12.2018).

**5) 1. behandling af beslutningsforslag nr. B 27:**  
Forslag til folketingsbeslutning om alkoholbehandlingspakke som led i sundhedsreformen.  
Af Stine Brix (EL) og Kirsten Normann Andersen (SF) m.fl.  
(Fremsættelse 06.11.2018).

**6) 1. behandling af beslutningsforslag nr. B 28:**  
Forslag til folketingsbeslutning om indførelse af retten til at blive erklæret rask for sin psykiatriske diagnose.  
Af Trine Torp (SF) m.fl.  
(Fremsættelse 06.11.2018).

**7) Forespørgsel nr. F 18:**  
**Forespørgsel til sundhedsministeren om unges alkoholmisbrug.**  
Af Pernille Schnoor (ALT) og Carolina Magdalene Maier (ALT).  
(Anmeldelse 06.11.2018. Fremme 08.11.2018. Ugeplan 11.01.2019).

### Meddelelser fra formanden

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Mødet er åbnet.

Fra medlem af Folketinget Martin Lidegaard, der har orlov, har jeg modtaget meddelelse om, at han fra og med den 12. januar 2019 atter kan give møde i Tinget.

Anne Marie Geisler Andersens hverv som midlertidigt medlem af Folketinget ophører fra nævnte dato at regne.

Det første punkt på dagsordenen er:

**1) Spørgsmål om fremme af forespørgsel nr. F 34:**  
**Forespørgsel til statsministeren om borgerforslagsordningen.**  
Af Uffe Elbæk (ALT) og Carolina Magdalene Maier (ALT).  
(Anmeldelse 08.01.2019).

Kl. 10:00

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Hvis ingen gør indsigelse mod fremme af denne forespørgsel, betragter jeg Tingets samtykke som givet.  
Det er givet.

Det næste punkt på dagsordenen er:

**2) 1. behandling af lovforslag nr. L 127:**  
**Forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.v. (Bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet, påmindelser til forældre vedrørende børnevaccination og bestemmelser om territorial gyldighed for Færøerne og Grønland).**  
Af sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby).  
(Fremsættelse 13.12.2018).

Kl. 10:00

### Forhandling

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Jeg åbner forhandlingen, og det gør vi med hr. Flemming Møller Mortensen, Socialdemokratiet. Værsgo, unge mand, og godt nytår.

Kl. 10:01

(Ordfører)

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Tak, i lige måde. For mig som patient er det utrolig væsentligt, at de oplysninger, der er om mig og min person og min sygdom, er til stede, hvis jeg bliver syg. Det er afgørende, at det kan samles fra alle hjørner af sundhedsvæsenet, så man får et samlet billede af, hvad det er, der gør sig gældende omkring mig og min sygdom. Det er afgørende for behandlingen, for plejen af den enkelte patient.

Hvis jeg nu var ansat som medarbejder i sundhedsvæsenet, ville det for mig som medarbejder være helt afgørende, at jeg ved alt omkring patienten, at jeg kan danne mig et helhedsbillede, at jeg har detaljerne med, for at jeg kan planlægge behandling og pleje så godt og så rigtigt for den enkelte patient som overhovedet muligt. Det er i og for sig det, det her lovforslag drejer sig om.

Det drejer sig om, hvordan man får data og får det digitale samarbejde til at fungere i forhold til den direkte patientbehandling, altså af den enkelte borger, hvor det i alle aspekter er helt afgørende, at sikkerheden bliver vægtet meget højt. Det, vi sigter på med det her lovforslag, er at smidiggøre, forbedre og forenkle, uden at man kommer til at gå på kompromis med sikkerheden omkring patientens, borgerens egne data, dem, der har indflydelse på behandlingen og plejen af den enkelte patient.

Vi har politisk arbejdet meget lang tid med det her lovforslag. Man kunne måske sige, at vi har arbejdet for længe med det, men der vil jeg ikke gå til, for det her har været et utrolig vigtigt emne med hensyn til at være omhyggelige og være detaljerede og få hørt alle parter rundt omkring patienten, borgeren, de sundhedsprofessionelle, eksperterne på it-sikkerhed og andre.

Jeg er meget tilfreds med det lovforslag, der ligger her, det er vi i Socialdemokratiet, og jeg synes, at der er grund til også at sige, at det ikke har været let. Der har også været barrierer undervejs. Der har også været udvist smidighed politisk både fra ministeren, fra ordførerne og fra embedsmændene for at prøve at få enderne til at nå sammen.

Det er så vigtigt, at vi tager udgangspunkt i den enkelte borger, den enkelte patient, og derfor indledte jeg også min ordførertale med at tage udgangspunkt i mig selv, for vi kan alle sammen sætte os i det sted, at man bliver syg, og man håber og har tillid til, at sundhedsvæsenet er der og kan gøre det allerbedste.

Det er her, at vi i hvert fald også som sundhedspolitikere meget hyppigt bliver mødt af personale i vores sundhedsvæsen, som siger, at tingene ikke taler sammen, at det her er for vanskeligt, at det her er bureaukratisk, at det her går ud over borgeren, at det går ud over patienten, at it-platforme og -systemer ikke taler sammen og er koblet i det digitale samarbejde, vi nu får lagt op til.

Vi hører også ret hyppigt patienter sige: Jamen er der nu styr på sikkerheden? Kan vi være sikre på, at når det hele ligesom bliver samlet og samkørt, at der så er taget den fornødne grad af ansvar og omhyggelighed i forhold til sikkerheden? Alt sammen prøver vi at lægge ned i det her lovforslag, og der gives mulighed for, at patienten også kan frabejde sig, at data og oplysninger bliver indhentet, og det skal også ske på en let og en smidig måde.

Det, der er hovedindholdet i lovforslaget, er, at man får lavet den her integrering for at skabe overblikket omkring patientens behandlingsforløb. Det er også et spørgsmål om, at man får forenklet muligheden for at indhente oplysningerne, og så er det, som jeg nævnte, også et spørgsmål om at gøre det muligt for patienten på en let måde at frabejde sig, at man indhenter oplysningerne.

Sikkerheden skal være til stede og meget højt vægtet. Kvalitetsarbejde i vores sundhedsvæsen skal også have lettere vilkår ved at gøre træk på sundhedsdata. Vi skal sørge for, og det gør lovforslaget her, at de data, de får samlet i almen praksis og speciallægepraksis,

også bliver indberettet på en ordentlig måde, så man kan gøre brug af dem i hele sundhedsvæsenet.

Så er der lige en lille krølle her, jeg skal fortælle om de sidste 16 sekunder af min ordførertale, og det er, at der også sker forbedringer i forhold til den måde, hvorpå man kan tage kontakt til forældre, der enten har glemt eller af anden årsag ikke ligesom har fået sikret at få deres børn vaccineret. Det åbnes der også mulighed for.

Samlet set synes vi, det her er et godt lovforslag. Det skal evalueres om 5 år, og jeg vil bede ministeren om løbende at orientere ordførerkredsen om, hvordan det her udvikler sig, for det har været noget, der har haft stort engagement og stor opmærksomhed fra alle politiske partier. Tak.

Kl. 10:06

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til hr. Flemming Møller Mortensen. Så er det fru Liselott Blixt, Dansk Folkeparti. Værsgo.

Kl. 10:06

(Ordfører)

**Liselott Blixt (DF):**

Godt nytår. Vores sundhedsdata er utrolig vigtige, når det er, vi skal behandles i vores sundhedsvæsen. Det er lige så vigtigt, at der er en sammenhæng i den behandling, vi får, når vi er derude. Det er også vigtigt, at man ikke skal lede efter de scanninger eller de resultater, der ligger, som andre har lavet, før man kommer til et sted.

I dag kan man være i et forløb hos sin almenpraktiserende læge, man kan komme hos en privat speciallæge, man kan blive indlagt på en sygehusafdeling, og så kan man ryge ud i et vagtlægeforløb, når man er hjemme. Jeg har faktisk selv prøvet det her, hvor den ene siger: Jeg kan ikke se, hvad der er sket, da du var indlagt. Eller: Jeg kan ikke se, hvad der er sket hos den almenpraktiserende læge. Så der var ikke en sammenhæng, man vidste ikke, hvad det var, man kom op med, og det er også det, jeg hører fra mange mennesker, der bevæger sig fra den ene sektor til den anden. Så selvfølgelig er vi rigtig glade for, at vi med det her lovforslag får sikret, at man kan dele data.

Når det så er sagt, skal vi også være sikre på, at vi kun deler det, der er nødvendigt, at vi ikke deler noget af det, som man måske ikke ønsker bliver delt, eller som ikke er relevant for de personer, der skal læse det. Vi ved jo netop, at praktiserende læger er rigtig bange for, at noget af det, der gør, at man har tillid til sin læge, noget af det, man kan sidde og tale med lægen om, kommer videre, fordi det ikke er aktuelt i et behandlingsforløb. Det er ikke alle oplysninger, som er nødvendige at få at vide for sygehuset eller i forhold til behandlingen, hvis en patient har siddet og talt fortroligt med sin praktiserende læge. Der er det vigtigt, at det stadig væk kan være fortroligt.

Vi synes, det er rigtig vigtigt, at dem, der har adgang til dataene, også er de mennesker, man har tillid til og stoler på, samt at man som borger selv har adgang til de data, der kommer ud, så man ved, hvem det er, der modtager dem. Det er vigtigt, at man kan se, hvem der logger ind på ens data, og så er det også rigtig vigtigt, at man kan markere noget af det, som ikke nødvendigvis skal videre. Jeg tror også, det lidt er med i nogle hørings svar, at man kan privatmarkere nogle oplysninger. Det sidste i forhold til, hvad vi kan gøre for den enkelte borger, er også, at det her er vigtigt, at vi har en viden ud til borgerne, at de har en information om, hvordan de selv kan samtykke eller det modsatte, altså sige nej til, at deres oplysninger går videre.

En af de ting, som vi i Dansk Folkeparti hæfter os ved, og som vi selvfølgelig er blevet gjort opmærksom på af forsikringsbranchen og pensionsbranchen, LO og Dansk Arbejdsgiverforening, er, ikke at de skal gå ind og snuse i en hel masse oplysninger i ens journal, men at de i dag, hvis der skal udbetales en erstatning, kan få lejlighed til at se ens data. Det vil man ikke kunne efter det her forslag. Så skal man

selv som person få informationerne og sende dem til pensionskassen eller forsikringsselskabet, hvor man i stedet for ønsker, at det går gennem de sikre kanaler. Vi taler så meget om sikkerhed. Lige så snart det går ud af det offentlige system eller fra f.eks. en stor virksomhed, så er det, man bryder sikkerheden. Lige så snart man – jeg er jo i sikkerhed med Folketingets mailsystem, men det kan være en privatperson, der har sin egen e-mail – sender sine oplysninger til deres mailsystem, så er det pludselig åbent i forhold til, at mange andre kan se det, frem for det sikre system, hvor forsikringsselskabet måske kunne få oplysningerne direkte fra Sundhed.dk, når vedkommende selv har givet samtykke dertil, og det er rigtig vigtigt med samtykke. For der er jo bare nogle gange, hvor man skal oplyse nogle ting, der står i ens journal, men med lovforslaget hører jeg, at de siger: Det kan man ikke mere. Så er det personen selv, og det må jo også give noget merarbejde. Så jeg vil stille en del spørgsmål i forhold til det, for vi ønsker at få kigget på, om ikke vi kan ændre det.

En af de andre ting, der er i lovforslaget, er påmindelser ved vaccination. Vi synes, det er rigtig godt, at man øger muligheden for at kunne påminde forældre om, at det er tid til at vaccinere deres børn. Men vi synes også, det er rigtig vigtigt, at man her også kan frasige sig det, hvis man ikke ønsker, at ens barn bliver vaccineret, eller hvis ens barn har en immunsygdom, der gør, at det ikke skal vaccineres. For så ville det være rigtig irriterende at få den her påmindelse hver eneste gang.

Så som sådan siger vi ja til lovforslaget, men vi har nogle spørgsmål, som vi vil stille i forbindelse med behandlingen af det. Tak.

Kl. 10:12

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til fru Liselott Blixt. Så er det fru Jane Heitmann, Venstre. Værsgo.

Kl. 10:12

(Ordfører)

**Jane Heitmann (V):**

Fremtiden er nu, og i Venstre hilser vi fremtiden velkommen. Vi skal omfavne den, og vi skal forme den. Vi skal passe på os selv og hinanden. Det kan gøres på mange måder, så man både tilgodeser den enkelte og fællesskabet. En af dem er at sikre, at vores børn vaccineres mod de kendte børnesygdomme, og en anden er, at vi deler vores sundhedsdata og sikrer, at vores sundhedspersonale har let adgang til de data, som er nødvendige for, at vi hver især kan modtage optimal behandling i sundhedsvæsenet, hvis vi bliver syge eller får brug for sundhedsfaglig hjælp.

Alt for ofte hører vi historier om patienter, som kommer til kort i behandlingssystemet, fordi den ene hånd ikke ved, hvad den anden gør. Vi har i Venstre en klar ambition om at styrke det nære og det sammenhængende sundhedsvæsen på alle fronter, også når det kommer til bedre brug af sundhedsdata. Jeg er oprigtig glad for, at alle Folketingets partier i juni sidste år indgik en politisk aftale netop om bedre brug af sundhedsdata: at vi skal sikre et bedre lovgrundlag for digitalt samarbejde, at vi skal sikre klare rammer for brug af nationale sundhedsdata, og at vi skal sikre klare rammer for dataindberetning i almen praksis. Og sidst, men ikke mindst, skal vi skabe et lovgrundlag for opfølgning på børnevaccinationsprogrammet. Aftalens fire elementer følger vi nu op på med lovforslaget her og omsætter den politiske aftale til virkelighed.

For uanset om en borger har brug for en kommunal indsats, går til kontrol hos en almenpraktiserende læge eller får akut hjælp på et af de nye supersygehuse, ja, så er det afgørende i et tidssvarende og moderne velfærdssamfund som det danske, at vi sikrer en digital infrastruktur, som imødekommer behovet for sikker opbevaring af danskernes personfølsomme sundhedsdata, og hvor vi bruger de tekniske muligheder, der er for, at vi hver især kan bestemme, hvem der skal kunne se, og hvad de skal kunne se i vores egen journal, og

hvad en given sundhedsperson, afdeling eller sygehus, nu blot for at nævne et par eksempler, skal have adgang til.

Vi kender det allerede fra det fælles medicinkort, men med lovforslaget her skaber vi nu hjemmel til, at relevante oplysninger om den enkelte patient kan vises digitalt i et samlet patientoverblik: aftaler og behandlingsinformationer, indsatser og planer i en let tilgængelig og overskuelig form. Alt sammen er afgørende for, at man som patient modtager den rette behandling på det rette tidspunkt, og ikke mindst, at den rette viden er tilgængelig for den rette behandler på det rette tidspunkt.

Jeg har sagt det før, og jeg kommer nok til at sige det mange gange: Venstre sætter mennesket før systemet. Derfor er det også afgørende for os, at det bliver så enkelt som muligt at frabede sig både deling og indhentning af egne sundhedsoplysninger, så et sådant ønske for eksempel kan meddeles direkte til behandlingsstedet eller direkte til Sundhedsdatastyrelsen.

At sundhedsvæsenet hænger sammen, er en kerneopgave i et velfærdssamfund. Også når det kommer til brug og deling af sundhedsoplysninger, ligger der et stort uudnyttet potentiale – et potentiale, som kan komme os alle til gode, for netop deling af sundhedsdata er en afgørende faktor for, at vi kan lære og udvikle nye behandlingsformer og behandlingsmetoder. I dag er reglerne for deling af data fra de administrative nationale registre ikke entydigt klare. Men med lovforslaget her bliver det nemmere i pseudonymiseret form at indhente sammenlignelige helbredsoplysninger.

Lovforslaget her består som bekendt af flere elementer, og den sidste del af lovforslaget er børnevaccinationsprogrammet, og det vil jeg gerne dvæle lidt ved. Af og til hører vi historier om børn, der for eksempel dør af mæslinger ikke bare langt fra de danske grænser, men også tæt på os. Og det er helt unødvendigt, for en vaccine kunne have reddet et barns liv. WHO's målsætning om, at 95 procent bør vaccineres med de to første vacciner, er også for os i Venstre et vigtigt pejlemærke. Men selv om flere og flere tilslutter sig det nationale vaccinationsprogram, er vi endnu ikke i mål med 95-procentsmålsætningen, for så vidt angår MFR-vaccinen. Vi skal passe på vores børn, og vi skal passe på hinanden, så der skal strammes op, og nye initiativer skal sættes i søen.

Med lovforslaget her udvider vi bl.a. påmindelsesordningen, så Statens Serum Institut nu får mulighed for at sende en lille reminder ud til alle forældre – det er jo en travl tid, vi lever i – og effekten vil forhåbentlig vise sig, når flere børn over tid bliver vaccineret og også bliver det til tiden.

Som jeg nævnte indledningsvis, skal vi passe på hinanden, og med en vaccine passer man jo både på sit eget barn, men også alle de andre børn. Venstre kan støtte lovforslaget som fremsat.

Kl. 10:17

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til fru Jane Heitmann. Den næste i rækken er hr. Peder Hvelplund fra Enhedslisten. Værsgo.

Kl. 10:17

(Ordfører)

**Peder Hvelplund (EL):**

Tak for det, og tak for at få lov til at komme tilbage her og starte med et dejlig kompliceret lovforslag. Lovforslaget udspringer af den aftale om bedre brug af sundhedsdata, som blev indgået i sommer med Enhedslistens deltagelse. Vi er jo enige om, at der er behov for at modernisere sundhedslovgivningen, så der bliver bedre mulighed for digital deling af sundhedsdata, herunder at der stilles krav om, at almen praksis skal dele relevante data med det øvrige sundhedsvæsen.

For at starte med det ukomplicerede om børnevaccination vil jeg sige, at vi mener, det er en klar forbedring, at børnefamilier fremover kan få en påmindelse forud for det anbefalede tidspunkt for børne-

vaccinationer. Det er vigtigt med en bred tilslutning til børnevaccinationsprogrammet. Vi har efterhånden vænnet os til påmindelser om aftaler om alt fra frisørtider til tider hos kiropraktoren. Med lovforslaget sikrer vi, at sundhedsvæsenet bliver mere tidssvarende, fordi det nu bliver muligt at sende påmindelser til forældrene, så børnene kommer af sted rettidigt. Derfor bakker vi klart op om den del af lovforslaget.

Så er det mere kompliceret med det digitale samarbejde. Vi lovgiver i dag også om fremtidige muligheder for deling af patientdata, og det er vist ikke nogen hemmelighed, at vi i Enhedslisten er ret skeptiske over for indsamling og opbevaring af personfølsomme oplysninger i store mængder. Når vi alligevel er med i den her aftale, handler det om, at der er et akut behov for bedre deling af patientdata i sundhedsvæsenet. Lovforslaget handler jo om at sikre, at relevante data er i de rigtige hænder på det rigtige tidspunkt. Den målsætning bakker vi fuldt ud op om. Personalet bruger alt for lang tid på at spørge om de samme ting og på at finde de rette oplysninger, fordi journalsystemerne ikke fungerer godt nok sammen.

Når det er sagt, er der en række problemstillinger, som forskellige aktører har gjort opmærksom på, og som vi mener der bør tages stilling til, inden vi opretter en ny fælles digital infrastruktur. Høringsvarene har givet mig som ny sundhedsordfører behov for at få svar på en række spørgsmål, som fremstår uafklarede, også efter høringsnotatet. Derfor er vi selvfølgelig fortsat med i aftalen, men det er afgørende for os, at en række problemstillinger bliver præciseret i den kommende udvalgsbehandling.

Det er essentielt, at vi får bedre deling af data fra almen praksis, men vi bliver også nødt til at tage Dansk Selskab for Almen Medicin alvorligt, når de peger på, at der er en uoverensstemmelse mellem tavshedspligten som fundament for læge-patient-relationen ifølge sundhedslovens § 40 og så den pligtregistrering, som lovforslaget lægger op til, idet der er lagt op til en omfattende bemyndigelse til sundhedsministeren. Og derfor vil jeg gerne sikre mig én ting: Vil ministeren garantere, at patienten får mulighed for at have fortrolige samtaler med f.eks. den praktiserende læge, der ikke indføres i den fælles digitale infrastruktur? Det kan f.eks. være en indledende samtale om alkoholisme eller bekymringer om arbejdslivet – samtaler, som måske ikke fører til konkret handling, hvis der er risiko for, at der kommer til at stå noget i den fælles infrastruktur om, at man har haft sådan en samtale.

Jeg kan også i høringsnotatet se, at der lægges op til, at udformningen af den fremtidige indberetning af strukturerede data fra f.eks. almen praksis og fra speciallæger skal ske i samarbejde med sundhedsfaglige organisationer. For os er det af fuldstændig afgørende betydning, at disse faggrupper bliver ordentligt involveret i udformningen, sådan at dataudvekslingen bliver meningsfuld og tager hensyn til fortrolighedsforholdet mellem den sundhedsprofessionelle og patienten.

Der, hvor dette lovforslag for alvor bliver svært, er der, hvor det handler om, hvem der skal have adgang hvornår og til hvad, særlig fordi der åbnes op for, at mange flere potentielt får adgang til at læse med, og fordi lovforslaget er ret upræcist. Regeringen har en udtrykt politik, som vi bakker op om, nemlig at der skal være mere transparens i, hvilke data der indsamles, og til hvilke formål data må bruges. Lovforslaget har behov for at blive tydeligere, både med hensyn til hvilke patientrettigheder der knytter sig til hver database, tydeliggørelse af sundhedspersoners pligt til at levere data til infrastrukturen, samtykkeretten, blokeringer, eksisterende og kommende logningsmuligheder og sletteret. Det er ifølge høringsnotatet præciseret, at patienter skal kunne frabede sig indhentning af oplysninger, men det undrer mig, at der ikke er taget stilling til de mange kritiske bemærkninger om, at der mangler gennemsigtighed i, hvilke data der indsamles om borgerne. Det er uklart, om patienter kan modsætte sig, at oplysningerne indgår i den nye infrastruktur, eller om man

først kan vælge at lukke for adgangen, efter at oplysningerne er registreret og indgår i systemet. Og så undrer det mig faktisk, at loven er sat til at træde i kraft, inden det er teknisk muligt at bruge de løsninger for adgang til og deling af data, der er styret af patienten selv, sådan som lovforslaget lægger op til.

Herudover har vi også en række problemer i forhold til muligheden for sletning af data og nogle bekymringer i forhold til de risici, der kan være for formålsskred i forhold til de data, som patienterne opgiver.

Det fører mig frem til et sidste punkt, som jeg mener at vi skal behandle i udvalget, inden vi fra Enhedslistens side føler os helt trygge ved at stemme for det her lovforslag. Det handler om økonomien. Det fremgår af lovforslaget, at regeringen mener, at forslaget ikke vil have offentlige økonomiske konsekvenser. Det forudsættes, at udgifterne kan afholdes inden for rammerne af allerede afsatte midler, fordi de digitale løsninger, der skal understøtte nye strukturer, allerede er udviklet og finansieret. Det forudsætter også, at Sundhedsdatastyrelsen er i stand til at udvikle systemer, der sikrer logningssikkerhed og opt out-muligheder m.m. inden for de midler, der er afsat. Jeg synes, det lyder ovenud optimistisk. Vi har set med f.eks. Sundhedsplatformen, hvad det betyder i form af udgifter til oplæring af personale og tab i produktivitet, når der implementeres store it-systemer. Jeg mangler simpelt hen dokumentation, før jeg bliver overbevist om regeringens påstand om, at dette kan holdes inden for den nuværende ramme. De spørgsmål ser jeg frem til at vi kan få drøftet i det videre udvalgsarbejde. Tak for ordet.

Kl. 10:22

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Der er en kort bemærkning fra fru Jane Heitmann, Venstre. Værsgo.

Kl. 10:22

**Jane Heitmann (V):**

Tak til Enhedslistens ordfører. Nu stod jeg jo selv på talerstolen for et øjeblik siden og glædede mig over, at alle Folketingets partier bakkede op om den aftale, som vi har indgået. Efter at have hørt ordførerens tale blev jeg sådan en lille smule i tvivl, så jeg vil bare her tillade mig sådan opklarende og fredssommeligt at spørge, om Enhedslisten stadig bakker op om den politiske aftale, som alle Folketingets partier står bag, og som lovforslaget jo her udmønter til konkret virkelighed.

Kl. 10:23

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ordføreren.

Kl. 10:23

**Peder Hvelplund (EL):**

Tak. Det er klart, at vi står bag den aftale, vi har indgået. Vi løber ikke fra en aftale, vi har indgået, men det ændrer ikke ved, at når vi skal implementere en aftale i konkret lovgivning, skal vi jo sikre os, at det, der er hensigten i den aftale, vi har indgået, også bliver udmøntet i det konkrete lovforslag. Og det er i forhold til det, at vi har en række bekymringspunkter, som vi i hvert fald gerne vil have drøftet i udvalgsbehandlingen og set om vi kan få klare svar på og få indhegnet. Men selvfølgelig støtter vi op om den aftale, vi har indgået.

Kl. 10:23

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Fru Jane Heitmann.

Kl. 10:23

**Jane Heitmann (V):**

Jamen så vil jeg bare sige tak for et klart svar. Fra Venstres side glæder vi os også til det fortsatte udvalgsarbejde.

Kl. 10:23

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Det gav så ingen kommentarer, og dermed siger vi tak til ordføreren for Enhedslisten. Så er det fru May-Britt Katstrup, Liberal Alliance. Værsgo.

Kl. 10:23

(Ordfører)

**May-Britt Katstrup (LA):**

Tak for det. Deling af data er utrolig vigtigt for vores overlevelse og helbredelse, men det er til gengæld også enormt vigtigt, at vi har tillid til, at data bliver behandlet forsvarligt og fortroligt. I dag kan data deles via Fælles Medicinkort, patientjournaler eller endda telefonisk, uden at man kan følge, hvilke data der er blevet delt. Og det er egentlig ikke så sikkert, som det godt kan blive, og det er heller ikke så formålstjenligt og hensigtsmæssigt, som det godt kan blive.

Der er meget bureaukrati omkring det, sådan som systemet er i dag. Derfor vil det her forslag samle den måde, man deler data på, i en digital infrastruktur. Det betyder samtidig, at det vil blive mindre bureaukratisk, og at det vil blive nemmere at dele dataene, sådan at læger kan bruge andet sundhedspersonale til at samle de her data og videregive dem; det kan være sundhedsplejersker, sygeplejersker eller lægesekretærer. Det er en hensigtsmæssig arbejdsfordeling med mindre bureaukrati, som gør det hele enklere.

Det, vi hele tiden skal huske, er, at det stadig væk er ulovligt, hvis sundhedspersonale uden at have lov hjemmel til det kigger på dataene. Og det, som også er vigtigt, er, at der stadig væk skal være tryk og faste rammer omkring samtykke, og at man kan frabede sig, at ens data bliver videregivet. Ydermere bliver der mulighed for, at patienter selv kan se med i journalerne. Man kan se, når andre er gået ind og har kigget i journalen: Hvem har set i min journal? Hvorfor? Var der nogen grund til det, eller er det noget, jeg kan reagere på, anke eller klage over?

Samtidig er det vigtigt, at børn får de anbefalede vacciner på de anbefalede tidspunkter, og derfor bliver der også med det her lovforslag skærpede muligheder for, at der bliver sendt påmindelser ud til alle forældre om børnevaccinerne.

Det giver alt sammen rigtig god mening og er i vores alle sammens interesse, og Liberal Alliance støtter forslaget.

Kl. 10:26

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til fru May-Britt Katstrup. Så er det fru Pernille Schnoor, Alternativet. Værsgo.

Kl. 10:26

(Ordfører)

**Pernille Schnoor (ALT):**

Tak. Alternativet er med i aftalen, som alle partierne har indgået, og som ligger til grund for det her forslag. Vi har set før, at det kan være vanskeligt at udmønte en aftale, man har lavet, i lovgivning, og det er også noget af det, der bekymrer os i forbindelse med det her lovforslag. Og vi deler nogle af de bekymringer, eller faktisk *alle* de bekymringer, som også Enhedslistens ordfører har skitseret før.

Vi anerkender den baggrund, der er for lovforslaget, nemlig at sundhedspersoner i kommunerne og i regionerne og i almen praksis bruger unødvendig tid og unødvendige ressourcer på at indhente oplysninger, og at der kan mangle sammenhæng i forløb, hvilket kan opleves af patienter og pårørende som problematisk. Og derfor er vi jo også med i aftalen, fordi vi ønsker, at man i sundhedsvæsenet skal kunne stole på, at det er de rigtige oplysninger, man har om den enkelte patient f.eks.

Vi har også et ønske om at have et effektivt sundhedsvæsen, hvor viden og oplysninger er nemme at tilgå på tværs af sundhedsperso-

nale, men vi har altså nogle forbehold og bekymringer i tråd med dem, som Enhedslistens ordfører også har skitseret. Jeg har også set på Dansk Selskab for Almen Medicins høringssvar, hvor de jo har et synspunkt om det. Det handler f.eks. om tavshedspligten, og de siger f.eks.:

»Ønsker vi et sundhedsvæsen, der bygger på autonomi og selvbestemmelse, med tavshedspligt og ret til fortrolighed? Eller ønsker vi et sundhedsvæsen, hvor fokus er på central datamaksimering og stram statslig kontrol og detailstyring af patientbehandling via beslutningsstøtte og algoritmer?«

Så vi har kigget på nogle af de her høringssvar, og det bekymrer også os, at der kan være nogle problemer i det her lovforslag. Det Ethiske Råd har også nogle bekymringer om, at vi får det her super-sundhedsarkiv, som man ikke må være blind for kan misbruges – ikke nødvendigvis nu, men senere kan man bruge det til nogle formål, der er uacceptable.

Vi mener selvfølgelig stadig væk, som vi gjorde, da vi indgik aftalen, at det er godt at få styrket den sammenhæng og de informationer, der er, og at det er afgørende, at der er tillid til, at man har de informationer, man skal have, i sundhedsvæsenet, men at det ikke må ske på bekostning af, som Dansk Sygeplejeråd siger, tillidsforholdet mellem borgere og sundhedsprofessionelle. Vi er jo selvfølgelig stadig væk med i aftalen, men vi har altså nogle forbehold, og vi mener, at hvis man går videre med lovforslaget, som man jo gør, så skal vi altså have specificeret og konkretiseret og kigget på nogle konkrete problemstillinger, som vi finder problematiske.

Kl. 10:30

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til fru Pernille Schnoor. Der er ingen korte bemærkninger. Vi går videre til fru Lotte Rod, Det Radikale Venstre. Værsgo.

Kl. 10:30

(Ordfører)

**Lotte Rod (RV):**

Tak for det. Vi har en stor styrke i Danmark i, at vi har så gode sundhedsdata, og det er vigtigt, at systemerne kan tale sammen, at vi kan dele oplysningerne, men også, at der er styr på dem. Derfor er det jo også en grotesk situation, som Dansk Folkepartis ordfører også var inde på, når man som patient oplever, at man får at vide: Jeg kan ikke se, hvad der er sket det andet sted, fordi det står i et andet system, som jeg ikke kan gå ind og kigge i. Og et eller andet sted er det jo lidt vildt, at det stadig er virkeligheden her i 2019, og derfor er vi i Radikale Venstre også glade for, at vi har været med til at lave den aftale, som det her lovforslag er en udmøntning af, og som skal gøre, at det bliver nemmere at dele data. Derfor er vi i Radikale Venstre også helt med på de principper, som ligger i det her lovforslag.

Samtidig er det jo også meget teknisk, og jeg er ikke hjulpet af, at jeg selv var på barsel, mens I andre forhandlede ned i detaljerne, så der er to ting, som jeg godt kunne tænke mig at blive lidt klogere på i udvalgsbehandlingen.

Det ene er til selve det tekniske i det, fordi jeg jo synes, når man kigger ud over nogle af de it-systemer, vi har, og når man ser, hvordan Sundhedsplatformen f.eks. har givet meget alvorlige problemer for medarbejderne, at man må spørge, hvad det så er for en læring, man har gjort i ministeriet, og hvad det er, vi gør for at sikre, at vi nu ikke finder på et system, som ser meget fint ud på papiret, men ikke virker i virkeligheden. Det er den ene del.

Den anden del er: Hvad koster det? Jeg er med på, som Enhedslistens ordfører også var inde på, at regeringen forudsætter, at det her sådan set ikke bliver særlig dyrt, men det hænger jo også sammen med, hvordan hele det tekniske bliver udformet. Jeg synes, at det er meget relevante spørgsmål at få dykket ned i, med hensyn til hvad det er for nogle forudsætninger, regeringen også lægger til grund for det, fordi det jo selvfølgelig har betydning for situationen på et tids-

punkt, hvor min oplevelse er, at der i forvejen bliver løbet alt for stærkt nogle steder og man mangler ressourcer og mangler tid. Der betyder det selvfølgelig noget, når man sætter sådan noget i gang, at vi så også har styr på, at det ikke bliver en byrde for de medarbejdere, som skal arbejde med det. Så de to ting håber jeg at vi kan blive lidt klogere på i løbet af udvalgsbehandlingen.

I forhold til den anden del af lovforslaget, som handler om påmindelser til børnevaccinationer, vil jeg bare sige som mor: Hvor er det godt. Jeg er selv en af dem, som lige nu har stående på min to-do-liste, at jeg skal have bestilt den der 15-månedersvaccine, og jeg tror godt, at jeg kan sige på alle andre forældres vegne, at det faktisk ville være meget rart, at man lige får en besked, så man får det gjort i tide.

Kl. 10:33

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til fru Lotte Rod. Så går vi til fru Kirsten Normann Andersen, SF. Værsgo.

Kl. 10:33

(Ordfører)

**Kirsten Normann Andersen (SF):**

Tak for det. Lovforslaget her har til formål at understøtte et bedre digitalt samarbejde, der giver lettere mulighed for at dele relevante oplysninger om patientens forløb mellem de sundhedspersoner, som har patienten i behandling. Det er både rigtigt og godt. For at kunne understøtte et sammenhængende patientforløb er der behov for en høj grad af vidensdeling mellem sektorerne i sundhedsvæsenet. Borgeren skal kunne forvente, at de sundhedspersoner, man møder, kender de oplysninger, som er relevante for behandlingen, bl.a. journaloplysninger om prøvesvar og aktuel medicin og øvrige praktiske oplysninger, som skal til for at skabe tryghed og give oplevelsen af et sammenhængende sundhedsvæsen.

Samtidig har det været vigtigt for SF, at borgeren selv skal kunne skaffe sig et overblik over de behandlinger, man modtager, og de aftaler, som man har med sundhedsvæsenet, og at patienten selv har indflydelse på, hvem der skal have adgang til sundhedsdata, ligesom patienten skal sikres indblik i, hvem der bruger patientens sundhedsdata, bl.a. ved hjælp af logning. SF bakker i det hele taget op om de gode intentioner i en aftale om digitalisering af sundhedsvæsenet, som vi selvfølgelig også er med i.

Men når det er sagt, mener jeg alligevel, at lovforslaget har nogle mangler set i forhold til den aftale, som vi har indgået. Det fremgår desværre også af høringssvarene, som vi har modtaget til forslaget. Spørgsmålet om omkostninger er eksempelvis henvist til økonomiforhandlingerne mellem regeringen og regioner og kommuner, men det er naturligvis afgørende, hvor stor den regning bliver. Og måske kan ministeren også forklare baggrunden for, at den private sektor angiveligt helt skal undtages fra betaling.

Det andet store spørgsmål handler om teknik. Teknik er jo ikke nødvendigvis noget, der skal stå noget om i et lovforslag, men alligevel har lovforslaget også givet anledning til nogle spørgsmål her. Systemkravet er bl.a., at digitaliseringen skal kunne spille sammen med eksisterende platforme i regionerne og kommunerne, eksempelvis Sundhedsplatformen og den elektroniske patientjournal. Det skal sammenholdes med, at ministeren jo altså så sent som i sidste uge gjorde gældende, at man vurderer, at der er store sikkerhedsmæssige udfordringer i vores nuværende systemer, udfordringer, som ministeren også adresserer til regionerne.

Jeg håber faktisk, at ministeren vil forholde sig til, hvordan øget sikkerhed i eksisterende systemer kan medtages i forhold til det her lovforslag, for man må antage, at der er store omkostninger forbundet med begge dele. Man må også med rette mene, at ministeren har ansvaret for, at begge dele søges løst, herunder at vi får sikkerhed

for, at regionernes nødvendige økonomiske prioriteringer ikke er en hindring for, at vi samlet set kan prioritere den vigtige sikkerhed.

Endelig er det vigtigt for mig at understrege, at verden næppe går under, fordi vi ikke i morgen har et nyt digitalt system, hvor læger og andet sundhedspersonale kan opdateres med skriftlig information om den enkelte patient. Jeg synes, det er vigtigt her at understrege, at det næppe er sandsynligt, at skriftlige data kan erstatte den vigtige samtale med patienten, der som oftest er ret godt orienteret om egen situation. Det er nemlig i sundhedssektoren som i alle andre forhold i livet, at det, vi har læst, ofte kan blive udfordret af den virkelighed, som vi møder.

Som sagt bakker SF op om den aftale, vi har indgået, men udmøntningen af aftalen efterlader fortsat en række ubesvarede spørgsmål, også i forlængelse af de høringssvar, der er indkommet. Ud over de allerede nævnte vil jeg også tillade mig at fremsende nogle skriftlige spørgsmål til udvalgsbehandlingen, og den fremskredne tid taget i betragtning vil jeg nøjes med at stille dem som skriftlige spørgsmål.

Der er nemlig også et andet vigtigt element i det her forslag, nemlig forslaget om børnevaccinationsprogrammer. Det giver nemlig også rigtig god mening, men efterlader, synes jeg, på samme måde som digitaliseringen en række spørgsmål om omkostninger og privatliv. SF bakker op om det gode formål om at sikre en høj grad af vaccination, som kan beskytte os mod sygdomme, men vi skal samtidig sikre en høj grad af åbenhed, i forhold til hvordan personlige data anvendes til andet og mere end den enkeltes helbred. Jeg vil i den forbindelse også anmode ministeren om at redegøre for rækkevidden af ministerens beføjelser til at fastsætte betaling m.v. set i forhold til de nuværende regler og aftaler.

Med disse ord skal jeg blot endnu en gang understrege, at SF bakker op om aftalen, vi har indgået, men vil stille nogle spørgsmål, som vi tænker det giver mening at få afklaret i en udvalgsbehandling.

Kl. 10:38

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til fru Kirsten Normann Andersen. Så er det hr. Erik Lund, Det Konservative Folkeparti. Værsgo.

Kl. 10:38

(Ordfører)

**Erik Lund (KF):**

Jeg kommer sådan lidt haltende op ad trappen, for jeg har også frekventeret sundhedsvæsenet. Men når vi nu snakker om digitalt samarbejde, vil jeg sige, at det er en fantastisk vigtig del. Det gælder jo på alle områder, men specielt på sundhedsområdet. Det lovforslag, som vi nu behandler, har til formål at understøtte et bedre digitalt samarbejde, hvor sundhedspersoner lettere får adgang til og mulighed for at dele relevante oplysninger om patienternes forløb på tværs af sundhedsvæsenet.

I dag bruger sundhedspersoner i kommuner og regioner og almen praksis masser af unødvendig tid og unødvendige ressourcer på at indhente oplysninger hos hinanden – eller som i mit tilfælde, hvor jeg lige har fået opereret min fod efter en gammel fodboldskade og så skulle til noget genoptræning hos en fysioterapeut. Det var jeg her i mandags, og jeg siger til ham: Jamen kan du ikke bare trække de her oplysninger? Nej, det kunne han ikke.

Jeg kan gå ind og se mine egne sundhedsdata; der kan jeg trække alle de oplysninger, der er, om operationen, og det må jeg så printe ud og gå ned og aflevere til ham. Det er jo fuldstændig u hensigtsmæssigt i denne digitale tidsalder, så derfor ser vi fra konservativ side meget frem til, at det her lovforslag bliver til virkelighed, sådan at man kan dele de her ting på tværs af sektorer, og sådan at når man f.eks. som i mit tilfælde skal til fysioterapeut eller kiropraktor eller andet, kan de bare trække det direkte.

Digitalt samarbejde er vigtigt for patienterne, og det er det, det drejer sig om. Det er patienten, der skal være i fokus her, og det skal være nemt. Men sikkerheden skal selvfølgelig også være i top, og vi tror faktisk på, at når vi har fået behandlet det her og snakket om det i udvalget, får vi et rigtig godt grundlag for at kunne udforme et fælles lovforslag.

Den sidste del af lovforslaget handler, som flere også har nævnt, om muligheden for at sende påmindelser til forældre om anbefalede børnevaccinationer, igen ligesom man alle andre steder, når man f. eks. skal til en fysioterapeut eller andet, dagen før får en påmindelse om, at man skal huske det. Her er der så mulighed for, at forældre i god tid får en påmindelse om, at de lige skal huske, at deres barn skal vaccineres for det eller det. Vi tror virkelig, det bliver noget, som i vid udstrækning kan gavne også forældre og børn.

Konservative bakker op om det samlede lovforslag.

Kl. 10:40

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til hr. Erik Lund. Så er det faktisk ministeren, vi skal høre nu. Så værsgo til sundhedsministeren.

Kl. 10:40

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Tak for debatten, og tak for det gode samarbejde om den politiske aftale, vi har lavet om det lovforslag, vi behandler i dag. Der er ingen tvivl om, at Danmark er et foregangsland, når det gælder digitalisering og brug af sundhedsdata til gavn for patienterne i det danske sundhedsvæsen, og sådan skal det blive ved med at være. I dag arbejder alle aktører i sundhedsvæsenet med sundhedsdata i digitale systemer, og det har skabt en bedre og mere sikker behandling, men man må også bare sige, at vi langt fra er i mål. Det er netop derfor, vi har lavet en aftale, og det er netop derfor, vi behandler lovforslaget i dag.

Patienter oplever desværre stadig, at der mangler sammenhæng i behandlingsforløbene, og at man skal gentage sig selv igen og igen, fordi relevante oplysninger om ens behandling ikke er blevet givet videre. Derudover kan det være svært at få overblik over, hvad der er sket eller skal ske undervejs, og vi ved, at det skaber frustration og også nogle gange utryghed for patienterne og for de pårørende. Samtidig ved vi, at sundhedspersoner i kommunerne og regionerne og også ude i almen praksis bruger uanede mængder af tid på at indhente oplysninger hos hinanden om patienter, der er i aktuel behandling. Man hænger simpelt hen i telefonen for at indhente informationer. Den tid kan bruges bedre og skal bruges bedre til god patientbehandling.

Derfor er jeg også glad for, at vi på tværs af alle Folketingets partier i sommer indgik en politisk aftale om bedre brug af sundhedsdata. Det lovforslag, som vi behandler i dag, udmønter den aftale. Formålet med lovforslaget er at gøre det lettere at dele relevante oplysninger om patienternes forløb mellem de sundhedspersoner, der har dem i behandling. Det handler grundlæggende om at sikre, at den rigtige viden er i de rigtige hænder på rette tidspunkt til gavn for patienten.

Når vi gør det lettere at dele helbredsoplysninger, er det samtidig afgørende, at datasikkerheden er i orden, og at det sker med respekt for den enkeltes ret til fortrolighed og privatliv. Vi er som mennesker forskellige, og vi har også forskellige ønsker og behov. Med lovforslaget gør vi det derfor lettere for borgerne at få et overblik og bestemme, hvem der har adgang til deres sundhedsoplysninger til brug for patientbehandling.

Lovforslaget indeholder en række elementer, der samlet set bidrager til en tiltrængt modernisering af sundhedsloven. Og hvis jeg skal give et konkret eksempel, kunne jeg tage Esbjerg Kommune. Der håndterer et team af sygeplejersker patienter med akutte og komplekse behandlingsforløb på tværs af den kommunale hjemme-

pleje og hospitalets akutmodtagelse. Sygeplejerskernes arbejde har skabt rigtig meget mere sammenhæng for patienterne i de her overgange, der er mellem kommunen og sygehuset. Men for at udføre deres arbejde i dag må sygeplejerskerne køre rundt med to computersystemer – helt fysisk med to computere ude i deres biler – og to forskellige it-systemer, fordi kommunen og sygehuset ikke i dag må dele relevante data om patienten. Så når man som sygeplejerske kører rundt i akutteamet, skal man først logge ind i det ene system og så i det andet system, hvis man vil have det samlede overblik. Det giver ikke mening, det er ikke godt nok, og det er bl.a. noget af det, som det her lovforslag laver om på.

Lovgivningen skal altså understøtte den måde, sundhedspersonalet samarbejder om at behandle patienterne på, og den skal også sikre, at data netop er i de rette hænder på det rette tidspunkt. Derfor foreslår vi også, at der etableres en fælles digital infrastruktur, som samler og udstiller relevante oplysninger om patienterne i et patientoverblik på tværs af sundhedsvæsenet. Det patientoverblik kan tilgås både af de sundhedspersoner, der har patienten i behandlingen, og af patienten selv. Det svarer til den løsning, vi kender fra det fælles medicinkort.

Det er jo også en del af svaret på økonomien, som der er stillet spørgsmål til, og som jeg selvfølgelig også gerne svarer på skriftligt, nemlig at rigtig meget af den digitale infrastruktur kender vi allerede i dag fra det fælles medicinkort, når det gælder, hvordan løsninger skal se ud. Så det er ikke et spørgsmål om, at vi skal ud at finde helt nye systemer. Det er et spørgsmål om at udvide og bygge videre på nogle af de digitale løsninger, som vi allerede har, og som fungerer på tværs af sundhedsvæsenet, f.eks. det fælles medicinkort.

Vi gør det samtidig med lovforslaget lettere for borgerne at få indsigt i og også føre kontrol med, hvem der har adgang til oplysninger i patientoverblikket. Eksempelvis vil man allerede, hvis man i dag går ind på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk), kunne frabede sig, at ens helbredsoplysninger kan indhentes i patientoverblikket. Derfor er der heller ikke tale om, at vi sætter noget i kraft, før man som borger har den mulighed. Det er en del af aftalen, at den selvsagt skal være til stede, også for at sikre den parallelitet, der skal være i, at vi laver flere digitale løsninger, men også giver den enkelte patient og borger mere egen ret til og råderet over at kunne administrere, hvem der skal have adgang til ens sundhedsdata.

Kl. 10:45

Det betyder, at man f.eks. allerede kan gå ind via patientoverblikket og privatmarkere oplysninger. Det kan være i forhold til et bestemt behandlingsforløb, og det kan være i en bestemt tidsperiode, ligesom man også vil kunne spærre for, at bestemte sundhedspersoner kan få adgang til ens oplysninger. Man vil altså for helt konkrete faggrupper eller helt konkrete personer kunne spærre, i forhold til hvem det er, der ikke skal have adgang til ens oplysninger. På [sundhed.dk](http://sundhed.dk) vil man også kunne se, hvem der har tilgået ens oplysninger, i den såkaldte logvisning, og det er også en vigtig del af den sikkerhed for den enkelte, der skal være til stede, fordi man skal have sikkerhed for, som vi også har talt om politisk, at der ikke er nogen, der uretmæssigt får adgang til ens data.

Et andet hjørne, vi lægger op til at modernisere med lovforslaget, er reglerne om sundhedspersoners adgang til at indhente oplysninger fra elektroniske systemer som f.eks. patientjournaler, når de skal behandle en patient. I dag gælder der forskellige regler for, hvilke oplysninger fra f.eks. patientjournaler forskellige typer af sundhedspersoner må få adgang til, og der må vi bare sige, at lovgivningen ikke er fulgt med tiden, og at flere sundhedspersoner og de faglige organisationer længe og løbende sammen med patientorganisationerne har givet udtryk for, at reglerne er tunge at administrere og svære at forstå. Derfor siger vi nu, at udgangspunktet er, at hvis du er sundhedsperson og har brug for oplysninger som led i en aktuel patie-

ntbehandling, må du få adgang til dem, medmindre borgeren som sagt selv har administreret, at det skal være anderledes.

Samtidig giver vi også sundhedspersoner mulighed for at kunne benytte sig af teknisk bistand fra f.eks. en sekretær, når de indhenter oplysninger til brug for kvalitetsarbejde. Det vil, som det er i dag, være strafbart både for sundhedspersoner og for andre personer at indhente oplysninger uretmæssigt. Og det er jo også noget af det, som vi på baggrund af høringen har skærpet i bemærkningerne til lovforslaget, men som det også fremgår af høringsnotatet, har vi også haft en politisk drøftelse om at understrege den del, som handler om at sikre, at man ved, at det har konsekvenser, hvis man uretmæssigt bruger de digitale muligheder, der er, for at få adgang.

Med lovforslaget foreslår vi også, at læger kan bruge oplysninger om tidligere patienters helbredsforløb til at behandle en patient med en tilsvarende sygdom. Det kan være for at skabe et bedre grundlag for at træffe beslutning om, hvilken behandling en patient skal tilbydes, eller for hurtigt at kunne stille den rigtige diagnose. Her er det naturligvis afgørende, at brugen af oplysninger om andre patienter indhentes med respekt for den enkeltes ret til fortrolighed. Vi lægger derfor heller ikke op til at muliggøre dette, før vi er helt sikre på, at behandlingen af oplysningerne kan ske i pseudonymiseret form, så oplysningerne ikke umiddelbart kan lede tilbage til patienterne, men hvor vi samtidig sikrer en bedre kvalitetsudvikling på vores afdelinger, fordi læren fra et patientforløb gerne skal gavne fremtidige patienter – men selvfølgelig ikke ved, at man ved, at det er fru Jensen, men ved, at man ved, hvad det er for en erfaring og viden, man har fået undervejs.

Når vi taler om at forbedre muligheden for at udveksle oplysninger i sundhedsvæsenet, kommer vi heller ikke uden om almen praksis. Og det er jo også noget af det, der er et af omdrejningspunkterne i lovforslaget og også i vores politiske aftale. Vi ønsker, at praksissektoren med almen praksis og de praktiserende speciallæger skal spille en stærkere rolle i fremtidens sundhedsvæsen, og det vil også være et omdrejningspunkt i regeringens kommende sundhedsreform. Og det betyder jo sådan set også, at vi med det lovforslag, som vi behandler i dag, styrker samarbejdet på tværs af kommunal pleje, praksissektor og sygehus, så vi også kan intensivere det i de kommende år. Og jeg tror sådan set, at vi alle sammen, forhåbentlig, kan være enige om, at vi skylder patienterne, at de kan forvente en mere sammenhængende behandling i årene, der kommer.

Når flere opgaver skal løses hos den praktiserende læge eller i et kommunalt sundhedscenter, er det afgørende, at vi også får bedre viden om den del af patienternes forløb, som varetages i praksissektoren. Med lovforslaget lægger vi op til, at praksissektoren i højere grad skal dele relevante strukturerede data og oplysninger med det øvrige sundhedsvæsen. Det kan f.eks. være oplysninger om diagnoser, ydelser for kræftpatienter og kronikere, der tilses af både praktiserende læge og på sygehuset og måske også deltager i et genoptræningsforløb hos kommunen.

Jeg vil gerne understrege – for det er jo også noget af det, vi har brugt rigtig meget tid på, både i fællesskab i den politiske forhandling, men også på baggrund af nogle af de høringssvar, der er indkommet, hvor vi har lavet nogle opstramminger i lovforslaget efterfølgende, som også fremgår af høringsnotatet – at oplysninger uden relevans for patientens fortsatte behandling, og som er givet til lægen i fortrolighed, oplysninger, der f.eks. er fremkommet under en samtale om psykosociale forhold eller andet, selvfølgelig skal forblive fortrolige. Det, vi taler om, er deling af strukturerede data, som har relevans for det videre behandlingsforløb.

Kl. 10:50

Endelig indeholder lovforslaget et forslag om at udvide muligheden for at sende påmindelser til forældre om anbefalede børnevaccinationer for at sikre en høj vaccinationstilslutning. De seneste år er tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet heldigvis blevet bed-

re, bl.a. fordi der i dag sendes breve ud til forældrene, der minder om vaccinationerne. Men vi synes sådan set, at vi har behov for at gå videre og også sikre, at påmindelserne ikke først kommer, når man er et par måneder for sent på den, men sådan set kommer, så man husker, at nu er det ved at være tid til at få bestilt en tid til vaccination. Derfor bliver det med lovforslaget muligt for Statens Serum Institut at sende påmindelser før tidspunktet for en anbefalet børnevaccination. Og jeg håber på, at det vil være med til at forbedre tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet, fordi det i sidste ende også betyder noget for at sikre, at vi ikke får udbredt sygdomme, som vi kunne forebygge.

Til sidst vil jeg svare på et af de spørgsmål, som bl.a. Dansk Folkepartis ordfører stillede i relation til den henvendelse, der er kommet fra Forsikring & Pension, og hvor jeg selvfølgelig også gerne skriftligt vil svare udvalget på det, men hvor jeg også allerede med ordførerne har delt det svar, jeg har sendt til Forsikring & Pension. For det forekommer mig, at der er en fejlopfattelse, i forhold til hvad lovforslaget handler om, og i forhold til hvad det har af betydning.

Altså, lovforslagets formål og afgrænsning, som jeg også har svaret Forsikring & Pension, lægger jo op til, at det alene vedrører patientbehandling og dermed ikke de sekundære formål. Det er noget af det, vi har været meget klare på, også i vores politiske aftale, altså at det er patienten, der er omdrejningspunktet. Det er ikke at sende informationer til politiet eller sende informationer til forsikringselskaber eller andet. Det er de sekundære formål. Og formålsbegrænsningen er, som det fremgår af lovforslaget, i overensstemmelse med databeskyttelsesforordningen, som også giver mulighed for nationalt at fastsætte særlige betingelser og begrænsninger for behandling af helbredsoplysninger.

Men det er jo formålsbegrænsningerne – det ændrer ikke på, at ligesom det er i dag, hvor forsikrings- og pensionselskaberne f.eks. i forbindelse med erstatningssager selvfølgelig skal have adgang til de relevante data, der er i forhold til et behandlingsforløb, vil de også kunne få dem fremadrettet. Og derfor har jeg også svaret Forsikring & Pension, at der med lovforslaget ikke ændres på forsikrings- og pensionselskabernes nuværende adgang til helbredsoplysninger – altså de underliggende kildesystemer i relation til de data, de skal have. Men vi ønsker ikke med det her lovforslag at give forsikringselskaberne direkte adgang til så at sige at gå ind i infrastrukturen og selv kunne rode rundt og tage data. Men selvfølgelig skal man fortsat kunne eksportere relevante data i forbindelse med en erstatningssag, sådan at de kan bruges til at oplyse om patientens forhold. Og det svarer jeg selvfølgelig gerne på skriftligt, men jeg tror, det er vigtigt at holde sig for øje, hvad der er sekundære formål, når vi taler borgernes personfølsomme data, og så det, der er det primære formål, nemlig patientbehandling.

Men som sagt stiller jeg mig selvfølgelig til rådighed for alle de spørgsmål, der er. Jeg kan høre, at Enhedslistens ordfører også har varslet nogle, og jeg håber på, at vi på den måde kan få oplyst sagen på et godt grundlag, så vi forhåbentlig kan få lovforslaget ud at virke i virkeligheden. For det er der behov for, både for patienternes skyld, men sådan set også for at sikre nogle mere moderne og ordentlige arbejdsforhold for vores medarbejdere, så man ikke er afhængig af at skulle logge ind i to systemer, eller at man, hvis man mangler data, skal ringe rundt, fordi man ikke ved, hvad der er sket tidligere i et patientforløb.

Så tak for de gode kommentarer fra ordførerne i salen.

Kl. 10:53

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Der er lige et par stykker mere. Den første er fru Kirsten Normann Andersen, SF. Værsgo.



Kl. 10:54

**Kirsten Normann Andersen (SF):**

Tak for det. Jeg kan jo også benytte lejligheden til at sige tak for et fint forhandlingsforløb – det synes jeg nemlig også vi har haft – hvor vi har drøftet rigtig mange af de dilemmaer, der selvfølgelig også er forbundet med digitalisering af sundhedsdata.

Jeg lyttede mig også til, at ministeren siger, at det kun er deling af de strukturerede data, der er tale om. Det betyder jo ret beset også, at vi stadig væk har et sædvanligt journalsystem – det kan være den elektroniske patientjournal – og et andet system, hvor man deler relevante informationer om behandling m.v. For at undgå, at man også skal opdatere i to systemer, så skal de systemer jo kunne tale sammen. Derfor vil jeg bare spørge til det, ministeren har udtalt sig om i sidste uge omkring vores sikkerhed i de systemer, vi har. Giver det ikke bare god mening at prøve at adressere de sikkerhedsspørgsmål, som ministeren også bekymrede sig om i sidste uge, til det her forslag, så vi undgår, at vi skal til at lave systemer for så at lave systemer for så at lave systemer? Altså, når de skal kunne tale sammen, kan jeg simpelt hen ikke se andet, end at det kunne give mening at prøve at tænke de her problemer sammen på en gang. Kunne man forestille sig det, minister?

Kl. 10:55

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Ministeren.

Kl. 10:55

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Nu omtaler spørgeren den sektorstrategi på sundhedsområdet på cybersikkerhedsområdet, som vi fremlagde i sidste uge, og som er aftalt med Kommunernes Landsforening og Danske Regioner, og den sektorstrategi lægger jo netop op til, at hvad end man gør, så at sige, så skal man altid tænke cybersikkerhed ind i det. Det betyder selvfølgelig også, at når vi nu her pr. 1. februar overgår til et nyt LPR3-system, er der også tænkt på cybersikkerhed og en stærkere beskyttelse. Når vi laver nye systemer, tænker vi hele tiden cybersikkerhed og en øget beskyttelse ind som en dimension af det at oprette systemerne. Det fremgår også af vores digitaliseringsstrategi og af vores sundhedsdatastrategi, at det selvfølgelig er noget, der er nødt til at ligge underliggende integreret alle steder.

Så det er jeg fuldstændig enig med ordføreren i, og det indgår sådan set også i de ændringer, vi kommer til at lave her, fordi det jo også grundlæggende handler om, hvordan vi tænker, når vi træffer beslutninger fremadrettet, hvad enten det er i forhold til indkøb af nyt it-system eller indkøb af medicinsk udstyr, f.eks. store scannere, som også oplagrer persondata: Hvordan er det, man sikrer, at det ikke bliver en kilde til sårbarhed i forhold til hackere, der kan kompromittere den sikkerhed, der skal være omkring vores personfølsomme informationer i sundhedsvæsenet?

Kl. 10:56

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Tak. Fru Kirsten Normann Andersen.

Kl. 10:56

**Kirsten Normann Andersen (SF):**

Men jeg noterede mig netop i ministerens svar til offentligheden i sidste uge, at ministeren adresserede de her sikkerhedsmæssige problemer til regionerne, fordi det er deres systemer. De har selv lavet de her systemer. Og jeg tænker, at laver man fælles systemer, kunne man godt forestille sig, at der også er særlige omkostninger forbundet med, at de skal kunne tale sammen med mange forskellige systemer i vores land. Man har jo forskellige journalsystemer i Region Hovedstaden og Region Sjælland i forhold til det, man har i Jylland.

Jeg vil bare spørge, om ministeren er i overvejelser eller drøftelser med regionerne og kommunerne om måske at få et fælles digitalt system, som kun skal løse problemerne en gang.

Kl. 10:57

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Ministeren.

Kl. 10:57

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Ja, det ville da være rart. Men man kan sige, at der har regionerne jo deres selvbestemmelse til at have valgt at indkøbe forskellige systemer og ikke nødvendigvis altid at samarbejde integreret, og det kunne vi godt tage en længere snak om enten i relation til det her lovforslag eller generelt, fordi der er rum for rigtig stor forbedring.

Det, man kan sige der ligger i cybersikkerhedsstrategien, handler ikke kun om at henføre noget til regionernes ansvar. Det var heller ikke det, jeg gjorde i sidste uge. Det er et fælles ansvar. Når vi laver en samlet sektorstrategi for cybersikkerhed i forhold til sundhedsvæsenet, der både integrerer det, der ligger i kommunerne, det, der ligger i regionerne, og det, der ligger på statens niveau, så er det, fordi vores systemer også er integrerede, men der er jo også noget, der er hvert vores ansvar.

Altså, når regionerne indkøber nyt medicinsk udstyr, er det vigtigt, at man er bevidst om, at der f.eks. i Norge reelt set har været skandalesager, hvor store scannere har tappet informationer. Det er sådan noget, man er nødt til at være bevidst om, også når man har en indkøbsstrategi, lige så vel som at man er nødt til at have en strategi for at få udskiftet gamle, forældede systemer – det ligger også som nogle af punkterne – og det at klæde medarbejderne ordentligt på. Noget af det er decentralt, noget af det er et fælles ansvar i forhold til at sikre en bedre cyberbeskyttelse af vores samlede sundhedsvæsen i Danmark, så vi undgår de angreb, der jo kan lamme et sundhedsvæsen, og som vi desværre har set også har ramt et britisk sundhedsvæsen med WannaCryangrebet.

Kl. 10:58

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak. Så er det hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten. Værsgo.

Kl. 10:58

**Peder Hvelplund (EL):**

Tak. Jeg vil gerne starte med at kvittere for, at sundhedsministeren oplyser, at der fortsat vil være et fortroligt rum i forholdet mellem patient og læge, hvor data ikke nødvendigvis skal deles.

For os er den grundsætning, at det er patienten, der råder over egne data, jo fuldstændig afgørende, og derfor kunne jeg godt tænke mig at stille et spørgsmål. Jeg er klar over, at man har gjort det muligt at spærre for data i forhold til specifikke sundhedspersoner, specifikke perioder eller afdelinger, men kunne det ikke også være en mulighed at indføre, at man kan spærre for specifikke data? Altså, man kan jo godt have en samtale, hvor man egentlig ønsker, at dele af samtalen bliver delt, men hvor der så kan være visse oplysninger, som man ikke ønsker bliver delt. Skulle man ikke have en mulighed for som patient at kunne sikre den form for spærring?

I samme forbindelse kunne jeg godt tænke mig høre, om det ikke kunne være muligt at sige, at man som patient også kunne lave en fuld spærring for deling af data, altså at man simpelt hen ikke ønsker at dele data, fordi man ønsker at holde det som en del af sit privatliv.

Kl. 10:59

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Ministeren.

Kl. 10:59

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Jo, men der er ingen tvivl om – og det har vi jo også diskuteret løbende – at jo mere avancerede vores systemer bliver, i forhold til at der reelt set kan laves privacy by design-løsninger, sådan at man kan sige ja og nej til mere og mere, desto flere valgmuligheder får man.

Allerede i dag er der en lang række valgmuligheder i forbindelse med sundhed.dk, som også kommer til at betyde noget for borgernes muligheder. Det betyder jo også, at hvis der er hele behandlingsforløb – jeg har hørt nogle komme med eksempler med kønssygdomme eller andet – som man måske ikke ønsker ligger så langt fremme, så er der jo en mulighed for netop i relation til de informationer at kunne gå ind og sige, at det synes man ikke vedkommer nogen bredt set, eller at det ikke vedkommer nogle specifikke sundhedspersoner, og den mulighed skal jo ligge der.

Til gengæld har vi jo diskuteret det politisk og gjort det meget klart – og det er jo også en del af den politiske aftale – at det ikke skal være sådan, at man kan komme til at stå i en situation, hvor ambulancepersonalet ikke kan få adgang til data, fordi man har glemt at sige positivt til på et bestemt område. Der skal det være sådan, at de rette data skal være i de rette hænder på det rette tidspunkt. Det er det, der er med til at redde liv. Sekunder kan være afgørende, hvis man, hvis en diabetespatient falder om med et blodsukker, der er for lavt, faktisk ved, at vedkommende er diabetiker. Det ved man ikke nødvendigvis i dag, for det er noget af det data, der i dag ligger hos vores egen læge, og som ikke nødvendigvis er blevet delt og lagt ind i journalerne. Det kan være afgørende for, om man overlever, hvis man falder om på gaden, og der kommer professionel hjælp til stedet.

Kl. 11:01

**Fjerde næstformand** (Leif Mikkelsen):

Tak til ministeren.

Der er ikke flere, der har bedt om ordet, så forhandlingen er slut.

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundheds- og Ældreudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg dette som vedtaget.

Det er vedtaget.

Det næste punkt på dagsordenen er:

### 3) 1. behandling af lovforslag nr. L 128:

#### Forslag til lov om fjernelse af tatovering med laser.

Af sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby).

(Fremsættelse 13.12.2018).

Kl. 11:01

#### Forhandling

**Fjerde næstformand** (Leif Mikkelsen):

Vi åbner ballet med hr. Flemming Møller Mortensen, Socialdemokratiet. Værsgo.

Kl. 11:01

(Ordfører)

**Flemming Møller Mortensen** (S):

Tak for det – jeg danser op på talerstolen. Det er rigtigt, som formanden siger, at det her lovforslag handler om laserbehandling, når der skal fjernes tatoveringer. Med andre ord handler lovforslaget om forbrugere, om borgere, om deres sikkerhed, i forbindelse med at de

ønsker at få fjernet tatoveringer. Det er jo sådan, at forbrugere og borgere gør ting i deres liv, som en gang imellem resulterer i, at de går hen og bliver patienter.

Det er utrolig populært i den vestlige verden at få lavet tatoveringer i disse år, og hvis man forestiller sig, at man kan registrere gademiljøet, hvor man bor, ja, så vil man se, at der skyder rigtig mange tatoveringsbutikker op. Den ene butik kan man gå ind i og få lavet sine tatoveringer, og for den butik er der rent faktisk blevet lavet regler og krav politisk fra vores side, eksempelvis om, hvilke farvestoffer der må bruges, og hvilken hygiejne der skal gøres brug af, når der laves tatoveringer. Ved siden af er der så en butik, hvor dem, der er blevet tatoveret og har fortrudt det, kan gå ind og sige: Jeg har faktisk fortrudt, at jeg har fået lavet den her tatovering, så jeg vil gerne have den fjernet. For de butikker har vi ikke politisk stillet krav og regelsæt op om, hvordan det skal gøres. Det handler lovforslaget om.

En af metoderne, hvormed man fjerner tatoveringer, er laserbehandling, og laserbehandling kan lyde, som om det bare lige er noget, man kører hen over huden, og at det er der ingen risici forbundet med. Sådan er det bare ikke. Der kan faktisk opstå både sår og blæredannelse, der kan dannes arvæv bagefter, der kan opstå infektioner, og der kan ske alvorlige forbrændinger. De virkninger, der altså står for det, er private virkninger; det her har ikke noget med det offentlige sundhedsvæsen at gøre. Det er private virksomheder, som praktiserer fjernelse af tatoveringer, og der er det nu, at man med det her lovforslag stiller nogle krav til dem.

Det første krav, som lovforslaget giver udtryk for, er kravet om, at der skal gå minimum 6 uger mellem laserbehandlingerne. Der stilles også krav til, hvilken mærkning, sikkerhed og ydeevne der skal være for det tekniske udstyr, medicinske udstyr, man bruger. Der stilles et tredje krav om, at der er ting, der skal være dokumenteret i opfyldelsen af netop sådan nogle krav. Så gøres der i lovforslaget rede for, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan udstede forbud, hvis virksomheder, der med laser fjerner tatoveringer, ikke overholder netop de krav, der er opremsat her.

Vi synes i Socialdemokratiet, at det godt er for forbrugerne. På samme måde synes vi, det er godt, at der, ligesom der stilles krav til, hvordan tatovører skal håndtere hygiejne, farvestoffer og andet, også bliver stillet nogle krav i forhold til de virksomheder, som fjerner tatoveringer. Vi kan forudse, at mange vil komme til at fortryde de mange tatoveringer, der laves i øjeblikket, og derfor er det vigtigt, at vi som samfund også opstiller et regelsæt, som gør, at forbrugerne kan få en god sikkerhed.

Vi støtter lovforslaget. Men det er sjældent, når jeg læser hørings svarene, at jeg oplever dem værende så kritiske og så uforstående, og de efterlader mig som sundhedsordfører med det indtryk, at her er der da noget, der ikke er lavet godt nok. Derfor vil jeg også sige til ministeren, at vi bliver nødt til at prøve at kigge på nogle af de her kritiske høringssvar, der er givet, frem mod tredjebehandlingen af det her lovforslag. Der er altså fra nogle institutioners side, institutioner som Dansk Dermatologisk Selskab, Danske Regioner og andre, brugt meget store ord om, at de er uforstående over for lovforslagets indhold på flere punkter, og her skal vi prøve at se på, om ikke vi kan komme et skridt videre i retning af at få det afklaret.

Så skal jeg huske lige at sige til ministeren, at vi faktisk har et socialdemokratisk ønske, og det er, at vi altid synes, det er godt – det forpligter de politikere, der har været med til at lave lovene – at vi også sikrer, at de bliver evalueret. Så vi vil meget gerne have en revisions- eller evalueringsparagraf skrevet ind i lovforslaget, vi behandler her i dag, om en evaluering efter 2 eller 3 år, så vi kan se, hvordan det er gået med loven.

Men sluttelig vil jeg sige, at Socialdemokratiet synes, det er et skridt i den rigtige retning, og derfor er vi også positive over for lovforslaget. Tak.

Kl. 11:06

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak til hr. Flemming Møller Mortensen. Den næste ordfører er fru Liselott Blixt, Dansk Folkeparti.

Kl. 11:06

(Ordfører)

**Liselott Blixt** (DF):

Dansk Folkeparti har jo i mange år arbejdet for, at vi skulle sikre en ordentlig lovgivning om tatovørbranchen, også når tatoveringerne skal fjernes. Vi kan undre os over, at man kommer med et forslag nu her, som faktisk ikke har ret stor betydning for det, som debatten faktisk koncentrerer sig om.

Jeg er godt klar over, at ministeren har været i en svær situation, for det startede jo med, da vi talte om fjernelse af tatoveringer, at det kun var hudlæger, der måtte fjerne tatoveringer. Det synes vi også var lidt langt at gå. Vi ved, at der er rigtig mange gode kosmetologer, der har været ude at tage en uddannelse i udlandet og fået certifikat på, at de ved noget om at fjerne tatoveringer med laser. Vi ved, at der er rigtig mange tatovører, som har dygtiggjort sig og fået viden om, hvordan man tatoverer, men også om, hvordan man fjerner tatoveringer. De har en uddannelse i det; de ved noget om det.

Det her forslag handler om, hvilken maskine man skal bruge efter 2030; det handler om, hvor lang tid der må gå imellem, at man bruger en laserbehandling. Det er det, det drejer sig om.

Der er ikke noget tilsyn, der er ikke nogen klagemuligheder, der er ikke noget uddannelse, der er ikke noget som helst andet. Man kan bare se, hvad der står i høringssvarene, og her er jeg fuldstændig enig med hr. Flemming Møller Mortensen i, at de også ligesom giver et fingerpeg om, at man undrer sig lidt over lovgivningen.

Som der står, kan folk faktisk, efter at det her lovforslag er blevet vedtaget, gå ud og købe en laser på Wish eller på det grå marked, eller hvor søren det kan være, som ikke er godkendt nogen som helst steder, og så kan de indtil 2030 slå sig ned og fjerne tatoveringer, for det er jo der, ændringen skal slå igennem. Selvfølgelig kan vi støtte forslaget, men man kan også sige, om ikke det er ret meget at gøre ud af det, altså at lave et lovforslag om, at der skal være godkendte maskiner, og at laserbehandling skal ske med 6 ugers mellemrum.

Vi vil selvfølgelig stille nogle spørgsmål, og vi vil gerne have strammet lovforslaget op – det vil vi tage med i udvalgsbehandlingen. Jeg håber, at der er flere, der måske kunne være med til at støtte op om, at man må se et minimum af uddannelse hos dem, der praktiserer fjernelse af tatoveringer med laser. Samtidig kan vi også undre os over, at andre måder, som findes, til at fjerne tatoveringer, slet ikke bliver omtalt, f.eks. med syre. Der har været programmer om, hvordan folk er blevet skamferet. Derfor vil vi stille spørgsmål om, hvem vi ser flest skader hos, for her betaler folk selv for at få fjernet tatoveringer. Men når det kommer til ødelæggelse af hud og væv og man skal have behandling, så skal man ind i det danske sundhedsvæsen, der bliver betalt af skatteyderne.

Så vi vil stille nogle spørgsmål, og vi håber på, at vi kan få strammet lovgivningen lidt op.

Kl. 11:09

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak til ordføreren. Der er ingen korte bemærkninger, så vi går videre til fru Jane Heitmann, Venstre.

Kl. 11:09

(Ordfører)

**Jane Heitmann** (V):

I dag førstebehandler vi et lovforslag, der skal højne patientsikkerheden på et område, som i dag er helt ureguleret. Det drejer sig om mennesker, der får fjernet deres tatovering med laser, som ikke er

beskyttet af noget regelsæt for den behandling. I dag er det sådan, at enhver kan fjerne tatovering ved brug af laser uden at leve op til nogen som helst krav. Og det sætter patientsikkerheden over styr.

For os i Venstre er patienternes sikkerhed og tryghed omkring behandling et afgørende parameter i et stærkt sundhedsvæsen. På nuværende tidspunkt findes der ingen metoder til at fjerne tatoveringer, som er helt uden helbredsmæssige risici. Vi skal lægge os i selen for at skabe den bedste mulige tryghed, for sandheden er jo, at mange danskere vælger at få en tatovering, og at mange danskere fortryder deres tatovering.

Vi har desværre set flere eksempler på, at behandlinger i forbindelse med fjernelse af tatoveringer er gået galt. Vi har set personer, der efter behandlinger har fået alvorlige forbrændinger og sår, og det kan f.eks. skyldes, at intervallet mellem behandlinger er for kort, eller det udstyr, der bliver brugt under behandlingen.

For mig og for os i Venstre er det indlysende, at vi for at øge patientsikkerheden nu iværksætter en regulering, ligesom vi regulerer alle andre typer eller former for behandling. Derudover håber jeg, at når vi nu stiller øgede krav til branchen og højner patientsikkerheden, vil også troværdigheden til branchen øges, så flere i fremtiden vil være trygge ved at få fjernet deres tatoveringer.

Lovforslaget består af tre dele:

For det første skal virksomheder, der i dag fjerner tatoveringer med laser, sikre, at der går minimum 6 uger mellem hver behandling, og det skal bl.a. sikre, at risikoen for at udvikle permanente ar minimeres, så man ikke på den måde lider skade af behandlingen.

For det andet skal virksomheder, der fjerner tatoveringer med laser, sikre, at de lasere, der anvendes i behandlingen, lever op til den nye EU-forordning om medicinsk udstyr, som træder i kraft i maj 2020. Den del af lovforslaget skal sikre, at vi i Danmark lever op til EU-lovgivningen, samtidig med at det kun er lasere af en vis kvalitet og standard, som må bruges til at fjerne tatoveringer.

Den tredje og sidste del af lovforslaget stiller krav om, at virksomheder skal kunne dokumentere, at de lever op til de fastsatte krav. Med andre ord skal de virksomheder, der fjerner tatoveringer med laser, kunne dokumentere, at der mellem hver laserbehandling på samme patient går minimum 6 uger, og at deres udstyr lever op til de standarder, som EU-forordningen om medicinsk udstyr har fastlagt.

Forslaget indeholder desuden sanktionsbeføjelser til Styrelsen for Patientsikkerhed. Konkret betyder det, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan indføre forbud mod fjernelse af tatoveringer i kortere eller længere perioder, hvis en virksomhed ikke lever op til de fastsatte krav. Ved brud på et eventuelt forbud skal virksomheden kunne politianmeldes.

Med lovforslaget her tager vi et vigtigt skridt mod en øget patientsikkerhed i en hidtil meget svagt reguleret branche. For patienternes skyld, altså de mange, som af den ene eller den anden grund ønsker at få fjernet en tatovering med laser, har vi nu taget et vigtigt skridt, og det glæder vi os over i Venstre. Venstre kan støtte forslaget som fremsat.

Kl. 11:13

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak til ordføreren. Ingen korte bemærkninger, så vi går videre til hr. Christian Juhl, Enhedslisten.

Kl. 11:13

(Ordfører)

**Christian Juhl** (EL):

Det her lovforslag handler om at regulere et område, der i dag ikke er reguleret, nemlig fjernelse af tatoveringer. Derfor var det også med en vis fortrøstning, at man kunne kaste sig over lovforslaget, på trods af at det kom fra regeringen, da det stort set kun kunne være en forbedring. Men selv her lykkes det regeringen at skuffe forventnin-

gerne. Når man læser hørings svarene fra tatoveringsklinikken ved Bispebjerg Hospital, Dansk Dermatologisk Selskab og Forbrugerrådet Tænk, rejser det en lang række berettigede kritikpunkter. Det er uforståeligt, at tatoveringsfjernelsesloven ikke harmoniseres i forhold til tatoveringsloven fra 31. maj 2018, som har en lang række krav til tatoveringsklinikker. Det havde været oplagt at lade nærværende lovforslag følge samme skabelon og dermed på langt mere betryggende vis regulere området.

Fjernelse af tatoveringer med laser kan være risikofyldt og udgøre en fare for såvel brugere af udstyret som for dem, der skal have fjernet en tatovering. Derfor burde der være et klart uddannelseskrav til personalet, ligesom der skulle være klageadgang for kunderne. Der mangler en klar og tydelig kontrol med både klinikkerne og udstyret. CE-mærkning kan langtfra give den sikkerhed, der er påkrævet, og det er utilstrækkeligt, at det nuværende udstyr kan fortsætte med at blive brugt frem til 2030. Når man ved, hvor hurtigt den teknologiske udvikling går, også med hensyn til laserudstyr, er det uforståeligt, at man tillader, at nuværende udstyr kan bruges helt frem til 2030.

Som flere høringsparter giver udtryk for, er der en klar diskrepans mellem de krav om rettigheder, der er på klinikkerne, der er lægedrevne, og dem, der er drevet af udøvere uden formel uddannelse. Ministeriet skriver selv i høringsnotatet, at det bl.a. gælder kravet i autorisationsloven § 17, hvorefter en autoriseret sundhedsperson under udøvelse af sin virksomhed er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed og handle i overensstemmelse med den til enhver tid værende almindeligt anerkendte faglige standard på området.

En autoriseret sundhedsperson er desuden forpligtet til som led i behandlingen at iagttage det krav, der er beskrevet i sundhedslovens afsnit 3 om patienters retsstilling, herunder krav om indhentning af informeret samtykke, tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.m. Når det derimod handler om en udøver uden en formel uddannelse, er det ministeriets vurdering, at det må forudsættes, at forbruger og virksomhed har indgået en dialog forud for fjernelsen af tatovering, og at forbrugeren i den forbindelse har afgivet sit samtykke til at få fjernet tatoveringen med laser.

Til formanden er jeg nødt til at sige, inden jeg læser det sidste, at mit ur ikke virker, så jeg aner ikke, hvor lang tid der er tilbage. (*Første næstformand* (Henrik Dam Kristensen): 2 minutter). Tak for det.

Når en fjernelse af en tatovering foregår hos en autoriseret sundhedsperson, er der en lang række krav, der sikrer patientsikkerheden, men hvis det foregår hos en person uden uddannelse, er det tilstrækkeligt, at man forudsætter, at der har været en dialog. Det virker mest talt uigennemtænkt. Men måske fremgår det af høringsvaret, hvorfor lovforslaget er så lemfældigt udformet, for her skriver ministeren flere gange som forklaring på, at man ikke imødekommer kritikken, at ministeriet finder, at de foreslåede krav ved fjernelse af tatovering mindsker forbrugernes helbredsmæssige risici i forbindelse med fjernelse af tatovering med laser. Ministeriet har med lovforslaget søgt en balance mellem den risiko, der er forbundet med fjernelse af tatovering med laser, og den byrde, der pålægges branchen ved en regulering. En balance mellem patientsikkerhed og byrden for branchen – hm! Hørings svarene afslører med al ønskelig tydelighed, at balancen har en tydelig overvægt i forhold til branchen på bekostning af patientsikkerhed, og det er vi i Enhedslisten ikke enige i.

Når vi ser os nødsaget til at stemme for forslaget, alle mangler til trods, er det alene af den grund, at det trods alt er en forbedring fra, at området slet ikke er reguleret, men jeg vil meget kraftigt opfordre ministeren til, at vi får lavet en evaluering af loven efter 1 år, så vi kan vurdere effekten, såvel den positive som den negative.

Kl. 11:17

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak til hr. Christian Juhl. Der var faktisk stadig væk 40 sekunder tilbage!

Der er ingen korte bemærkninger, så vi går videre til fru May-Britt Katstrup, Liberal Alliance.

Kl. 11:18

(Ordfører)

**May-Britt Katstrup** (LA):

Tak. I Danmark går mange rundt og har fortrudt deres tatoveringer og ønsker dem fjernet. Årsagerne til, at de ønsker dem fjernet, kan være mange, og behandling med laser kan være med til at opfylde deres ønske om at få deres tatoveringer fjernet. Det er selvfølgelig glædeligt for dem, der har fortrudt deres tatoveringer, at der foreligger denne behandlingsmulighed. Behandlingen lader dog ikke til at være helt uden helbredsmæssige risici, og for nuværende er der ingen regulering på området for fjernelse af tatoveringer med laser. Derfor sætter regeringen ind med en patientbeskyttende indsats på det her område, og i den forbindelse synes jeg, at lovforslaget yder netop den patientbeskyttende indsats, bl.a. med krav til laserudstyr, så man er sikker på, at laserudstyret er godkendt og i orden.

Liberal Alliance kan dermed støtte lovforslaget.

Kl. 11:18

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak for det. Der er ingen korte bemærkninger, så vi går videre til fru Pernille Schnoor, Alternativet.

Kl. 11:19

(Ordfører)

**Pernille Schnoor** (ALT):

Tak. I Alternativet er vi glade for, at regeringen har taget et lille skridt i forhold til at regulere et marked, som kan være svært for borgerne at gennemskue. Vi er dog sammen med stort set alle høringsparter ærgerlige over, at forslaget ikke er vidtgående nok. Vi synes også, at det er ærgerligt, at man i hørings svarene har copypastet, kan man sige, noget ind i forhold til nogle svar til høringsparterne, og vi er enige med Forbrugerrådet Tænk i, at alt forældet udstyr skal være udfaset, som de skriver, den 20. maj 2020, som er EU-forordningens første frist, og i, at det er uforståeligt, at der på dette område foreslås en frist i 2030. Det er fra høringsnotatet. Vi er også enige med Lægevidenskabelige Selskaber og Lægeforeningen i, at fjernelse af tatovering med laser hører ind under definitionen kosmetisk behandling, og at det bør reguleres i overensstemmelse hermed.

Vi er ikke umiddelbart for forslaget, fordi vi ikke synes, at det er vidtgående nok, og vi savner nogle punkter, som jeg lige vil nævne her: at forældet og uhensigtsmæssigt udstyr bør udfases hurtigst muligt; at behandlingen med laser bør følge internationale retningslinjer; at der bør fokuseres på faglighed og patientsikkerhed; at der bør indføres uddannelseskrav i forbindelse med udførelsen af behandlingen med laser; at der bør indføres krav om informeret samtykke i forbindelse med udførelsen af behandling med laser.

Det er vores indstilling, så vi er ikke positive over for forslaget.

Kl. 11:21

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak til ordføreren. Der er ingen korte bemærkninger, og vi går videre til fru Lotte Rod, Radikale Venstre.

Kl. 11:21

(Ordfører)

**Lotte Rod** (RV):

Tak for det. Det her er et af de steder, hvor det er lidt mærkeligt, fordi vi jo politisk har taget ansvar for at stille krav i forbindelse med at få lavet en tatovering, men at vi jo stadig væk ikke ordentligt har reguleret området i forbindelse med at få fjernet en tatovering. Derfor er det også fornuftigt, at vi kigger på det nu. Så kan man diskutere, om regeringen vil gøre nok, for det, der ligger i forslaget her, som de

øvrige ordførere også har været inde på, er jo kun den del, der handler om, hvor lang tid der skal gå imellem laserbehandlingerne, og så nogle krav til selve sikkerheden.

Men som alle øvrige oppositionspartier har været inde på, er der på det her lovforslag en lang række høringssvar, som peger på ting, der ville være bedre at gøre, og derfor tænker jeg egentlig, at det ville være godt, hvis ministeren overvejede, om ikke hun kunne tænke sig at invitere alle os oppositionspartier over, for så kunne det da være, at vi i fællesskab kunne gøre lovforslaget bedre.

Kl. 11:22

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak til ordføreren. Der er ingen korte bemærkninger, og vi går videre til fru Kirsten Normann Andersen, SF.

Kl. 11:22

(Ordfører)

**Kirsten Normann Andersen** (SF):

Tak for det. SF støtter forslaget til lov om fjernelse af tatoveringer med laser, som jeg så til gengæld også vil kalde for verdens noget nær mindste forslag, som jeg nogen sinde har været med til at behandle til dato. Små forbedringer har nemlig også ret, selvfølgelig har de det, men jeg er altså også indstillet på, som rigtig mange andre allerede har været inde på, at udfordre ambitionsniveauet til gavn for patienterne og for de borgere, som skal have gavn af det her forslag.

Så jeg håber også, at vi i udvalgsbehandlingen kan blive en anelse mere ambitiøse i forhold til at tænke i sikkerhed og løsninger, som rent faktisk også kan bruges til noget fornuftigt, når mennesker fortryder, at de har fået lavet en tatovering, og gerne vil have den fjernet igen.

Med de ord støtter vi selvfølgelig forslaget.

Kl. 11:23

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak til ordføreren. Og vi går videre til hr. Erik Lund, Det Konservative Folkeparti.

Kl. 11:23

(Ordfører)

**Erik Lund** (KF):

Fjernelse af tatoveringer ved anvendelse af laser er jo ikke uden helbredsmæssige risici. Det kan medføre alvorlige hudskader som forbrænding, sår- og blæredannelse samt arvæv, og i dag har vi ikke nogen regulering på det område.

Formålet med lovforslaget er at få fastsat nogle krav til de virksomheder, der udfører fjernelse af tatoveringer med laser. Med lovforslaget sikrer vi f.eks., at der skal gå minimum 6 uger mellem hver laserbehandling, ligesom virksomhederne skal anvende laser, der opfylder visse krav til mærkning, sikkerhed og ydeevne. Virksomhederne skal også selv dokumentere, at de lever op til de stillede krav, og hvis ikke de lever op til kravene, vil Styrelsen for Patientsikkerhed få mulighed for at udstede forbud mod udførelse af fjernelse af tatoveringer med laser, og i yderste konsekvens kan det også medføre politianmeldelse.

Konservative synes, det er et rigtig godt lovforslag, og vi bakker fuldt op om det.

Kl. 11:24

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak til ordføreren. Så er det ministeren.

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Tak for kommentarerne til lovforslaget. Der er jo ingen tvivl om, at fjernelse af tatovering med laser er en potent behandling, som kan medføre alvorlig hudskade, og dermed er det heller ikke uden helbredsmæssige risici at få fjernet en tatovering med laser: Der kan opstå alvorlig forbrænding, sår, blæredannelse og arvæv, som flere af ordførerne også har nævnt. Det var sådan set også baggrunden for, at regeringen sidste år sendte et forslag i høring, der gik på, at man skulle gøre det lægeforbeholdt. Det har vi også diskuteret her i salen, og der var opbakning til, at det ikke var modellen, fordi den ville være for stram. Den havde også nogle andre konsekvenser, som bl.a. kunne lede frem til, at man kunne have en bekymring for, om der kunne komme for lang ventetid hos hudlægerne og forskellige andre ting, og derfor valgte vi at hive den del ud.

Så til de der kommentarer, jeg har hørt løbende, om, at det her skulle være udtryk for, at regeringen ikke tør gå længere, og forskellige andre ting, må jeg bare sige, at jeg ikke kan genkende det. Det her lovforslag er til gengæld et forsøg på så at sige, at hvis den model, som egentlig var den oprindelige model, af andre hensyn ikke kan flyve, hvad kan vi så gøre for at starte en vis form for regulering af et område, der i dag overhovedet ikke er reguleret. Derfor har vi lovforslaget i dag, som både sætter en tidsgrænse for, hvor ofte man må få lavet laserfjernelser, stiller et krav i forhold til prøvebehandling og stiller krav til udstyr, for at vi kan komme i gang med at få styrket forbrugersikkerheden på området.

I dag findes der som sagt ikke nogen regulering på området for fjernelse af tatovering med laser; der findes ingen metoder, der er uden helbredsmæssige risici, og derfor mener vi sådan set også, at der er behov for at starte en form for regulering på området. Med lovforslaget har vi så søgt en balance mellem den risiko, der er forbundet med fjernelse af tatovering med laser, og de byrder, der pålægges branchen ved reguleringen, og som sagt også de forbehold og de meget kritiske høringssvar, der kom i forbindelse med den langt mere vidtgående model, som blev sendt i høring sidste år. Det betyder så, at vi, lidt som da vi i sin tid lavede regulering vedrørende solarier, går ud ad den vej, der handler om, hvad det er for et udstyr, i stedet for hvad det er for nogle krav, der er.

Det foreslås også i lovforslaget, at hvis virksomhederne ikke lever op til de regler, der er for fjernelse af tatovering med laser, får Styrelsen for Patientsikkerhed mulighed for at udstede forbud mod at udføre fjernelse af tatoveringer med laser i en kortere eller længere periode på op til 1 år. De forbud vil skulle offentliggøres på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside, og desuden vil manglende overholdelse af forbuddet eller andre krav, der stilles til virksomhederne, kunne medføre politianmeldelse.

Så har der været spørgsmål om alt det, der handler om fjernelse med andet end laser, og der er det sådan, at det kommer vi til at regulere i en bekendtgørelse, som forventes at træde i kraft her i marts måned, og det skal være forbeholdt hudlæger og kosmetiske behandlere at gøre det. Hvis man f.eks. vil fjerne med syre, som jeg hørte Dansk Folkepartis ordfører spørge om, men det kan også være andre typer, vil det fremover være forbeholdt en meget lille gruppe at udføre det. Så det her lovforslag handler om alt det, der knytter sig til laser, hvor man kan sige, at alt andet end laser vil blive forbeholdt en meget, meget lille personkreds omkring hudlægerne og folk, der arbejder direkte med kosmetisk behandling i vores sundhedsvæsen, og dermed er det en markant skærpelse, i forhold til hvordan regelsættet er i dag.

Så jeg deler ikke opfattelsen af, at det her er udtryk for, at vi ikke gør noget; jeg opfatter det sådan set som et godt lovforslag, som også er i tråd med den tatoveringslovgivning, som et bredt flertal af Folketingets partier vedtog i foråret, og som har givet et markant løft i forhold til forbrugersikkerheden på selve tatoveringsområdet – alt-

så at vi nu også begynder reguleringen på det område, der handler om fjernelse af tatoveringer.

Kl. 11:31

Derfor stiller jeg mig selvfølgelig til rådighed for de spørgsmål, der måtte være, men jeg håber sådan set også, at der vil være en velvillighed til, at vi går i gang her på området, ligesom jeg har taget den diskussion ned, der kørte blandt Folketingets partier sidste år, der gik på, at den vidtgående model i forhold til at gøre det lægeforbeholdt heller ikke var en model, der ligesom kunne finde opbakning af forskellige andre årsager.

Kl. 11:29

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Der er en enkelt kort bemærkning til hr. Christian Juhl.

Kl. 11:29

**Christian Juhl** (EL):

Tak for det, og tak for ministerens bemærkninger. Der er ingen tvivl om, at den nærmest eksplosive lyst til at udsmykke sin krop med tatoveringer jo medfører, at det her bliver mere væsentligt, end det har været i hvert fald de sidste 30 år. Derfor er det jo vigtigt at kigge på det. Der er givetvis ret mange unge mennesker, der i dag får tatoveringer, og som senere hen i livet vil fortryde det og dermed have lyst til at få fjernet tatoveringerne igen.

Jeg vil spørge ministeren, om hun ikke er enig i, at der er en væsentlig forskel på de krav, vi stiller til uddannet eller autoriseret sundhedspersonale, og kravene til dem, der ingen uddannelse har, og at det er et dilemma. Ellers bliver det lidt svært at diskutere det. Jeg nævnte også i min ordførertale, at der er væsentlige forskelle på de meget store krav, vi stiller til det uddannede sundhedspersonale, og kravene til det uuddannede, som så får lov til at arbejde med de her ting.

Kl. 11:30

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Ministeren.

Kl. 11:30

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Det anerkender jeg sådan set til fulde. Jeg tror, jeg før kom til at sige kosmetisk behandling og ikke plastikkirurgisk, da jeg talte om, hvad vi forbeholder til henholdsvis hudlæger og plastikkirurger, men der er jo ingen tvivl om – og det var noget af det, der kom frem i den høringsrunde om den stramme model, som vi havde til høring sidst – at hele det område, som består af kosmetikuddannede og kosmetologer såvel som tatovører, overhovedet ikke fremover ville kunne fjernes tatovering med laser, hvis man ligesom havde taget den meget, meget skærpede model, som vi havde i høring sidste år. Det oplevede jeg at der heller ikke var en opbakning til i Folketinget, og det var egentlig derfor, at vi trak den del.

Jeg er sådan set enig med Enhedslstens ordfører i, at det med det forslag, der nu ligger, og som jo er en blødere model, som også er en balancemodel, betyder, at der alt andet lige vil kunne være større konsekvenser for en sundhedsperson, fordi det vil kunne falde ind under det yderligere ansvar, man har som sundhedsperson, end der vil være for en ikkesundhedsperson. Jeg lytter gerne, hvis Enhedslisten har et bud på, hvordan man kan håndtere det spørgsmål, for jeg mener ikke, at svaret er, at man kun forbeholder det sundhedspersoner. Jeg synes sådan set, at det var den vej, vi forsøgte at gå i den første høringsrunde, og der fik vi mindst lige så mange kritiske høringssvar, som der er nogle af jer der også har påpeget ligger den her gang.

Kl. 11:31

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Hr. Christian Juhl.

**Christian Juhl** (EL):

Det forstår jeg, og jeg er glad for, at ministeren svarer positivt på det dilemma, vi anfører her. Jeg synes, at vi skal prøve at diskutere det, for vi har jo altid haft det sådan, at vi ikke skal balancere erhvervsinteresser med patientsikkerhed. Vi har altid sagt, at patientsikkerheden skal have førsteprioritet, og så må erhvervsinteresserne passes til efter det. Det er derfor, jeg syntes, vi måske lige skal tage en runde om, om vi ikke kan tage nogle yderligere skridt, eller hvis ikke ministeren synes, at det kan lade sig gøre i den her omgang, så i hvert fald som minimum sige, at vi om et års tid lige prøver at gøre status og se på, hvordan det egentlig gik. For hvis der virkelig er grund til at have den frygt, vi har i øjeblikket, så er det måske også en god idé at sige, at så skal der stilles nogle yderligere krav.

Kl. 11:32

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Ministeren.

Kl. 11:32

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Jeg evaluerer altid gerne lovgivning, og som sagt forventer vi, at der træder en bekendtgørelse i kraft her i marts måned, som så forbeholder det til hudlæger og plastikkirurger at foretage al den fjernelse, der involverer syre og andre ting og dermed ikke laser. Det er jo, fordi vi dér vælger at bruge en endnu mere skærpet model. I det første forslag, vi havde i høring, havde vi jo valgt at sige, at det også var fjernelsen med laser, der skulle være omfattet af en lægeforbeholdt virksomhedsordning, og der kom høringssvar ind, som pegede på – også ud fra en patientsynsvinkel – at det var problematisk, fordi man var bekymret for, at de knappe ressourcer, der i forvejen ligger hos en række hudlæger og plastikkirurger, så ville blive brugt forkert. Det er jo derfor, det her lovforslag er forsøgt balanceret på en anden måde, også af hensyn til forbrugere.

Kl. 11:33

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Så er det fru Pernille Schnoor.

Kl. 11:33

**Pernille Schnoor** (ALT):

Jeg vil bare høre ministeren om noget. Det er set i lyset af det spørgsmål, der lige blev stillet nu, men også det forslag, som fru Lotte Rod kom med på talerstolen, om, at det jo kunne være en idé, at ministeren indkaldte ordførerne til en drøftelse om, om der kunne være nogle justeringer, der kunne laves, særlig set i lyset af at der er så mange negative høringssvar.

Er det en mulighed, at ministeren kan indkalde os? For så kan jeg da sikkert godt overbevise min gruppe om, at vi kunne stemme ja.

Kl. 11:33

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Ministeren.

Kl. 11:33

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Jamen jeg tager altid gerne en drøftelse med Folketingets partier. Jeg er bare nødt til at gøre opmærksom på – som vi også har drøftet her i salen, og som der også var opbakning til blandt ordførerne – at når vi trak det forslag, der oprindeligt lå, med at gøre hele området forbeholdt hudlæger og dermed netop stille nogle krav om, hvad det er for nogle kvalifikationer, man skal have, og andet, så var det, fordi der var mindst lige så mange negative høringssvar på den del, men de gik i en anden retning, både i forhold til de problemer, det kunne give i forhold til flaskehalsproblestillinger for andre patientgrupper,

men også, fordi det ville betyde, at en række grupper, som ikke er sundhedspersoner, men som har en eller anden form for uddannelse eller erfaringsmæssig baggrund for at kunne fjerne tatoveringer med laser, så ikke ville være omfattet.

Derfor er der med det her lovforslag forsøgt en balance, og jeg tager gerne drøftelsen med Folketingets partier – enten i regi af udvalgsbehandlingen eller i forbindelse med et bredt ordførermøde. Men jeg er bare nødt til at påpege, at det ikke er sådan, at der var lutter positive høringssvar, da modellen var den samme model. Derfor er det her et forsøg på at sige: Lad os nu komme i gang med en regulering på laserfjernelsesområdet, som tager hensyn til både patienter og forbrugere, men også de mange forskelligartede aktører, der er i branchen.

Kl. 11:35

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):  
Fru Pernille Schnoor.

Kl. 11:35

**Pernille Schnoor** (ALT):

Jamen som jeg også startede min ordførertale med at sige, er vi i Alternativet da også glade for, at man tager et lille skridt. Jeg har ikke i min ordførertale stillet krav om, at det skulle være læger, der skal foretage den her form for behandling. Jeg havde nogle andre krav, som jeg læste op til slut, og som vi i Alternativet mener at der skal være.

Så jeg håber, at jeg skal forstå ministerens svar sådan, at der bliver indkaldt til et ordførermøde, hvor vi kan drøfte nogle af de her problemstillinger, som flere ordførere har været inde på i dag, og som vi mener skal skærpes i lovforslaget. Er det sådan, jeg skal høre ministerens svar?

Kl. 11:35

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):  
Værsgo, ministeren.

Kl. 11:35

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Jamen jeg tager altid gerne en drøftelse med Folketingets partier, og så på baggrund af de kommentarer, der er kommet i dag. Jeg synes sådan set også, at da vi valgte ikke at gå videre med den model, der havde været i høring sidste år, var det jo både, i erkendelse af at der lå en række bekymrede høringssvar, men sådan set også efter en dialog med Folketingets partier om, at den model nok var blevet skærpet for meget.

Så ja, jeg tager altid gerne en drøftelse med Folketingets partier. Men det her er et bud på, hvordan vi kan begynde at regulere en branche og et område, som i dag slet, slet ikke er reguleret, og som jeg faktisk mener ud fra forbrugermæssige synspunkter der bør være en regulering af. Så er der nogle gange, hvor man skal acceptere, at man starter i det mindre for så at kunne udvikle, hvordan et område skal være reguleret fremadrettet.

Kl. 11:36

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):  
Tak til ministeren. Der er ikke flere korte bemærkninger.

Der er ikke flere, som har bedt om ordet. Så forhandlingen er sluttet.

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundheds- og Ældreudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget.

Det er vedtaget.

Det næste punkt på dagsordenen er:

#### **4) 1. behandling af lovforslag nr. L 134:**

**Forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. (Præcisering af målgruppen til de særlige pladser på psykiatrisk afdeling, indstillingsret for regionsrådet og justering af visitationskriterierne til de særlige pladser på psykiatrisk afdeling).**

Af sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby).

(Fremsættelse 20.12.2018).

Kl. 11:36

#### **Forhandling**

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Forhandlingerne er åbnet. Hr. Flemming Møller Mortensen, Socialdemokratiet.

Kl. 11:37

(Ordfører)

**Flemming Møller Mortensen** (S):

Tak for det, formand. Det er korrekt annonceret, at det her drejer sig om psykiatri, at det drejer sig om behandlingsmuligheder til svært psykisk syge patienter. Lad mig resumere baggrunden for, at vi har lovforslaget her i Folketingssalen i dag: Tilbage i 2016 kunne vi registrere, at der fandt nogle meget voldsomme hændelser sted på bosteder og andre steder, hvor psykiatriske patienter opholder sig. Det var svært psykisk syge patienter, det var udadreagerende patienter, og det var uforudsigelig adfærd, de lagde for dagen.

Det betød, at vi i Folketinget kiggede på, hvad vi kunne gøre for at forbedre behandlingsmulighederne. Kunne man etablere nogle særlige behandlingssteder til den her type af psykiatriske patienter? Og det var det, vi endte med at gøre. 150 socialpsykiatriske sengepladser fordelt på alle fem regioner. Det var ikke let at føde de 150 senge. Der var mange diskussioner om, hvordan kriterierne skulle være: Hvilke patienter skulle ind, hvem skulle administrere, hvem skulle betale, hvordan skulle forholdene være for de patienter, som havde plads på et bosted, altså skulle deres plads på bostedet stadig være der, mens de var indlagt på en af de pladser på de socialpsykiatriske afdelinger?

Nu evaluerer man og kigger på, i hvor høj grad det er lykkedes at få de 150 sengepladser etableret, i hvor høj grad det er lykkedes at få de 150 sengepladser besat med psykiatriske patienter ud fra det kriteriesæt, som var opstillet i loven, der lå bag de 150 sengepladser. Det er årsagen til, at vi mødes her i dag. Det er årsagen til, at vi i ordførerkredsen har drøftet en justering, en ændring af de visitationskriterier, som gør, at man kan komme ind på en af de 150 sengepladser.

Det, der ligger i lovforslaget her i dag, er, at man vil kigge på en lempelse af de seks krav, som er stillet op. Der er også lagt op til, at man frem for at opfylde alle seks krav nu blot skal opfylde fire af visitationskravene. De visitationskrav er eksempelvis et farligheds-kriterie – der sker en lempelse af det. Der sker også en lempelse af sværhedsgraden af psykisk sygdom. Der sker nogle justeringer og nogle forandringer af formuleringer, i forhold til at der ikke skal stå, at det skal være af afgørende betydning, men at det kan være det bedst egnede tilbud. Det er alt sammen spørgsmål om at prøve at åbne op, så det bliver lettere at få svært psykisk syge patienter ind på de her pladser.

En anden justering af loven er, at regionsrådene med den faglighed og kompetence, der ligger bag den psykiatriske del af psykiatri-behandlingen i Danmark, også får mulighed for fra regionernes side at anmode visitationsforummet, som er dem, der endelig beslutter, hvilke patienter der skal ind på pladserne, om at lave en indstilling, for at en psykisk syg borger/patient kan få en plads.

To andre præciseringer, som også er af meget stor væsentlighed, synes vi fra socialdemokratisk side, er, at børn og unge under 18 år ikke er omfattet af de her sengepladser og den her lovgivning, og at man, fordi det sker frivilligt, kun kan tilbyde 1 af de 150 sengepladser til habile patienter, altså borgere, der kan svare for sig selv og forstår konsekvenserne af at blive tilbudt en form for særlig behandling på de her pladser.

Jeg skal slutte af med at sige, at Socialdemokratiet støtter de her ændringer. Det er nødvendigt, at vi får prøvet af, hvordan vi får de 150 sengepladser bedre i spil, for der er mangel på sengepladser. Derfor er der et paradoks i, at vi har ledige pladser, samtidig med at mange andre psykiatriske patienter mangler sengepladser.

Den politiske intention har været god. Som jeg indledte med at sige, har det været lidt vanskeligt at få strikket modellen fuldstændig fint og godt sammen, og det viser sig nu, at visitationskriterierne i hvert fald har været for stramme – derfor slækker man på dem og laver justeringer. Men det er vigtigt for mig som sundhedsordfører at sige, at psykiatrien har problemer i sin struktur. De her 150 sengepladser løser ikke alle udfordringer og problemer. Der er udfordringer i den regionale behandlingspsykiatri, men der er bestemt også problemer i den kommunale socialpsykiatri, og det skal vi bare have for øje.

Vi håber i Socialdemokratiet, at vi vil få held med det her, og at væsentlig flere svært psykisk syge patienter kommer ind og får en god og kvalificeret og særlig struktureret behandling på de her pladser. Tak.

Kl. 11:42

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak til ordføreren. Der er ingen korte bemærkninger, så vi går videre til fru Liselott Blixt, Dansk Folkeparti.

Kl. 11:42

(Ordfører)

**Liselott Blixt** (DF):

Psykiatrien lider. Psykiatrien har det ikke godt. Der er rigtig mange ting, som vi i Dansk Folkeparti godt kunne tænke os anderledes, men det er også svært på et område, hvor ressourcerne mangler. I de år, jeg har været psykiatriordfører, kan vi jo se, at på nogle områder har der manglet økonomi, og på andre områder har der manglet personale. Der har også manglet, at man var enig om, i hvilken retning man skulle gå for at sikre, at vi havde en psykiatri, der tog vare på alle de mennesker, der fik en psykiatrisk lidelse.

Vi er på vej med små skridt, og jeg vil sige i forhold til det lovforslag, som vi har oppe nu, at vi støtter lovforslaget, som det er, men jeg vil også sige om det første lovforslag, at det ikke var noget, der groede i Dansk Folkepartis have, og vi var meget tæt på ikke at kunne være med til forslaget. Grunden til, at vi i sidste ende gik med til forslaget, var, at vi fik taget den tvang ud, som skulle gælde for mennesker, der hverken havde en psykose, eller som var kriminelle eller på anden måde udsatte, for der måtte vi sætte grænsen – det kunne vi simpelt hen ikke acceptere.

Derfor gik vi med til at få lavet dette lovforslag med at få lavet 150 pladser. Vi havde hellere set, at vi havde opnormeret nogle af de pladser, vi har, sådan at man kunne sikre, at man ikke udskrev patienterne for tidligt, samt at man kunne indlægge patienterne, når der var brug for det, for det var en af de ting, vi kunne se i de overfald, der havde været, nemlig at der var nogle, der ikke var raske nok til at være på det sted, de var, hvad enten det var et forsorgshjem, eller det var en social institution.

Grunden til, at vi så er med i forslaget, er selvfølgelig for at sige, at vi bliver nødt til at gøre noget. Vi bliver nødt til at sætte ind. Vi sad rigtig mange partier og skulle være enige om det her, og så bliver det altså et kludetæppe – det må man sige – i stedet for at vi kan lave en psykiatri, der hænger sammen, lige fra man får en diagnose,

får sin behandling, bliver indlagt, og til man bliver udskrevet og der bliver taget hånd om en i socialpsykiatrien.

Vi havde gerne set, at kommunerne havde brugt de specialiserede pladser, der faktisk var derude, men det gjorde kommunerne ikke, så der var faktisk flere steder, der måtte lukke for specialiserede pladser, selv om de var der. Det er så også en af grundene til, at vi i Dansk Folkeparti sammen med regeringen har sat penge af til akutteams, for vi ved, at der er nogle, der går derude, som på grund af afmagt har brug for hjælp. Vi kan se, at politiet bruger rigtig mange ressourcer på at hjælpe til der, hvor der er nogle, der er udadreagerende, og som måske ikke får den hjælp, de har brug for. Det er sørgeligt, men det er en brandslukning, som vi prøver at være i gang med.

Jeg er også rigtig glad for, at der bliver sat penge af til nogle flere pladser, sådan at det sikres, at man får den behandling, man skal have, men vi kunne godt have tænkt os mange flere pladser i psykiatrien, indtil vi får vendt psykiatrien om, så vi kan behandle i nærmiljøet, hvilket er nogle af de ting, som vi arbejder på. De kriterier, vi ændrer nu, er, at vi slækker kravene, som der er nogle der har sagt. Det vil sige, at fire ud af de seks kriterier skal være opfyldt, for at borgeren kan visiteres til en særlig plads, at farlighedskriteriet lempes, at det ikke længere skal være påkrævet, at patienten har fået stillet en psykiatrisk diagnose for at blive visiteret til en særlig plads.

Udredning kan nu også indgå som en del af opholdet. Der sættes fokus på, om borgeren ville have gavn af tilbuddet her og nu frem for et fokus på patientens historik, og om tilbuddet vurderes at være det bedst egnede til at forebygge vold og misbrug. Men vi sikrer også, at patienten giver et informeret samtykke, og det var det, som vi synes var det vigtigste i forhold til de her pladser.

Så vi giver det her en chance mere, og jeg vil sige, at hvis ikke vi får pladserne brugt, er det spild af penge, og så må vi lukke stederne og konvertere det til sengepladser andre steder. Tak.

Kl. 11:47

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak til ordføreren. Der er ingen korte bemærkninger, så vi går videre til fru Jane Heitmann, Venstre.

Kl. 11:47

(Ordfører)

**Jane Heitmann** (V):

Det har været en svær fødsel, om man så må sige, at få vedtaget lovgivningen om de særlige psykiatriske pladser, der skal hjælpe en helt særlig gruppe borgere. Og frem og tilbage er lige langt, om man så må sige, for det er ikke længere tid siden end i juni 2017, at vi her i Folketinget vedtog en lovgivning, der skal give hjemmel til etablering af en helt ny type psykiatriske pladser, og i den forbindelse også vedtog en række – for at være helt præcis seks – visitationskriterier til at få tilbudt sådan en særlig plads. Nu halvandet år efter må vi sande, at pladserne ikke har været brugt i den udstrækning, vi godt kunne ønske os.

Når Danske Regioner oplyser, at der er åbnet 83 pladser i 2018, men at over halvdelen står tomme, bør det naturligvis give anledning til, at vi spørger os selv og hinanden: Hvad skal der til, for at vi kommer i mål med ambitionen om bedre og mere målrettede tilbud til en særlig sårbar gruppe borgere i det danske samfund, nemlig dem med de sværeste psykiske lidelser og ofte også et misbrug?

KL og Danske Regioner har ytret ønske om, at visitationskriterierne lempes, og det har vi lyttet til. Det betyder helt konkret, at visitationskriterierne, der handler om farlighed og om svær psykisk lidelse og om opholdet, justeres, således at borgeren fremover skal være i risiko for at være til fare for andre, at der skal være en formodning om en svær psykisk lidelse, ligesom opholdet på en af de særlige pladser skal formodes at være det bedst egnede for borgeren. Derudover vil det fremover være tilstrækkeligt, at kriterierne 1-3 er



opfyldt og mindst et af kriterierne 4-6. Det lyder måske lidt teknisk, men det giver mening, særlig set i lyset af at regionsrådet fremadrettet også får mulighed for at komme med indstillinger til visitationforum.

Vi er i Venstre fuldt ud klar over, at der er delte meninger om den særlige konstruktion, som pladserne jo er. Og det afspejles i høringsvarene, som jo også var en del af diskussionerne i 2017, men vi må være ærlige og sige, at vi desværre har set flere tragiske hændelser, hvor psykisk syge har overfaldet andre, også med døden til følge. Derfor er der behov for forskellige indsatser, og de særlige psykiatriske pladser er blot en blandt flere indsatser.

Vi håber fra Venstres side, at vi med lovforslaget og de nævnte justeringer har skabt bedre muligheder for at fylde pladserne op, for der er brug for dem, både for at skabe tryghed for personalet derude, men også for at skabe de bedst mulige behandlings- og omsorgstilbud til mennesker med svære psykiske lidelser og måske endog et samtidigt misbrug. Vi må hverken svigte borgere eller personale. Venstre kan støtte lovforslaget som fremsat.

Kl. 11:50

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken til hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten.

Kl. 11:50

(Ordfører)

**Peder Hvelplund (EL):**

Tak for det. Vi behandler i dag L 134, som lempet på visitationskravene til de særlige pladser på de psykiatriske afdelinger, som blev vedtaget igennem L 207 i juni måned 2017. Hvor der tidligere har været seks visitationskriterier, der alle sammen skulle være opfyldt, ændres det nu til, at kravene om farlig og uforudsigelig adfærd, svær psykisk lidelse og sociale problemer kombineres med et af de øvrige kriterier om gentagen eller langvarig indlæggelse, at det er det bedst mulige tilbud om, at behandlingen støtter rehabilitering, eller at det er det bedste tilbud for at undgå misbrug, vold eller kriminalitet. Samlet set skal der bare være fire af de kriterier, der skal være opfyldt.

Grunden til, at man vil ændre på de her visitationskriterier, er, at man i oktober 2018 kunne konstatere, at kun 40 ud af de indtil nu 83 oprettede pladser bliver benyttet, og det er jo selvfølgelig uholdbart. Det er fuldstændig uholdbart, at der i en i forvejen presset psykiatri er ubrugte pladser, når vi ved, at der er en uhørt mangel på ressourcer og pladser i det hele taget. Men det giver jo også anledning til at spørge om, hvorfor det så forholder sig sådan. For når psykiatrien er så presset, hvorfor har vi så pladser, der står ubenyttede hen? Der tror vi i Enhedslisten, at en del af det svar ligger i, at L 207 ikke var den rigtige løsning på de enorme udfordringer, vi har oplevet i både socialpsykiatrien og hospitalspsykiatrien, og heller ikke i forhold til de borgere med psykisk sygdom, der ikke får den behandling, de er berettiget til.

Som både brugere, pårørende og faglige organisationer har gjort opmærksom på både dengang og nu, er det ikke ny lovgivning, der er brug for, men det er flere midler: Midler til en styrkelse af socialpsykiatrien, midler til en styrkelse af hospitalspsykiatrien, til flere mindre, men til gengæld mere specialiserede tilbud, til efteruddannelse og til indførelse af mere varierede behandlingstilbud. Ikke mindst er der brug for specialiserede tilbud i alle regioner til dobbeltdiagnosticerede, der bygger på de erfaringer, vi kender i forvejen, og som vi ved virker. Derfor er der også flere organisationer, der i høringsvarene betoner, at de støtter det udspil, der ligger fra Kommunernes Landsforening og Danske Regioner, der gerne vil konvertere pladserne til ordinære pladser i hospitalspsykiatrien.

Men det helt gennemgående og tydelige budskab er, at psykiatrien fortsat er underprioriteret og halter efter i forhold til somatikken,

en skævhed, der desværre ikke bliver rettet op på med de alt for få midler, der bliver tilført i Psykiatriplan II og i finansloven. Derfor er det også så forstemmende, at der stadigvæk står ubrugte pladser i en presset psykiatri.

Vi deler den bekymring, der i høringsvarene bliver nævnt, både fra Socialpædagogerne og fra Patientforeningen, om, at det er for tidligt at ændre på visitationskriterierne, når vi reelt ikke ved, hvad årsagen er til den manglende brug. Vi kan også konstatere, at det i nogle regioner faktisk er lykkedes at udnytte kapaciteten. Jeg vil i den forbindelse sige, at vi i Enhedslisten også finder det stærkt beklageligt, at man ikke har udnyttet muligheden for ved revision af visitationskriterierne at fjerne muligheden for, at kommunerne kan forlange, at en borger skal opgive sin lejlighed i et eksisterende botilbud for at blive visiteret til en midlertidig plads på de særlige psykiatriske afdelinger. Det kunne være en meget forståelig grund for en borger til at takke nej. Vi er klar over, at det er noget, der reguleres i serviceloven, men vi mener, at lempelsen af visitationskriterierne havde været en oplagt mulighed for at fjerne den mulighed for kommunerne.

Men de kritiske bemærkninger til trods kan vi konstatere, at forslaget her om at lempe på visitationskriterierne trods alt giver mulighed for, at der bliver lettere adgang til de pladser, der er så hårdt brug for. Derfor kan vi i Enhedslisten støtte forslaget, og vi kan garantere, at vi fortsat vil kæmpe for at sikre bedre vilkår for ansatte, brugere og pårørende i psykiatrien.

Kl. 11:54

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak til ordføreren. Der er ingen korte bemærkninger, og den sidste ordfører før middagspausen er fru May-Britt Katstrup, Liberal Alliance.

Kl. 11:54

(Ordfører)

**May-Britt Katstrup (LA):**

Desværre så vi nogle meget alvorlige hændelser i 2016 på botilbud, og der var derfor brug for at gøre noget for sikkerheden for både ansatte og beboere. Der blev derfor indgået en bred politisk aftale i 2016 om en plan til forebyggelse af vold på bosteder, herunder 150 nye typer særlige pladser på psykiatriske afdelinger. Ikke alt har været optimalt, og det har været en svær proces, og selvfølgelig må vi nu rette op på de problemer, der er. Det har vist sig, at visitationskriterierne ikke fungerer efter hensigten, og at det begrænser muligheden for at visitere alle patienter i den relevante målgruppe, og der derfor står dyre pladser tomme, og det gavner jo ikke nogen. Derfor justeres visitationskriterierne med dette lovforslag, og det er håbet, at pladserne i højere grad kan bidrage til at hjælpe både personale og beboere til en bedre og mere tryk hverdag. Liberal Alliance støtter forslaget.

Kl. 11:55

**Første næstformand** (Henrik Dam Kristensen):

Tak for det.

Jeg skal her udsætte mødet til kl. 13.00. Den første ordfører her efter er fru Pernille Schnoor.

Mødet er udsat. (Kl. 11:55).

Kl. 13:00

## Forhandling

**Fjerde næstformand** (Leif Mikkelsen):

Vi genoptager førstebehandlingen af lovforslag nr. L 134 fra sundhedsministeren. Og den ordfører, der ifølge den rækkefølge, der står

her, skal på talerstolen nu, er fru Pernille Schnoor, Alternativet. Værsgo.

Kl. 13:00

(Ordfører)

**Pernille Schnoor (ALT):**

Tak for det. Vi hørte før pausen flere ordførere skitsere, hvad problemet er, og hvorfor vi står her med L 134. Jeg vil sige, at de forhandlinger, vi havde, og som førte til, at vi vedtog en lov i 2017, var meget, meget vanskelige. De var jo vigtige, fordi vi havde nogle udfordringer, i forhold til at der var en bestemt type af sager med patienter, som faldt mellem to stole i forhold til to lovgivninger, serviceloven og sundhedsloven; der var altså nogle udfordringer i forhold til det, som vi var nødt til at løse. Der var også nogle meget alvorlige voldsepisoder på de socialpsykiatriske bosteder, herunder desværre også drab på fem ansatte. Det var det, der førte til, at vi gik i gang med de forhandlinger, og som jeg netop har sagt, var det nogle meget vanskelige forhandlinger – det er også en af årsagerne til, at vi står her i dag, altså fordi der stadig væk ikke er enighed om, om det var den rigtige løsning, vi valgte dengang.

Jeg og Alternativet så egentlig gerne dengang, at vi brugte penge på flere sengepladser, og at vi brugte penge og satte fokus på de rigtig gode tilbud, der faktisk var. Der var jo enkelte tilbud i Danmark, hvor man havde gode erfaringer med den her gruppe af mennesker. Vi gik med, fordi vi kunne se, at der var rigtig, rigtig meget brug for en løsning. Som jeg sagde, var der tale om en gruppe af patienter, af mennesker, som ikke rigtig fik de rigtige tilbud, og som faldt mellem to stole lovgivningsmæssigt. Så man havde vanskeligt ved at tilbyde dem noget, som passede til deres behov og deres situation.

Efter vedtagelsen af reglerne og loven om de her 150 særlige pladser har der vist sig udfordringer med f.eks. at visitere patienter til de særlige pladser, og vi har også set, at en stor del af pladserne står tomme. Og for at sikre, at visitationskriterierne ikke virker unødigt begrænsende, står vi så her i dag med et forslag om at lempe tre af de seks visitationskriterier.

Jeg vil gøre det kort og sige, at jeg ikke nødvendigvis tror, at det, vi vedtager i dag, løser de udfordringer, der er i psykiatrien – slet ikke generelt, for der har vi nogle meget, meget store udfordringer, der også kræver en anden økonomisk situation end den, vi har nu. Men i Alternativet tilslutter vi os lovforslaget og ideen om, at vi ændrer de særlige sengepladser til ordinære sengepladser, fordi vi jo finder det dybt bekymrende, at vi har tomme sengepladser i psykiatrien, altså i et system, der er stærkt presset. Jeg håber, at loven her kan medvirke til, at vi får den løsning, som vi egentlig gerne ville have, da vi havde de forhandlinger. Vi gik alle sammen ind i det med ønsket om at finde nogle gode løsninger, men det var meget svært for os. Vi gjorde vores bedste, kan man sige, men nu forsøger vi så i dag at ændre på det i forhold til de erfaringer, man har med den lov.

Så vi siger ja til lovforslaget.

Kl. 13:04

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til fru Pernille Schnoor. Der er ingen korte bemærkninger. Så går vi videre til fru Anne Marie Geisler Andersen, Det Radikale Venstre. Værsgo.

Kl. 13:05

(Ordfører)

**Anne Marie Geisler Andersen (RV):**

Det her lovforslag har primært til formål at justere visitationskriterierne for de særlige pladser på psykiatrisk afdeling, hvilket er meget kærkomment, for de har været meget svære at besætte. Primo oktober 2018 stod 43 af 83 pladser tomme. I Region Syddanmark f.eks. er der netop åbnet 7 pladser i Esbjerg, og der kommer snart 10 mere, selv om man endnu ikke har fået besat de første 15 i Vejle.

I forhold til de særlige pladser kan kommuner og regioner som bekendt ikke regulere antallet af pladser op og ned efter behov. Men når vi nu ved, hvor trængt psykiatrien er, hvad angår ressourcer, så er der næppe tvivl om, at dette ikke er den bedste anvendelse af midlerne, og derfor hilser vi i Radikale Venstre et forslag, som skal sikre en bedre udnyttelse af pladserne, velkommen, også selv om vi er usikre på, om de foreslåede tiltag vil være helt tilstrækkeligt.

Med det her lovforslag blødes der som sagt op på flere af visitationskriterierne, så man eksempelvis ikke længere skal være direkte til fare for andre eller have en psykiatrisk diagnose, men blot skal vurderes i risiko for at være til fare for andre eller formodes at have en svær psykiatrisk lidelse for at komme i betragtning til en plads. Således vil pladserne kunne komme mennesker til gavn, som nok er forpinte, men som ikke nødvendigvis er færdigudredt. Den enkelte borger skal nu også kun leve op til fire ud af seks kriterier for at kunne få en plads – og så langt så godt.

Lovforslaget præciserer også, at målgruppen er voksne, habile mennesker, der har givet samtykke, og ligeledes åbnes der op for, at ikke kun kommunerne, men også regionerne på baggrund af deres ekspertise og deres kendskab til patienterne kan indstille en patient til visitationsforummet. Det bakker vi op om.

Spørgsmålet er, om lovforslagets tiltag vil være tilstrækkeligt til at få besat pladserne. Sådan som jeg læser det, tager lovforslaget ikke fat på udfordringen med den langtrukne administrative proces i forhold til at visitere de her borgere. Mon ikke det ville kunne bidrage yderligere til at få besat pladserne? Man kunne også vælge at justere pladserne efter efterspørgslen eller helt at konvertere dem til almene sengepladser til samme målgruppe, som det også er blevet foreslået af bl.a. KL og Danske Regioner, et forslag, som bakkes op af flere organisationer. Men det gør man ikke. Til gengæld imødekommes flere af hørings svarene, idet man fremskynder lovens ikrafttrædelse, hvilket vi finder positivt. Jo før loven træder i kraft, desto hurtigere vil vi også kunne vurdere effekten.

Radikale Venstre støtter således forslaget, men vi stiller os skeptiske over for, om det vil være tilstrækkeligt. Og lykkes det ikke snarest at få fyldt pladserne op, må i vores øjne andre midler tages i brug. Alt andet ville være spild af ressourcer på et område, der i den grad trænger.

Kl. 13:07

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak for det. Så er det fru Trine Torp fra Socialistisk Folkeparti. Værsgo.

Kl. 13:08

(Ordfører)

**Trine Torp (SF):**

Tak for det. Det forslag, som vi behandler i dag, er jo en justering af den aftale, som vi lavede i juni 2017, om etablering af en ny type særlige pladser til psykiatriske patienter. Som flere har peget på, er det efter oprettelsen af de særlige pladser blevet kendt, at der er væsentlige problemer med at visitere patienter til pladserne, og forslaget her lemper på tre af de seks visitationskriterier, så der ikke er en unødigt barriere for, at særlig udsatte patienter kan visiteres til pladserne i fremtiden.

Man kan jo have rigtig mange forestillinger om, hvad grunden er til, at de ikke bliver brugt. og det er der også en masse bud på i hørings svarene. Det er svært at sige, når lovforslaget har haft så kort tid til at virke, og derfor synes jeg, vi skal følge grundigt med i, hvordan det i øvrigt udvikler sig, og være klar til at justere, hvis der er brug for det.

Det fremgår af hørings svarene, at der er kritiske bemærkninger om forslaget, især fra KL og Danske Regioner. Og de fleste af disse kritiske bemærkninger handler jo ikke primært om dagens konkrete lempelser af visitationskriterierne, men om beslutningen om at etab-

lere sengepladserne i den konstruktion, som det skete i 2017, med henvisning til at det netop har været svært at visitere til de oprettede pladser. I SF anerkender vi fuldt ud, at de gældende visitationskriterier har været alt for begrænsende. Men med de nye visitationskriterier skaber vi netop grundlaget for, at flere borgere kan visiteres til sengepladserne, og så må det være op til en løbende opfølgning og evaluering, hvorvidt og hvordan virkningerne af lempelserne så fungerer i praksis.

Det er i den forbindelse også værd at bemærke, at der jo faktisk er eksempler på regioner, hvor det er lykkedes at visitere borgerne til de nye sengepladser. I Vordingborg i Region Sjælland er samtlige 7 sengepladser blevet besat, og der er venteliste til yderligere 16 sengepladser, som åbnede i december 2018.

Inge Fjordside, som er leder af de særlige pladser i Region Sjælland, har i et interview i socialpædagogernes fagblad den 29. november peget på, at regionens succes med visitationen til sengepladserne både handler om indretningen af de særlige pladser, så der er fokus på rehabilitering og recovery, og så sengepladserne ikke ligner en hospitalsafdeling, men også handler om, at samarbejdet med de 17 visiterende kommuner i regionen har været godt og konstruktivt. Det er netop nogle af de erfaringer, som de andre regioner og kommuner kan trække på fremover, og det håber jeg også kan være det, vi sætter i gang, når nu vi også lempet lidt på kriterierne. Nu kommer de nye visitationskriterier til at virke i praksis, og så må vi selvfølgelig følge op og se, hvordan de virker.

Der er nogle af høringssvarene, som peger på, at man kunne rykke den dato, hvor loven træder i kraft, og der håber jeg da, at vi også kan være enige om, at vi er interesseret i, at de her pladser bliver brugt så hurtigt som muligt. Så på den baggrund bakker SF op om forslaget.

KL 13:11

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til fru Trine Torp. Så er det fru Brigitte Klitskov Jerkel fra Det Konservative Folkeparti, som åbenbart har et eller andet fint lille jubelæum. Er det 2-årsdagen for den første tale her fra talerstolen?

KL 13:11

(Ordfører)

**Brigitte Klitskov Jerkel (KF):**

Det er nemlig rigtigt; det er i dag lige præcis 2 år siden, jeg havde min første arbejdsdag herinde og holdt min allerførste tale herinde. Jeg er ikke lige så nervøs i dag, som jeg var dengang.

Som flere af ordførerne i dag har været inde på, vedtog vi i juni 2017 at oprette de her særlige pladser på psykiatrisk afdeling, og det har så efterfølgende vist sig, at der har været nogle udfordringer med at få visiteret patienter til de her særlige pladser, og en stor del af pladserne står desværre tomme. For at sikre, at visitationskriterierne ikke virker unødigt begrænsende for visitationen til pladserne, stilles der her i lovforslaget forslag om at lempe på visitationskriterierne.

Med lempelserne, som der her lægges op til, håber vi fra konservativ side, at vi kan få pladserne taget i brug, og vi bakker derfor op om justeringerne i lovforslaget. Samtidig vil jeg opfordre til, at regionerne kigger på det gode eksempel fra Region Sjælland, hvor ledelsen har holdt oplæg om de særlige pladser i samtlige kommuner i regionen. Det var for netop at sikre, at kendskabet til de særlige pladser blev udbredt i kommunerne, hvilket kan have været medvirkende til, at alle pladserne i Region Sjælland er fuldt belagt.

KL 13:12

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Vi siger tak til den konservative ordfører. Så går vi videre til ministeren – hun har været her i mere end 2 år. Værsgo til ministeren.

KL 13:13

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Tak for bemærkningerne og modtagelsen af lovforslaget. Som mange af ordførerne har sagt, var det jo i høj grad en lang række alvorlige hændelser på botilbud, drab på ansatte og en tilspidset situation, som betød, at vi tilbage i 2016 og med lovforslaget i 2017 i en bred politisk aftale valgte at etablere de særlige pladser på psykiatriske afdelinger.

Formålet med de særlige pladser var og er fortsat at stabilisere særlig udsatte patienters helbred gennem en helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringsindsats. Formålet var og er derudover at nedbringe antallet af voldsepisoder og konflikter og opnå bedre sikkerhed for andre patienter og medarbejdere. Og som mange af ordførerne også har sagt, må man jo sige, at de særlige pladser har haft en svær start, særlig nogle steder i landet. For når man, som også flere ordførere har nævnt, kan se den store variation, der er i brugen af pladserne, kan det måske også godt undre lidt, at man sådan set ikke for længst har lært af den succes, som der har været i Region Sjælland med at få pladserne til at fungere godt.

Jeg har selv haft fornøjelsen af at besøge de særlige pladser i Region Sjælland – i Vordingborg – og tale med lederen og med medarbejderne og også nogle af de borgere, som har haft rigtig god gavn af de særlige pladser. Og jeg kan da godt ærgre mig over, at man så kan se i andre regioner, at der står pladser tomme, når vi ved, at der er tale om en rigtig sårbar gruppe af borgere – mange ofte med både psykiatriske lidelser, misbrug og gentagne indlæggelser bag sig – som har et behov for stabilitet og nogle længerevarende ikke bare behandlingsforløb, men også rehabiliteringsforløb. Det er ærgerligt, ikke mindst set i lyset af at vi også ved, at vi på mange måder har en presset psykiatri, hvor 150 pladser er nødvendig ekstra kapacitet i forhold til at sikre, at alle de borgere med psykiske lidelser, der har behov for et behandlingstilbud og en rehabiliteringsindsats i form af de særlige pladser, også kan visiteres til dem, og at vi kan gøre gavn med dem.

De første særlige pladser stod jo klar til brug i marts 2018, og i oktober 2018, hvor der så var etableret 83 ud af de 150 særlige pladser, viste tallene, at 43 ud af de 83 særlige pladser stod tomme, og dermed var det kun lidt under halvdelen, der var i brug. Og når vi så allerede nu behandler det her lovforslag, er det jo i erkendelse af, at der ikke er nogen af os, der ønsker en situation, hvor en så vigtig ressource i vores psykiatri står tom.

Derfor handler det for mig også om at handle hurtigt i forhold til de udfordringer, vi har set, særlig omkring visitationskriterierne, selv om vi jo egentlig oprindeligt havde lagt op til, at der skulle gå længere tid, inden vi evaluerede lovforslaget. Jeg synes også, det er udtryk for, at vi har en forpligtelse til at sørge for, at de særlige pladser kommer godt i gang, for det er både uholdbart og også utilfredsstillende, at de særlige pladser ikke er blevet anvendt i det omfang, der har været intentionen.

Allerede tilbage i maj/juni måned under økonomiaftaleforhandlingerne havde Sundheds- og Ældreministeriet dialog og drøftelser med Danske Regioner og KL om årsagen til det høje antal tomme pladser. Og allerede på det tidspunkt, altså sidste forår, pegede Danske Regioner og KL på, at visitationskriterierne i psykiatriloven unødigt begrænsede muligheden for at visitere de patienter, som målgruppen til de særlige pladser var tiltænkt.

Når vi kigger på lovforslaget i dag, hvor vi jo så også lægger op til, at regionsrådet i patientens bopælsregion fremover får mulighed for at anmode visitationsforummet om at udfærdige en indstilling til en særlig plads, så undrer det mig egentlig lidt, hvorfor der var så stor modstand mod det, da vi lavede det oprindelige forslag, for det var jo noget af det, der også gav anledning til rigtig stor diskussion og også en meget stor modstand på det tidspunkt fra kommunernes side, at man reelt set også kunne lade den vurdering, der ligger hos

medarbejdere i behandlingspsykiatrien og dermed er forankret i vores regionsråd, komme ind i visitationsforummet for at sikre, at de patienter, for hvem tilbuddet om de særlige pladser kunne være relevant, reelt set også fik en vurdering.

Kl. 13:17

Lige inden den offentlige høring af lovforslaget og dermed efter den dialog og den aftale, der var lavet med Danske Regioner og KL, kom Danske Regioner og KL med en ny fælles udmelding om de særlige pladser, som flere af ordførerne også har omtalt, nemlig at de skulle omdannes til ordinære sengepladser reserveret til den oprindelige målgruppe.

Som flere af ordførerne også har sagt, var det jo på mange måder et sympatisk forslag. Jeg synes så bare, at Danske Regioner og KL ligesom manglede at pege på, hvor finansieringsmankoen skulle komme fra, for jeg synes egentlig, at det sådan lidt var et udtryk for, at man først siger noget, og at man umiddelbart efter siger noget andet, og at man så efterlader en årlig regning på 220 mio. kr., hvis man ligesom bare vil omlægge dem til almindelige sengepladser, uden på nogen måde fra kommunernes og regionernes side at anvise, hvordan finansieringen skal tilvejebringes.

Derfor mener jeg sådan set fortsat, at det lovforslag, som vi behandler i dag, er et vigtigt og rigtigt initiativ at tage, i forhold til at se på, om vi ikke kan skynde på, at pladserne nu bliver fyldt og kommer både patienterne og medarbejderne til gavn og ikke mindst forhåbentlig kan gøre en forskel for de borgere, der har behov for et tilbud. Og som sagt er Region Sjælland et rigtig godt eksempel på, at de særlige pladser kan fungere rigtig fint med fuld belægning og tilfredshed hos både personale og beboere, og det har ledelsen jo holdt oplæg om i samtlige kommuner i regionen, hvilket også ser ud til at gøre en forskel. Derfor kan jeg kun opfordre til, at man i de øvrige regioner og på de særlige pladser drager nytte af og bruger de erfaringer, man har fra Sjælland.

Jeg tror fortsat, at det her lovforslag er rigtigt, selv om jeg til fulde anerkender, ligesom flere af ordførerne har sagt, at det her bliver et område, vi kommer til at følge tæt, herunder også at sikre, at pladserne reelt set bliver fyldt, og at de ressourcer, vi har allokert til at skabe de særlige pladser, dermed også kommer mennesker med psykiske lidelser til gavn, for ellers er vi selvfølgelig nødt til at tage en ny dialog.

Jeg stiller mig selvfølgelig til rådighed for de spørgsmål, som udvalget måtte have, og jeg håber på, at vi kan få en relativt hurtig udvalgsbehandling, så vi også kan få lovforslaget ud at virke, for jeg deler sådan set det ønske, som flere har fremført, nemlig at det handler om – også i forhold til ikrafttrædelsen, som vi har fremrykket én gang i forhold til høringsversionen af forslaget – at sikre, at lovforslaget kommer ud at virke og dermed bliver til gavn for de patienter, som det drejer sig om.

Kl. 13:19

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Der er en kort bemærkning fra hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten. Værsgo.

Kl. 13:20

**Peder Hvelplund (EL):**

Tak for det. Som det er fremgået af debatten, kan man sige, at vi jo reelt set ikke ved ret meget om, hvorfor de her pladser ikke bliver benyttet. Der har vi jo ikke så meget evidens indtil nu. Og jeg tænker bare, at et af de elementer, der godt kunne have en betydning i forhold til det, jo netop kunne være det der med, at kommunerne stadig væk har muligheden for at forlange, at borgeren skal opsiges sin plads i et eksisterende botilbud for at optage en plads i et midlertidigt tilbud, som de særlige psykiatriske pladser er.

Jeg er godt klar over, at det er noget, der bliver reguleret i serviceloven, men jeg vil bare godt høre, om regeringen har overvejel-

ser om at lempe i forhold til den mulighed. For det er min opfattelse, at kommunerne ikke bruger den ofte, men så kan man sige, at for borgerne kunne der være en vis sikkerhed i at vide, at de ikke skulle opgive en eksisterende plads for at optage en plads i et midlertidigt tilbud.

Kl. 13:20

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Ministeren.

Kl. 13:20

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Jeg deler faktisk ikke opfattelsen af, at vi ingenting ved. Altså, vi har de erfaringer, vi har indhentet i forhold til KL og Danske Regioner, hvor der jo er tilgæet aftalekredsen nogle klare anbefalinger, i forhold til hvad det er for nogle observationer, man har gjort, og hvad det er for nogle konkrete udfordringer, man har oplevet, der ligger i visitationsforum i forhold til visitationskriterierne. Og det er sådan set dem, vi handler på baggrund af. Og derudover tager vi så initiativet i forhold til at sikre, at regionsrådet kan indstille. Det har jo tidligere været genstand for en stor diskussion mellem KL og Danske Regioner, altså hvorvidt der også skulle være den mulighed. Der har vi jo så politisk valgt at sige, at det synes vi der skal være – også fordi vi desværre kan se, at der er rigtig mange sengepladser, der optages af færdigbehandlede patienter i psykiatrien, og hvor det kan være rigtig, rigtig relevant at tænke de særlige pladser ind som en mulighed, hvis man netop ikke kan se et tilbud ude i hjemkommunen, der er relevant for den pågældende borger – hvor behandlingsforløbet i psykiatrien egentlig er afsluttet, og hvor man så også kan indstille fra visitationsforum.

Jeg oplever, modsat det, som Enhedslistens ordfører siger, at kommunerne fortsat mener, at lovgivningen på socialområdet er for svag, i forhold til at de i dag står med dobbeltudgifter. Og derfor tror jeg måske, at vi har fundet en balance at starte med på det område.

Kl. 13:22

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Hr. Peder Hvelplund.

Kl. 13:22

**Peder Hvelplund (EL):**

Det undrer mig bare lidt, når man netop har den mulighed i kommunerne for at kunne sige til en borger: Hvis du flytter til en midlertidig plads, kan det betyde, at du skal opgive en permanent plads et sted, hvor du i øvrigt er glad for at bo, og som du egentlig gerne vil vende tilbage til. Altså, alt andet lige må det da styrke borgerens retsstilling, hvis det er sådan, at man kan bibeholde den permanente plads frem for at skulle opsiges den. Og vi ved jo ikke, om det er noget af det, der afholder borgere fra at søge om at komme på en midlertidig plads, at de ved, at de kan risikere at miste deres permanente plads. Og da kommunerne i forvejen ikke i særlig høj grad benytter sig af den bestemmelse, kunne det være en måde at slippe af med noget overflødig lovgivning på ved at sløjfe den bestemmelse.

Kl. 13:23

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Ministeren.

Kl. 13:23

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Jeg oplever ikke, at det er det, der er problemstillingen. Jeg oplever snarere tværtimod, at kommunerne peger på, at de synes, at lovgivningen er for snæver, i forhold til at man kan risikere at stå med dobbeltudgifter. Det er de tilbagemeldinger, som jeg får, men som Enhedslistens ordfører også siger, vedrører det ikke det her lovforslag –

det ligger jo i sociallovgivningen, og derfor må man tage den dialog med børne- og socialministeren.

For så vidt angår de særlige pladser, tror jeg bare, det er vigtigt at sige – og det var jo også en del af den diskussion, vi havde politisk – at vi står fast på, at det skal være rehabiliterende og ikke bare habiliterende. For det var jo noget af det, som KL pegede på, altså at man måske godt kunne se for sig, at det ikke skulle flytte borgeren. Men det, der jo faktisk har været vigtigt at sige, er, at der skal ske en forbedring – der skal ske en recovery. Vi har sådan set et ønske om, at de tilbud til borgere om de særlige pladser, som nu også skal have en længere varighed end det, der oprindeligt var tiltænkt, gerne skal bringe borgeren et andet sted hen, så man får et bedre grundlag for at komme videre i livet og måske netop får nogle af de redskaber, der gør, at man kan komme ud at fungere. Og derfor mener jeg sådan set også, det er vigtigt, at man tager det udgangspunkt, at for rigtig mange borgers vedkommende skal man ikke tilbage til det samme – der skal man sådan set videre i sin tilværelse på baggrund af den hjælp og den behandling og den rehabilitering, man har fået på de særlige pladser.

Kl. 13:24

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak. Der er sådan et lille ur til hjælp – det er bare som en venlig orientering. Men der er flere spørgsmål, så der er rig lejlighed til at komme med sine synspunkter.

Hr. Flemming Møller Mortensen, værsgo.

Kl. 13:24

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Mange tak. Jeg synes, ministeren taler med to tunger. Ministeren siger, at det er vigtigt og rigtigt, at vi tager det initiativ og justerer loven nu – det er nødvendigt. Så siger ministeren, sådan hører jeg det, at regionerne jo bare kunne tage sig sammen. Alle regionerne kunne jo bare gøre ligesom Region Sjælland, og så var problemet væk. Som ministeren altid gør, benytter ministeren enhver lejlighed til at kritisere regionerne for deres kvalitet og deres opgaveløsning, taler imod regionerne. Det synes jeg klinger meget hult i sådan en alvorlig sammenhæng som den her, hvor ministeren også siger, at det er nødvendigt at ændre.

For det, der jo er faktum, er, at indtil nu er det kommunerne, der skal indstille til visitationsforummet, så det er kommunerne, der er årsag til, at patienterne ikke er henvist. Regionerne har oprettet pladserne, og de er faktisk på plads. Set med socialdemokratiske øjne tager regionerne ansvaret hver eneste dag for at prøve at løse problemerne. Region Sjælland har så løst det her problem, men de har godt nok også været uheldige, når det drejer sig om det nye store psykiatriske hospital i Slagelse, hvor de har afdelinger, der står tomme, fordi de ikke kan skaffe personale. Så regionerne kæmper hver eneste dag.

Der vil jeg bare spørge ministeren: Var det her et svar om, at regionerne burde tage sig sammen, eller var det et svar om, at det er rigtigt, at vi laver det her lovforslag og de her ændringer?

Kl. 13:25

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ministeren.

Kl. 13:25

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Jamen som jeg sagde, mener jeg, begge dele er relevante. Når vi har valgt og også politisk har drøftet, at det her lovforslag er nødvendigt nu, og at vi ikke har villet lade tiden gå, så er det jo både, fordi det er en vigtig ressource, der lige nu står tom – altså, der er mennesker, der sådan set kunne have gavn af det her tilbud, men som ikke bliver visiteret til det, og det er vi da nødt til at handle på baggrund af – og

fordi der er en praktisk virkelighed derude, hvor jeg bare må konstatere, at Region Sjælland på en helt anden måde er lykkedes med at få de særlige pladser til at fungere. Det skal man da lade sig inspirere af. Det har jeg da en klar forventning om. Selv om vi har fem regioner i Danmark, skal man da lade sig inspirere af de steder, hvor det går godt, og det gælder i det her tilfælde Region Sjælland.

I går talte vi om tolkegebyret, hvor det er Region Hovedstaden, der har fået sikret en god opkrævning. Der har jeg da en klar forventning om, at man lærer af de gode erfaringer, man har nogle steder, så man også får tingene til at fungere i dagligdagen. Det handler om arbejdsmiljø, det handler om særlige pladser, det handler om opkrævning af tolkegebyr, det handler om, at man hele vejen rundt selvfølgelig ikke skal sidde og opfinde den dybe tallerken, hvis man kan lære af hinanden og man kan få gavn af gode erfaringer, som i det her tilfælde kunne hjælpe nogle borgere, som i høj grad har behov for det tilbud, der ligger på de særlige pladser, i forhold til netop at få en mere recoverybaseret tilgang til psykiatrien.

Kl. 13:27

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Hr. Flemming Møller Mortensen.

Kl. 13:27

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Det tolker jeg så som en klar ros om, at vi har fem regioner, som kan prøve lidt forskellige ting af, og så finder man ud af, hvad der fungerer, og så er det det, man får implementeret. Det er jo lige den stik modsatte vej, regeringen pønser på at gå. De vil nedlægge regionerne og placere det hele i et centralt ministerium herovre, som så skal fortælle, hvordan man gør tingene. Her synes jeg virkelig at ministeren taler mod sine egne erfaringer med det, der lige er kommet. Tak.

Kl. 13:27

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ministeren.

Kl. 13:27

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Jeg tager rigtig gerne en diskussion, både om regeringens kommende sundhedsreform og de initiativer, vi kommer til at tage for at løfte vores sundhedsvæsen yderligere, ligesom vi har løftet sundhedsvæsenet alle de år, vi har siddet i regering, for det har vi behov for. Patienterne har sådan set krav på, at vi hver dag gør vores sundhedsvæsen bedre. Det har vores medarbejdere i sundhedsvæsenet også. Og medarbejderne har også behov for, at vi sikrer, at der ikke står tomme pladser, så man ikke går på arbejde i Vejle og sådan set ikke har nogen borgere, man kan gøre en forskel for, når man kan lære af nogle af de erfaringer, der er gjort, i det her tilfælde med de særlige pladser på Sjælland. Og der har jeg da en klar forventning om at man udveksler erfaringer og lader de gode eksempler sprede sig.

Kl. 13:28

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Så er det fru Anne Marie Geisler Andersen, Radikale Venstre.

Kl. 13:28

**Anne Marie Geisler Andersen (RV):**

Tak. Så vidt jeg har forstået, er et af de problemer, der opleves ude i kommunerne, den langtrukne visitationsproces. Jeg vil bare høre: Hvad tænker ministeren om det? Er det noget, man kan og vil gøre noget ved?

Kl. 13:28

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ministeren.

Kl. 13:28

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Det er jo relevant at have fokus på. Det er jo ikke sådan, at der i lovgivningen ligger nogle krav om, at det skal være en vis tid eller andet, så det handler jo også om, hvilke processer og procedurer man iværksætter henholdsvis regionalt og kommunalt i forhold til visitationsforum. Mit indtryk, også af det samarbejde, der kører i Region Sjælland, er, at man har opbygget nogle klare kontaktpunkter, og lederen af de særlige pladser har været rundt i kommunerne og fortalt om, hvilke muligheder der er, og hvilke begrænsninger der er.

De ændringer, vi laver nu med det her lovforslag, er det min klare overbevisning kommer til at betyde noget, fordi jeg ved, at nogle steder har man lidt haft en oplevelse af, at man skulle opfylde en lidt for lang tjekliste, i forhold til at der måske var nogle borgere, der så kun levede op til fire et halvt eller fem af kriterierne, og så stod man egentlig og gerne ville have visiteret dem, men havde ikke muligheden. Det er noget af det, som jeg håber på at det her lovforslag kan være med til at gøre, så processen kan være mere smidig, men også sådan, at nogle af de borgere, der kan have gavn tilbuddet, kan blive visiteret til en plads.

Kl. 13:29

**Fjerde næstformand** (Leif Mikkelsen):

Tak.

Der er ikke flere, der har bedt om ordet, så forhandlingen er slut-tet.

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundheds- og Ældreudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget.

Det er vedtaget.

Det næste punkt på dagsordenen er:

### **5) 1. behandling af beslutningsforslag nr. B 27:**

#### **Forslag til folketingsbeslutning om alkoholbehandlingspakke som led i sundhedsreformen.**

Af Stine Brix (EL) og Kirsten Normann Andersen (SF) m.fl.  
(Fremsættelse 06.11.2018).

Kl. 13:29

### **Forhandling**

**Fjerde næstformand** (Leif Mikkelsen):

Vi åbner forhandlingen, og det er sundhedsministeren, der får lov til at lægge ud. Værsgo.

Kl. 13:30

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Vi skal nu behandle et beslutningsforslag om udarbejdelse af en alkoholbehandlingspakke som led i sundhedsreformen, som er fremsat af Enhedslisten og SF. B 27 pålægger regeringen snarest og senest den 1. februar 2019 at udarbejde et udspil til en alkoholbehandlingspakke, som præsenteres for Folketingets partier med henblik på efterfølgende forhandling og implementering i indeværende folketingssamling.

Hvis man kigger på forslaget fra forslagsstillerne, kan man se, at det bl.a. skal sikre en bedre kvalitet og retssikkerhed for de ca. 140.000 alkoholafhængige danskere, som vi har. Jeg er grundlæggende helt enig i intentionen. Alkoholbehandlingen i Danmark skal være af høj kvalitet, fordi alkoholafhængighed har store konsekven-

ser for den enkelte og for de pårørende, der er. Og det er vigtigt, at man i den situation får tilbudt en god og effektiv behandling.

Regeringen mener dog ikke, at en alkoholbehandlingspakke med de tre foreslåede elementer er en hensigtsmæssig måde at styrke kvaliteten i alkoholbehandlingen på, altså hvis vi kigger på de tre konkrete ting, der bliver foreslået i beslutningsforslaget.

Det første element, forslagsstillerne ønsker, er, at Sundhedsstyrelsens kursusrække, som er kendt som alkoholbehandleruddannelsen, automatisk skal føre til en autorisation af kursisterne. Det er naturligvis vigtigt, at personalet på behandlingsstederne har de rette kompetencer i forhold til alkoholbehandling, og det var også årsagen til, at alkoholbehandleruddannelsen oprindeligt blev udviklet; for der var et behov for en uddannelse i alkoholbehandling, som ikke blev løftet af andre aktører, f.eks. kommunerne selv eller en uddannelsesinstitution. Men på sigt er det ikke hensigtsmæssigt, at det er Sundhedsstyrelsen, der udbyder en uddannelse til de kommunale alkoholbehandlere. Vi mener, at uddannelsen bør ligge i en anerkendt uddannelsesinstitution, ligesom uddannelser normalt gør, og derfor bør det i stedet afdækkes, hvorvidt der kan etableres en egentlig efteruddannelse i alkoholbehandling på en anerkendt uddannelsesinstitution. Uddannelsen skal være en overbygning på de typiske uddannelser, som alkoholbehandlere har – det kan være sygeplejerske- eller pædagoguddannelsen – og en alkoholbehandleruddannelse skal derfor tage højde for at tilpasse de kompetencer, behandlerne allerede har fra deres respektive uddannelser. Sundhedsstyrelsens erfaringer med kompetenceudvikling af alkoholbehandlere kan også danne grundlag for, hvordan en sådan efteruddannelse kan opbygges.

Det andet element, forslagsstillerne ønsker, er, at der indføres bindende krav til udredning og behandling. Sundhedsstyrelsen har jo udgivet en række publikationer om kvalitet i alkoholbehandling, og senest udkom der her i november 2018 nye nationale kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed. Der burde derfor heller ikke herske tvivl om, hverken i kommuner eller på private behandlingssteder, hvad der er god kvalitet i alkoholbehandlingen. Det er jo sådan set det, som den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed i høj grad lægger rammen for. Kvaliteten og ensartetheden i alkoholbehandlingen er blevet styrket de seneste år, ved at socialtilsynet siden den 1. januar 2016 har godkendt og ført driftsorienteret tilsyn med alkoholbehandlingsstederne i den offentligt finansierede alkoholbehandling. Socialtilsynets godkendelse og tilsyn skal bl.a. give en sikkerhed for, at den kvalitet, borgeren møder på et behandlingssted, er i orden. Men jeg er også godt klar over, at det kan være en udfordring at skabe en ensartet høj behandlingskvalitet på tværs af 98 kommuner – til trods for retningslinjerne og anbefalingerne, som kommunerne benytter sig af. Det er også en af årsagerne til, at regeringen allerede har igangsat et arbejde, der skal styrke kvaliteten i de kommunale sundhedsindsatser på baggrund af det udspil, som vi præsenterede i december 2017, »Sundhed, hvor du er«, som er et led i regeringens sundhedsreform. Arbejdet er derfor allerede i gang, og på sigt kan det overvejes, om alkoholbehandling skal tages op i den sammenhæng.

Det tredje element i en alkoholbehandlingspakke, som forslagsstillerne ønsker, er, at Sundhedsstyrelsen skal udarbejde et referenceprogram for alkoholbehandling for bl.a. at afklare ansvarsfordelingen mellem kommuner, regioner og almen praksis. Jeg vil gerne påpege, at det er mere end 10 år siden, at Sundhedsstyrelsen sidst har udgivet et nyt referenceprogram, og derfor synes vi sådan set heller ikke fra regeringens side, at det er en opgave, som styrelsen skal tage op igen. Når det så er sagt, skal der selvfølgelig ikke være tvivl om ansvarsfordelingen mellem kommuner, regioner og de almenpraktiserende læger i behandlingen af personer med alkoholafhængighed. Hvis kommuner, regioner og almenpraktiserende læger oplever, at der opstår tvivl om ansvarsfordelingen i bestemte situationer, vil jeg opfordre dem til at henvende sig til mig – for umiddelbart er det ikke

sådan, at vi sidder med en opfattelse af, at der skulle være en lang række tvivlstilfælde. Men der skal ikke herske tvivl om, hvem der har ansvar for hvad, for borgerne må jo ikke komme i klemme i systemet, og derfor skal konkrete tvivlsspørgsmål, hvis sådan nogle er der, selvfølgelig også håndteres.

Kl. 13:35

Sundhedsstyrelsen har løbende fokus på kvalitet i alkoholbehandlingen, bl.a. – som jeg sagde tidligere – med udgivelsen af nye nationale kliniske retningslinjer, der udkom her i november 2018. Og den viden, Sundhedsstyrelsen allerede har, om kvalitet og evidens i alkoholbehandlingen, har jeg da også en klar forventning om at kommunerne naturligvis benytter sig af. Alkoholbehandling er ikke et område, der er glemt, hverken af Sundhedsstyrelsen eller af regeringen, men jeg tror sådan set, at jeg deler forslagsstillernes opfattelse af, at der er kommuner, hvor der er behov for i højere grad at forholde sig til de anbefalinger, der også ligger fra nationalt hold, i forhold til at sikre en god kvalitet i alkoholbehandlingen.

Jeg synes også, det kan være svært at få et overblik over kommunernes alkoholbehandlingsindsats og et overblik over, hvor de reelle udfordringer opstår, og ikke mindst over, hvor store udfordringerne er. Og derfor har vi grundlæggende også behov for mere viden om, hvilke udfordringer der er med alkoholbehandlingen i dag.

Derfor vil jeg også foreslå, at vi beder Sundhedsstyrelsen om at lave et servicetjek af alkoholbehandlingsområdet – et servicetjek, der skal skabe klarhed over, hvor det halter med efterlevelsen af f.eks. de nationale kliniske retningslinjer, hvilke kompetencer der er brug for i alkoholbehandlingen, og eventuelt også om der er nogle generelle tvivlsspørgsmål i forhold til ansvarsfordelingen. Når vi så kender udfordringerne og har servicetjekket fra Sundhedsstyrelsen, mener jeg også, at vi har et bedre grundlag for at forholde os til, hvad der er af udfordringer, om der er udfordringer, der skal håndteres, og hvordan man kan gøre det på en hensigtsmæssig måde. Så på baggrund af servicetjekket vil vi kunne vurdere, om der er behov for nye indsatser eller krav for at sikre en tilstrækkelig høj kvalitet i alkoholbehandlingen i hele landet.

Det er dog også vigtigt at huske på, at kommunerne er forskellige og også har forskellige størrelser, og derfor tror jeg egentlig heller ikke, vi nogen sinde kan forvente, at alle kommuner vil kunne have den samme type tilbud. Det betyder jo ikke, at kvaliteten ikke skal være i orden – det skal den – men at der er nogle vilkår, også nogle gange geografiske vilkår, som vi også er nødt til både at acceptere og forholde os til. Det er sådan, at der er nødt til at være en form for frirum, i forhold til hvordan man planlægger tingene, men det frirum må jo ikke stå i modsætning til, at alle borgere skal tilbydes en tilstrækkelig god alkoholbehandling af en høj kvalitet.

Som jeg begyndte min tale med at sige, er det vigtigt, at danske, der udvikler afhængighed af alkohol, også kan forvente at blive tilbudt behandling af høj kvalitet og af et kompetent personale. De konkrete forslag til en alkoholbehandlingspakke er efter regeringens mening ikke de rigtige initiativer i den sammenhæng, men vi anerkender – hvilket jeg egentlig oplever er baggrunden for beslutningsforslaget – at der er behov for en systematisk gennemgang af området. Og derfor vil vi sætte gang i et servicetjek på alkoholbehandlingsområdet.

Så på den baggrund kan regeringen ikke støtte beslutningsforslaget, som det ligger, men vi vil iværksætte nogle andre initiativer for at styrke alkoholbehandlingen i Danmark.

Kl. 13:38

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak. Der er korte bemærkninger. Hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten. Værsgo.

Kl. 13:38

**Peder Hvelplund (EL):**

Tak. Jeg vil da starte med kvittere for, at ministeren anerkender intentionen i det forslag, der er fremsat. Så kan jeg så forstå, at ministeren nu mener, at vi skal få lavet et servicetjek. Det er jo sådan set også udmærket. Min bekymring er bare lidt, at det ikke er første gang, vi har den her debat, og der er jo gentagne gange blevet lavet undersøgelser. Senest har Alkohol & Samfund lavet en stor undersøgelse. Og jeg tror, at et beslutningsforslag lig det her på SF's foranledning var oppe i 2010, hvor vi dengang fik at vide, at en autorisationsordning for alkoholbehandlere var lige på trapperne. Den venter vi stadig væk på i dag. Så der vil være en vis grad af utålmodighed i min forståelse for, at vi skal have lavet et servicetjek.

Jeg mener, der er nogle ting, som det er helt åbenlyst at vi allerede nu kan begynde at tage fat på. Det er f.eks. i forhold til en autorisation af uddannelse af alkoholbehandlere. Vi har brugt flere satspuljemidler på netop at få sat den her alkoholbehandleruddannelse i gang. Der er i dag 66 pct. af alkoholbehandlere, der har dele af alkoholbehandleruddannelsen. Derfor kunne jeg godt tænke mig at spørge ministeren om, hvad der har stillet sig i vejen for, at alkoholbehandleruddannelsen kan laves til en autoriseret uddannelse, som kan sikre en mere ensartet kvalitet i den behandling, man får.

Kl. 13:40

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ministeren.

Kl. 13:40

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Som jeg sagde i min indledning, mener vi sådan set ikke, at uddannelsen nødvendigvis fortsat skal ligge hos Sundhedsstyrelsen. Det er jo heller ikke der, vi normalt organiserer uddannelse og efteruddannelse. Vi mener sådan set, at vi på en eller anden måde skal normalisere alkoholbehandleruddannelsen, ved at uddannelsen bliver placeret på en anerkendt uddannelsesinstitution, og så vi på den måde fremadrettet ligesom skaber et rum for, hvad det er for en type uddannelse. Der er ca. 2.000 personer, der har gennemgået de kurser, der er, og der er i dag 46 på venteliste. Der er tydeligvis en vilje til den kompetenceudvikling ad frivillighedens vej.

Men vi mener som sagt ikke, at en autorisationsordning af Sundhedsstyrelsens uddannelse er fremtiden. Det er sådan set at få det her tænkt ind i vores anerkendte uddannelsessystem og dermed også få systematiseret uddannelsen som en efteruddannelse for alkoholbehandlere, som har nogle forskellige baggrunde. Der er også behov for, at sådan en efteruddannelse også tager højde for, hvad det er for nogle forskellige kompetencer, man kommer med, og hvad det er, man i den sammenhæng kan have behov for af yderligere kompetencer.

Som jeg sagde indledningsvis, er der taget en række initiativer, f.eks. at socialtilsynet nu fører tilsyn med de nationale kliniske retningslinjer fra november måned. Derfor er jeg ikke af den opfattelse, at der ikke sker noget på området. Der sker hele tiden et løft, men vi oplever også, at der er behov for et servicetjek for at gøre status.

Kl. 13:41

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Hr. Peder Hvelplund.

Kl. 13:41

**Peder Hvelplund (EL):**

Tak. Nu er det vel ikke sådan, at det er Sundhedsstyrelsen, der decideret står for uddannelsen. Den foregår vel i Center for Offentlig Kompetenceudvikling. Det undrer mig alligevel, at man, når nu der gennem satspuljemidlerne er brugt mange ressourcer på netop at få

folk af sted til den uddannelse, så ikke vil anerkende, at det er det bedste bud, vi har nu, på en alkoholbehandleruddannelse.

Så vil jeg godt lige høre om det med socialtilsynet: Vil man også udvide det til at gælde for de private alkoholbehandlingssteder? Vi ved jo godt, at det i dag er sådan, at store dele af alkoholbehandlingen foregår i privat regi. Vil regeringen være villig til også at lade socialtilsynet påtage sig den rolle?

Kl. 13:42

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Ministeren.

Kl. 13:42

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Hele den del, der handler om socialtilsynet, og hvad socialtilsynet skal, ligger jo ikke under sundhedsministerens ressort, men under børne- og socialministerens ressort. Jeg ved også, at der har været forhandlinger om noget af det. Så jeg vil opfordre til, at man tager det op i den rette sammenhæng. Jeg nævnte det bare som et eksempel på nogle af de ting, der er blevet ændret og er blevet strammet op på, og som alt andet lige selvfølgelig også er med til at hæve kvaliteten.

Kursusrækken, som Sundhedsstyrelsen har via Center for Offentlig Kompetenceudvikling, COK, som ordføreren også nævner, skal i udbud her i 2019, fordi den kontrakt, man har haft med COK, er udløbet. Vi mener sådan set, at det er naturligt, at man i den sammenhæng tænker ind i det, at det sådan set bør være fremtiden, at en sådan efteruddannelse ikke er forankret i et regi, der egentlig er opstået ud fra nogle, som ordføreren også siger, satspuljebestemmelser og forskellige andre initiativer, men at man får den ind på en anerkendt uddannelsesinstitution, ligesom de fleste andre uddannelser i Danmark.

Kl. 13:43

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak. Så er det fru Kirsten Normann Andersen, SF.

Kl. 13:43

**Kirsten Normann Andersen (SF):**

Tak for det. Jeg tror, jeg hørte sundhedsministeren sige, at der er kommuner, hvor der er behov for at se på kvaliteten. Når man læser sundhedsministerens tale fra dengang, hvor hun var ordfører på et forslag, der er fuldstændig magen til, fra 2010, vil man se, at ministeren også dengang sagde, at der er kommuner, hvor der er behov for at se på kvaliteten. Efter kommunalreformen i 2007, og efter at kommunerne har overtaget opgaven, er der behov for at kigge på, om kommunerne nu også er lykkedes med at få sig indrettet på en fornuftig måde. Med den forskellige kvalitet, der er i de enkelte kommuner, er der så ikke også en risiko for, at de særlige behov, som ministeren ellers siger borgeren har krav på at få opfyldt, ikke bliver tilgodeset, og giver det så ikke god mening at prøve at kigge på en form for standarder, så alle ved, hvad det indebærer at lave den her alkoholbehandling, og at sørge for, at folk har de uddannelsesmæssige kvalifikationer til det?

Kl. 13:44

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ministeren.

Kl. 13:44

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Når vi med en kommende sundhedsreform ønsker at styrke det nære sundhedsvæsen og få hævet kvaliteten i kommunerne, er det jo, fordi vi har nogle steder, hvor vi ikke synes kvaliteten er ensartet nok. Vi har en række steder, hvor vi ikke synes det nødvendigvis skal være en kommunal opfindelse, hvad det er for en kvalitetsstandard, man

skal have på sundhedsområdet, men at borgeren i langt højere grad skal opleve, at der er en fagligt stærkere tilgang til den behandling, man får, også i kommunalt regi, på sundhedsområdet. Og det er noget af det, som vi allerede spillede ud med i det udspil, som vi præsenterede i december 2017, »Sundhed, hvor du er«, altså at vi har behov for nogle klare kvalitetsstandarder for det nære sundhedsvæsen og kommunernes indsats. Og der sagde jeg også indledningsvis, at det meget vel bl.a. også kan omfatte det område, som vi diskuterer i dag. Og det mener jeg sådan set også de nationale kliniske retningslinjer for 2018 var udtryk for, altså at vi ligesom laver nogle faglige standardiserede rammer – forebyggelsespakkerne er jo også udtryk for det – og så kan vi så se, at der er stor variation i, hvordan kommunerne tager det ned fra hylderne. Og ja, det er en diskussion, vi kommer til at skulle tage, og jeg håber da også på, at SF vil være med til at styrke det nære sundhedsvæsen, også når det kommer til faglige kvalitetsstandarder.

Kl. 13:45

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Fru Kirsten Normann Andersen.

Kl. 13:45

**Kirsten Normann Andersen (SF):**

Tak for det. Jeg lytter mig til, at ministeren henviser til et service-tjek. Men når vi nu kan konstatere, at problemerne i dag er nogenlunde de samme, som de var i 2010, giver det så mening at nøjes med at tænke i servicetjek, eller er tiden snart inde til, at man måske skal gøre noget mere præcist i forhold til det? Omkostningerne er jo kæmpestore ved ikke at gøre noget, både økonomisk, men bestemt også på det personlige plan, så selv om ministeren nu siger, at området ikke er glemt, forstår ministeren det så ikke, hvis lige præcis de her borgere og deres organisationer faktisk har en oplevelse af, at det i hvert fald ikke ligger øverst i bunken?

Kl. 13:46

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ministeren.

Kl. 13:46

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Det er egentlig ikke den oplevelse, jeg har. Jeg oplever, at der er rigtig mange kommuner, der løbende har løftet både kvaliteten i behandlingen, men også den sammenhæng, man som borger skal opleve. Jeg mener også, at nogle af de lovgivningsinitiativer, vi har taget i den her regeringsperiode – jeg tror også, at ordføreren selv har været med til at forhandle nogle af dem i forhold til en plan og en anden tilgang – sikrer, at man ikke bare tænker alkoholbehandling og misbrug for sig selv, men at man tænker det sammen i forhold til den bredere sociale indsats, den bredere arbejdsmarkedsindsats og andre ting, for det er enormt vigtigt for netop at få sikret, at det er et helhedsorienteret tilbud, der er omkring den enkelte borger, for ellers tror jeg ikke, det har den virkning, det skal have. Der oplever jeg, at kommunerne har løftet meget, men der er også behov for, at vi gør status, derfor et servicetjek, og der er også behov for at få lavet nationale kvalitetsstandarder, også for det nære sundhedsvæsen, og det er jo det, som vi allerede har meldt ud vi vil gøre fra regeringens side, og som vil være en del af en kommende sundhedsreform, som jeg også håber på SF vil deltage aktivt i og være med til at diskutere.

Kl. 13:47

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak. Så er det hr. Flemming Møller Mortensen.



Kl. 13:47

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Tak for det. Nu fik ministeren lejlighed til at nævne det nære og sammenhængende sundhedsvæsen flere gange her under besvarelsen, og det er jo noget, som vi har ventet meget, meget længe på, og det gør vi stadig væk. Jeg har et spørgsmål, for ministeren siger i forbindelse med den svingende kvalitet ude i kommunerne, at der jo også er nogle særlige geografiske vilkår, der gør sig gældende for nogle kommuner. Der har jeg behov for at vide lidt mere om, hvad det er, ministeren og regeringen tænker. For det kan jo tolkes sådan, at det også fremover er en accept af, at der skal være en forskellighed. For ministeren og regeringen taler rigtig meget om geografisk ulighed, og det her betyder jo geografisk ulighed. For nogle kommuner gør tingene væsentlig mere kvalificeret, end andre kommuner gør.

Kl. 13:48

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ministeren.

Kl. 13:48

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Det er jo sådan en diskussion, spørgeren og jeg selv og også andre af mine gode kollegaer har igen og igen, i forhold til det her med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Hvor langt er vi? Vi præsenterede vores udspil »Sundhed, hvor du er« i december 2017, med en lang række initiativer i forhold til det nære sundhedsvæsen, vi har præsenteret »En læge tæt på dig« i forhold til at styrke almen praksis, og vi har lige i dag behandlet et lovforslag i relation til sundhedsdata i fremtiden, som alt sammen er en integreret del af en kommende sundhedsreform, og som jo i høj grad handler om det nære sundhedsvæsen og den sammenhæng, der skal være i vores sundhedsvæsen.

Men vi er jo ikke i mål endnu. Derfor kommer vi også til at præsentere en større sundhedsreform, som bl.a. sætter fokus på, hvordan vi får styrket vores nære sundhedsvæsen, herunder også en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen med nogle klare standarder for, hvad kommunerne skal levere, og det er jo ikke bare noget, som så bliver lavet ad én omgang. Det er jo i høj grad en kvalitetsplan, der lidt ligesom specialeplanen på sygehusområdet skal udvikle sig over tid, og som jo også løbende vil komme til at rumme flere områder. Der sagde jeg indledningsvis, at jeg da godt kan se for mig, at alkoholområdet i høj grad kan være et område, som også kan være omfattet.

I forhold til geografisk forskel: Hvis man kigger i det nordjyske, tror jeg bare, man må sige, at der er forskel på en lille kommune som Læsø og så en kommune som Aalborg, og der er nogle steder, hvor man kan sige, at det jo ikke kun er et spørgsmål om, hvad kommunen kan levere på et område. Det er også et spørgsmål om, hvor de specialiserede tilbud er i relation til det, og hvordan vi sikrer samarbejdet. Og der er noget af det, som vi er optaget af, også i forhold til sundhedsfællesskaber, at man så også får et bredere samarbejde, der går på tværs af kommunegrænserne.

Kl. 13:49

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Hr. Flemming Møller Mortensen.

Kl. 13:49

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Jo, nu taler vi godt nok alkoholbehandling, som ligger i det kommunale, men det, ministeren siger her, kunne jo fuldstændig overføres til det, der er regionale funktioner, og her klinger det bare ekstremt hult, at man kan fremhæve de her eksempler, når det drejer sig om

kommuner, men når det drejer sig om forskel mellem regioner, har regeringen altså bidt sig fast i, at de leverer geografisk ulighed, og derfor skal man lave nye strukturer og nye streger på et landkort i stedet for måske at kunne sige, hvordan det er, ting skal gøres, og så er det sådan, det er. Så det her klinger ekstremt hult i forhold til det politiske og ideologiske projekt, som vi i øjeblikket går og venter på med ængstelse.

Kl. 13:50

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Så er det ministeren.

Kl. 13:50

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Vi ønsker at styrke det nære sundhedsvæsen. Vi ønsker at styrke det sundhedsvæsen, der er tæt på, hvor folk bor, almen praksis, det kommunale sundhedstilbud. Det betyder også nogle kvalitetsstandarder. Det kan meget vel også udvikle sig til kvalitetsstandarder på det område, som vi taler om i dag. Vi accepterer ikke geografisk ulighed på grund af kommunegrænser, som ordføreren siger. Det er jo sådan set også baggrunden for, at vi indførte en ny patientrettighed, en ret til hurtigt genoptræning, uanset hvor i landet man bor, så man kan få sikret genoptræning efter 7 dage. Det var, fordi vi ikke syntes, det var rimeligt, at der var så stor kommunal forskel, som der var, på genoptræningsområdet. Tilsvarende vil en kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen også sikre nogle mere ensartede og fælles standarder for det sundhedstilbud, som borgerne møder i kommunerne, og det synes jeg kun er rimeligt. Og jeg håber sådan set på, at Socialdemokratiet vil pakke ideologien væk og være med til at løse de udfordringer, vi har i sundhedsvæsenet.

Kl. 13:51

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Med det siger vi tak til ministeren. Der er ikke flere korte bemærkninger, og den næste ordfører i rækken er rent faktisk hr. Flemming Møller Mortensen, Socialdemokratiet.

Kl. 13:51

(Ordfører)

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Tak for det, formand. Det er helt nødvendigt, at vi tager alkoholmisbrugsbehandlingen op til diskussion. Der er rigtig mange danskere, der i deres hverdag og i deres liv er præget af at have et misbrug, og det præger rigtig mange børn, som vokser op i hjem, hvor mindst den ene forælder er alkoholmisbruger, og samlet set påvirker det vores samfund rigtig meget og rigtig negativt hver eneste dag.

Jeg synes, det er godt, at forslagsstillerne rejser det her spørgsmål, og vi har allerede nu i forbindelse med besvarelsen fra ministeren jo også set, at tingene har været taget op tidligere. Der er set med socialdemokratiske øjne ikke den nødvendige fremdrift for en entydigt høj kvalitet, som vores samfund efterspørger, og som er ret og rimelig, og det skal vi gøre anderledes, og det skal vi gøre bedre. Jeg synes, det er godt, at der bliver udarbejdet nationale kliniske retningslinjer på området. Det har behandlerne og det har kommunalpolitikerne behov for at læne sig op ad.

Men at der er en meget uensartet og svingende kvalitet, er et faktum, og det bliver vi nødt til at anerkende og gøre noget ved. Jeg synes også, vi har bakset med opgaven de gange, hvor vi tidligere har prøvet at kigge på, hvem der skulle lave tilsynet. Jeg tror, det blev placeret rigtigt i socialtilsynet fra 2016, men vi må sige, at det ikke dækker det hele, og at vi heller ikke har fået fulgt tilstrækkelig godt op på det politisk.

Hvis vi kigger på beslutningsforslaget, som det ligger her med de tre elementer med at sikre en autorisation for behandlere, kvalitetskrav til udredning og behandling og et referenceprogram for udred-

ning og behandling i forhold til alkoholmisbrug, må jeg sige, at jeg synes, at mange af tingene kan være rigtig gode, og vi mener også i Socialdemokratiet, at vi skal vi tage fat på det her, måske også væsentlig mere grundigt, end man kan med baggrund i at bede en regering om at udarbejde et udspil allerede nu her den 1. februar 2019. Jeg vil sige, at det er den ene grund til, at Socialdemokratiet ikke kan bakke beslutningsforslaget op, som det ligger her.

Den anden er med hensyn til økonomien. Der foreslås her, at man skal lave nogle afgiftsjusteringer i forhold til alkoholsodavand. Ja, den afgiftslettelse var bestemt ikke noget, der var vokset i hverken vores for- eller baghave, så det vil vi såmænd godt være med til at kigge på. Men at begynde at tænke det meget konkret ind i en finansiering af det her tror vi ikke giver den rigtige sammenhæng og de rigtige elementer. Vi tror på, at vi efter et kommende folketingsvalg bliver nødt til at mødes bredt politisk for at diskutere, hvordan vi sætter det her op, også i forlængelse af det, ministeren siger allerede er i gang. Ministeren kalder det et serviceeftersyn. Jeg tror, vi skal bygge nogle ambitioner ind i det, sådan at vi ikke bare får målt på det, men at vi får spurgt: Hvad er det, vi rent faktisk gerne vil have?

Så jeg vil sige fra socialdemokratisk side, at intentionen, sigtet, opmærksomheden er fuldstændig rigtig. Det her påvirker rigtig mange i deres hverdag, og der er for stor forskellighed, en forskellighed, som vi fra socialdemokratisk side heller ikke kan acceptere. Mange gange har jeg sagt, at kommunerne også er bragt i en virkelig vanskelig situation. Jeg bor selv i et område, hvor vi med rette kan sige, at der er kommuner, der ikke har ret mange penge. De har udfordringer på rigtig mange måder, og de har bestemt også mange borgere, der både sygdomsmæssigt og misbrugsmæssigt er bragt i en situation, som gør, at der er mange, der har behov for hjælp. Det der med at være en fattig kommune og have rigtig mange borgere, der har behov for hjælp, er ikke en god kombination. Så vi vil rigtig gerne være med til at tage en grundigere drøftelse af både konsekvenser og muligheder og afdækning, og det synes vi at vi skal kaste os målrettet ind i på den anden side af et folketingsvalg.

Så med de her ord vil jeg igen gentage, at vi ikke støtter beslutningsforslaget, som det ligger, men som I kan høre, støtter vi i den grad intentionen.

Kl. 13:56

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Der er et par korte bemærkninger. Fru Kirsten Normann Andersen, værsgo.

Kl. 13:56

**Kirsten Normann Andersen (SF):**

Tak for det. Alkoholmisbrug er en kæmpe udgift for samfundet; det giver også kæmpe sociale problemer, og det giver ikke mindst også alvorlige – og meget alvorlige – sundhedsmæssige problemer. Jeg tror, at både ordføreren og jeg har prøvet at arbejde i afdelinger, hvor alkoholikere, som ikke har fået behandling, kommer ind og er livstruet af deres sygdom som følge af alkoholmisbruget. Giver det i det mindste ikke rigtig god mening, uagtet at vi godt kan kigge på organisation og struktur, her og nu at prøve at stille nogle kvalificerede krav til, hvad behandlere skal kunne, hvad det er for en viden, de skal være i besiddelse af, og hvad det er for nogle tilbud, de skal kunne give til den borger, som har brug for behandling for sit alkoholmisbrug, inden man kommer så langt, at man til sidst ligger som patient på et sygehus?

Kl. 13:57

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ordføreren.

Kl. 13:57

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Jo, jeg er fuldstændig enig med SF's ordfører i, at det skal vi gøre, og jeg mener også, at tiden er inde til det. Jeg synes også allerede nu, efter den her halve time, hvor vi har diskuteret det, at vi har fået afdækket, at der ikke har været den fremdrift i en kvalitetsforbedring og i en entydig udvikling, som er det, vi har nævnt her i Folketingsalen tidligere.

Kl. 13:57

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Så er det hr. Peder Hvelplund. Lige et øjeblik, fru Kirsten Normann Andersen ønsker alligevel den anden korte bemærkning.

Kl. 13:57

**Kirsten Normann Andersen (SF):**

Det er rigtigt, men knappen ville ikke rigtig tage imod, da jeg trykkede på den.

En ting er jo det kæmpestore billede, hvor jeg sådan set godt kan være enig med ordføreren i, at det kan vi sådan godt kigge på på den lange bane, og ministeren har også nævnt sundhedsreformen og andet i forhold til den del, men det her er jo trods alt også et isoleret tema, nemlig det at sikre kvalitet i behandlingen i form af f.eks. nødvendig uddannelse og at få stillet nogle krav til det. Isoleret set er det vel overkommeligt at tage fat på lige præcis det problem, modsat den større alkoholbehandling, man måske skal tage sig af senere.

Kl. 13:58

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ordføreren.

Kl. 13:58

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Jo, og vi skal have defineret, hvad kvaliteten skal være i uddannelsen. Det, vi jo så også skal være opmærksomme på, er, at lige så snart vi så har sagt, at det er den kvalitet, vi vil have at alle behandlere skal kunne udvirke i deres praktiske virke, både offentligt og privat, sådan som vi ser det, så skal vi også være klar over, at så koster det. Så der skal vi også have lavet de rigtige beregninger, for ellers risikerer vi at give kommunerne en udgift, der bliver lagt oven i alle de udgifter, de har i forvejen, hvor de i den grad har vanskeligt ved at få enderne til at nå sammen i alle forhold til alle de velfærdsområder, hvor forventningerne er store. Jeg synes, at vi skal være meget opmærksomme på, hvilke opgaver der er »kan«- og »skal«-opgaver i fremtiden. Det hører jeg faktisk også fra ministerens side, og det er også det, jeg hører fra KL's side, altså at der er en større og større erkendelse af i KL, at man bliver nødt til at have nogle ensartede regelsæt.

Kl. 13:59

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Så er det hr. Peder Hvelplund. Værsgo.

Kl. 13:59

**Peder Hvelplund (EL):**

Tak. Først vil jeg gerne kvittere for de positive bemærkninger i forhold til intentionerne i forslaget her. Jeg vil godt lige adressere et par af de punkter, som ordføreren nævnte som begrundelse for, at man ikke kunne stemme for forslaget for nuværende.

For det første er der tidspunktet, og det er klart, at da vi fremsatte forslaget, lød 1. februar som en udmærket deadline for det, men vi må sige, at det ikke er realistisk nu, og derfor er vi selvfølgelig også villige til at ændre på det, i fald det her forslag skulle blive vedtaget. For det andet er der finansieringen. Her vil jeg også bare gøre opmærksom på, at da det daværende KORA – det, der hedder VIVE i

dag – i 2017 beregnede de udgifter, som kommunerne havde, når det handlede om følgevirkninger af alkoholpåvirkning, kom de frem til, at det beløb sig til 3,5 mia. kr. Så med hensyn til finansiering har vi anvist en konkret finansieringsmulighed, men der er også noget, der kan indhentes, når det handler om følgevirkninger.

Det, jeg egentlig godt bare vil høre, er, om ordføreren er enig i det helt principielle i – også hvis det er noget, vi skal kigge på efter næste folketingsvalg – at vi skal have lavet en autorisation for alkoholbehandlere, at vi skal have sikret nogle kvalitetsstandarder, og at vi skal have lavet et referenceprogram. Er det noget, ordføreren kan give tilsagn om, altså at det er den model eller de principper – hvordan vi så skruer modellen sammen, kan vi diskutere – det skal basere sig på?

Kl. 14:00

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Ordføreren.

Kl. 14:00

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Det lyder fuldstændig rigtigt for mig, at det er tre af de veje, vi skal gå. Om det skal hedde en autorisation, eller om det skal hedde noget andet, kan jeg ikke sige, men ja, der skal i hvert fald være et ensartet niveau af viden i forhold til dem, der skal være behandlere.

Ordføreren siger, at det her har store økonomiske konsekvenser for vores samfund, og det sagde jeg også i min ordførertale, men jeg har lyst til som socialdemokrat at sige, at der godt nok er nogle omkostninger, der tikker ind på andre konti først, og det er de menneskelige. Det gælder de voksne misbrugere og deres børn, men som vi også tidligere har talt om, er der også børn, der er alkoholmisbrugere. Og selv om alkoholforbruget er faldende, hjælper det intet i forhold til dem, der har udviklet et misbrug, og det er der, vores sociale ansvar skal slå igennem på en anden måde, end vi har set det slå igennem de sidste år.

Kl. 14:01

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Tak. Hr. Peder Hvelplund.

Kl. 14:01

**Peder Hvelplund (EL):**

Det er jeg jo selvfølgelig fuldstændig enig med ordføreren i. Når jeg nævnte det økonomiske, var det selvfølgelig, fordi ordføreren selv nævnte det som en begrundelse for, at man for nuværende ikke kunne støtte forslaget. Bortset fra det er jeg fuldstændig enig i de betragtninger, og det er også derfor, vi har fremsat forslaget her. Det er jo ikke et forslag, der handler om, at vi skal spare penge – det er et spørgsmål om, at vi har en gruppe borgere her, der har brug for en bedre hjælp end den, de får i dag.

I forhold til det med autorisation er jeg helt med på, at det er noget, vi kan kigge på. Jeg synes bare, at det, der er afgørende, er, at vidensniveauet sikres, men det er jo også det, at man kan sikre en form for klageadgang og en form for tilsyn med de behandlere, og derfor mener jeg, det er vigtigt, at vi i hvert fald får en eller anden form for autorisation, så man også sikrer sikkerheden for de mennesker, der søger alkoholbehandling.

Kl. 14:02

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**  
Ordføreren.

Kl. 14:02

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Jeg mener, at vi meget let kan enes om det her, og det tror jeg vi kan gøre bredt politisk. Jeg tror bare, at vi skal arbejde på et setup, hvor

vi får tænkt det hele ind, herunder om det sådan skal være en større plan, også med baggrund i de erfaringer, der høstes nu. Når jeg har besøgt misbrugscentre, har det været mit klare indtryk, at der arbejder utrolig dedikerede personer, men de har også behov for, at vi retter blikket mod det og siger: Det skal være den bedste viden, der gøres brug af alle steder, når der behandles for misbrug.

Kl. 14:03

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til den socialdemokratiske ordfører. Så går vi videre til Dansk Folkeparti, og det er fru Karina Adsbøl som ordfører. Værsgo.

Kl. 14:03

(Ordfører)

**Karina Adsbøl (DF):**

Tak for det. Og også tak til forslagsstillerne for at komme med det her forslag om en alkoholbehandlingspakke. I Dansk Folkeparti er vi enige i, at der mangler kvalitetssikring i alkoholbehandlingen, herunder også enige i det delelement i beslutningsforslaget, som vil stille kvalitetskrav til alkoholbehandlingen. Det er også rigtig vigtigt, at dem, som er ansat som behandlere, selvfølgelig har en faglig og relevant viden. En undersøgelse fra Alkohol & Samfund har jo også vist, at det er meget forskelligt, hvem der varetager alkoholbehandlingen i kommunerne. Der er 98 kommuner, som har forskellige måder at forebygge og hjælpe på i forhold til alkoholbehandling, og vi skal selvfølgelig lære af de allerbedste.

I Dansk Folkeparti er vi store tilhængere af familieindsatser. Der er også dokumentation for, at familieorienteret alkoholbehandling hjælper såvel familien som den drikke part. Familieorienteret alkoholbehandling er lige så effektiv eller endda bedre end den individuelle alkoholbehandling. Familieorienteret alkoholbehandling kan have stor positiv effekt på familien og reducere familiemedlemmernes fysiske og psykiske symptomer på belastning. Desværre viser en undersøgelse fra Alkohol & Samfund, at ca. 13 pct. af kommunerne ikke tilbyder familieorienterede indsatser, samt at 22 pct. af kommunerne ikke har tilbud til pårørende, og at 9 pct. af kommunerne kræver, at den drikke part er i behandling, for at de pårørende kan få hjælp. Det er selvfølgelig langt fra godt nok.

Der er derudover lange ventetider for borgere, der skal visiteres til enten dag- eller døgnbehandling. I 10 pct. af landets kommuner kan borgere begynde i alkoholbehandling alle ugens dage, i 60 pct. af landets kommuner er det kun muligt i hverdagene, mens behandlingen i 32 pct. af kommunerne kun kan begynde på udvalgte hverdage. Forholdene for at påbegynde en alkoholbehandling er derfor meget, meget forskellige i landets kommuner, og alkoholproblemer har jo konsekvenser for andre end den drikke part, da familien ofte er lige så belastet som misbrugeren. Der er heller ikke nogen tvivl om, at alkohol fylder meget i den danske kultur.

Siden 2007 har landets kommuner haft ansvaret for at drive den offentlige alkoholbehandling. Ifølge sundhedsloven har kommunerne jo pligt til at tilbyde deres borgere gratis alkoholbehandling inden for 14 dage efter henvendelse. Det seneste overblik over kommunernes alkoholbehandling er fra 2017, hvor Magasinet RUS lavede en rundringning til 30 kommuner. Kortlægningen fra 2012 og dens forgænger fra 2010 samt rundringningen fra 2017 understregede netop de store kvalitetsforskelle kommunerne imellem. På den baggrund har Alkohol & Samfund taget temperaturen nu her på den kommunale alkoholbehandling, og det viser stadig væk det samme mønster, nemlig at der er stor forskel på kvaliteten.

I Dansk Folkeparti vil vi gerne være med til at se på, hvordan vi forbedrer den indsats. Vi kan så ikke støtte forslaget, som det foreligger her. Der er i den forbindelse nævnt nogle eksempler her i dag, og det handler bl.a. om, hvornår det her skal træde i kraft, og så er der selvfølgelig også finansieringen. Vi vil meget gerne være med til at se på, om vi ikke kan lave en fælles beretning. Jeg har også sid-

det og skrevet på en, som jeg kan sende rundt, for at se, om vi kan mødes på den led, så vi kan skabe opbakning og finde de gode løsninger i fællesskab.

Det var ordene fra Dansk Folkeparti.

Kl. 14:07

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Der er en kort bemærkning. Hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten. Værsgo.

Kl. 14:07

**Peder Hvelplund (EL):**

Tak for det, og tak for ordførertalen, og tak for de positive bemærkninger i forhold til det. Jeg er helt med på, at det kunne være en god idé at få lavet en fælles beretning. Vi er jo fra forslagsstillernes side helt med på, at både tidspunktet for, hvornår det skal fremsættes, og finansieringen er noget, vi kigger på. Det, der kan være helt afgørende for os, er netop principperne i det, og jeg kan høre, ordføreren er helt med på, at det her jo ikke er ny viden. Jeg forstår ikke helt behovet for at få lavet et kommunalt servicetjek nu, for hver gang vi har kigget på det, og hver gang vi spørger kommunerne, er det det samme billede, vi får. Derfor vil jeg gerne spørge ordføreren, om ordføreren også vil være med på, at vi nu sætter gang i arbejdet med at få lavet en autorisationsordning i forhold til uddannelseskravet, nogle kvalitetsstandarder og et referenceprogram, altså principperne i det forslag, der ligger her, for det er sådan set det, der er det mest afgørende.

Kl. 14:08

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ordføreren.

Kl. 14:08

**Karina Adsbøl (DF):**

Som jeg sagde i min ordførertale, er vi meget enige i intentionerne med forslaget. Men når det er sagt, skal man ikke tage fejl af, hvad et servicetjek også kan indeholde. Det så vi faktisk, da vi ændrede patienterstatningsordningen, og det var jo et beslutningsforslag, kan man sige, om servicetjek og patienterstatninger. Så derfor synes jeg ikke, at det ene udelukker det andet. Vi skal bruge den viden, vi allerede har, og den viden, vi allerede har, kan vi jo sagtens arbejde videre med. Derudover kan det jo godt være, at vi får ny viden i forhold til et tjek af det her. Så jeg bakker sådan set op om sundhedsmi-

Kl. 14:08

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Hr. Peder Hvelplund.

Kl. 14:08

**Peder Hvelplund (EL):**

Et servicetjek er jo aldrig af vejen, og selvfølgelig kan vi sagtens bruge ny viden. Det bekymrer mig lidt, at man, hver gang vi har behandlet det her, ligesom har sagt, at vi har brug for noget ny viden, før der skal ske noget. Derfor er det hele tiden blevet skubbet foran os, og vi har ikke reageret, og der er det bare, vi i Enhedslisten og hos SF er af den opfattelse, at nu har vi ligesom den tilstrækkelige viden til at kunne konstatere, at vi har et problem her, som vi bliver nødt til at handle på af hensyn til de 140.000 mennesker, som er ramt af alkoholafhængighed, og deres pårørende.

Kl. 14:09

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ordføreren.

**Karina Adsbøl (DF):**

Ja, men jeg mener ikke, at det ene udelukker det andet. I forhold til de 140.000, der har et alkoholmisbrug, synes jeg også, det er vigtigt, at vi faktisk får en viden om, hvordan alkoholbehandlingen virker ude i kommunerne, i forhold til hvor mange – forstå mig ret – der kommer ud på den anden side og kommer ud af deres misbrug. Det synes jeg faktisk vi mangler noget viden om, altså i forhold til de indsatser, der er ude i kommunerne.

Kl. 14:09

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til ordføreren. Den næste i ordførerrækken er fru Jane Heitmann, partiet Venstre. Værsgo.

Kl. 14:10

(Ordfører)

**Jane Heitmann (V):**

Tak. Beslutningsforslaget, som vi behandler i dag, er fremsat af Enhedslisten og Socialistisk Folkeparti. Forslaget lægger op til en folketingsbeslutning om at udarbejde et udspil til en alkoholbehandlingspakke som led i regeringens sundhedsreform. Og jeg vil gerne starte med at anerkende vigtigheden af den debat, som de to partier ønsker at rejse. I Venstre deler vi intentionen bag forslaget: at sikre den bedst mulige alkoholbehandling. Alkoholmisbrug har store sundhedsskadelige konsekvenser for den enkelte, og misbruget har ofte også store sociale konsekvenser. Særlig når der er børn i familien, kan det af og til synes næsten helt uoverskueligt og på alle måder ulykkeligt. Omkring 140.000 mennesker er i dag afhængige af alkohol, og ca. 585.000 danskere har et skadeligt alkoholforbrug. Det er triste tal, og derfor skal vi jo heller ikke sidde med hænderne i skødet – heller ikke selv om der er lyspunkter, som det bestemt er værd at hæfte sig ved. For i årene 2010-2017 er andelen af personer, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag, faldet fra 10,6 pct. til 6,9 pct., og det er en positiv udvikling. Det arbejde skal vi sikre forsætter, og der er mange veje at gå.

Forslagsstillerne ønsker at autorisere behandlere, og umiddelbart lyder det jo som et sympatisk initiativ. Men sagen er den, at Sundhedsstyrelsens anbefaling på området trækker lidt i en anden retning. Sundhedsstyrelsen er landets største og øverste sundhedsfaglige myndighed, og i Venstre mener vi, at man skal lytte til Sundhedsstyrelsen. Herfra er anbefalingen, at man ikke automatisk autoriserer behandlere, når alkoholbehandlerruddannelsen, som det hedder, er gennemført. Fra Venstres side mener vi, at det giver god mening at undersøge, hvilke muligheder der kan være for at etablere en egentlig efteruddannelse på en anerkendt uddannelsesinstitution. Og vi deler i Venstre fuldt og helt det udgangspunkt, at der er stor variation i de kommunale tilbud, og at det ganske enkelt ikke er i orden.

Nogle kommuner gør det godt, og andre har mere at arbejde med. Og Sundhedsstyrelsen er allerede godt i gang med at udforme kvalitetsplaner, som kan understøtte både systematik og ensartethed i kommunerne. Nogle vil måske endda kunne huske udspillet »Sundhed, hvor du er«, som netop adresserer nogle af udfordringerne i de kommunale sundhedsindsatser, et arbejde, som er en slags forløber for den kommende sundhedsreform. Et helt afsnit i udspillet handler netop om høj kvalitet i de nære sundhedstilbud. Set fra min stol er der ikke noget, der forhindrer en overvejelse om også at tænke alkoholbehandling ind i det arbejde og så i den forbindelse opfordre Sundhedsstyrelsen til et servicetjek af alkoholbehandlingsområdet. Men først og fremmest er det afgørende, at vi får mere viden om, hvad der rent faktisk foregår derude, før vi over hals og hoved tager nye initiativer.

Lige før årsskiftet udgav Sundhedsstyrelsen nye nationale kliniske retningslinjer for behandling af alkoholmisbrug, og det er et vig-

tigt skridt i den rigtige retning i forhold til at sikre en mere ensartet behandling. Det må ikke være postnummeret, der afgør, hvilken behandling man tilbydes. Med de nye nationale kliniske retningslinjer i hånden ser vi fra Venstres side ikke umiddelbart nogen grund til også at indføre referenceprogrammer nu og her.

Som jeg nævnte indledningsvis, støtter vi i Venstre intentionerne bag forslaget om en styrket indsats og mere ensartethed i den kommunale alkoholbehandling, og vi glæder os over, at der allerede er igangsat initiativer, der på forskellig vis netop sigter mod at hæve barren, så flere i fremtiden tilbydes bedre og mere ensartet behandling.

På baggrund af de her nævnte argumenter kan Venstre ikke støtte beslutningsforslaget. Men vi støtter gerne en fælles beretning, som Dansk Folkepartis ordfører netop har foreslået.

Kl. 14:13

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak. Der er en kort bemærkning fra hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten. Værsgo.

Kl. 14:13

**Peder Hvelplund (EL):**

Der var egentlig bare, fordi ordføreren sagde, at nu skulle vi ikke begynde at lave noget over hals over hoved. Og det var det, der fik mig til lige at tage ordet. For det her er jo noget, vi har diskuteret adskillige gange tidligere. Det var, som jeg nævnte, oppe i 2010, hvor SF havde et forslag nogenlunde tilsvarende det her, og hvor vi fik at vide, at der var en autorisationsordning for alkoholbehandlere lige på trapperne. Og vi venter stadig væk.

Det seneste, vi har fået nu her, er den meget grundige undersøgelse fra Alkohol & Samfund, hvor man har været i kontakt med en stor del af de danske kommuner for at høre, hvordan tilstanden er, og det er jo ret tydeligt, at det er meget, meget svingende tilbud, der er, når man søger alkoholbehandling. Så jeg vil på ingen måde modsætte mig, at man får lavet et servicetjek, eller at man indhenter nye oplysninger.

Jeg har bare svært ved at forstå, hvad det er for en viden, man synes man mangler, og hvordan ordføreren kan sige, at det er noget, vi gør over hals og hoved. Jeg synes jo, vi har en stor viden om, hvordan det ser ud i dag. Og det er temmelig åbenlyst, at der er et behov, både for en autorisationsordning, men også for nogle kvalitetsstandarder og et referenceprogram, som gør, at man møder et forholdsvist ensartet behandlingssystem, så vi ikke kommer til at spille det her behandlingsbingo.

Kl. 14:15

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Så er det ordføreren.

Kl. 14:15

**Jane Heitmann (V):**

Jeg deler jo fuldstændig Enhedslistens udgangspunkt, og som jeg også sagde i min ordførertale: Jeg deler intentionerne. Der er meget, meget stor kommunal variation i de tilbud, der er til borgerne. Det er ganske enkelt ikke godt nok. Og ja, vi ved rigtig meget, men der er også rigtig meget, vi ikke ved. Og derfor giver det set fra Venstres stol rigtig god mening, at vi igangsætter et servicetjek og får at vide, hvad der er op og ned – hvad virker, hvad virker ikke – og at man så på baggrund af det servicetjek kan iværksætte de nødvendige initiativer.

Kl. 14:15

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Fru Kirsten Normann Andersen trykkede sig ind i sidste sekund. Værsgo.

## Forhandling

**Kirsten Normann Andersen (SF):**

Tak. Det var i virkeligheden ordføreren sidste svar her, der alligevel lige gav anledning til et spørgsmål. For jeg kvitterer sådan set for, at Venstre også gerne vil være med i en fælles beretning. Det giver rigtig god mening. Men vi ved jo rigtig meget om, hvad det er, der ikke virker, dér, hvor det ikke virker. Vi ved jo godt, at der er meget store forskelle på, hvad det er for nogle tilbud, som kommunerne kan give. Så et servicetjek kan være godt nok for at få en kortlægning – kunne man også have kaldt det. Men giver det ikke meget god mening allerede nu at tage hul på spørgsmålet om, hvordan man får kvalificeret personalet til at løse de opgaver, der er? Altså, hver eneste gang en borger med alkoholmisbrug møder et ikkekvalificeret tilbud, er det jo både penge ud af vinduet, men det er også først og fremmest et menneske og en familie, som svigtes.

Kl. 14:16

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ordføreren.

Kl. 14:16

**Jane Heitmann (V):**

Da vi skulle forhandle satspulje i efteråret, havde regeringen fremlagt et forslag med en tocifret millionprioritering til kompetencecenteret for dobbeltbelastede alkoholaafhængige, altså Ringgården ved Middelfart. Det initiativ var der ikke opbakning til i satspuljekredsen. Vi havde fra Venstres side gerne set en tocifret millionbevilling. Det var der ikke opbakning til. Det initiativ blev nedbarberet, kan man vil godt tillade sig at sige; i hvert fald blev det kraftigt skaleret ned. Det var jeg personligt meget ærgerlig over, så derfor synes jeg også, det klinger en lille smule hult, når man nu her skal høre SF tale om kompetencer og kompetenceløft, og at vi skal gøre mere. Altså, vi havde sådan set chancen i satspuljekredsen i efteråret for at styrke et kompetencecenter og de initiativer, der er omkring det, markant. Men satspuljekredsen og bl.a. SF valgte jo at takke nej til den prioritering.

Kl. 14:17

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Fru Kirsten Normann Andersen.

Kl. 14:17

**Kirsten Normann Andersen (SF):**

Jeg synes faktisk ikke, ordføreren svarede på det, jeg spurgte om. Jeg synes, ordføreren gav sig til at tale om noget helt andet. For én ting er at styrke én slags indsats, og noget andet er at styrke en anden. Jeg er enig med ordføreren i, at der er masser af områder, der trænger til at blive løftet. Det synes jeg oprigtigt ordføreren har ret i, og det forslag, som ordføreren nævner, er også et af dem.

Men det er jo ikke et svar på spørgsmålet om, hvorvidt vi måske ved hjælp af en særlig uddannelsesindsats i det mindste kunne sikre, at de behandlere, der skal tage sig af borgere med alkoholproblemer, rent faktisk også har de nødvendige forudsætninger for og kompetencer til at løse opgaven i hele landet. Og derfor spørgsmålet: Kunne man forestille sig, at Venstre i det mindste ville være med til at kigge på lige præcis den del af forslaget?

Kl. 14:18

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ordføreren.

**Jane Heitmann (V):**

Jo, jeg har meget klart tilkendegivet, at vi meget gerne havde støttet kompetencecenteret i Middelfart med et tocifret millionbeløb, som regeringen lagde op til, da vi forhandlede satspulje i efteråret. Det havde vi gerne gjort. Nu er vi så et andet sted i dag; satspuljeaftalen er landet, og den er vi sådan set også godt tilfredse med fra Venstres side, selv om vi er lidt ærgerlige over, at det her initiativ blev barberet så voldsomt ned. Nu foreslår vi et servicetjek på linje med det, som DF har talt om, og som ministeren foreslår. Og jeg synes sådan set også, at det giver god mening at lave et servicetjek, og når vi så har den nødvendige viden om, hvad det er for indsatser, som virker, og hvad det er for indsatser, som ikke virker, så lad os tage diskussionen igen.

Kl. 14:18

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til Venstres ordfører. Så går vi videre til fru May-Britt Kattrup, Liberal Alliance. Værsgo.

Kl. 14:19

(Ordfører)

**May-Britt Kattrup (LA):**

Tak for det. Jeg vil starte med at sige, at jeg deler forslagsstillernes intention om at sikre kvalitet i behandlingen af de desværre mange alkoholafhængige danskere.

Det er vigtigt, at vi sikrer en rigtig god kvalitet i alkoholbehandlingen, da alkoholafhængighed jo er et alvorligt problem, som ikke kun har ødelæggende konsekvenser for de afhængige selv, men også for deres pårørende. Der er helt klart ting, der kan gøres bedre, ikke mindst vedrørende den store geografiske ulighed. Men jeg er også af den opfattelse, at Sundhedsstyrelsen faktisk har skarpt fokus på at sikre kvalitet i alkoholbehandlingen. Bl.a. har man udgivet opdaterede nye kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed, og man har sidste år udgivet forebyggelsespakken om netop alkohol, og det arbejde ønsker jeg skal fortsætte.

Det glæder mig, at regeringen vil se på, om uddannelsen til behandler kan blive etableret på en anerkendt uddannelsesinstitution, for jeg er helt enig i, at det er vigtigt, at der i alkoholbehandlingen indgår de rette kompetencer. Når der er etableret en egentlig uddannelse, kan man til den tid overveje, om der skal tilknyttes en certificeringsordning eller lignende, men p.t. anbefaler Sundhedsstyrelsen ikke, at man automatisk autoriserer behandlere, selv om de har gennemgået Sundhedsstyrelsens kursusrække.

Så Liberal Alliance støtter derfor ikke beslutningsforslaget, men støtter altså helt klart den intention, der ligger bag det, og vi deltager også meget gerne i en beretning.

Kl. 14:21

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak for det. Der er en kort bemærkning, hr. Peder Hvelplund.

Kl. 14:21

**Peder Hvelplund (EL):**

Tak, og tak for ordførertalen. Jeg vil selvfølgelig gerne kvittere for de positive bemærkninger i den.

Når jeg lige tog ordet, var det, fordi ordføreren nævnte, at Sundhedsstyrelsen allerede havde nogle retningslinjer for god alkoholbehandling, og der vil jeg bare godt lige gøre opmærksom på, at den undersøgelse, som Alkohol & Samfund lige har udgivet, og hvor man har været i kontakt med kommunerne, jo viser, at der er en meget svingende standard. Der er 43 pct. af kommunerne, der ikke har samarbejdsaftaler med andre aktører såsom socialpsykiatri, psykiatrisk skadestue eller psykolog, selv om det netop fremgår af Sund-

hedsstyrelsens rådgivningsmateriale. Der er over en femtedel, der ikke tilbyder pårørendetilbud, og en fjerdedel har ikke udarbejdet kvalitetsstandarder.

Altså, der er jo stadig væk et meget, meget stort rum for forbedring, og det er derfor, det undrer mig lidt, at ordføreren så siger, at i og med at Sundhedsstyrelsen allerede har nogle anbefalinger, skulle det dermed være nok.

Kl. 14:22

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Ordføreren.

Kl. 14:22

**May-Britt Kattrup (LA):**

Men det sagde jeg sådan set heller ikke. Jeg sagde ikke, det var nok. Jeg sagde netop, at der er meget mere, der kan gøres bedre. Og det er også derfor, jeg siger, at jeg rigtig gerne deltager i en beretning, hvor vi sammen kan gøre en indsats for, at alkoholbehandlingen bliver bedre, fordi netop geografisk ulighed er et stort problem.

Kl. 14:22

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til ordføreren. Der er ikke flere korte bemærkninger. Og den næste i rækken er fru Pernille Schnoor, Alternativet. Værsgo.

Kl. 14:23

(Ordfører)

**Pernille Schnoor (ALT):**

Tak for det. Det er et vigtigt beslutningsforslag, som vi drøfter nu, og jeg vil gerne, som flere også har gjort, starte med at fokusere på børn, der vokser op i familier, hvor man har alkoholproblemer, og hvor man har alkoholafhængighed, for i mine år som formand for børne- og skoleudvalget har det været noget af det, jeg har været meget optaget af. Det kan være rigtig svært at identificere de problemer, der er i en familie, fordi familierne er i alle samfundslag, i alle socioøkonomiske grupper i samfundet, og fordi børnene ikke altid viser nogle sådan ensartede, hvis man kan sige det, symptomer eller adfærdsmønstre. Så jeg synes, det er et rigtig, rigtig vigtigt beslutningsforslag, og det er rigtig vigtigt at få sat fokus på, at vi skal have en behandling, og at vi skal have en ensartet kvalitet i forhold til det.

Ifølge et studie af en psykolog, der hedder Helle Lindgaard, er det sådan, at alkoholproblemer hos en eller begge forældre eller omsorgspersoner medfører et familiemiljø, der er præget af konflikter, fortællelser, uforudsigelighed, skyld og skam, og hvor der ofte ikke er overskud til at varetage barnets behov. Det er jo virkelig hjerteskrærende, og derfor er det vigtigt at give de voksne et behandlingstilbud, der kan hjælpe dem ud af de problemer, de har, og også at give tilbud til de børn, der er en del af de her familier.

Ifølge Alkohol & Samfund er der meget stor forskel på, hvad det er for en behandling, man tilbydes. Nogle venter i de her 14 dage og i få tilfælde endnu længere. Nogle kommuner tilbyder medicinsk behandling, 23 pct. af kommunerne tilbyder f.eks. ikke afrusning, og 28 pct. tilbyder ikke abstinensbehandling. Og så er der også meget stor forskel på, hvad man tilbyder af behandling – om det er individuelle samtaler, om det er gruppeterapi osv. Det er ikke tilfredsstillende, at der skal være så stor forskel på, om man er alkoholafhængig i Hørsholm eller i Hanstholm, og jeg er enig med forslagsstillerne i, at der er brug for, at vi sikrer vores borgere og også deres børn en større tryghed i forhold til den behandlingskvalitet, de bliver tilbudt.

Jeg mener dog, og vi mener i Alternativet, at det er vigtigt her, at det ikke går hen og bliver standardbehandlinger eller standardløsninger, der bliver tilbudt. Det skal være løsninger og tilbud, hvor man ser på det enkelte menneskes behov, og det skal være det enkelte menneske, der har medbestemmelse. Man skal se på det enkelte

menneske, når man tilbyder de her behandlinger, for på den måde kan det enkelte menneske også selv tage ejerskab for sin behandling.

Men jeg vil ikke sige så meget mere end at slutte af med at takke Enhedslisten og SF for at have fremsat det her vigtige beslutningsforslag, og i Alternativet støtter vi forslaget.

Kl. 14:26

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak for det. Der er ingen korte bemærkninger, og derfor skal der gives plads til fru Lotte Rod, Det Radikale Venstre. Værsgo.

Kl. 14:26

(Ordfører)

**Lotte Rod (RV):**

Tak for det. Der er mange mennesker i Danmark, som har et alkoholproblem. Der er 140.000. Og det betyder jo også, som andre ordførere har været inde på, at der er mange børn, der vokser op i familier, hvor alkohol er et problem. Og så er det bekymrende, at vi kan se, at kvaliteten i de behandlingstilbud, der er, er så svingende. Derfor giver det også god mening, at forslagsstillerne her kommer med en alkoholbehandlingspakke, som er anbefalet af Alkohol & Samfund. Pakken indeholder tre elementer, som alle ordførere, der har talt før mig, allerede har brugt meget tid på. Så jeg vil bare ganske kort nævne dem, nemlig en autorisation af behandlerne, en sikring af, at de nationale kliniske retningslinjer rent faktisk også bliver til virkelighed, og et referenceprogram. Og i Radikale Venstre kan vi støtte beslutningsforslaget.

Man kan så selvfølgelig diskutere, om regeringen kan nå at arbejde så hurtigt, som forslagsstillerne forestiller sig. Man kan også diskutere, om det nødvendigvis er en del af den kommende sundhedsreform – sådan som jeg har forstået det på regeringen, handler den mest om struktur og nedlæggelse af regionerne, men vi venter jo stadig i spænding på, hvad der kommer. Men fra radikal side vil vi i hvert fald gerne arbejde videre med det her. Vi kan støtte forslaget, og vi kan også godt arbejde videre med, som andre partier har været inde på, at lande en fælles tekst på det. Det er i hvert fald bedre, end at det bare bliver skudt ned og bliver til ingenting.

Kl. 14:28

**Fjerde næstformand (Leif Mikkelsen):**

Tak til fru Lotte Rod. Så er det fru Kirsten Normann Andersen, SF. Værsgo.

Kl. 14:28

(Ordfører)

**Kirsten Normann Andersen (SF):**

Tak for det. Det er almenviden, at alkoholmisbrug er alvorligt, både for alkoholikerens sociale og sundhedsmæssige tilstand, men bestemt også for alkoholikerens omgivelser. Det er desværre også et behandlingsområde, som har levet en stedmoderlig tilværelse alt for længe, skønt der er store sociale og sundhedsmæssige gevinster forbundet ved reel forebyggelse og behandling. Alt for mange alkoholikere og deres familier må konstatere, at postnummeret er bestemmende for kvaliteten af den behandling, som den enkelte kan modtage.

Sundhedslovens § 141 giver ganske vist alle borgere ret til vederlagsfri behandling inden for 14 dage. Området er også reguleret af sundhedslovgivningen, men der opstår uklarhed om ansvarsfordelingen mellem kommuner og regioner og praktiserende læger i forhold til alkoholproblemet. Alkoholbehandling er ikke bare alkoholbehandling, og det er så oplagt, at regeringen adresserer udfordringerne med alvorlig svingende kvalitet i behandlingen i den sundhedsreform, som vi stadig væk venter på.

Vi foreslår sammen med Enhedslisten, at det sker i form af en alkoholbehandlingspakke. Alkoholbehandlingspakken skal som mini-

mum indeholde initiativer, der sikrer autorisation af behandlere, kvalitetskrav til udredning og behandling og et referenceprogram for udredning og behandling af alkoholmisbrug for de ca. 140.000 alkoholfæhlængige danskere.

Formålet med en alkoholbehandlingspakke skal være at sikre borgerne en ensartet og høj kvalitet på tværs af kommunerne, en autorisationsordning for alkoholbehandlere og et referenceprogram, der beskriver opgaver for og samarbejdsveje mellem hospital, egen læge og kommunale behandlingssteder. Vi foreslår også etablering af et fagligt forum under f.eks. Sundhedsstyrelsen, der kan sikre udvikling og kvalificering af efteruddannelse af autoriserede behandlere. Det er væsentligt for patientsikkerheden, at der løbende sker en efteruddannelse og en ajourføring af autoriserede alkoholbehandlere.

Hvis sociale og sundhedsmæssige argumenter ikke rækker, kan de afledte omkostninger af alkoholmisbrug måske være et incitament til at handle på problemet. Omkostninger til sygedage, behandling og overførselsindkomster beløber sig til ikke mindre end 13 mia. kr. om året. Det er altså rigtig mange penge. Jeg tænker: Hvad er der i virkeligheden at betænke sig på?

Vi håber derfor også, at der kan være opbakning til en målrettet indsats, og personligt er jeg rigtig glad for at høre, at så mange i det mindste også er indstillet på at prøve at komme med nogle kvalificerede bud i form af en beretning, fordi det også kunne være et stykke ad vejen til en egentlig forbedring af indsatsen, og det er der brug for.

Kl. 14:31

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak til ordføreren. Der er et enkelt spørgsmål, så det var lidt for tidligt, at jeg sagde tak. Det er fru Jane Heitmann.

Kl. 14:31

**Jane Heitmann (V):**

Endnu en gang tak til SF og Enhedslisten for at fremsætte beslutningsforslaget. Nu hørte vi for et kort øjeblik siden Enhedslistens ordfører sige, at det her jo er noget, man har arbejdet med før, og at Enhedslisten i 2010 fremsatte et lignende forslag, må vi så forstå. Det er jo også almindelig kendt, at der i 2011 kom et regeringsskifte og en socialdemokratisk ledet regering, og at SF på et tidspunkt også selv var i regering. Enhedslisten var jo parlamentarisk grundlag for den tidligere socialdemokratiske ledede regering. Nu er jeg så bare lidt nysgerrig, for jeg kan jo sådan ligesom fornemme, at man er meget utålmodig – det er vi også i Venstre – og at der nu skal ske noget. Så kan ordføreren fortælle os, hvad det var, man gjorde i de år, hvor man havde regeringsmagten og alle muligheder for at styrke alkoholbehandlingsområdet? Hvad var de tre vigtigste initiativer, som SF sammen med den tidligere socialdemokratiske ledede regering dengang stod i spidsen for?

Kl. 14:33

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Ordføreren.

Kl. 14:33

**Kirsten Normann Andersen (SF):**

Jeg tror, at et af de vigtigste initiativer, vi tog, da SF i en kort periode – ud af de mange år, hvor vi har haft et borgerligt styre, og det er helt tilbage fra 2001 – sad i regering, vist var at få rettet op på en økonomi, der havde det rigtig, rigtig svært. Vi har nogle andre tider nu. Vi har mulighed for at gøre nogle andre ting, og derfor skal vi selvfølgelig også tage hul på nogle af de sociale problemer, som er forbundet med netop alkohol, og gøre noget i forhold til alkoholbehandling.

Kl. 14:33

Kl. 14:36

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):  
Fru Jane Heitmann.

Kl. 14:33

**Jane Heitmann** (V):

Nu kan vi jo forstå, at det bl.a. handler om at løfte kompetenceni-  
veauerne, og at det handler om at autorisere alkoholbehandlere. Jeg  
er bare sådan lidt nysgerrig på, hvad det var for nogle initiativer,  
som man tog dengang. Og hvis man ikke tog nogen initiativer, kan  
ordføreren måske løfte sløret for, hvad det var for nogle diskussio-  
ner, man på det her område havde i den tidligere socialdemokratiske  
ledede regering, som SF jo var en del af. Der må jo være pågået no-  
get arbejde i de år, hvor man selv havde ansvaret. Og jeg synes, det  
er okay at sige: Vi tog ikke et eneste initiativ. Men så må der da i det  
mindste have været nogle diskussioner internt i regeringen: Hvad gik  
de på?

Kl. 14:34

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):  
Ordføreren.

Kl. 14:34

**Kirsten Normann Andersen** (SF):

Nu tænker jeg, at ordføreren godt ved, at jeg faktisk ikke sad i rege-  
ring i 2010. Jeg var ikke en del af Folketinget i 2010, og jeg har hel-  
ler ikke været med til fremsætte forslaget. Jeg har heller ikke været  
med i den periode, hvor vi har siddet i regering. Der er andre, som  
her i dag har kunnet bruge barselsorlov som en undskyldning for ike  
at være helt opdateret på, hvad der foregik sidste år, og på samme  
måde bliver jeg også ordføreren svar skyldig vedrørende det, der  
foregik i den periode, hvor vi sad i regering.

Men det er ganske vist, at det faktisk var SF, der fremsatte forsla-  
get tilbage i 2010. Jeg synes stadig væk, det er et rigtig godt forslag.  
Jeg synes også, det er et rigtigt tidspunkt at tage drøftelsen på nu,  
hvor der faktisk er nogle, der har gjort os opmærksomme på, at der  
er et kæmpeproblem med den måde, som vi håndterer alkoholbe-  
handling på på tværs af kommunerne, og at det er postnummeret, der  
er afgørende for, hvad det er for en behandling, man får.

Kl. 14:35

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Så er der ikke flere spørgsmål. Tak til ordføreren. Og vi går videre i  
rækken til hr. Erik Lund som konservativ ordfører.

Kl. 14:35

(Ordfører)

**Erik Lund** (KF):

Tak for det. 140.000 mennesker i Danmark er afhængige af alkohol.  
585.000 mennesker i Danmark har et forbrug af alkohol, der skader  
deres helbred fysisk. 860.000 mennesker drikker mere end højrisiko-  
grænsen. 13 mia. kr. om året koster borgernes alkoholproblemer  
kommuner og regioner. Tallene taler jo sådan set deres tydelige  
sprog. Det er bekymrende, når alkohol pludselig tager overhånd og  
det går ud over den, der drikker, men også familien og børnene.

Derfor kan vi så sige til det beslutningsforslag, som nu er fremsat  
her, at Konservative er meget enige i intentionerne om at sikre kom-  
petencer og kvalitetskrav til udredning af behandling af alkoholmis-  
brug, men vi mener ikke, at de konkrete forslag, der er her, er hen-  
sigtsmæssige i forhold til at sikre kvalitet i alkoholbehandlingen. Og  
derfor kan vi ikke bakke op om forslaget.

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Tak til ordføreren. Så er det ordføreren for forslagsstillerne, hr. Pe-  
der Hvelplund, Enhedslisten

Kl. 14:36

(Ordfører for forslagsstillerne)

**Peder Hvelplund** (EL):

Hvis du i dag tilhører gruppen af 140.000 alkoholafhængige i Dan-  
mark eller er en af de 585.000 borgere, som har et alkoholforbrug,  
der skader dit helbred fysisk eller mentalt, og er blevet motiveret til  
at søge behandling, så er det fuldstændig vilkårligt, hvilke tilbud du  
bliver mødt med. Det afhænger af dit postnummer – du kommer til  
at deltage i en form for behandlingsbingo.

Det er et vilkår, vi senest har fået dokumenteret i den grundige  
gennemgang af kommunernes tilbud, som foreningen Alkohol &  
Samfund har gennemført. Den viser voldsomt store udsving i de til-  
bud, som kommunerne tilbyder. F.eks. fremgår det, at kun 66 pct. af  
en kommunes alkoholbehandlere har taget et eller flere moduler af  
Sundhedsstyrelsens kvalificerende alkoholbehandleruddannelse på  
trods af den erkendte vigtighed af et fælles fagligt grundlag for alko-  
holbehandlere.

Der er også store udsving i kvaliteten af de tilbud, kommunerne  
tilbyder. 43 pct. har ikke samarbejdsaftaler med andre aktører som  
socialpsykiatri, psykiatrisk skadestue eller psykolog, selv om det  
fremgår af Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale, at »samarbejde  
med relevante instanser øger sandsynligheden for en god effekt af  
behandlingen«. Over en femtedel tilbyder ikke pårørendetilbud, og  
en fjerdedel har ikke udarbejdet kvalitetsstandarder. Det bekræfter et  
billede, vi i forvejen frygtede: kvaliteten er simpelt hen for svingen-  
de. Det er ikke rimeligt.

Det er en grænseoverskridende erkendelse at komme frem til, at  
man har et overforbrug af alkohol, som man ikke selv kan kontrolle-  
re. Ofte er der brug for en indsats i forhold til både opsporing og mo-  
tivation til at søge behandling. Når den hurdle er overvundet, skal  
man ikke mødes af tilfældigheder, såsom hvilken kommune man bor  
i.

Sundhedslovens § 141 giver borgere med misbrugsproblemer ret  
til gratis behandling og kommunerne pligt til at levere denne be-  
handling inden for 14 dage. Så har borgerne ikke krav på en mere,  
og kommunerne har ikke pligt til mere. Sådan er loven, men er det  
rimeligt? Det skal kunne forventes, at man bliver mødt af et kvalita-  
tivt behandlingstilbud, præcis som hvis det handlede om en hjerteli-  
delse, kol eller diabetes.

Beslutningsforslaget fra Enhedslisten og SF pålægger regeringen  
at udarbejde en alkoholbehandlingspakke. Det er klart, som en tidli-  
gere ordfører har nævnt, at når der står i beslutningsforslaget, at det  
skal være fra 1. februar, er det selvfølgelig, fordi det gav god mening  
dengang, da forslaget blev fremsat. Hvis vi skal lande det her med en  
fælles beretning, skal vi selvfølgelig se på det – det er jo ikke det,  
der er det afgørende. Men en alkoholbehandlingspakke skal som mi-  
nimum indeholde følgende tre delelementer: Autorisation af alkohol-  
behandlere, kvalitetskrav til behandlingen og et referenceprogram  
for behandling af alkoholmisbrug.

Vi er fuldstændig åbne over for at drøfte andre relevante elemen-  
ter, som kan understøtte formålet med at sikre ensartet høj kvalitet i  
behandlingen og styrke retssikkerheden for alkoholafhængige og  
sammenhæng i sundhedsvæsenets behandling af alkoholafhængige.

En autorisation af alkoholbehandlere med et uddannelseskrav er  
helt nødvendigt. Som tidligere nævnt er det gennemsnitligt blot 66  
pct., der har hele eller dele af Sundhedsstyrelsens anbefalede alko-  
holbehandleruddannelse. Forslagsstillerne finder derfor, at alkohol-  
pakken bør indeholde et krav om, at behandlerne har gennemført  
Sundhedsstyrelsens anbefalede alkoholbehandleruddannelse fra



2007 og har fået udstedt en autorisation, som kan fremvises på forespørgsel til både myndigheder og borgere. Ved at sikre, at behandlerne er autoriserede, kan vi forvente både kvalitet og ensartethed i behandlingen.

En autorisation af behandlere vil ligeledes betyde en ligestilling med behandling for andre sygdomme, hvor borgere har mulighed for at klage til Styrelsen for Patientklager, f.eks. over forløb eller over enkelte behandlere. Ligeledes skal socialtilsynets forpligtelse udvides til også at inkludere tilsyn med de autoriserede behandlere.

Endvidere er det væsentligt for arbejdsmiljø og patientsikkerhed, at der løbende sker en efteruddannelse og ajourføring af autoriserede alkoholbehandlere. Regeringen pålægges derfor at udarbejde et forslag til etablering af et fagligt forum under f.eks. Sundhedsstyrelsen, der kan sikre udvikling og kvalificering af efteruddannelsen af autoriserede behandlere.

Der er som det andet punkt brug for kvalitetskrav til udredning og behandling. Sundhedslovens § 141 giver alle borgere adgang til vederlagsfri ambulant alkoholbehandling inden for 14 dage. Samtidig har Sundhedsstyrelsen i 2018 opdateret de nationale kliniske retningslinjer om behandling af alkoholafhængighed.

Desværre fremgår det både af virkeligheden og af den undersøgelse, som Alkohol & Samfund har gennemført, at det langt fra er alle 98 kommuner, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om god praksis, og det er også forskelligt, hvilke behandlingstilbud kommunerne giver alkoholafhængige. Det er derfor nødvendigt, at der med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens opdaterede kliniske retningslinjer for 2018 stilles krav om kvalitet i tilbuddene i alkoholbehandlingen, som både private og kommunale alkoholbehandlere skal leve op til.

Kl. 14:41

Desuden ønsker vi med udgangspunkt i »Kvalitet i alkoholbehandling - et rådgivningsmateriale« fra Sundhedsstyrelsen, 2008, at der udarbejdes en klinisk retningslinje for, hvilken udredning alkoholafhængige skal tilbydes, herunder modtagelse af akutpatient, modtagelse af ikkeakut patient, kortlægning af misbrugsomfang, udredning for somatiske og psykiatriske lidelser på samme tid og visitation til behandling.

Som det sidste og tredje punkt foreslår vi at få udarbejdet et referenceprogram, der kan sikre større grad af sammenhæng i behandlingen for borgeren. Undersøgelsen fra Alkohol & Samfund viser, at 53 pct. af kommunerne ikke har samarbejdsaftaler med almen praksis eller hospitaler om psykiske, somatiske eller sociale følgeproblemer relateret til alkohol, til trods for at cirka halvdelen af borgerne med alkoholproblemer samtidig lider af en eller flere psykiske sygdomme, at alkoholoverforbrug er direkte relateret til 200 fysiske følgesygdomme, samt at alkoholproblemer ofte afstedkommer en lang række sociale problemer.

Tilsvarende viser nye tal fra Sundhedsdatastyrelsen, at ud af alle borgere, der var i alkoholbehandling i kommunerne, var kun 5 pct. henvist fra hospitalerne og kun 6 pct. henvist fra egen læge eller almen praksis. Derfor må Sundhedsstyrelsen udarbejde et referenceprogram, der yderligere beskriver hospitalets, egen læges, kommunale og private alkoholbehandlingers og institutioners ansvar for opsporing, henvisning og behandling af alkoholproblemer og de medfølgende psykiske og somatiske sygdomme.

Med hensyn til finansiering af forslaget, som vi selvfølgelig også er villige til at drøfte – især udgiften til en uddannelsesmæssig opkvalificering af alkoholbehandlere – foreslår vi en genindførelse af tillægsafgiften på alkoholsodavand. Det vil indbringe et provenu på ca. 35-40 mio. kr. I forhold til finansieringen kan det også bemærkes, at det daværende KORA – det, der i dag hedder VIVE – i 2017 beregnede, at de kommunale merudgifter til borgere med alkoholproblemer beløber sig til 3,5 mia. kr. Hvis man medregner de regio-

nale udgifter, vurderede det daværende KORA udgifterne til 13 mia. kr. årligt.

Men den væsentligste grund er, at når borgere, der er ramt af et overforbrug af alkohol, tager skridtet og søger hjælp, så bør de mødes af autoriserede behandlere, et fagligt kvalificeret tilbud og en sikkerhed for sammenhæng i behandlingen. Det finder vi er det eneste anstændige. Heldigvis kan jeg jo høre på debatten her i dag, at det er der sådan set også en bred forståelse for og en bred enighed om.

Jeg vil sige i forhold til de kritiske bemærkninger, der har været, i forhold til finansieringen, at det er vi fuldstændig åbne over for at diskutere. Det er ikke det, der er det afgørende i forhold til det her. Jeg har tidligere nævnt, at i forhold til startdatoen for det her eller hvornår regeringen skal fremlægge et forslag, er vi selvfølgelig også fuldstændig åbne for at kigge på det – det er ikke det, der er det afgørende. Det, der er det afgørende, er, at vi får sat et nyt spor, at vi får sat det her i værk, altså både i forhold til autorisation, kvalitetsstandarder og referenceprogram, fordi vi gang på gang har hørt den her debat, og fordi vi gang på gang har afventet, at der skulle komme initiativer.

Derfor synes jeg, at det positivt at høre, at det lyder til, at der er en bred opbakning til, at vi kan få lavet en form for fælles beretning, og at det også i den beretning kan fremgå, at det er nødvendigt, at vi nu får taget initiativer, samtidig med at vi kan få lavet et kvalitetstjek ude i kommunerne. Men som jeg har hørt på debatten, er der også en stor forståelse for, at det allerede med den viden, vi har i dag, er muligt for os at igangsætte initiativer med udgangspunkt i den viden, vi har. Det vil jeg sådan set se frem til forhåbentlig kan blive afspejlet i en fælles beretning. Men tusind tak for de faldne bemærkninger, og tusind tak for debatten.

Kl. 14:45

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Så siger vi tak til ordføreren.

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

Jeg foreslår, at forslaget henvises til Sundheds- og Ældreudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg dette som vedtaget.

Det er vedtaget.

Det næste punkt på dagsordenen er:

**6) 1. behandling af beslutningsforslag nr. B 28:**

**Forslag til folketingsbeslutning om indførelse af retten til at blive erklæret rask for sin psykiatriske diagnose.**

Af Trine Torp (SF) m.fl.

(Fremsættelse 06.11.2018).

Kl. 14:45

**Forhandling**

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Forhandlingen er åbnet, og den første, der får ordet, er sundhedsministeren. Værsgo.

Kl. 14:46

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Først og fremmest vil jeg gerne starte med at sige tak til forslagstillerne for at skabe opmærksomhed om den problemstilling, som er skitseret i B 28. Selv om vi ikke altid er enige, oplever jeg egentlig,

at vi har et fælles ønske om at løfte psykiatrien i Danmark ind i en ny og bedre fremtid. Jeg synes, vi har taget et stort skridt med psykiatrihandlingsplanen fra efteråret og de efterfølgende politiske aftaler, men det betyder ikke, at vi er kommet i mål. Derfor er jeg også helt enig med forslagsstillerne i, at vi her har at gøre med en problemstilling, som vi *skal* have fundet en løsning på, for vi kan ikke leve med, at mennesker med psykiske lidelser fortsat oplever en uacceptabel forskelsbehandling.

Dagens beslutningsforslag om retten til at blive erklæret rask viser netop, at vi fortsat skal holde fokus på, hvordan vi forbedrer forholdene for mennesker med psykiske lidelser. For der er desværre stadig en udbredt misforstået opfattelse af, at en psykisk lidelse også er en kronisk lidelse – at hvis man først er blevet diagnosticeret med f.eks. skizofreni, er man det for resten af livet. Studier viser, at hver femte patient med skizofreni kommer sig fuldstændig og lever uden behandling og symptomer, og andre lever uden symptomer på deres sygdom, så længe de tager deres medicin og følger deres behandling. Så længe de og deres omgivelser er opmærksomme på symptomer og eventuelle tilbagefald, som man jo også skal være ved alvorlig somatisk sygdom, skal vi hjælpe dem ved ikke at opsætte unødige begrænsninger i deres videre liv. Jeg bakker derfor fuldt op om forslaget formål og hensigt, og jeg vil også foreslå, at vi på tværs af politiske skel sætter os sammen for at finde en løsning på de problemer, som B 28 skitserer.

Men af rent tekniske årsager mener jeg ikke, at det er de bedste forslag til, hvordan man så kan løse problemerne, som er foreslået i B 28. Jeg mener f.eks. ikke, at svaret er at slette tidligere behandlingsforløb i patientjournalerne eller lignende, og det vil jeg gerne uddybe, ligesom jeg gerne vil foreslå en anden tilgang til den her problemstilling, som jeg oplever vi er enige om vi skal have fundet en løsning på. Når jeg vil anbefale en anden tilgang til problemstillingen, er det som sagt ikke, fordi jeg er uenig i formålet eller i de problemer, som forslaget forsøger at løse, men man må også sige, at der er tale om et på nogle punkter ret teknisk forslag, i forhold til hvad det er for nogle specifikke løsninger, som man foreslår, og det betyder desværre også, synes jeg, at forslaget på nogle punkter bygger på nogle fejlagtige præmisser og derfor måske egentlig ender med at have en skæv løsning på det, der er den reelle problemstilling.

Forslaget bygger bl.a. på en præmis om, at der er forskel på, hvordan man bliver raskmeldt i somatikken og psykiatrien, og den forskel fører så ifølge forslagsstillerne til en forskel i, hvordan borgerne stilles i en lang række andre sammenhænge. Hvis man tager det sundhedsfaglige og Sundhedsstyrelsens vurdering af, hvordan diagnosekoder og patientjournaler er skruet sammen, må man sige, at den præmis ikke er korrekt. Generelt peger Sundhedsstyrelsen på, at man ikke taler om raskmelding i sundhedsvæsenet, hverken i somatikken eller i psykiatrien, men det taler vi så som borgere og som mennesker med hinanden om, og at spørge til, om en person er blevet rask, er en helt naturlig måde at tale til hinanden på. Men det er ikke nødvendigvis det, der i diagnosekoderne er tilfældet i den måde, som man opbygger patientjournalerne på, og det er også noget af det, som Sundhedsstyrelsen peger på i relation til de problemstillinger, der kan knytte sig til den konkrete udformning af beslutningsforslaget.

Det, man i stedet taler om, er, om symptomerne på en given sygdom ikke længere er til stede. I daglig tale vil det jo betyde, at man er rask, hvis man er symptomfri, men det er jo ikke nødvendigvis det, man så skriver ind i en journal. Den her raskmelding er i dag mulig for både somatiske og psykiatriske patienter, og den foregår sådan set også på samme måde, ved f.eks. at lægen skriver ind i journalen, at patienten er uden tegn på klinisk aktiv sygdom eller lignende, som er den sådan mere faglige, kliniske betegnelse for, at man

ikke har en aktiv sygdom, altså hvad vi i daglig tale ville omtale som at være rask.

Der er en udbredt opfattelse af, at man f.eks. inden for kræftsygdomme arbejder med en fast tidsgrænse for, hvornår man kan kalde kræftpatienter symptomfri. Det er ifølge Sundhedsstyrelsen ikke korrekt. Der er ikke fra sundhedsmyndighedernes side fastlagt nogen tidsgrænse for, hvornår man er rask, hvis man er kræftpatient.

Kl. 14:51

Men det, vi ved ud fra den statistiske sandsynlighed for tilbagefald, er, at risikoen er størst i de første 5 år, efter at diagnosen er stillet, og derfor følger man også ofte patienterne i de første 5 år for at kunne opfange eventuelle tilbagefald. Men det er altså ikke det samme, som at patienten så erklæres rask efter 5 år, men snarere, at man med en vis sandsynlighed kan sige, at patienten ikke vil opleve tilbagefald.

Sundheds- og Ældreministeriet har også spurgt Sundhedsstyrelsen, om man kan gøre noget tilsvarende inden for psykiatrien, men Sundhedsstyrelsen mener ikke, at man i dag har en tilstrækkelig viden til at kunne fastsætte sådan en fast tidsgrænse for, hvornår man kan erklære, at psykiatriske patienter ikke længere har samme risiko for tilbagefald. Der er altså behov for, at man i høj grad forholder sig til den individuelle patient, og der er nok også behov for, at man ændrer den kultur, der kan være, i hele det psykiatriske behandlingssystem, i forhold til at man i højere grad også opererer med, at patienterne er symptomfri, og at man også aktivt får det skrevet ind i patienternes journaler. Der er nemlig ikke nogen regler, der forhindrer lægerne i at angive i journalen, at patienten ikke længere har symptomer på psykiatrisk sygdom og dermed de facto er rask – som vi ville sige det i daglig tale – altså på samme måde, som det gøres i somatikken, hvor lægerne måske er mere opmærksomme på og bevidste om at få skrevet det ind i journalen.

Som jeg sagde indledningsvis, mener jeg ikke, at svaret er at slette oplysninger i patientjournalerne, men det er det, B 28 også lægger op til. Patientjournalen er et vigtigt arbejdsredskab for sundhedspersonalet, og det udgør også en vigtig del af dokumentationen i forbindelse med patientklager og erstatningssager, hvis sådan nogle skulle opstå. Derfor mener jeg ikke, at det er i patientens interesse, at sygdomshistorikken forsvinder, og det er det heller ikke, hvis patienten på et senere tidspunkt får tilbagefald. Og dermed vil forslaget, som det ser ud i dag, altså B 28, efter min og regeringens opfattelse ikke løse de problemer, som B 28 egentlig peger på, og som vi er enige om at vi i fællesskab har behov for at få sat fokus på.

Patienterne vil jo heller ikke få de rettigheder, som de ikke har i dag, i forhold til de eksempler, der nævnes af forslagsstillerne, også på ting, der ligger uden for sundhedsvæsenet. Forslagsstillerne mener, at det er en tidligere psykiatrisk diagnose, som har betydning for borgernes rettigheder, og at borgerne oplever en u hensigtsmæssig forskelsbehandling. Det er egentlig den opfattelse, som jeg på meget lange stræk er enig i at vi oplever eksempler på. Men vi tror ikke, at det kan løses med den løsning, der er foreslået i B 28.

Jeg vil gerne sige tak til SF for at rejse problemstillingen, for det er jo en kærkommen lejlighed til så også at få gravet ned i substansen af nogle af de problemer, der kan være. Og i forbindelse med forberedelsen af beslutningsforslaget har Sundheds- og Ældreministeriet indhentet bidrag fra lidt mere end en håndfuld andre ressortministerier, bl.a. fra nogle af de steder, hvor forslagsstillerne angiver at borgere med tidligere psykiatriske diagnoser oplever en forskelsbehandling, og jeg vil bestemt ikke afvise, at de oplever forskel på den måde, deres sager behandles på. Jeg er faktisk ret sikker på, at de gør det, og når jeg ser på de bidrag, vi har modtaget, må jeg sige, at der i mange tilfælde ikke er tale om, at det er de overordnede lov-mæssige regler på området, som lægger op til den her forskelsbehandling af mennesker med psykiske lidelser, men at der i langt de fleste tilfælde er tale om, at borgerens generelle sundheds- og syg-

domstilstand indgår i vurderingen af borgerens sag, og at det på den måde er både somatiske og psykiske sygdomme, der indgår. Det er i mange tilfælde heller ikke sundhedsoplysninger, de forskellige myndigheder får fra borgernes sygehus- og patientjournaler. Det er derimod særskilte lægeerklæringer, som udarbejdes i forbindelse med behandlingen af den enkeltes sag, og som så ender med at ligge til grund for noget af det, der i nogle tilfælde efterfølgende er udtryk for forskelsbehandling.

Derfor tror jeg heller ikke på B 28's præmis om, at en ændring i sygehusjournalerne så vil styrke rettighederne for den her gruppe mennesker, både fordi det som sagt allerede i dag er muligt at angive i sygehusjournalen, at en psykiatrisk patient ikke længere udviser symptomer på sygdom, og fordi sygehusjournalen nødvendigvis heller ikke ligger til grund for de afgørelser, der træffes af andre myndigheder. Derfor tror jeg sådan set, vi skal grave et spadestik dybere end det, der bare knytter sig til patientjournalen.

Jeg tror altså ikke, at den fremlagte løsning reelt set er løsningen på de problemstillinger, som vi ser på området, og som B 28 jo sætter fokus på; der er jeg enig med forslagsstillerne. De nuværende lovgivningsmæssige rammer understøtter overordnet set allerede det, som forslagsstillerne ønsker at gennemføre med beslutningsforslaget, altså det her med, at man kan skrive ind, at patienten er symptomfri. Men jeg mener så ikke, at vi skal stoppe her eller bare sige, at det skal man så være bedre til at skrive ind i journalen. Jeg mener faktisk, at vi skal tage handsken op og i fællesskab prøve på at løse de problemer, som rigtig mange mennesker med psykiatriske diagnoser oplever.

Kl. 14:56

Derfor vil jeg foreslå, at vi igangsætter et bredt funderet arbejde med at finde ud af, hvor problemerne opstår. For det kan faktisk være i flere led. Det kan være de overordnede love, og så har vi jo en opgave herinde. Det kan være i de faglige vejledninger, og det skal der også følges op på, men det kan også være i sagsbehandlernes praksis eller i tolkningen af reglerne, og så er det nogle andre løsninger, der skal til.

Jeg tror selv, der er noget at komme efter, hvis vi gennemgår de forskellige faglige målsætninger på de forskellige fagområder, hvor man både fra patientorganisationens side, men også fra de faglige organisationers side oplever, at der er problemer. Jeg kan sige, at vi inden for mit eget ressortområde som en forberedelse til det her beslutningsforslag også har kigget på, hvad vi kunne have, som der kunne være anledning til at rydde op i. Der kan jeg bare pege på ét eksempel, nemlig en vejledning fra Styrelsen for Patientsikkerhed, der handler om udstedelse af kørekort, hvor det f.eks. anbefales, at patienter, som tidligere har haft skizofreni eller bipolar affektiv sindslidelse, kun får udstedt deres kørekort i en tidsbegrænset periode på 2 til 5 år, alt afhængigt af hvor længe deres stabile tilstand har varet. Det er jo et meget godt eksempel på, at det ikke nødvendigvis er lovgivning, men at det godt kan ligge i en vejledning, og hvor der i høj grad er behov for, at vi så systematisk får gennemgået tingene, i forhold til hvad der kan lede til usaglig forskelsbehandling af mennesker med psykiatriske diagnoser og tidligere psykiatriske diagnoser.

Det er også vigtigt, at vi sikrer, at den nyeste viden på området reelt set også kommer ud i samfundet. Jeg tror sådan set, at der nok stadig væk er en del af de her problemer, der bunder i, at folk ikke ved nok om psykisk sygdom, og at det er muligt at blive rask, også selv om man har haft ret alvorlige psykiske problemer. Det tror jeg ikke er af ond vilje, men jeg tror bare, man må konstatere, at der nok både er sagsbehandlere i det private, i kommunerne, i regionerne og i staten, som formentlig i den bedste mening og ud fra et forsigtighedsprincip træffer afgørelser i sager, der fører til negativ forskelsbehandling af mennesker med psykiske lidelser, simpelt hen fordi de ikke ved nok om psykisk sygdom. Det er bl.a. også det, som special-

læge Per Vendsborg og en række eksperter peger på i deres debatindlæg i Ugeskrift for Læger fra oktober 2018, hvor de skriver, citat:

Den faktiske diskriminering ligger som oftest ikke udspiceret i love og regler, men gemt i den daglige praksis.

Derfor er vi også nødt til at få klarlagt, hvor der er noget galt, så vi kan løse problemerne på et ordentligt og et oplyst grundlag. Som sagt vil jeg derfor foreslå, at vi sætter os sammen på tværs af de politiske partier og igangsætter et arbejde, som også kan sikre, at den rette viden i langt højere grad kommer ud til det relevante personale. Og så skal vi væk fra den kassetænkning, der desværre er om psykiske lidelser, hvor rigtig mange tror, at fordi man én gang har haft en diagnose, så har man den for altid, og at den altid spiller den samme rolle i dit liv, og i stedet kigge på det enkelte menneskes liv, situation, sygdomshistorik og også risiko for eventuelle tilbagefald, som kræver, at de relevante parter har tilstrækkelig viden om psykisk sygdom, og det gælder både i sundhedsvæsenet, men i lige så høj grad uden for sundhedsvæsenet. Så når der fremover træffes afgørelser i sager, som handler om mennesker med tidligere psykiske problemer, skal vi altså sikre, at de afgørelser træffes på et oplyst grundlag om psykisk sygdom.

Som sagt vil jeg derfor foreslå, at vi igangsætter et arbejde i tre faser med en bred inddragelse af de relevante parter – det være sig de faglige organisationer, det være sig patientorganisationerne, det være sig styrelser og myndigheder på området – så vi kan få set nærmere på problemstillingen. Det er, kan man sige, en tretrinsrakat, hvor den første fase vil være en afdækning af problemerne, hvor den anden fase vil være på baggrund af en afdækning også at se nærmere på en ændring af praksis, hvor vi kan se nærmere på, hvordan vi får løst problemerne, og hvor vi også kigger på lande i omegnen af Danmark og ser på, hvordan de løser nogle af udfordringerne, og hvor vi i den tredje og sidste fase får løsningerne udbredt, både inden og uden for sundhedsvæsenet. Det håber jeg på kan være med til, at vi får udryddet de misforståelser om psykisk sygdom, der er, både blandt det relevante sundhedspersonale, men også hos sagsbehandlere i kommuner, regioner, staten, det private, som træffer afgørelser, som påvirker mennesker med tidligere psykiske lidelser negativt, som det ser ud lige nu.

Hvis der er opbakning til det, vil jeg starte med at indkalde til brede forhandlinger, hvor vi kan drøfte nærmere, hvad vi kan gøre på området, og også uddybe, hvorfor det er, vi mener, der er behov for en anden løsning end det, der bliver peget på i B 28, så vi i fællesskab kan være med til at sikre, at man ikke oplever en usaglig forskelsbehandling på baggrund af tidligere psykiske lidelser, og så vi også i fællesskab løfter psykiatrien ind i en ny og bedre fremtid, hvor der forhåbentlig også sker en udryddelse af misforståelser, tabuer og fordomme om psykiske lidelser, og vi forhåbentlig i fællesskab kan være med til at sikre, at mennesker med tidligere psykiske lidelser får bedre vilkår og et bedre grundlag for at komme videre i livet.

Kl. 15:01

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Der er et par spørgsmål. Den første er fru Trine Torp.

Kl. 15:01

**Trine Torp (SF):**

Tak for det, og tak til ministeren for at tage intentionen i beslutningsforslaget alvorligt. Det er jeg rigtig glad for, og jeg synes sådan set også, at ideen om at kulegrave endnu mere sådan set er fin. Jeg synes også godt, den kunne køre, sideløbende med at man besluttede det her.

Jeg har brug for lige at udrydde sådan lidt en misforståelse. For når vi mener, at man skal have retten til at blive erklæret rask, så betyder det ikke, at man skal have retten til at få slettet alt muligt, der står i ens journal. Det er sådan set ikke det. Men der er en ting, det er

væsentligt at holde fast i her, og det er: Der *er* jo forskel på somatiske lidelser og psykiske lidelser, i hvert fald i den måde, som de bliver mødt på ude i den omgivende verden. Og nogle gange skal man behandle mennesker forskelligt for at behandle dem lige, og lige her mangler vi et værktøj, hvor man som borger med et papir i hånden kan gå ud og sige: Jeg har ikke den lidelse længere.

Derfor vil jeg gerne stille ministeren et spørgsmål. Når der nu er alle mulige teknikaliteter – jeg er jo ikke jurist, jeg er lovgiver – har jeg selvfølgelig brug for ekspertisen til at forklare mig, hvordan man konkret formulerer det, altså hvordan man kan skabe et værktøj, som folk kan gå ud med, når de bliver mødt med den uretfærdighed, og sige: Der *er* ikke belæg for at sige, at jeg er i større risiko end alle andre.

Kl. 15:02

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Ministeren.

Kl. 15:02

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Jamen for det første er der jo behov for, som jeg også sagde, en kulturændring, i relation til at man som læge i psykiatrien i langt højere grad bliver bedre til også at skrive ind, at nu er patienten symptomfri. Altså, det er en kulturændring, som skal ske, og den skal ske parallelt med det, jeg foreslår. For det handler også om, at man i højere grad bruger de metoder, som man bruger i somatikken, i relation til også klart og tydeligt at få det markeret, sådan at det ikke er et udestående. Og det er egentlig også det, jeg hører er en af intentionerne i relation til det. Det er så ikke det samme, som at man er raskmeldt, men det at få noteret ned, at man f.eks. er symptomfri, eller at man ikke har tilbagefald og andet, kan være væsentligt.

Men det er jo ikke det eneste, der er væsentligt. Det er også væsentligt, i forhold til hvad det er for en viden, man har forskellige steder, eller hvilken vejledning der ligger, der måske ikke forholder sig til, at man skal lave et individuelt skøn, men bare forholder sig til nogle firkantede forhold. Og der gav jeg et konkret eksempel fra Styrelsen for Patientsikkerhed, og derfor mener jeg sådan set også, at der er behov for den afdækning for at komme videre og også komme ned til det, der egentlig er substansen i det her: Den forskelsbehandling, som mennesker med tidligere psykiske lidelser møder forskellige steder i vores samfund.

Kl. 15:04

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Fru Trine Torp.

Kl. 15:04

**Trine Torp** (SF):

Jo, men det er steder, hvor det er lovgivninger og vejledere, som vi selv har ansvaret for. Men dér, hvor mennesker også møder den her diskrimination, er ude i verden. Jeg hørte om en kvinde, som ikke kunne tegne en livsforsikring. Hun skulle lave en krydsforsikring med sin mand, som skulle tage et erhvervslån i banken, og det kunne de ikke tage. Og vi kan jo ikke opdage alle de steder, nødvendigvis. Så det, jeg gerne vil have, er, at borgeren på den måde har noget dokumentation, som man kan vise i de tilfælde, hvor man bliver udsat for forskelsbehandling. Og det er jo allerede sådan i dag, at der står, at man er symptomfri eller er i fuld remission eller noget. Det har jo ikke den betydning; det er jo stadig væk ikke nok.

Kl. 15:04

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Tak. Ministeren.

Kl. 15:04

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Men jeg mener sådan set, at vi er nødt til at komme til bunds i det. Altså, som sagt indledningsvis har vi på baggrund af det her beslutningsforslag haft en henvendelse ude til en lang række af de øvrige ministerier, både på adoptionsområdet og på forsikringsområdet, som spørgeren også nævner. Og der *er* behov for at komme til bunds, både i, hvad lovgivningsgrundlaget er, hvor der kan være vejledning, og hvor der kan være praksis, der adskiller sig.

For jeg tror, at det kun er den måde, vi reelt set kommer hele vejen rundt på. Og så anerkender jeg til fulde, at det er et større arbejde, men jeg mener faktisk, det er et arbejde, vi skal påtage os for at sikre, at mennesker med tidligere psykiske lidelser ikke bliver mødt med fordomme eller en forskelsbehandling, som så bundet i forskellige dele af enten lovgivning, praksis eller andet. Og derfor anerkender jeg til fulde, at det er en større opgave, men jeg mener også, det er en opgave, vi er nødt til at påtage os for at få løst problemet reelt og ikke bare på papiret.

Kl. 15:05

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Fru Anne Marie Geisler Andersen.

Kl. 15:05

**Anne Marie Geisler Andersen** (RV):

Jeg er også rigtig, rigtig glad for, at ministeren bakker op om intentionen i det her forslag fra SF. Hvis jeg har forstået ministeren rigtigt, er nogle af de største knaster det her med, at man ikke mener, ordet rask kan bruges, at man ikke vil slette oplysninger på tidligere diagnoser, og at man ikke kan lave en generel frist.

Fru Trine Torp har været inde på det med at slette tidligere diagnoser. Det går vi heller ikke ind for, og jeg mener heller ikke, det ligger i det her forslag. Jeg forstår heller ikke forslaget sådan, at der nødvendigvis skal stå rask i journalen, og jeg læser det heller ikke sådan, at der skal laves en generel frist. Jeg læser det faktisk sådan, at der skal være tale om en faglig vurdering i de konkrete tilfælde.

Selvfølgelig kan man ikke lave en frist for, hvornår alle mennesker med forskellige diagnoser, som jo også er forskellige som mennesker, og har haft diagnoser af forskellig sværhedsgrad, er kommet sig. Men på et eller andet tidspunkt burde man vel kunne gå ind og sige: Nu har du været symptomfri så længe og ikke haft tilbagefald; nu giver det ikke mening at opretholde den diagnose. Men er det rigtigt forstået, at de tre er de største knaster, set fra ministerens side?

Kl. 15:06

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Ministeren.

Kl. 15:06

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Altså, det er jo muligt i dag. Og jeg mener sådan set, det er en kultur og en praksis, der også skal forandres, være anderledes, hos vores sundhedsfaglige personale i psykiatrien. Altså at man bruger de muligheder, som allerede eksisterer i journalsystemet, på linje med hvad der ligger i somatikken, i forhold til i højere grad at få skrevet ind, når folk er symptomfrie. Og at man også får aktivt vurderet: Har vi her at gøre med en borger, hvor vi sådan set ikke har behov for at blive ved med at have en eller anden adhd-diagnose, fra da vedkommende var 16 år, til at fylde?

For måske var det endda sådan set fejlagtigt, måske var det relevant, måske er man et andet sted, hvor man er kommet i bedring, og hvor man er kommet på den anden side. Og så skal det selvfølgelig ikke bare stå og hænge som sådan et blinkende skilt. Og det er jo

vigtigt, at man også der bruger de metoder, der allerede ligger, både i somatikken og i psykiatrien, i mulighederne i patientjournalerne.

Men det er faktisk ikke reelt set dér, hvor jeg oplever at det reelle problem er. Det er i hvert fald ikke det, vores sådan foreløbige rundspørge i relation til beslutningsforslaget viser, altså at det er det, der vil løse problemet. Vi tror sådan set, at vi er nødt til systematisk at gennemgå, hvor der kan være love, hvor der kan være vejledninger, og hvor der kan være praksis, som leder til forskelsbehandling af mennesker med tidligere psykiske lidelser. Og vi mener faktisk, at vi skal igangsætte det arbejde i fællesskab, så vi reelt får løst de her problemer.

Kl. 15:07

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Fru Anne Marie Geisler Andersen.

Kl. 15:07

**Anne Marie Geisler Andersen (RV):**

I min optik bør man gøre begge dele. Men ministeren er jo selv inde på det med, at man allerede i dag kan skrive ind i journaler, og gør det også, at mennesker er symptomfri og i fuld remission. Spørgsmålet er bare, hvor længe man kan have det. Altså, hvor lang tid siden kan det være, man har fået den beskrivelse, og at der så stadig opretholdes en diagnose for vedkommende? For hvis det er 10 år siden, det er blevet skrevet ind i en journal, og man ikke har haft tilbagefald, giver det så mening stadig at have den diagnose? Ministeren siger det jo selv: Der er tale om tidligere psykiatriske lidelser. Hvor længe skal man stemples for at have haft en psykiatrisk lidelse?

Kl. 15:08

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Ministeren.

Kl. 15:08

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Men hvis du har haft kræft eller du har fået fjernet din blindtarm, så vil det også for tid og evighed stå i din journal. Og derfor går jeg ikke ind for, at man sletter, og det gælder både for somatiske lidelser og for psykiatriske lidelser. Man kan ikke bare slette en sygdomshistorik, og der mener jeg sådan set også, at vi er nødt til at holde fast i, at det er nødt til at være parallelt, altså det system, vi har for somatikken og for psykiatrien. Men det, vi er for dårlige til – og det er sådan set også det, jeg anerkender til fulde – er at skrive ind for rigtig mange mennesker med psykiske lidelser, at de er symptomfri, at de er i fuld remission, som Trine Torp også siger, og hvilke faglige termer man nu i forskellige variationer bruger. Man er også for dårlige til nogle steder at bruge den nyeste faglige viden til reelt set at få fulgt op på det. Altså, nu sagde jeg bare, at hver femte, der har haft skizofreni, kommer sig fuldstændig. Men det er jo så også vigtigt, at man reflekterer over det fagligt i det faglige miljø, i vores psykiatriske miljøer.

Kl. 15:09

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Så siger vi tak til ministeren og går over til ordførerrækken. Den første ordfører er hr. Flemming Møller Mortensen, Socialdemokratiet. Værsgo.

Kl. 15:09

(Ordfører)

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Jeg vil gerne takke SF rigtig mange gange for at rejse den her debat, og jeg vil også rigtig gerne takke sundhedsministeren for en, synes jeg, virkelig god besvarelse på den problemstilling, der er rejst, og

som vi skal sørge for at få behandlet på en meget saglig og ordentlig og grundigt måde.

Der signaleres med forslaget her noget, som rører os alle sammen. Hvorfor er det, at det skal have konsekvenser for en resten af livet, hvis man har haft en sygdom, uanset om den er somatisk eller psykiatrisk? For det passer ikke til vores samfund, hvor vi prøver at vægte og balancere lighed fuldstændig demokratisk. Vi har al den viden om, at der er og har været mange fordomme omkring psykiatriske lidelser, men så længe vi ikke får taget fat om problemstillinger som de her, har vi slet ikke taget fat om det, der i sådan almindelig praksis får konsekvens for dem, der har haft en psykiatrisk lidelse.

Jeg sad under min forberedelse og tænkte på, at det her med, at en sygdom, man har haft eller fået tidligere i livet, får konsekvenser for en, er jo noget, vi ved. Vi ved det i forhold til dem, der har epilepsi. Hvis det er i svær grad, får det nogle konsekvenser, hvis man skal have kørekort. Og nu nævner ministeren også, at skizofreni er skrevet ind som havende konsekvens, når man skal have kørekort. Jeg tror bare, at forskellen har været og er, at hvis man har epilepsi, får man meget lettere egen læge til at vurdere, at der ikke har været anfald, at man er inde i en sygdomsfri periode, og at der ingen risiko er for andre, end hvis det drejer sig om en psykiatrisk sygdom. Når det drejer sig om psykiatri, er der ikke den der naturlighed, der ligger i, at man går op og tager snakken med sin egen læge. Og hvis det så får konsekvenser, burde det jo ellers have været det, der var det naturlige at gøre.

Jeg synes, det er en rigtig god idé – og det var også det, jeg havde forberedt som værende Socialdemokratiets holdning til det her – at vi skal have det her bredt ud. Vi skal have lavet et virkelig grundigt arbejde. Og jeg vil bare sige: Minister, du behøver ikke at indkalde os; jeg synes bare, at du allerede nu skal sætte dine embedsmænd i gang med det her arbejde. Vi får et forår, der bliver præget af valgkamp og alt muligt andet. Jeg synes, det her er så væsentligt – det er også derfor, at jeg takker SF for at have taget initiativet, og nu har vi fået nogle tilkendegivelser fra ministeren og regeringen – at man bare skal gå i gang: Lav det her arbejde; begynd at benchmarke med andre lande, for at, som ministeren også siger, se, hvordan de gør det. For vi skal til bunds i det her.

Det med, at fordomme og stigma hænger ved psykiatrisk sygdom, har vi alle – og især vi, der er lovgivere – et rigtig stort ansvar for i vores hverdag. Det er både der, hvor vi kan sikre ligestilling mellem somatik og psykiatri, men også der, hvor vi kan få synliggjort og få forklaret og fortalt, hvor fuldstændig urimeligt det er, at fordommene over for vores befolkning og deres sygdomsmønstre hænger ved på nogle bestemte områder.

Så samlet set synes jeg, det er godt at få lavet et bredt funderet arbejde, sådan som ministeren siger. Jeg synes også, at vi allerede nu kan begynde at tænke på, hvordan man rent praktisk skal tilrettelægge tingene. Den praktiserende læge, som jeg også nævnte lige før, laver rigtig mange helbredsattester, som bruges i rigtig mange sammenhænge, og det tjener de nogle penge på, men det er trods alt et juridisk dokument. Og der synes jeg, at hvis der også i forhold til psykiatriske diagnoser kunne laves nogle faste formuleringer, og der – for at lave en parallel til epilepsi – blev sagt, at det kunne man få, hvis man er sygdomsfri eller er altovervejende fri for symptomer, kunne det måske være en hjælp for rigtig mange patienter.

Vi støtter ikke beslutningsforslaget, som det ligger her, men jeg synes, at vi allerede er nået ikke bare et skridt, men mange skridt videre i det, der skal være processen. Og den vil jeg garantere at vi bakker et hundrede procent op om fra Socialdemokratiets side.

Så vil jeg sige til SF, at jeg har været lidt i tvivl om, om man faktisk ønsker, at der skal kunne slettes ting fra journalen, for man skriver på side 2 noget om – det er i fjerde afsnit – at »tidligere psykiatriske lidelser vil derfor ikke kunne slettes i patientjournaler«. Det

gav lidt forvirring, da jeg forberedte mig, men her vil jeg blot sige, at jeg har den samme holdning, som ministeren har givet udtryk for, nemlig at den diskussion har vi politisk haft mange gange. Patientjournalerne er et patientsikkerhedsdokument, og det er også et juridisk dokument. Derfor skal det være meget vanskeligt at slette ting, medmindre der direkte er skrevet noget ind, som er helt forkert. Det har vi også i 2018 har haft politiske drøftelser om. Tak.

Kl. 15:15

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Der er et par spørgsmål. Fru Trine Torp.

Kl. 15:15

**Trine Torp (SF):**

Bare lige for at tage det sidste først: Det, der jo faktisk står i beslutningsforslaget, er, at vi ønsker at give borgerne en ret til at få en raskmelding på en psykiatrisk diagnose, og det, der står omme i bemærkningerne, er en konstatering af, hvordan det er i dag. Det kan selvfølgelig skabe noget forvirring, men når vi vedtager beslutningsforslag, er det jo sådan set beslutningsforslagets tekst, der er det essentielle og ikke lige, om det er formuleret helt skarpt i bemærkningerne.

Jeg bliver faktisk bare lidt i tvivl, for jeg havde forstået det sådan ud fra de senere dages debat, at i hvert fald fru Pernille Rosenkrantz-Theil havde været ude at sige, at Socialdemokratiet støttede forslaget. Så jeg vil bare høre ordføreren: Hvad skal der egentlig til, for at Socialdemokratiet kan støtte forslaget?

Kl. 15:15

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Ordføreren.

Kl. 15:15

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Jeg synes i og for sig, at vi allerede med de tre kvarters eller den times debat, vi har haft om det her forslag – jeg tolker det i hvert fald sådan – er længere i den politiske proces end det, der faktisk lægges op til i beslutningsforslaget. Med hensyn til det med at kunne lave en raskmelding synes jeg faktisk, at vi har fået den juridiske redegørelse for, om man bruger raskmeldingsprincipper i journalsammenhæng, og det gør man ikke. Man gør det heller ikke i forhold til diagnosekoder. Så vi skal jo sørge for at lave noget, der passer ind i de systemer, vi har, sådan at de kommer til at spille sammen, så vi ikke skaber ny forvirring for patienterne.

Jeg mener, at SF's beslutningsforslag her virkelig lægger godt op til, at vi bliver nødt til at kunne give psykiatriske patienter, altså mennesker, som tidligere har været psykiatriske patienter, men som nu er raske, en mulighed for at have et dokument, så de kan sige: Det skal ikke have konsekvenser for mig i nogen sammenhænge, at jeg for 5 eller 10 eller 15 år siden har haft en diagnose. Det er den socialdemokratiske holdning. Og når jeg siger, at vi bliver nødt til at arbejde mere bredt med det, er det, fordi jeg mener, at vi på den måde vil kunne opnå flere ting end blot det at indføre en raskmeldingsmulighed.

Kl. 15:17

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Fru Trine Torp.

Kl. 15:17

**Trine Torp (SF):**

Jeg vil rigtig gerne gøre rigtig meget mere på det her område, så jeg hilser alle de andre initiativer velkommen. Men med hensyn til det argument om, at det gør man ikke i forvejen, vil jeg spørge: Er vi som politikere ikke sat i verden for at forandre ting, som helt åben-

lyst ikke fungerer? Altså, når vi har en praksis i sundhedssystemet, som i hvert fald for den her gruppe borgere helt åbenlyst spænder ben for deres livsmuligheder, er Socialdemokratiet da et parti, som bare ønsker at bevare systemet, eller har man faktisk lyst til at forandre det, der ikke virker?

Kl. 15:17

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Ordføreren.

Kl. 15:17

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Jeg forstår faktisk slet ikke, at fru Trine Torp kan tolke mine ord på den måde, at vi vil bevare. Jeg synes, at jeg i næsten ekstrem grad står og siger, at vi lige nøjagtig er åbne for at forandre her. Jeg er kommet med et konkret forslag, som det egentlig undrer mig at man ikke gør brug af, og det er, at helbredsattesten fra den praktiserende læge måske kunne være et dokument, der kunne bruges i mange forskellige sammenhænge, og hvori der kunne skrives – for også at bruge ministerens og Sundhedsstyrelsens retorik: Der er ingen sygdomstegn her. Sådan kan man også få skabt en mulighed for, at praktiserende læger kan lave det fra den ene dag til den anden. Så ligger det lagret et sted i journalen. For man kan jo sige, og det samme har jeg også, godt nok kun med et halvt øre, hørt nogle psykiatere sige i debatten på P1: Skal man kunne komme ind i et ambulatorium og få lavet sådan nogle raskmeldinger, eller hvordan skal man gøre det? Her mener jeg, at vi skal prøve at lave et setup, som en gang for alle giver en konstruktiv og let ramme for dem, der tidligere har været psykisk syge.

Kl. 15:18

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Fru Anne Marie Geisler Andersen.

Kl. 15:18

**Anne Marie Geisler Andersen (RV):**

Jeg vil gerne følge op, for jeg havde personligt også lidt svært ved at blive klog på, hvad det var, der sådan konkret gjorde, at man ikke kunne støtte forslaget, som det ligger. Hr. Flemming Møller Mortensen kommer ind på, at det så handler om det her med, at man ikke ønsker at slette oplysninger fra journalerne. Det støtter vi i Radikale Venstre heller ikke at man skal. Men det læser vi heller ikke ud af forslaget. Selvfølgelig skal det fremgå, hvis du tidligere har haft en eller anden lidelse, ligesom det gør inden for somatikken, så lægerne kan tage højde for historien. Men det er jo noget andet. Man kan jo godt skrive, at du ikke længere opfylder diagnosekriterierne eller har diagnosen, selv om det stadig fremgår, at du har haft en lidelse. Vi læser det ikke sådan, at der ligger det i forslaget. For det andet er der det her med at bruge ordet rask eller raskmelding. Altså, jeg læser heller ikke, at der nødvendigvis skal stå »rask« i journalen. Vi kan jo diskutere, hvordan man gør det.

Men er det rigtigt forstået, at hvis man kan komme ud over de to ting – altså at det ikke skal forstås så konkret – så kan Socialdemokratiet godt være med på det? Eller er der andre ting, som også står i vejen?

Kl. 15:19

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Ordføreren.

Kl. 15:19

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Jeg vil gerne tydeliggøre det. Jeg sagde det også i min ordførertale – eller i hvert fald i besvarelsen. Vi mener, at der skal en grundigere drøftelse til af hele det her komplekse område, forud for at man laver

politiske beslutninger på området. Tidsplanen er også et problem; det ved jeg garanteret var det samme, som blev givet som årsag ved det foregående beslutningsforslag. Men det er, fordi vi mener, at der skal en bred, grundig drøftelse til, og den er faktisk allerede sat i gang politisk nu. Og det hilser jeg utrolig meget velkommen.

Kl. 15:20

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Fru Anne Marie Geisler Andersen.

Kl. 15:20

**Anne Marie Geisler Andersen (RV):**

Jeg er også meget positiv over for det, ministeren foreslår. Men så vidt jeg har forstået beslutningsforslaget, er hensigten jo netop, at man sætter gang i et arbejde; man har som folketingsmedlem ikke muligheden for at lave alt det lovforberedende arbejde, som et ministerie har. Så det er jo netop det, vi skal have sat i gang. Og det er bare derfor, jeg spørger. Man kan jo lave et ændringsforslag til beslutningsforslaget, og man kan lave et betækningsbidrag.

Hvis nu man kunne komme uden om de der knaster med, om man skal bruge ordet rask, eller om man skal slette oplysninger, kunne Socialdemokratiet så se sig i det, som det ligger?

Kl. 15:20

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Ordføreren.

Kl. 15:20

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Jeg har givet tydeligt udtryk for, at det her skal vi have ændret og der skal laves muligheder på det her område, sådan at man på en eller anden måde kan få sat en streg over noget, der kan kompromittere en i ens liv.

Men der står i beslutningsforslaget her, at man pålægger regeringen senest den 1. april 2019 at indføre en ret for borgeren til at få en raskmelding i forhold til en psykiatrisk diagnose. Det står jo tydeligt, og det er også derfor, jeg siger, at vi i hvert fald har en udfordring i forhold til det tidsmæssige, fordi det hastværk slet ikke tjener den her sag til ære.

Kl. 15:21

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Så siger vi tak til ordføreren og går videre i rækken af ordførere. Den næste er fru Liselott Blixt, Dansk Folkeparti. Værsgo.

Kl. 15:21

(Ordfører)

**Liselott Blixt (DF):**

Tak. Jeg vil starte med at takke Socialistisk Folkeparti for forslaget, som jeg støtter intentionerne i. Men der er også nogle ting i det, som jeg godt ville have haft var mere klare. Jeg mener også, at det her med, at man får en diagnose, måske som barn eller ung og skal gå med den resten af livet – den står i ens journal – bør vi ændre. Vi har jo lige haft et lovforslag om sundhedsdata her tidligere på dagen – det er efterhånden nogle timer siden – hvor vi talte meget om, hvad det er for data, der skal deles, og hvor de data går hen, i forhold til hvor man er henne i livet.

Jeg kender til flere eksempler, hvor det måske er ressourcestærke forældre. Lad os sige, at en pilot får en knægt, der gerne vil være pilot – eller også er det faren, der gerne vil have, at sønnen tager det samme arbejde som ham selv – og han ved jo godt, hvad der vil ske, hvis der kommer til at stå en psykiatrisk diagnose i journalen. For så kan man ikke blive pilot, og det vil sige, at nogle af dem, der er ressourcestærke, jo ikke går til det offentlige og får den her diagnose. Så jeg mener også, vi har en falsk tryghed, hvis vi tror, det er det

vigtigste, at man får synliggjort de her ting. Jeg mener, at vi bliver nødt til at se mere konstruktivt og fagligt på det. I første omgang, da jeg læste selve beslutningsforslaget, var det jo noget, jeg støttede hundrede procent, men jeg vil også sige, at man fra nogle fagpersoner, altså nogle psykiatere, har været ude og er kommet med forskellige input, som gør, at jeg mener, at det her også kræver noget mere. Jeg kunne godt tænke mig, at vi havde et ekspertmøde eller en høring om, hvordan man kan gøre de her ting.

Noget af det, jeg kunne se at der kunne være fremtid i, er, at man i vores it-journaler, når der er gået en rum tid, kan få lukket nogle journalnotater ned, så de ikke dukker op. Lad os sige, at en 13-14-årig har fået en eller flere psykiatriske diagnoser; i dag er det jo sådan, at mange først får én diagnose, så får de en anden, og så laves den om til en tredje, alt efter hvem det er, de besøger, men det er på grund af forskellige begivenheder i livet og påvirkninger, som klinger af, og som de så ikke mærker noget til 10-15 år efter. Skal der så stadig væk stå de diagnoser, når du åbner journalen? Der mener jeg, at man burde kunne lukke det af, sådan at det ikke popper op.

Man kan gøre det i forbindelse med mange andre ting i forhold til vores journaler, og nogle af de ting kunne jeg godt tænke mig at vi får arbejdet med og får kigget på, i forhold til hvad der er muligt. For der er andre ordførere, der har sagt det her med at slette det, og vi går jo ikke ind for, at man sletter i journalen, medmindre det er fejlagtige oplysninger, og der ved jeg, at ministeriet har gang i et arbejde. For den sag har vi haft oppe tidligere i Folketinget, altså at står der noget fejlagtigt, skal det kunne slettes. Noget, der er sket, skal jo ikke slettes, men derfor kan man – kan vi sige – godt låse det, kapsle det inde, til senere brug, hvis der er brug for det på et eller andet tidspunkt. Det er nogle af de ting jeg godt kunne tænke mig at få kigget på.

Når det så er sagt, bliver vi også nødt til at kigge på den stigmatisering, som vi ser. Vi har gjort rigtig meget ud af det de seneste par år, men det er altså bare ikke nok. For hvorfor er det, man skal diskrimineres, fordi man har en psykiatrisk diagnose? Det mener jeg også vi skal se på, i forhold til at man får lavet nogle regler om, at man ikke må diskriminere folk, fordi de har haft en psykiatrisk diagnose.

Så jeg mener, der er en to-tre ting, vi skal have kigget på, men jeg bakker fuldstændig op om, at vi skal have gjort noget. Så hvis vi kan arbejde videre med det på en eller anden måde i udvalgsbehandlingen og få lavet nogle aftaler om, hvad der skal til, vil Dansk Folkeparti godt være med til at se på, hvordan vi kan komme videre.

Kl. 15:26

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Tak. Fru Trine Torp.

Kl. 15:26

**Trine Torp (SF):**

Der er rigtig mange ting, man kan gøre for at afstigmatisere, og det vil jeg rigtig gerne være med til, og det vil SF rigtig gerne være med til. Det, forslaget her handler om, er, om man vil give folk en ret til at blive erklæret raske, og så kan man kalde det noget andet end rask, men i hvert fald noget, som gør, at de mennesker, som oplever den her forskelsbehandling helt konkret derude – de sidste par dage er jeg blevet bombarderet med eksempler, og det er det ene horrible eksempel efter det andet – har noget, de kan vise, så de kan sige: Prøv at høre engang, det, I bygger jeres beslutning på, holder ikke. Vil Dansk Folkeparti være med til at støtte et beslutningsforslag, som indeholder sådan en ret til at blive erklæret rask?

Kl. 15:27

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Ordføreren.

Kl. 15:27

**Liselott Blixt (DF):**

Fru Trine Torp modsiger sig selv, for Trine Torp siger først, at det ikke handler om at blive rask, og alligevel står der »rask« i beslutningsforslaget. Vi støtter det jo, men ikke, som det decideret står, for der står noget om sletning i bemærkningerne, og bemærkningerne er en del af forslaget, uanset at man siger, at det ikke *er* forslaget. Der står »raskmeldt« i det, selv om der er psykiatere, der siger, at man ikke kan blive raskmeldt. Fru Trine Torp siger også: Kan vi finde et andet ord for det? Ja, men hvis man laver beslutningsforslaget om og piller det ud, er det bare ikke det beslutningsforslag.

Men som jeg sagde i min ordførertale: Vi vil gerne arbejde for, at vi kan få beslutningsforslaget til at virke. Det ser bare svært ud med de ord, der er lagt ind i teksten.

Kl. 15:27

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Fru Trine Torp.

Kl. 15:27

**Trine Torp (SF):**

Nu kan man jo mange ting med et beslutningsforslag. Man kan stille ændringsforslag til det, og man kan lave betækningsbidrag til det. Så hvad skal der til, for at Dansk Folkeparti ligesom kan sige: Okay, nu har vi lavet et ændringsforslag eller et betækningsbidrag, som gør, at vi nu kan stemme for det?

Kl. 15:28

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Ordføreren.

Kl. 15:28

**Liselott Blixt (DF):**

Som jeg sagde i min ordførertale, kunne jeg godt tænke mig at få nogle faglige ekspertiser ind, få en eksperthøring i udvalget, og så se, hvad vi kunne ændre i forslaget, så det kan komme igennem med det, der kunne være realistisk.

Kl. 15:28

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Så siger vi tak til ordføreren og går videre i rækken, og den næste er fru Jane Heitmann, Venstre. Værsgo.

Kl. 15:28

(Ordfører)

**Jane Heitmann (V):**

Først og fremmest tak til Socialistisk Folkeparti for at have fremsat beslutningsforslaget om retten til at blive erklæret rask for ens psykiatriske diagnose – og om muligheden for at slette oplysninger i patientjournaler, for jeg bliver nødt til at sige, at sådan har jeg også forstået beslutningsforslaget, og jeg kan forstå, at det er der også andre ordførere der har, men at det ikke er det, der er SF's intention. Jeg vil nu alligevel tillade mig at kommentere på det senere.

Der er ingen tvivl om, at der er mennesker, der har eller har haft en psykiatrisk diagnose, som føler sig stigmatiseret eller negativt forskelsbehandlet, f.eks. i relation til fornyelse af kørekort, adoption eller muligheden for at blive plejefamilie. Vi har i Venstre stor forståelse for den frustration, som det måtte give, når man føler, at retssikkerheden sættes under pres, eller hvis en diagnose eller indskrænkninger i borgerrettigheder kobles uretmæssigt sammen. Derfor vil jeg gerne indledningsvis tilkendegive, at vi fra Venstres side er positive over for at finde løsninger, og vi har bestemt sympati for forslaget. Der er flere grunde til, at vi ikke umiddelbart støtter forslaget i sin nuværende form, og det vender jeg tilbage til om lidt, ligesom jeg vender tilbage til, hvilke løsningsmuligheder vi fra Venstres

side umiddelbart kunne se os selv i. Problemstillingen er relevant, og der er brug for handling. Det vil jeg gerne understrege.

En patientjournal er først og fremmest et arbejdsredskab for sundhedspersonalet og et vigtigt dokument ved f.eks. klage- og erstatningssager. Det er derfor afgørende, at der som udgangspunkt ikke kan rettes, slettes eller ændres i journalen, for det giver både tryghed for patienter og behandlere. Set fra min stol giver det derfor heller ikke mening at sætte patientsikkerheden over styr ved at tillade, at man kan rette eller ændre, andet end ved fejlbehandlinger og fejl-diagnoser.

SF ønsker at sidestille somatik og psykiatri. Det ønske har vi også i Venstre. Det er jo bl.a. derfor, vi har sikret samme rettigheder ved f.eks. udredning i somatik og psykiatri. Men uanset om man arbejder med patienter i somatikken eller psykiatrien, er det afgørende, at ens diagnose og behandling fremgår af journalen. Man kunne jo få tilbagefald eller komplikationer, uanset hvor man er patient eller hvad man fejler. Har man fået en akut psykose eller angst, eller lider man af Aspergers, skal det fremgå af journalen, ligesom det skal fremgå af journalen, hvis man er opereret for blindtarmsbetændelse, har haft en brækket arm eller har problemer med bækkenbunden.

SF ønsker, at man i psykiatrien skal kunne opnå en raskmelding, som man kalder det, inden for en given tidsfrist eller periode, hvor man er symptomfri. At indføre sådan en term vil være en nyskabelse, for begrebet raskmelding anvendes hverken i psykiatrien eller somatikken, uanset om man har haft en psykose eller en pneumokokinfektion. Psykisk sygdom er individuelt, og personers bedring og risiko for tilbagefald afhænger af mange faktorer, og det gør det svært, hvis ikke umuligt, sådan pr. lov at bestemme en tidsfrist. Mennesket selv, sygdomshistorikken og faktorer i den enkeltes miljø er nogle af de faktorer, der spiller ind. Derimod kan man blive erklæret symptomfri både i psykiatrien og somatikken. Og det giver god mening.

Men selv om vi har gode redskaber i dag, både med hensyn til journaler og begreber, så løser det jo ikke problemstillingen. Og vi ønsker i Venstre, at man fremadrettet arbejder mere systematisk med afstigmatisering og kulturændringer, så vi undgår negativ forskelsbehandling på grund af en psykiatrisk diagnose i en sygejournal. Vi ser gerne, at man med afstigmatiseringsarbejdet tager et kig på nogle af de lande, som vi normalt sammenligner os med, for herigennem at hente inspiration til en tværgående indsats, så f.eks. sagsbehandlere i både staten, regionerne og kommunerne kan blive bedre klædt på.

Som jeg nævnte indledningsvis, er problemstillingen relevant, og vi tager gerne del i drøftelser i forhold til løsningsmuligheder. Det kan enten være i en beretning, som nogle har foreslået, det kan være ved drøftelser hos sundhedsministeren, og det kan også være, som Dansk Folkepartis ordfører netop har foreslået, ved at vi sammen planlægger en høring i regi af Sundheds- og Ældreudvalget og bliver klogere på problemstillingerne. Det deltager vi også gerne i fra Venstres side. Vi anerkender fuldt ud, at der er en reel problemstilling, og at der er et behov for at se på løsninger.

Kl. 15:33

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak til ordføreren. Og den næste ordfører i rækken er hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten. Værsgo.

Kl. 15:33

(Ordfører)

**Peder Hvelplund (EL):**

Tak for det. Først og fremmest skal der lyde en stor tak til SF for at fremsætte beslutningsforslaget og dermed rejse den her problemstilling. For det er fuldstændig afgørende at få gjort op med den stigmatisering, som borgere med en psykisk lidelse oplever – forestillingen om, at en psykisk lidelse er en kronisk lidelse, som man altid er bærer af.



Virkeligheden i dag viser os heldigvis, at rigtig mange borgere kommer sig efter en psykisk lidelse. Det er derfor også helt urimeligt, at borgere oplever begrænsninger i deres rettigheder, som følge af at de på et tidspunkt har haft en diagnose efter at have været i kontakt med sundhedsvæsenet. Som SF helt rigtigt peger på i beslutningsforslaget, kan det have konsekvenser i mange aspekter i forhold til uddannelsesmuligheder, i forhold til forsikrings spørgsmål, civilretlige muligheder osv. – forhold, hvor der foregår en helt åbenbar diskrimination af mennesker, der har haft en psykisk lidelse. For hvorfor skulle risikoen være større for en borger, der tidligere har været diagnosticeret, end hos en, der ikke har, alene af den grund, at man tidligere har haft en psykisk lidelse? Det kan også frygtes, at nogle borgere afholder sig fra at søge behandling, simpelt hen fordi de ikke tør løbe den risiko, at det bliver registreret, og at det derfor kan få betydning for deres muligheder i fremtiden.

For Enhedslisten er det helt indlysende, at det bør være et grundlæggende princip, at man ikke forskelsbehandler alene på grund af en diagnose. Det må altid bero på en konkret, individuel vurdering, både i forhold til hvilken diagnose det handler om, men også i forhold til hvilken relevans det har i forhold til det, man skal. Og det gælder sådan set, uanset om det gør sig gældende på det psykiatriske eller på det somatiske område.

Vi har dog også nogle bekymringer i forhold til forslaget, som det er formuleret her. Jeg synes netop, det bærende princip bør være, at der ikke sker en forskelsbehandling alene med baggrund i en diagnose, og at der foretages en konkret, individuel vurdering. Som nogle af de foregående ordførere har været inde på, kan der være tvivl om, hvordan forslaget stiller borgere, som er velbehandlede, eller som har lært at mestre eget liv på trods af en psykisk lidelse. De vil ikke nødvendigvis kunne erklæres raske, selv om de reelt set er symptomfri. Jeg synes, det er værd at overveje, om det kan føre til en yderligere stigmatisering af dem, der ikke er erklæret raske. Det skulle jo helst ikke være sådan, at hvis man ikke er erklæret rask, så er man syg.

I samme sammenhæng synes jeg også man bør overveje, hvordan man undgår, at forslaget kommer til at ramme socialt skævt. Der kan ligge en risiko i, at det kun bliver de ressourcestærke, der har overskud til at kunne benytte sig af muligheden for at blive erklæret rask – de, der har overskuddet og ressourcerne til det og til at kunne argumentere for det. Derfor vil vi også i Enhedslisten umiddelbart være større tilhængere af en model, der baserer sig på princippet om, at der ikke sker forskelsbehandling alene med baggrund i en diagnose, og at der foretages en konkret, individuel vurdering. Det ændrer dog ikke på, at vi godt kan støtte SF's beslutningsforslag, fordi det helt klart gør op med forestillingen om, at en psykisk lidelse er kronisk, og fordi det sikrer nogle helt elementære rettigheder for borgere, der har været ramt af en psykisk lidelse. Derfor kan Enhedslisten godt støtte forslaget.

Kl. 15:36

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak til ordføreren. Den næste ordfører i rækken er fru May-Britt Katstrup, Liberal Alliance. Værsgo.

Kl. 15:36

(Ordfører)

**May-Britt Katstrup (LA):**

Tak. Indledningsvis vil jeg sige, at jeg synes, at det her beslutningsforslag er meget sympatisk, da det omhandler en endnu uløst problemstilling, herunder hensynet til livet efter endt sygdom, og det er en meget relevant og vigtig problemstilling.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at mange ikke er kronisk syge, selv om de har haft en psykisk sygdom. Jeg mener dog også, at hensynet til, hvornår man ikke længere er syg og dermed er rask, er helt essentiel for denne problemstilling og dermed også for det her

beslutningsforslag. Her bemærker jeg, at Sundhedsstyrelsen oplyser, at det ikke inden for en rimelig grad af sikkerhed vil være muligt at fastsætte tidsperioder uden sygdom, hvorefter en person kan erklæres som rask og dermed helbredt for sin psykiske lidelse, herunder også, at det ikke er muligt at give garanti for, at der ikke vil kunne forekomme tilbagefald. Det er heller ikke muligt at sige noget om, hvornår eventuelt tilbagefald kan forekomme. Det giver forslagsstillerens ønske om en ret til at få en raskmelding så essentielle udfordringer, at Liberal Alliance ikke kan støtte beslutningsforslaget.

Men jeg er fuldstændig enig i, at vi skal gøre en indsats for at fjerne eller minimere stigmatisering af mennesker med psykiske lidelser, og derfor har vi og regeringen udarbejdet et alternativt forslag for at styrke afstigmatisering af mennesker med psykiske lidelser blandt både sundhedspersonale og sagsbehandlere og i både privat regi, kommuner, regioner og stat.

Regeringens forslag består af tre punkter. Først skal der være en afdækningsfase, hvor problemets omfang afdækkes og beskrives nærmere. Derefter er der en fase med forslag til ændring af praksis for, hvor der på baggrund af afdækningen af problemerne forsøges at finde løsninger og forslag til afstigmatisering, bl.a. med inspiration fra andre sammenlignelige lande. Den tredje fase er en afsluttende implementeringsfase, hvor der arbejdes på at forankre de nye tiltag både lokalt og i og uden for sundhedsvæsenet.

Jeg vil gerne over for SF kvittere for det her beslutningsforslag, som altså har sat ekstra fokus på en relevant problemstilling og af født det her konkrete initiativ.

Kl. 15:39

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak. Der er nogle spørgsmål. Fru Trine Torp.

Kl. 15:39

**Trine Torp (SF):**

Tak for det. Jeg hæftede mig lige ved den væsentlige begrundelse for, at Liberal Alliance ikke kan støtte det, nemlig det med, at man ikke kan få nogen garanti for tilbagefald. Det er jo i virkeligheden en ret afgørende udmelding at komme med. For noget af det, der er helt bærende i vores recoverytænkning i psykiatrien, er jo faktisk, at mennesker skal bevare håbet om, at de kan blive raske. Og derfor er sådan en udmelding måske en af dem, som gør allermost ondt på nogle af dem, der bliver ramt, nemlig: Du får aldrig en garanti for tilbagefald. Men jeg vil bare lige spørge ordføreren: Kan ordføreren stille en garanti for, at ordføreren eller jeg ikke bliver ramt af en psykisk lidelse?

Kl. 15:40

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Ordføreren.

Kl. 15:40

**May-Britt Katstrup (LA):**

Nej, det er der vel ingen der kan. Og det er da rigtigt, at det er meget kedeligt, at vi ikke kan give en garanti for, at man ikke får et tilbagefald. Men det kan man altså ikke, og det kan jeg jo ikke lave om på. Sådan er det. Men det betyder jo ikke, at man skal fjerne håbet om at blive rask eller fjerne håbet om at komme tilbage til en god hverdag og tilbage til det normale liv. Det skal vi jo støtte og hjælpe alt det, vi kan. Og det skal man da bevare håbet om og indsatsen for. Det er da helt sikkert. Men jeg kan heller ikke give en garanti for, at jeg ikke kan blive syg – nej, og det kan man jo heller aldrig give en garanti for. Sandsynligheden for et tilbagefald viser sig bare rent statistisk at være større, hvis man en gang har haft en psykisk sygdom, end hvis man aldrig har haft den. Og det er jo bare desværre de kedelige, faktuelle ting, som jeg ikke kan ændre på.

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):  
Fru Trine Torp.

**Trine Torp** (SF):

Hr. Peder Hvelplund talte faktisk i sin ordførertale om noget af det, som også er en af mine bekymringer, og som jeg også hører rigtig mange steder fra. Så sent som i dag var der en, der skrev til mig, at hendes datter havde angstsymptomer, men hun ville ikke til lægen, fordi hun var nervøs for, hvilke konsekvenser det kunne få for hende senere. Det er jo faktisk en del af pointen her. Ordføreren siger: Nej, vi kan ikke stille nogen garantier. Men hvorfor er det så i orden, at ordføreren og jeg har muligheder, som nogle andre, som der heller ikke kan stilles garanti for, ikke har? Nu er det lidt unfair at stå og bede om dokumentation for de her statistikker, men jeg vil gerne se de statistikker, hvor man kan sige, at nogle, der gennem længere tid ikke har haft symptomer, og hvor lægerne vurderer, at de er i fuld remission, skulle have større risiko for tilbagefald.

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):  
Ordføreren.

**May-Britt Katstrup** (LA):

Altså, jeg har et papir her, en analyse, der siger, at hvis man har haft en depression, er der 50 pct. risiko for at få en ny depression. Men man kan ikke sige noget om, hvornår den eventuelt kommer. Og hvis man har haft to depressioner, er risikoen omkring 70 pct., og ved tre depressioner er der hele 80 pct. risiko for, at man får en depression igen. Og for mennesker med skizofreni, vil ca. 20 pct. af patienterne blive helt raske og leve uden behov for medicinsk behandling, men der er stadig væk nogle, der har risiko for tilbagefald, og som har risiko for fortsat at skulle have behandling. Så det er ligesom nogle kedelige facts, som vi bare ikke kan lave om på.

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):  
Fru Anne Marie Geisler Andersen.

**Anne Marie Geisler Andersen** (RV):

Men skal man så bare skære alle over en kam, fordi nogle har en større risiko for tilbagefald? Jeg mener, på baggrund af en konkret vurdering kan man måske ikke give en garanti for, at man aldrig får tilbagefald, men man kan vurdere, om risikoen er øget i forhold til at få tilbagefald sammenholdt med andre. For som der også bliver sagt: Man kan jo ikke garantere, at mennesker, der ikke har været ramt af f.eks. depressioner, aldrig nogen sinde får en depression i deres liv. Så hvis risikoen hos mennesker, der har haft en depression, ikke er større, end den er hos mennesker, der ikke har haft depression, hvorfor skal de så ikke ligestilles?

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):  
Ordføreren.

**May-Britt Katstrup** (LA):

Men det er den jo netop. Det er jo det, jeg lige har sagt. Alle de her tal, jeg lige har sagt, betyder netop, at risikoen for mennesker, der har haft en depression, er meget større end for mennesker, der ikke har haft det. Det er en ting. Men i forbindelse med, hvad ordføreren spørger om: Nej, man skal ikke bare udelukke alle mennesker og be-

Kl. 15:41 handle alle mennesker generelt over en kam, bestemt ikke, og det er derfor, at de initiativer, som nu bliver sat i gang, skal afdække, hvor store problemerne er, og hvordan vi kan tackle dem, hvad vi kan gøre ved dem.

Kl. 15:41 Der skal også indhentes erfaringer fra udlandet. Hvad gør man der, hvad siger statistikkerne der, og hvilke tiltag kan man tage der for at hjælpe mennesker. For det er vigtigt, at man ikke bare generaliserer og siger, at fordi man har haft en psykisk sygdom, så er man udelukket. Det er enormt vigtigt, at vi gør alt, hvad vi kan, for at hjælpe, og der er da heldigvis rigtig mange, som kommer tilbage til en normal hverdag og et arbejde og fungerer fuldstændig normalt, også i familien og socialt. Det er da noget, vi skal understøtte og hjælpe, og jo flere jo bedre. For dem, som ikke kan, må vi så se, hvad vi kan gøre for dem. Allervigtigst er det, at vi afstigmatiserer hele problematikken, både i sundhedsvæsenet uden for sundhedsvæsenet.

Kl. 15:45

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):  
Fru Anne Marie Geisler Andersen.

Kl. 15:45

**Anne Marie Geisler Andersen** (RV):

Jeg kender godt statistikkerne. Jeg læste dem selv, da jeg blev ramt for første gang, og det var ikke særlig behagelig læsning, men der er forskel på statistikker og på en individuel konkret vurdering. Jeg vil vove den påstand, at nogle mennesker, der har haft en depression, måske faktisk er bedre stillet i forhold til at undgå tilbagefald, særlig hvis de får den rette behandling, og det er derfor, at vi ikke skal have et system, der er skruet sådan sammen, at nogle mennesker faktisk ikke vil søge den behandling, fordi de er bange for at blive stempet for livet. For når man tidligere har været ramt, så kender man de tidlige symptomer, og man kan leve på en måde, så man kan forebygge tilbagefald. Derfor synes jeg ikke, at vi kan bygge det hele på statistikker. Der skal laves en konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde.

Kl. 15:45

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):  
Ordføreren.

Kl. 15:45

**May-Britt Katstrup** (LA):

Det er jeg helt enig i, fuldstændig. Det gælder alt. Det skal altid være en individuel faglig vurdering, og som jeg også sagde før, skal man aldrig generalisere, og alle skal have en chance. Det vigtigste er da helt klart, at man går ind og laver en individuel faglig vurdering, bestemt.

Kl. 15:45

**Den fg. formand** (Bent Bøgsted):

Så siger vi tak til ordføreren og går videre i ordførerrækken, og den næste ordfører er fru Pernille Schnoor, Alternativet. Værsgo.

Kl. 15:46

(Ordfører)

**Pernille Schnoor** (ALT):

Tak for det. Og tak til SF for at fremsætte det her vigtige forslag. Og hvorfor er det vigtigt? Hvorfor er det vigtigt at kunne blive erklæret rask, når man har fået en psykiatrisk diagnose? Det er selvfølgelig vigtigt, fordi psykisk sygdom ikke skal blive et livstidsstempel, der begrænser psykisk sårbare i at få de samme muligheder i form af job, uddannelse osv. Mere end en kvart million danskere havde i 2018 en psykisk diagnose – mere end en kvart million. Mere specifikt drejer det sig om 242.100 voksne, som havde en psykisk diagno-

se i 2018. Det er det sidste tal, der er kommet for et par dage siden i KL's nyhedsbrev Momentum.

En kvart million danskere havde en diagnose. Jeg har selv en fortid i en kommunalbestyrelse, og jeg ved, hvordan diagnoser desværre i visse tilfælde bliver misbrugt. De bliver brugt i nogle helt forkerte sammenhænge til at vurdere nogle bestemte ting – noget, der udløser noget; det kan udløse støtte til et barn, men det kan også modsat udløse noget negativt. Vi har i mange, mange år snakket om, at der har været en diagnoseinflation, og det er jo ikke, fordi de her mennesker ikke nødvendigvis har en diagnose, men det er, fordi det er blevet mere og mere vigtigt, at man får det her stempel på, om man fejler et eller andet, fordi man skal kunne vise det for at få lov til f.eks. at få den hjælp, som man har brug for.

I en artikel, som jeg har læst tallet i, og som er fra TV 2, siger Joy Mogensen, der er formand for KL's socialudvalg, og jeg citerer: Det mest skræmmende er, hvis diagnosen pludselig overtager ens liv og definerer alting. Og det er jo lige præcis det, hele den her debat i dag har gået på – det er jo, hvis ens diagnose definerer alting, ikke bare lige nu og her, men faktisk resten af ens liv. Det er jo frygteligt.

Jeg vil gerne bruge min taletid på at give et konkret eksempel, som handler om en 31-årig mand, der hedder Mads – og man kan læse om det på Psykiatrifondens hjemmeside, hvor jeg har fundet hans historie. Han læser nu psykologi på Aarhus Universitet. Da han var helt ung, fra han var omkring 16 år, oplevede han symptomer på skizofreni og blev indlagt et par gange. Og det hele foregik, fra han var 16 år, til han var 22 år. Han blev som sagt indlagt, men på et tidspunkt begyndte han at løbe og dyrke motion, og så fik han det meget bedre, og han fik en slags raskmelding – ikke officielt, men han fik en melding om, at han var rask.

Han havde en meget stor drøm om at blive pilot. Men der skete så det, at han tog alle de her flyvetimer, et radiocertifikat og teori-prøver, men han manglede ti soloflyvetimer, og pludselig opdagede han, at Trafikstyrelsen havde en paragraf, som siger, at hvis man har en baggrund med psykisk sygdom, er man for altid udelukket fra at blive pilot. Der må være sket en fejl, tænkte han, men det var der ikke. Og så begyndte han på den her lange kamp, som så ikke førte til, at han blev pilot, men at han nu læser psykologi på Aarhus Universitet. Han siger selv: Samfundet bør acceptere, at jeg er rask, og ikke sætte grænser op for mig.

Det er jo et helt konkret eksempel på, hvordan man for hele livet kan få et stempel på ryggen, der siger, at man måske engang som 16-, 18- 20-årig har haft nogle symptomer på en psykisk lidelse, som man har fået behandling for, og som man er kommet sig over, men som vil begrænse en resten af ens liv. Det er virkelig, virkelig trist og uheldsmæssigt, og ud fra et menneskeligt synspunkt er det jo forfærdeligt. Så fra Alternativets side vil jeg sige, at vi selvfølgelig støtter det her forslag, som SF har fremsat.

Kl. 15:50

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak til ordføreren. Og så er det fru Anne Marie Geisler Andersen, Det Radikale Venstre, som ordfører. Værsgo.

Kl. 15:50

(Ordfører)

**Anne Marie Geisler Andersen (RV):**

Var du kommet i dag, havde du ikke fået diagnosen, for du lever ikke op til diagnosekriterierne. Men du kan alligevel ikke komme af med diagnosen. Omtrent sådan sagde en psykiater, da jeg i 2015 insisterede på en revurdering af min adhd-diagnose. Jeg har også mødt Mads, som har været nævnt, der også kæmper for at blive erklæret rask. Mads drømmer om at blive pilot; i stedet for er han blevet foredragsholder. Han fortæller nemlig om, hvordan hans skizofrenidiagnose afholder ham fra at blive lige netop pilot. For selv om Mads har kæmpet sig rask, forfølger diagnosen ham.

I Radikale Venstre bakker vi helhjertet op om muligheden for at blive erklæret rask – også selv om vi ikke bruger lige præcis det ord i journalen – efter en psykiatrisk diagnose. Det gør vi af flere grunde, og først og fremmest fordi vi ønsker en ligestilling mellem mennesker med fysiske og psykiske lidelser. I dag er det nemlig sådan, at en tidligere psykiatrisk lidelse kan skabe hindringer for den enkeltes livsførelse på en lang række områder, også selv om man er kommet sig helt. Det gælder i forhold til at få bestemte typer af arbejde, få kørekort, blive værnepligtig, blive plejefamilie, tegne forsikring, adoptere og formentlig en hel del mere.

Vi finder det ikke rimeligt, at en tidligere psykiatrisk lidelse skal betyde, at man ikke har de samme muligheder og rettigheder som andre. Og i en tid, hvor recovery fylder mere og mere i den psykiatriske indsats, og hvor der tales meget om, at det kan lade sig gøre at komme sig, samt hvor vigtigt håbet er, så giver det ikke mening, hvis mennesker ikke også har en reel mulighed for at få lov at komme sig og for at komme videre. Og derfor bør alle have mulighed for at få revurderet deres tilstand.

Når man ikke kan slippe af med en diagnose, kan det betyde, at mange ikke får den hjælp, som de har brug for, for frykten for at blive stemplet for livet kan afholde nogle fra at søge hjælp. Og det ikke bare *kan* – det gør det. Helt konkret har jeg mødt mennesker, der ikke var i tvivl om, at de havde en psykisk lidelse, men som ikke ville søge hjælp, udelukkende af frygt for aldrig at ville kunne komme helt af med diagnosen igen. Og hvis man kender lidt til psykisk sygdom, ved man, at det ikke nødvendigvis er den bedste løsning. Jo bedre man behandler, desto bedre mulighed er der i mange tilfælde for at komme sig hurtigere og for at undgå tilbagefald.

En anden grund til at bakke op om muligheden for at blive erklæret rask er, at det vil give et mere reelt billede af udviklingen på området. For i en årrække er det desværre gået i den gale retning, f.eks. på et område som adhd, hvor flere og flere har fået en diagnose. Jeg er som nævnt en af dem. Det er 8 år siden, og dengang sad jeg herinde som ordinært folketingsmedlem. 5 år senere fik jeg så en psykiaters ord for, at jeg ikke længere lever op til diagnosekriterierne. Men alligevel kan jeg ikke få lov at komme af med diagnosen, og alligevel tæller jeg ifølge Sundhedsstyrelsen med i statistikkerne. Og når det er tilfældet, er det svært at få et retvisende billede på området, samt på om vores indsats virker.

Vi bliver jo heldigvis løbende bedre til at behandle de forskellige psykiatriske lidelser, sådan at flere forhåbentlig også i fremtiden vil få mulighed for at komme sig. Når man har en somatisk lidelse – en fysisk lidelse – og kommer i behandling, følges der som oftest op på, om behandlingen virker, og om man bliver rask. Det er i hvert fald mit indtryk. Det sker efter min bedste overbevisning ikke i samme grad inden for det psykiatriske område.

Jeg har insisteret på en revurdering af min adhd-diagnose og fik som sagt psykiaterens ord for, at jeg ikke længere opfylder diagnosekriterierne. Efterfølgende bloggede jeg lidt om det, og det udløste en del henvendelser fra mennesker, som ikke kunne få deres drømmejob – i politiet, i militæret eller et helt tredje sted – fordi de var fastlåst af en diagnose, som måske ikke længere var retvisende. De ønskede en revurdering, men de vidste ikke, hvordan de fik den.

I Radikale Venstre finder vi det hverken rimeligt eller hensigtsmæssigt, at en tidligere psykiatrisk lidelse fratager mennesker muligheden for at kunne leve det liv, de ønsker. De bør have samme muligheder og rettigheder som andre mennesker. Og derfor bakker vi op om retten til at blive erklæret rask efter en psykisk sygdom.

Kl. 15:55

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak til ordføreren. Så er det fru Brigitte Klitskov Jerkel, Konservative, som ordfører. Værsgo.

Kl. 15:55

(Ordfører)

**Brigitte Klintskov Jerkel (KF):**

Tak til SF for at rejse den her problemstilling. Jeg har stor sympati for intentionerne i forslaget, og det her er en problemstilling, som vi skal have fundet en løsning på. Vi er derfor meget åbne for at arbejde videre med en løsning, der tager højde for en uhensigtsmæssig forskelsbehandling af mennesker med en psykisk lidelse.

Der er desværre en udbredt opfattelse af, at mennesker, som har fået stillet en psykisk diagnose, har en kronisk lidelse for resten af livet. Men studier viser rent faktisk, at f.eks. mange patienter med skizofreni kommer sig fuldstændig og kan leve uden behandling eller symptomer på deres sygdom, så længe de tager deres medicin og følger den anviste behandling. Derfor skal vi have gjort noget ved den uhensigtsmæssige forskelsbehandling af mennesker med psykisk lidelse.

Vi ser frem til og bakker op om sundhedsministerens forslag om, at vi igangsætter et bredt funderet arbejde, hvor Sundheds- og Ældreministeriet arbejder på en model, der imødekommer problemstillingen, og at vi på tværs af partierne sætter os sammen og finder den rigtige løsning på problemstillingen. Vi støtter beslutningsforslagets formål og hensigt, men tror ikke, at beslutningsforslagets måde at løse problemstillingen på er den helt rigtige løsning. Derfor kan vi ikke bakke op om beslutningsforslaget her, men vi ser frem til, at vi sammen på tværs af partier kan sætte os sammen og finde den rigtige løsning på problemet.

Kl. 15:57

**Den fg. formand (Bent Bøgsted):**

Tak til ordføreren. Så er det ordfører for forslagsstillerne, fru Trine Torp, SF. Værsgo.

Kl. 15:57

(Ordfører for forslagsstillerne)

**Trine Torp (SF):**

Tak for det. Jeg vil i virkeligheden starte med at sige en hel masse tak, og så kommer de mindre glade bemærkninger bagefter. Men jeg vil faktisk gerne sige en stor tak, for den her debat er utrolig vigtig. Jeg tror, at alene det, at vi har den i dag, betyder noget derude. Det kan jeg i hvert fald mærke på de seneste dages opmærksomhed på det og de mange tilbagemeldinger, jeg har fået fra borgere, fra professionelle, fra organisationer osv., som bakker hundrede procent op om det her forslag. Og jeg tror, at vi ikke skal undervurdere, hvor stor en betydning vi som politikere har for, om holdningsændringerne sker eller ej. Og det vender jeg egentlig også lidt tilbage til i de lidt mere sure bemærkninger.

Men jeg vil i hvert fald også gerne sige tak til ministeren for sådan set at anerkende problemet og også komme med nogle rigtig gode bud på, hvordan vi arbejder videre. Jeg synes, det er rigtig godt at gennemgå området, jeg synes, det er rigtig godt at kigge på, hvor det er, vi i vores egen lovgivning og vejledning osv. skal have ryddet op i nogle helt misforståede opfattelser af, hvad psykiske lidelser er. Jeg synes, det er rigtig godt i virkeligheden også at undersøge, hvor det er derude, for som jeg sagde i et af mine spørgsmål undervejs, er det utroligt, hvad jeg får af historier. Altså, jeg kan næsten ikke tro på, at det er rigtigt. Og det siger noget om, hvor store de fordomme i virkeligheden er, når det kommer til stykket, selv om der i den brede befolkning, tror jeg, jo efterhånden ikke er en eneste, som ikke enten selv har haft det inde på livet eller har nærmeste pårørende eller venner og bekendte, som har det. Så det her er altså et folkesundhedsproblem, og i takt med at folk i højere og højere grad bliver diagnosticeret, bliver den her problemstilling ikke mindre vigtig.

Jeg vil selvfølgelig også rigtig gerne sige tak til Alternativet, til Radikale og til Enhedslisten for at støtte forslaget, også med de min-

dre forbehold, der måtte være til det, og tak til de andre partier for at tilkendegive, at de støtter intentionen, men jo alligevel ikke kan støtte forslaget, hvilket jeg jo er lidt ked af. Jeg vil stadig væk gerne, tror jeg, i udvalgsbehandlingen se, om ikke jeg kan få formuleret et betænkningssbidrag eller nogle ændringsforslag, som gør, at der trods alt alligevel kan samles et flertal om det.

Jeg vil også gerne sige tak til især De Radikales ordfører for at stå her på talerstolen og dele sin egen historie. Det er også en af de ting, der betyder noget derude for at bryde myter og tabuer, altså at der faktisk er mennesker, som tør stå frem med deres historie. Så tusind tak for det.

Så er forslaget om at lave en eksperthøring blevet nævnt, hvilket jeg faktisk synes er en god idé, også selv om man måtte stemme for forslaget. For hvis vi skulle gøre forslaget endnu bedre, er det måske netop lige præcis det, vi har brug for. For nogle af de argumenter, der har været undervejs, har handlet om teknikaliteterne, og hvilken sprogbrug man bruger. Og i et lille parti som SF sidder vi altså ikke med en stab af embedsfolk, der kan formulere tingene på den fuldstændig korrekte måde. Når vi fremsætter et beslutningsforslag, identificerer vi et problem, og så forsøger vi at lave et beslutningsforslag, der adresserer det så godt som muligt. Så selvfølgelig kan det forslag sikkert blive bedre, og det vil jeg selvfølgelig også gerne have hjælp til. Det, der til gengæld er afgørende, er, at der ikke bare går sådan noget undersøgelseshalløj i det, men at vi rent faktisk får gjort noget ved det her.

Lad os lige tage, hvad diagnoser egentlig er. Diagnoser er faktisk et rigtig nyttigt, professionelt værktøj til at beskrive en psykisk tilstand, man er i. De siger til gengæld ingenting om årsager, og de siger til gengæld heller ikke noget om prognoser. Det gør diagnosen ikke i sig selv, men den er et nyttigt arbejdsredskab, når man skal tilrettelægge en behandling, hvor man identificerer, hvad det egentlig er for en psykisk tilstand, og hvad det er, behovet er for behandling. Desværre har prognosen bare langt større magt end det; den har nemlig ikke alene stor magt i forhold til dem, der stadig væk er ramt af deres psykiske lidelse, men, som vi har drøftet i dag, den har også magt, mange, mange år efter man ikke er ramt af den længere.

Kl. 16:02

Det er det, der er problemet. For det er faktisk ikke i tråd med diagnosesystemets egen intention. Diagnosesystemet er et deskriptivt system, et beskrivende system. Det forklarer ingenting, og det giver ingen udsigter for fremtiden, og derfor er det også helt uretfærdigt, at mennesker skal lide under at have fået stillet en diagnose, som egentlig bare er et professionelt arbejdsredskab.

Derfor er det også, at jeg undervejs i debatten hele tiden har holdt fast i det der med, at selv om det er rigtigt, at man i somatikken heller ikke gør det, og det også er rigtigt, at det ikke er en del af praksis, så er jeg sat i verden som politiker for at løse de problemer, der er, også selv om det måtte betyde, at vi er nødt til at ændre praksis nogle steder, hvor man ikke har gjort det i forvejen. Og jeg tror, at det betyder noget at kunne komme med en eller anden form for erklæring, et papir, kald det, hvad I vil – jeg er sådan set faktisk ret ligeglad med det. Det, der betyder noget, er, at de mennesker, der har haft en psykisk lidelse, kan dokumentere, at de ikke har den lidelse længere. Det er det, der betyder noget. Så betyder det også noget – og det tror jeg ikke man skal underkende – at de signaler, vi sender herindefra, betyder noget for, om mennesker faktisk bevarer håbet om, at de kan komme sig oven på en psykisk lidelse. Håb er faktisk en meget, meget vigtig ingrediens for overhovedet at kunne komme sig. Så det her er ikke kun et spørgsmål om en teknisk, juridisk ting; det er faktisk ret essentielt i vores forståelse af psykiske lidelser.

Når jeg sagde, at jeg havde de der lidt sådan sure bemærkninger, er det, fordi jeg godt kan blive lidt træt. Jeg kan godt blive lidt træt, når noget er så simpelt. På Radio24syv i dag, tror jeg det var – hvor de i øvrigt gav mig Fidusbamsen for mit forslag, det er ikke hver

dag, man får det af dem, så det er jeg selvfølgelig glad for – sagde de, at det jo sådan set bare er et flueben, som viser, at man ikke længere har sin lidelse. Det er sådan set bare et flueben. Hvor svært kan det være? Og det er jo lidt sådan, jeg får det. Vi kan da også komplicere alting utrolig meget herinde med teknikaliteter og procedurer og ting, der skal undersøges, og histop og kom hened. Det her er bundretfærdigt, og folk skal have ret til at blive raske. Så tak for debatten, og jeg vil se, hvad jeg kan gøre videre med det, vi har debatteret i dag.

Kl. 16:05

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**

Så er der ikke flere, der ønsker ordet... jo, det er der. Først er det fru Anne Marie Geisler Andersen fra Radikale Venstre.

Kl. 16:05

**Anne Marie Geisler Andersen (RV):**

Tak. Jeg vil bare sige, at jeg er rigtig, rigtig glad for, at SF vil søge at samle opbakning bag et betækningsbidrag, for den her sag er simpelt hen for vigtig til ikke at søge og finde det, der forener, i stedet for at fokusere på det, der skiller. Det arbejde tror jeg godt jeg kan love at vi gerne vil bidrage til, hvis det er nødvendigt, også selv om jeg stopper i overmorgen, om ikke andet kan jeg jo gøre det fra side-linjen. Og så vil jeg bare sige tak for de pæne ord.

Kl. 16:05

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**

Så er det fru Jane Heitmann, som jeg helt overså, fordi jeg var så optaget af ordførerens afslutningstale. Værsgo.

Kl. 16:05

**Jane Heitmann (V):**

Det var også en spændende tale fra ordføreren, og jeg blev søreme også helt opslugt. Jeg vil godt benytte lejligheden til endnu en gang at sige tak til SF for at fremsætte det her beslutningsforslag. Det er en relevant diskussion. Men jeg vil også sige til SF, at jeg bliver en lille smule, hvad skal man sige, ærgerlig, når SF's ordfører kalder det at slette i en journal for et flueben, for vi vil ikke sådan lige være med til det. Altså, det at slette i en journal er jo ikke bare et spørgsmål om et tjek her og et tjek der og sætte et flueben der.

Jeg vil bare endnu en gang gøre det klart, at vi fra Venstres side anerkender den her problematik fuldt ud, og så synes jeg faktisk, at sundhedsministeren fortjener anerkendelse for at gå ind i debatten, komme med reelle løsningsforslag og invitere til debat, til drøftelser i ministeriet. Jeg håber, at vi kommer til at arbejde videre med den her problematik, men jeg synes ikke, at det bare er et spørgsmål om at sætte et flueben. Det synes jeg godt nok er at tale en meget væsentlig problemstilling næsten helt ned under gulvbrædderne, og det synes jeg faktisk ikke den fortjener, den gode debat, som vi har haft her i salen, taget i betragtning.

Kl. 16:07

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**

Ordføreren.

Kl. 16:07

**Trine Torp (SF):**

Jeg tror faktisk, at jeg huskede at anerkende ministeren ret meget både for at have taget det her beslutningsforslag positivt ned og for de initiativer, som ministeren kom med. Jeg tror også, at jeg roste debatten ret meget, også dens betydning.

Så jeg vil bare endnu en gang slå fast, at vi ikke har noget ønske om, at man skal ind og slette i journaler. Det kan være, man kan læse det sådan ud af vores bemærkninger. Men vi konstaterer, at det kan man ikke, og hvis man læser, hvad der står i beslutningsforslaget, så

vil man se, at vi gerne vil give folk retten til at blive erklæret raske. Det er det, vi gerne vil. Så det med at slette har aldrig været intentionen med vores forslag. Det var bare lige for at rette den misforståelse.

Det der med fluebenet siger jeg, fordi jeg nogle gange synes, at et forslag kan falde på, om man har kaldt det noget andet, og her kalder man det for at være rask, altså, i virkeligheden kunne jeg også problematisere, at vi overhovedet kalder menneskers psykiske problemer for sygdomme. Det kunne man også tage en længere diskussion om om i virkeligheden er rimeligt, men det gør vi ikke. Men det er mere det der med, hvad der er det besværlige i at give folk adgangen til at få dokumentation for, at de ikke længere har en psykisk lidelse. Det er sådan set det, jeg er meget forundret over.

Kl. 16:08

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**

Tak for det. Så vil jeg forsigtigt spørge, om der er flere, der ønsker ordet. Det er der ikke, så tak til fru Trine Torp.

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

Jeg foreslår, at forslaget henvises til Sundheds- og Ældreudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget.

Det er vedtaget.

Det sidste punkt på dagsordenen er:

## 7) Forespørgsel nr. F 18:

### Forespørgsel til sundhedsministeren:

**Hvad vil regeringen gøre for at styrke alkoholbehandlingen til de ca. 30.000 unge, der i dag viser tegn på alkoholafhængighed, og hvilke konkrete initiativer vurderer regeringen der skal til for at få de unge ud af deres misbrug?**

Af Pernille Schnoor (ALT) og Carolina Magdalene Maier (ALT). (Anmeldelse 06.11.2018. Fremme 08.11.2018. Ugeplan 11.01.2019).

Kl. 16:09

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**

Jeg gør opmærksom på, at afstemning om eventuelle forslag til vedtagelse udsættes til tirsdag den 15. januar 2019.

Vi har til oplysning for dem, der er med for første gang som seer og andre, den rækkefølge, at først begrundes forespørgslen, bagefter besvarer sundhedsministeren den, og så går vi i gang med forhandlingen, og der er den første ordføreren for forespørgerne.

Værsgo til fru Pernille Schnoor.

Kl. 16:09

## Begrundelse

(Ordfører for forespørgerne)

**Pernille Schnoor (ALT):**

Tak for det. 14,9 pct. af unge mænd og 17,1 pct. af unge kvinder i alderen 16-24 år overskrider højrisikogrænsen og vil gerne selv nedsætte deres alkoholforbrug. Det viser tal fra den nationale sundhedsprofil for 2017. Selv om unges forbrug af alkohol er faldet, har danske unge fortsat europarekord, når det gælder druk og fuldskab. Siden 1995 har Danmark faktisk haft europarekord i fuldskab, når det bl.a. gælder, hvor ofte de unge drikker over fem genstande ved samme lejlighed, og den allerførste gang de nogensinde er fulde. Danmark ligger sammen med Estland, Letland, Slovakiet og Storbritannien i toppen af listerne, fordi en ud af hver femte ung var fuld første

gang som 13-årig eller yngre. I andre lande, f.eks. Island og Italien, gælder det kun for hver tyvende ung.

I Danmark har vi en efter min mening stor gruppe af unge, ca. 32.000, som ifølge Center for Rusmiddelforskning viser tegn på alkoholafhængighed. Det er en gruppe, vi desværre ved for lidt om, og det er en gruppe, hvor meget få får mulighed for at få et behandlingstilbud. Jeg mener, det er et meget stort problem, at vi har et hul – kan man sige – i behandlingen og i vores viden om de her unge og deres alkoholoverforbrug. Derfor har vi i Alternativet i dag indkaldt til en forespørgselsdebat om unge og alkohol med særlig fokus på unge, der har et alkoholmisbrug. Det var begrundelsen. Tak.

Kl. 16:11

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):

Tak for det. Så vil jeg gerne byde velkommen til sundhedsministeren til besvarelse.

Kl. 16:11

## Besvarelse

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Tak, og tak for forespørgslen. Jeg tror, vi alle sammen kan blive enige om, at man som ung ikke får den bedste start på voksenlivet, hvis man har udviklet et misbrug af alkohol, og derfor er det også et vigtigt emne, vi skal diskutere i dag. Det korte svar på forespørgslen er, at unge slet ikke skal udvikle et alkoholmisbrug, der kræver, at de kommer i behandling; det er noget, vi skal forebygge – det er noget vi skal undgå.

Kommunerne har det formelle ansvar for forebyggelsesindsatsen over for de unge, men efter min mening er der også et fælles samfundsmæssigt ansvar. Der er også et forældreansvar, og der er et ansvar hos de unge selv. Det gælder både i forhold til at sikre, at de unge ikke udvikler et problematisk forhold til alkohol, men også i forhold til at de unge får hjælp til at løse de problemer, som de tumler med – også når problemet er relateret til alkohol, eller hvor alkohol måske bliver flugten væk fra et andet problem, man skal have hjælp til at løse. Her spiller forældre, skole, uddannelsesinstitutioner og det øvrige civilsamfund en væsentlig rolle i, at tingene skal lykkes.

Når det er sagt, synes jeg, man skal passe på med at sætte lighedstegn mellem et højt alkoholforbrug i ungdomsårene og et behandlingskrævende alkoholmisbrug. Det er i mine øjne ikke det samme, for et højt alkoholforbrug i ungdommen betyder ikke nødvendigvis, at man senere får svært ved at reducere alkoholforbruget, i takt med at antallet af ungdomsfester daler. I det hele taget skal man holde tungen lige i munden, hvis man skal holde styr på de forskellige begreber om personer med alkoholproblemer. Vi må ikke ukritisk sætte lighedstegn mellem dem, for de dækker over mange forskellige situationer.

Forespørgerne hævder, at over 30.000 unge viser tegn på alkoholafhængighed. Sundhedsstyrelsen antager, at det estimat oprindeligt kommer fra en rapport lavet af Center for Rusmiddelforskning. Det er altså ikke et estimat, der kommer fra Sundhedsstyrelsen. Begrebet viser tegn på alkoholafhængighed er heller ikke et begreb, Sundhedsstyrelsen normalt selv benytter sig af. Sundhedsstyrelsen benytter sig af WHO's definition af afhængighed og af begreber relateret til størrelsen af alkoholforbrug, f.eks. hvor stor en andel der drikker over højrisikogrænserne på 21 og 14 genstande om ugen for henholdsvis mænd og kvinder, og hvor meget man drikker ved samme lejlighed. Det er det her med at drikke mange genstande oven i hinanden.

Når vi taler om udviklingen i størrelsen af de unges alkoholforbrug, er det faktisk grundlæggende en positiv historie, som forespørgeren overhovedet ikke hiver frem. Den Nationale Sundhedsprofil

2017 viser, at de unge generelt drikker både sjældnere og mindre mængder sammenlignet med tidligere, men det lægger ordføreren for forespørgerne ikke vægt på, overhovedet. Siden 2010 er andelen af unge mellem 16 og 24 år, der i løbet af en typisk uge drikker over højrisikogrænsen, faldet fra 19,7 pct. til 11,5 pct. i 2017 – altså et temmelig markant fald og en ændring af alkoholkulturen blandt de unge. Det har der også været behov for, og der er behov for, at vi kommer længere ned. Samtidig er andelen af unge, der drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed – den såkaldte bingedrinking – også faldet. Siden 2013 er andelen af unge, der drikker jævnligt og jævnligt foretager bingedrinking, faldet fra 57,3 pct. til 50,3 pct. i 2017.

Det er efter min opfattelse et ret mærkbart fald, vi ser i de unges alkoholforbrug, og det synes jeg også vi skal notere os. For når forespørgerne rejser det her, er det lidt med en undertone af, at problemet er stigende, og jeg er bare nødt til at sige, at vi heldigvis kan se, at der er færre unge, der drikker, og at der er flere unge, der drikker mindre. Vi skal også glæde os over de positive tendenser, selv om man selvfølgelig altid kunne ønske sig, at det både gik hurtigere, og at vi også havde et endnu større fald.

Forhåbentlig vil reduktionen i alkoholforbrug blandt unge på sigt også reducere antallet af unge, der udvikler en egentlig afhængighed af alkohol, og som i sidste ende får et behandlingsbehov. Der er nok mange årsager til, at alkoholforbruget er faldet blandt de unge, men jeg tror, en af grundene er, at der i stigende grad er kommet opmærksomhed på unges og voksnes alkoholforbrug og de mindre gode sider af det relativt høje alkoholforbrug, vi ser i Danmark. Måske har det også fået de unge til selv at reflektere over deres eget forbrug af alkohol i højere grad end tidligere. Vi har også i de senere år taget nogle debatter, der handler om alkoholkultur og det at være ung, uden at dette nødvendigvis skal være forbundet med alkohol, når man går til ungdomsfester, holder rusture eller andet, og som jeg tror er med til at rykke opfattelsen af, at det at have det sjovt altid skal rime på alkohol – og dermed også er med til at ændre kulturen blandt de unge.

Kl. 16:16

Jeg tror sådan set også, at både nogle af de kampagner, der er iværksat, men også nogle af de forebyggende indsatser på alkoholområdet, der er rettet både mod unge, forældre, kommuner og uddannelsesinstitutioner og også udskænkingssteder, som bl.a. har understøttet den lokale forebyggelsesindsats i kommunen, har været med til at rykke noget. Sundhedsstyrelsen har lavet kampagnen »Meget mere med«, som er målrettet unge mellem 16 og 20 år, og som bl.a. handler om det her med, at man også godt kan være sammen, uden at der nødvendigvis er alkohol. Sundhedsstyrelsen har også i foråret 2018 udgivet en ny forebyggelsespakke om alkohol målrettet kommunerne om, hvordan man arbejder med at forebygge et for højt alkoholforbrug. I forebyggelsespakken kan kommunerne bl.a. finde inspiration og vejledning til en effektiv forebyggelsesindsats og også indsatser til opsporing af unge, der på den ene eller den anden måde har et problematisk forhold til alkohol og har brug for hjælp.

Derudover spiller især ungdomsuddannelserne en meget vigtig rolle, når det handler om at reducere de unges alkoholforbrug, og siden hen også de videregående uddannelser. Derfor glæder det mig sådan set også, at Danske Gymnasier i juni måned 2018 sammen med Sundhedsstyrelsen valgte at sende en fælles opfordring rundt til samtlige gymnasieledere i Danmark for at opfordre de enkelte gymnasier til at skabe sunde rammer, som skal forebygge et stort alkoholforbrug, og at man også på en række andre punkter har taget en række initiativer for at reducere brugen af alkohol på vores uddannelsessteder.

Desværre er det nok ikke realistisk, at ikke en eneste ung decideret udvikler alkoholafhængighed uanset antallet af forebyggelsesind-

satser, og derfor er det også vigtigt, at vi sikrer, at hvis man som ung bliver afhængig af alkohol, skal man naturligvis have hjælp og behandling. Det er også noget, kommunerne er forpligtet til at tilbyde de unge, og der må man sige, at der er kommuner, hvor det særlig er lykkedes at have gode behandlingsindsatser rettet mod unge. Et eksempel kan være U-turn, som er udviklet af Københavns Kommune, og som særlig retter sig mod unge mellem 14 og 24 år med alkohol-, hash- og stofproblemer.

Afslutningsvis vil jeg gentage noget af det, jeg sagde i starten, nemlig at det heldigvis går den rigtige vej med de unges alkoholforbrug, og det synes jeg vi skal glæde os over. Forhåbentlig vil det på sigt også afspejle sig i, at færre unge udvikler et egenligt behandlingskrævende afhængighedsforhold til alkohol, men vi skal selvfølgelig ikke hvile på laurbærrene og kun glæde os over, at forbruget går nedad. Vi skal også tage yderligere initiativer i forhold til at ændre den ungdomskultur, der relaterer sig til et alt for stort alkoholforbrug hos stadig væk for mange unge. Sundhedsstyrelsen skal fortsætte sine forebyggelsesindsatser, ligesom kommuner, skoler og uddannelsesinstitutioner og civilsamfundet i øvrigt også fortsat skal tage et ansvar for at sikre, at de unges alkoholforbrug kommer endnu længere ned, end det er i dag.

Alt sammen er ikke noget, vi kan løse her på Christiansborg. Vi har et fælles ansvar, hvis vi skal have den positive udvikling til at fortsætte, og jeg tror sådan set også, at vi med de debatter, vi løbende har taget over de senere år, har været medvirkende til at få kultur- en omkring de unges brug af alkohol til at ændre sig.

Kl. 16:19

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**

Tak. Der er en kort bemærkning fra fru Pernille Schnoor, værsgo.

Kl. 16:19

**Pernille Schnoor (ALT):**

Tak. Nu var det jo kun er en meget kort motivering eller begrundelse, jeg kom med før. Jeg har ikke holdt min ordførertale endnu, så jeg synes, at det alligevel er meget tidligt for ministeren at sige, at jeg overhovedet ikke har noget positivt at sige. Jeg sagde f.eks.: Selv om unges forbrug af alkohol er faldet, så jeg nævnte det dog i min begrundelse. Jeg synes ikke, man allerede nu kan konstatere, at jeg slet ikke har noget positivt at sige.

Ministeren sagde også, at jeg hævdede, at det var omkring de der 30.000. Det er et tal, jeg har fra Center for Rusmiddelforskning. Hvis det er et forkert tal, så må vi jo få svar på det igennem ministeriet. Det undrede mig, at ministeren brugte hovedparten af sin tale på det og faktisk kun et par få linjer til sidst på selve behandlingsdelen, for jeg tænker, er ministeren ikke nysgerrig med hensyn til den her problemstilling, når nu ministeren selv nævner, at der er noget uklarhed omkring definitionen af, hvornår man er misbruger, hvornår man er alkoholafhængig? Hvor mange er der så, der er alkoholafhængige i den her målgruppe? Så synes jeg da, at det må være vigtigt også for ministeren at finde ud af noget omkring det. Bekymrer det ikke ministeren, at vi stadig væk har europarekorden i druk, for at sige det på en populær måde? Og i forhold til at ministeren sagde, at jeg havde sagt, at det var stigende: Det har jeg *ingen som helst steder* postuleret. Jeg har bare sagt, at hvis det er 32.000 unge, der har et misbrug af alkohol, så er det så alvorligt et problem, at vi må tage det op i Folketinget. Jeg har ikke påstået, at tallet er stigende, men bekymrer de her ting ikke ministeren?

Kl. 16:21

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**

Ministeren.

Kl. 16:21

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Jeg vil ikke stå her og gentage alt det, jeg sagde indledningsvis. Jeg synes sådan set både, at jeg nævnte de ting, der bekymrer mig, og de ting, der glæder mig i forhold til udviklingen af unges alkoholforbrug. Sundhedsstyrelsen har ikke en dokumentation for, at der skulle være over 30.000 alkoholafhængige unge i Danmark. Det var sådan set det, jeg påpegede helt faktisk, fordi jeg synes, at det ligesom bliver indikeret, at der skulle være så mange alkoholafhængige unge. Det, Sundhedsstyrelsen forholder sig til, er WHO's definition af afhængighed og de begreber relateret til størrelsen af alkoholforbruget, hvor man godt kan drikke mere end de anbefalede genstande, altså ligge i en højrisikogruppe, uden at det betyder, at man decideret er afhængig.

Derfor sagde jeg også, at jeg synes, at vi skal passe på med, at vi ikke blander tingene sammen, for det synes jeg at der i forespørgslen er en tendens til. Der tror jeg faktisk, at man gør både de unge, der har behov for behandling, en bjørnetjeneste, men også de mange unge, hvor det her egentlig mere handler om kultur, og det også handler om, at et forbrug, som er for højt i en periode, sådan set godt kan dale, i takt med at ungdomsfesterne så rinder ud, uden at de pågældende så har fået en dårlig start på livet eller har udviklet et decideret alkoholoverforbrug. Jeg synes bare, det er vigtigt, at vi holder fast i, hvad tingene er, så vi ikke blander dem sammen.

Kl. 16:22

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**

Spørgeren.

Kl. 16:22

**Pernille Schnoor (ALT):**

Jeg forstår ikke helt ministeren. Det her er jo ikke et åbent samråd – det er jo ikke sådan noget, hvor vi skal angribe hinanden. Altså, jeg har rejst en forespørgselsdebat, fordi jeg er nysgerrig, med hensyn til at der er nogle huller, at der er nogle ting, vi ikke ved. Hvad angår nogle af tingene, siger ministeren nu her, at man ikke ved det.

Jeg vil da gerne spørge ministeren: Hvor mange af de unge er det så ifølge WHO og Sundhedsstyrelsen, der har et alkoholmisbrug eller en alkoholafhængighed? Hvis ministeren ikke kan komme med et svar på det, er det så ikke meget rart at kunne få et svar på det, altså at vi får undersøgt det?

Så vil jeg da også gerne spørge ministeren: Hvor mange er for mange? Altså, for mig er 5.000 unge, der har et alkoholmisbrug, for mange, hvis de ikke er i behandling. Hvor mange er det for ministeren?

Kl. 16:23

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**

Ministeren.

Kl. 16:23

**Sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby):**

Altså, der er jo blevet stillet en forespørgsel, og jeg svarer på forespørgslen og vælger at fremhæve det, jeg politisk synes er vigtigt, nemlig bl.a. at det går i den rigtige retning, i forhold til at vi heldigvis ser færre unge, der drikker, og at vi også ser færre unge, der drikker for meget, og det synes jeg er positivt.

Det ændrer ikke på, at der stadig væk er nogle udfordringer, bl.a. med hensyn til den generelle alkoholkultur i ungdomslivet i Danmark. Det synes jeg også at der bl.a. hos uddannelsesinstitutionerne er et stort ansvar for at tage hånd om. Derfor fremhævede jeg også det samarbejde, der er mellem bl.a. Danske Gymnasier og Sundhedsstyrelsen i forhold til at sende opfordringer ud til, at man får en klar alkoholpolitik også på uddannelsesinstitutionerne. For der er rigtig

mange steder, hvor man stadig væk oplever, at unge i forbindelse med for eksempel uddannelsesstedet får for meget alkohol indendørs til for eksempel fester, og der kan man også godt kan arbejde med, hvordan man holder fester uden alkohol. Der påhviler dem et ansvar. Alle de unge, der har behov for behandling, skal have behandling, og det er sådan set uagtet, hvad antallet er.

Jeg har også svaret skriftligt på nogle af spørgerens spørgsmål i relation til, hvor mange der er i behandling forskellige steder, og dem kan jeg da også fint henvise til herfra.

Kl. 16:24

### Tredje næstformand (Christian Juhl):

Tak for det. Der er ikke flere korte bemærkninger.

Og jeg skal lige indrømme en fejl. Det er sådan, at man kun må stille ét spørgsmål som ordfører – jeg var bare inde i rytmen og syntes, det gik. Så der er i hvert fald ikke nogen, der er blevet snydt i første runde.

Men nu går vi så over til selve forhandlingen, og ordføreren for forespørgerne har retten til først at fremsætte sin ordførelse. Værsgo.

Kl. 16:25

### Forhandling

(Ordfører for forespørgerne)

**Pernille Schnoor (ALT):**

Tak. Jeg vil gerne starte med et citat af en ung kvinde. Hun siger i det her citat om sit eget liv og sig selv fra en tidligere periode i sit liv:

»Ikke alle kender til min hverdag. Når mor eller far ringer, skyn-der jeg mig ud på gaden, inden jeg tager telefonen og understreger, at alt går godt. Jeg kan simpelthen ikke få mig selv til at sige sandheden. Jeg vil på en måde beskytte dem mod den sorg det er at se sin datter ulykkelig og på vej et helt forkert sted hen. Jeg lyver for dem så længe, at jeg tilsidst selv tror på det når jeg fortæller dem at "alt går godt". Men det gør det ikke. Det går kun en vej, og det er ned. Jeg drikker bare mere og mere, samt oftere og oftere.«

Disse oplevelser er fortalt af en ung kvinde, der hedder Freja, og de kan læses på hjemmesiden hope.dk. For Freja begyndte det i 9. klasse. Hun er nu 26 år og har ikke drukket i 3 år. Freja blev allerede stamkunde på den lokale bodega, da hun var 21 år, og før det havde hun drukket rigtig meget. Hun besluttede sig en aften for at gå på det, hun kalder dødsdruk. Hendes aften endte med, at hun blev indlagt på psykiatrisk skadestue. Hun var indlagt i 10 dage, og det blev et vendepunkt for hende, at hun blev bevilget et langt behandlingsforløb med terapi og samtaler, der fik stabiliseret hende. Og det, der virkelig hjalp hende, siger hun, var, da hun begyndte at mødes med ligesindede.

Jeg har indkaldt til denne debat i dag, fordi vi helt generelt ved meget lidt, efter min mening, om den store gruppe af unge – nu er der så tvivl om, om det er 32.000, men det er det ifølge Center for Rusmiddelforskning – som viser tegn på alkoholafhængighed. Alkoholvaner grundlægges i ungdommen. En tidlig debut og et stort alkoholforbrug som ung er forbundet med en høj risiko for at drikke mere end andre senere i livet. Heldigvis er alkoholforbruget blandt danske unge faldet de senere år, som vi også lige har hørt ministeren sige, og de unge er også ældre nu, når de begynder at drikke. Men til trods for den positive udvikling i unges alkoholforbrug er Danmark fortsat det land i Europa, hvor flest unge drikker sig fulde. Og det er kun meget få unge, der kommer i alkoholbehandling.

Jeg har stillet et spørgsmål til ministeren, som ministeren også selv nævnte, spørgsmål S 222, om, hvorvidt ministeren mener, det er tilfredsstillende, at der ud af de 32.000 unge, der har et alkoholforbrug, der er så højt, at det kan betegnes som misbrug, kun var 1.880

personer i alderen 18-29 år, der var i alkoholbehandling i 2013. Jeg fik ikke et konkret svar på, hvor mange der var i behandling – det synes jeg ministeren sagde, men det mener jeg ikke står nogen steder. Og ministeren understregede det samme som i talen, altså at man skal passe på med at sætte lighedstegn mellem et højt alkoholforbrug i ungdomsårene og et egentligt alkoholmisbrug.

Så selv om vi skal glæde os over, at unge generelt drikker mindre, og at deres forbrug er faldet igennem de seneste år, så er der alligevel en alt for stor gruppe, der drikker så meget, at de har behov for at komme i behandling. Og en del af pointen med at stå her i dag må være, at vi har behov for at vide meget mere. Vi skal da som samfund bekymre os for de mange unge og ikke bare tænke, at det er en del af en ungdomskultur. Vi har brug for at få undersøgt området og få mere viden. Vi har brug for at finde ud af, hvem de unge er, hvad der karakteriserer dem, og hvorfor de ikke kommer i behandling, eller hvorfor de ikke bliver i behandlingen. Vi har brug for at finde ud af, hvad der skal til for at få de unge i alkoholbehandling. Et andet stort problem er nemlig, at de unge, der kommer i behandling, ikke føler sig godt tilpas, når de så endelig kommer på et alkoholambulatorium. For der findes ikke nogen skræddersyede behandlingstilbud til unge, som alene har problemer med alkohol. Og det er nok afgørende for, at det er svært at tiltrække de her unge til alkoholbehandling.

Så jeg synes slet ikke, det er tilfredsstillende med det, vi ved nu, og det er ikke tilfredsstillende, at man først ser de unge i alkoholbehandling, når de er blevet midaldrende. Så man kunne også starte med at spørge: Hvorfor drikker nogle unge så meget? Og hvorfor drikker nogle unge så meget, at det bliver til et misbrug? Vi ved, at der er en del unge, der drikker på grund af psykisk sygdom, men der er formentlig også en del unge, der drikker grundet et stigende pres og krav om succes.

Jeg håber, ministeren vil lytte til det behov, der er, for at se nærmere på den gruppe af unge, der har udfordringer og har behov for behandling. Og jeg er glad for at kunne læse en vedtagelsestekst op, som er støttet af ALT, S, RV, SF og EL.

### Forslag til vedtagelse

»Folketinget konstaterer:

- At det er positivt, at unges forbrug af alkohol er faldet markant fra 2010 til 2017 – en glædelig udvikling, der skal styrkes med stort og vedvarende fokus på forebyggende tiltag.
- At der, på trods af den positive udvikling, ifølge Center for Rusmiddelforskning i dag er ca. 30.000 unge i alderen 15-25 år, der viser tegn på alkoholafhængighed, unge, der har behov for at komme i behandling, så alkoholen ikke ødelægger deres muligheder i forhold til uddannelse, job, kærester og familieliv.
- At unge med tegn på alkoholafhængighed stort set ikke kommer i behandling i dag, bl.a. fordi der mangler målrettede alkoholbehandlingstilbud.
- At der er brug for et markant politisk løft og fokus på at få unge i behandling, herunder fokus på forskellige metoder til at motivere til at komme i behandling, konkrete forslag til bedre behandling, opsporing og motiverende samtaler til målrettede behandlingstilbud og systematisk opfølgning.«

(Forslag til vedtagelse nr. V 53).

Tak.

Kl. 16:31

### Tredje næstformand (Christian Juhl):

Der er ingen korte bemærkninger, så vi siger tak til fru Pernille Schnoor for ordførertalen og går over til næste ordfører. Jeg vil gerne byde velkommen til hr. Flemming Møller Mortensen fra Socialdemokratiet.



Kl. 16:31

(Ordfører)

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Mange tak, formand. Det er jo en kort vej, efter at vi er blevet placeret anderledes i Folketingssalen, og det er helt spændende at kunne kigge ned på mine gode kollegaer og ministeren sådan lige neden for talerstolen. Tak til Alternativet for at indkalde til den her forespørgselsdebatt.

Har man mødt unge mennesker, som har et alkoholmisbrug, og som har et erkendt alkoholmisbrug, og hvor man kan se, at deres hverdag ikke hænger sammen, så ved man, at de slet ikke får realiseret de ønsker og drømme, de har om livet, fordi de hænger fast i alkoholen. Dem har jeg mødt nogle af. Og jeg har mødt mange, der i voksenlivet har hængt i alkoholmisbruget siden de var unge, og som aldrig er kommet ud af det misbrug, og dermed måske aldrig har haft nogen perioder i deres liv, hvor de kunne se, hvor dejligt og hvor godt og hvor spændende det kunne være, når man ikke var drevet af en afhængighed af alkohol i hverdagen.

Jeg synes, det er vigtigt nu, hvor vi har den her forespørgselsdebatt, at vi forholder os til det, der er udgangspunktet for forespørgslen. Det er jo i og for sig ikke forebyggelsesdelen. Den kan vi diskutere og snakke rigtig meget om. Nej, det her er et spørgsmål om dem, der er kommet ud og har fået et misbrug. Hvad gør vi, for at få dem hevet ud af misbruget dér, hvor de hænger i alkoholen i deres hverdag?

Her synes jeg jo, det er helt nødvendigt at prøve at kigge på, hvor det er, ansvaret ligger henne. Og ansvaret ligger i kommunerne. Jeg synes jo, det er interessant at prøve at kigge på de undersøgelser, som Sundhedsstyrelsen lavede i efteråret 2017, hvor man undersøgte kommunerne og prøvede at kigge på, hvordan de havde arbejdet med det. Og der er der jo nogle, der tager virkelig gode initiativer til at få lavet et bredt samarbejde. Det kan være med restaurations- og barmiljøet, hvor man får fokuseret på at få reduceret markedsføring. For det er jo også en forbandelse, når man har et misbrug og man har en afhængighed. For det første at alkohol jo er så utrolig billigt i vores land, som det er, så tilgængeligheden er meget større, end de fleste overhovedet næsten har en forståelse af. Desuden er synligheden også rigtig stor. Markedsføring og reklamedelen er meget effektiv. Det er den i forhold til dem, som de gerne vil have til at begynde at drikke alkohol, men det er den så sandelig også i forhold til dem, som har et stort forbrug, og som har et problem i forhold til det.

Jeg synes, det skorter på et mere entydigt billede af, hvad det er, de 98 kommuner gør på det her område – apropos en debat, vi har haft tidligere i Folketingssalen i dag. Og jeg kan jo kun sige som socialdemokrat, at da vi havde regeringsmagten sidst, hvor vi tog initiativer på forebyggelsesområdet, som jo skulle have effekt ind på behandlingsområdet, ja, der introducerede vi forebyggelsespakker, som var en direkte gave ud til kommunerne i forhold til hvad det er, de med fordel kunne gøre for at få ting implementeret.

Der er gået mange år efterhånden, og vi er jo altså slet ikke i mål. Derfor er jeg også rigtig glad for den vedtagelsestekst, som fru Pernille Schnoor læste op, altså den røde bloks vedtagelsestekst i dag, for her får vi slået an, at vi bliver nødt til at sætte mere ambitiøse mål for, hvor det er, vi skal hen.

Så synes jeg, at fru Pernille Schnoor i sin ordførertale slår noget an, jeg har lyst til at kommentere, og det er om de unge, der har et alkoholmisbrug. Jeg må sige, at de gange, hvor jeg har besøgt misbrugsbehandlingscentre og har diskuteret deres succes – eller for hyppigt deres mangel på succes i forhold til unge – har behandlerne sagt til mig, at mange gange er der jo ikke et rent alkoholmisbrug; det er et blandingsmisbrug. Og det en forbandelse, når der bliver blandet enten medicin eller hash eller hårde stoffer og så alkohol ind i det. Det er dybt, dybt kompliceret at rykke et ungt menneske ud af en afhængighed, ud af det her mønster, når det i vores samfund er så

let at få tingene, også til den billige pris. Og her tror jeg, at vi, som fru Pernille Schnoor også siger, bliver nødt til at vide noget mere om det her. Og når vi politikere sådan en gang imellem får lidt tæsk af misbrugseksperter, er der jo mange af dem, der siger, at vi har forfejet indsatsen på mange felter, både i forhold til de hårde stoffer, men også i forhold til alkohol.

Så jeg tror faktisk, tiden er inde til, at vi prøver at få dannet os et nyt billede af, hvad de klogeste på området faktisk siger er måden at strukturere tingene på. For jeg tror, at vi både bliver nødt til at kigge på noget struktur, men vi bliver også nødt til at kigge på nogle ressourcer til kommunerne, for der er altså små kommuner, som har få ressourcer. De har måske ikke ret mange unge, som er misbrugere på alkoholområdet, og de bliver jo nødt til at have et samarbejde med andre, for at de også kan få de faglige kompetencer om bord, hvis det skal foregå i et kommunalt regi. Og det er jo selvfølgelig derfor, at mange kommuner henviser dem til behandlingsinstitutioner, og det er ikke altid det bedste, tror jeg, at placere unge dér, som gerne skulle være i gang med ting i deres liv uddannelsesmæssigt eller andet. Tak for ordet.

Kl. 16:37

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**

Der er en kort bemærkning fra fru Pernille Schnoor. Værsgo.

Kl. 16:37

**Pernille Schnoor (ALT):**

Tak for en rigtig god ordførertale. Jeg vil bare ligesom anerkende noget af det sidste, som ordføreren siger, og som jeg også synes er rigtig vigtigt, nemlig det her med kommunernes ressourcer. Lad os nu sige, at det er 30.000 eller 32.000 unge, der har et så stort alkoholforbrug, at der er tale om en afhængighed, og vi fordeler det ud over 98 kommuner. Så er der altså nogle kommuner, der er så små og har så få unge, der har den her udfordring, at de nok ikke er i stand til at give dem et tilbud, der er skræddersyet til dem.

Og derfor er vi jo nødt til at få et overblik over, hvor mange der er tale om i hver kommune, hvad det er for nogle tilbud, og hvordan kommunerne kan gå sammen om nogle tilbud, som ordføreren også er inde på.

Kl. 16:38

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**

Ordføreren.

Kl. 16:38

**Flemming Møller Mortensen (S):**

Det bliver vi nødt til at danne os et billede af. Det er slet ikke sikkert, at Sundhedsstyrelsen kan gøre det, men det kunne jo være et spørgsmål, som styrelsen får ministeren til at besvare. Vi andre kan jo også stille spørgsmål til ministeren, hvis vi vil prøve at danne os et billede af det.

Jeg står altså og tænker de øvrige dele af vores sundhedsvæsen ind i det også. Og jeg tænker meget på de praktiserende læger. Jeg ville ønske, at de praktiserende læger og sundhedsplejersker var mere inde i det, for fra socialdemokratisk side vil vi jo rigtig gerne have, at sundhedsplejerskerne også fortsætter op i ungdomsuddannelsesniveauet. Så kunne de have en finger på pulsen og måske være fagpersoner, der kunne være med til at prøve at italesætte det og på et tidligt tidspunkt få adresseret den her problemstilling over for de unge, der måske er på vej ud i et misbrug.

Mange af dem kommer jo ikke til den praktiserende læge, og det er egentlig derfor, jeg foreslår sundhedsplejerskerne som sådan et fremskudt sundhedselement der, hvor der er et nærvær i hverdagen – uanset om det er i folkeskolen eller det er i forbindelse med ungdomsuddannelserne.

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):  
Spørgeren.

Kl. 16:39 fordi det var billigere dér. Jeg har også indtryk af, at det er billigere i stort set alle lande syd for os. Vi kan konstatere, at Danmark har europarekord, så dér, hvor priserne er lavere, drikker de altså mindre. Hvordan hænger det så sammen?

Kl. 16:39

Kl. 16:42

**Pernille Schnoor** (ALT):

Jeg er fuldstændig enig. Altså, vi har jo nogle ungdomsuddannelser, hvor vi har en mulighed for at møde de unge og få sundhedsplejerskerne mere på banen, for sundhedsplejerskernes opgave handler faktisk også om forebyggelse. Og sundhedsplejersker kan jo også se, hvis der er et forbrug af alkohol, der er skadeligt og farligt. Så at få ungdomsuddannelserne meget mere på banen og sundhedsplejerskerne ud på ungdomsuddannelserne tror jeg også er rigtig vigtigt.

Jeg har selv været på en erhvervsskole, og der er der givetvis også unge med misbrugsproblemer – også med alkohol. Så jeg er fuldstændig enig i, at vi også skal have sundhedsplejerskerne på banen i forhold til det her.

Kl. 16:40

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):  
Ordføreren.

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):  
Ordføreren.

Kl. 16:42

**Flemming Møller Mortensen** (S):

Det synes jeg ordføreren selv skulle prøve at lave nogle slutninger på. Jeg siger bare, at alkohol er utrolig billigt i Danmark i dag i forhold til en gennemsnitsløn, som den har været historisk set. Det har jo intet at gøre med, hvordan prisniveauet er i andre lande.

Kl. 16:42

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):

Tak til Socialdemokratiets ordfører, og hjertelig velkommen til fru Karina Adsbøl fra Dansk Folkeparti.

Kl. 16:42

Kl. 16:40

**Flemming Møller Mortensen** (S):

Jeg tænker, at det – som vi også har drøftet politisk forholdsvis mange gange – er ønskværdigt, at ungdomsuddannelsesinstitutionerne har en alkoholpolitik. Det har flere og flere af dem. Jeg tænker lidt, at det i forhold til de unge, som altså får et misbrug, måske kunne være gunstigt, at de også ligesom ved, hvad der er af tilbud, altså at det også italesættes, sådan at man – hvis det alkoholforbrug, man har, virkelig udvikler sig til et reelt misbrug – har fået tegnet og fortalt, at der rent faktisk er hjælp at få. Jeg tror, det er vanskeligt meget sent i et misbrug, som måske har fået lov til at køre gennem alt for lang tid, at begynde at adressere, hvad hjælpen i og for sig kunne være. Jeg tror, det er noget pædagogik, vi skal have på plads også her.

Kl. 16:41

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):  
Fru May-Britt Katstrup.

Kl. 16:41

**May-Britt Katstrup** (LA):

Tak for det. Jeg vil bare lige høre, om jeg hørte rigtigt. Sagde ordføreren, at prisniveauet i Danmark var meget lavt? Vil ordføreren bekræfte, at priserne på alkohol i Danmark er lave?

Kl. 16:41

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):  
Ordføreren.

Kl. 16:41

**Flemming Møller Mortensen** (S):

Ja, det er de. Hvis man måler prisen på alkohol op imod gennemsnitslønninger nu og før, så er alkohol ekstremt billigt nu i forhold til tidligere. Det er jeg ikke bange for at sige.

Kl. 16:41

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):  
Spørgeren.

Kl. 16:41

**May-Britt Katstrup** (LA):

Tak for det. Hvordan hænger det så sammen med, at danskere hele tiden kører syd for grænsen for at købe alkohol? Jeg troede, det var,

(Ordfører)

**Karina Adsbøl** (DF):

Tak for det. Allerede i dag tidligere, da vi havde debatten om alkoholbehandlingen, lovede ministeren jo et tjek på det her område i forhold til kvaliteten af alkoholbehandlingen, og det gælder også på ungeområdet. Vi har tidligere i dag drøftet, at det er kommunernes ansvar at tilbyde vederlagsfri alkoholbehandling uanset alder. Vi har også i dag diskuteret, at der er 98 kommuner, som har forskellige måder at forebygge misbrug på og forskellige måder at hjælpe med alkoholbehandling på.

Når det er sagt, har forældrene også et vigtigt ansvar, og det er utrolig vigtigt, hvordan vi som forældre opdrager, og hvordan vi har dialogen vedrørende alkohol. Det drejer sig om dialogen i skolerne, dialogen på ungdomsuddannelserne og i forældreråd. Vi som forældre har et ansvar for at hjælpe og støtte og vejlede og selvfølgelig opdrage vores børn til at have en fornuftig tilgang til alkohol. I Dansk Folkeparti finder vi det utrolig vigtigt i forhold til forebyggelsesdelen, og derfor har vi også taget flere initiativer på socialområdet netop i forhold til virksomme indsatser for udsatte børn og unge og deres familie. Vi har lavet udviklings- og investeringsprogrammer på området netop også for at blive klogere, og det har vi gjort i fællesskab i satspuljeregion.

Når vi snakker om det her område, kan vi ikke kun snakke sundhedsbehandling, vi bliver også nødt til ikke at tænke i siloer, men tænke i sociale indsatser, og derfor er det også vigtigt i dag, tænker jeg, hvor Alternativets ordfører i sin begrundelse nævnte, at en ud af fem unge på 13 år har været fuld. Derfor er det utrolig vigtigt, at vi har serviceloven, og der er en forebyggelsesparagraf i serviceloven, som siger, at kommunalbestyrelsen skal tilrettelægge en indsats, der sikrer sammenhæng mellem kommunernes generelle og forebyggende arbejde og den målrettede indsats for børn og unge med behov for særlig støtte, og kommunalbestyrelsen skal også som led i det tidlige, forebyggende arbejde sørge for, at forældre med børn og unge eller andre kan få en familieorienteret rådgivning, bl.a. også til løsning af problemer i familien.

I forhold til estimatet på de 30.000 unge, der viser tegn på alkoholafhængighed, som det også har været nævnt i dag, er det ikke helt præcist, hvad datagrundlaget for tallet er, herunder om de fire kommuner, tallet er estimeret på baggrund af, er repræsentativt for landet, og det kunne være interessant at få det belyst noget mere.

Den nationale sundhedsprofil i 2017 viser, at unge generelt drikker både sjældnere og mindre mængder sammenlignet med tidligere, således at antallet af unge i alderen 16-24 år, der overskrider Sund-

hedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag, er faldet fra 19,7 pct. i 2010 til 11,5 pct. i 2017, og at andelen af de unge, der drikker over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse og samtidig ønsker at reducere deres alkoholforbrug, er steget fra 10,8 pct. i 2010 til 16 pct. i 2017. Det er jo rigtig, rigtig godt.

Noget andet, man måske kan blive bekymret for, er, om det er på grund af, at man så tyer til noget andet. Vi kunne jo også sagtens have en debat her i dag om euforiserende stoffer, ligesom vi tidligere debatterede lattergas og andre stoffer. Så jeg tænker, det selvfølgelig også er vigtigt at finde ud af, hvad faldet skyldes. Er det, fordi man simpelt hen er blevet klogere som ung, hvad jeg selvfølgelig håber, eller er det, fordi man måske tyer til andre rusmidler? Så jeg synes, det er interessant, at vi har den her debat i dag, og jeg bider også mærke i, at ministeren tidligere på dagen har ytret, at der kommer et servicetjek på det her område, og det gælder både dem, der er over 18 år, og dem, der er under 18 år.

Jeg kan se, at tiden iler, og jeg vil gerne på vegne af V, LA, KF og Dansk Folkeparti fremsætte følgende:

### Forslag til vedtagelse

»Folketinget noterer sig:

- At unge generelt drikker sjældnere og mindre mængder end tidligere. Antallet af unge mellem 16 og 24 år, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænser for alkoholindtag, er således faldet fra 19,7 % i 2010 til 11,5 % i 2017. På sigt vil det forhåbentlig afspejles, at færre unge udvikler problematisk alkoholforbrug.
  - At kommunerne har ansvar både for alkoholforebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alkoholbehandling sker familieorienteret.
  - At Sundhedsstyrelsen understøtter kommunernes alkoholindsats, f.eks. med forebyggelsespakken om alkohol fra foråret 2018, der indeholder vejledning i effektive forebyggende og opsporende indsatser, ligesom styrelsen årligt sætter fokus på unges alkoholforbrug, f.eks. gennem kampagner som »Meget Mere Med« og »Mindre druk – Mere fest«.
  - At det er et fælles samfundsmæssigt ansvar at forebygge alkoholafhængighed blandt unge. De unges forældre har et stort ansvar i den henseende.
  - At civilsamfundet og ungdomsuddannelserne i stigende grad tager ansvaret for en sundere alkoholkultur blandt unge.«
- (Forslag til vedtagelse nr. V 54).

Kl. 16:48

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):

Tak for det. Til en anden gang skal jeg orientere om, at det altid er tilladt at tillægge den tid, som det tager at læse et forslag til vedtagelse op, og det indgår i forhandlingerne ligesom det tidligere.

Der er en kort bemærkning fra fru Pernille Schnoor.

Kl. 16:48

**Pernille Schnoor** (ALT):

Tak. Ordføreren lagde i talen meget vægt på også den forebyggelsesmæssige del. Jeg tror faktisk, at vi gør det ret godt i Danmark i forhold til forebyggelse i forhold til alkohol, og det er også derfor, at spørgsmålet i dag ikke er formuleret i forhold til forebyggelse. Det er faktisk formuleret, i forhold til hvad der skal til for at få de unge, der har et misbrug, ud af deres misbrug, og det var også derfor, jeg adresserede over for ministeren, at det ærgrede mig lidt, at stort set hele talen handlede om forebyggelse. For det tror jeg vi har meget godt styr på.

Så det virker, som om der er en gruppe, som vi ikke har så godt styr på, nemlig dem, der har et misbrug. Så når ordføreren siger, at ministeren jo vil lave et tjek, vil jeg høre: Ordføreren er vel enig i, at det er vigtigt, at vi understreger, at de unge skal være med i det her

tjek? For i f.eks. den undersøgelse, der er lavet af Alkohol & Samfund nu, er unge ikke specifikt adresseret. Så det er jo vigtigt, at vi adresserer unge specifikt i det tjek af, hvad kommunerne har af tilbud.

Kl. 16:49

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):  
Ordføreren.

Kl. 16:50

**Karina Adsbøl** (DF):

Jeg tænker i forhold til forebyggelse, at det jo hænger sammen. For hvis vi havde så god en forebyggelse, ville man jo ikke ende derude, hvor man måske kom ind i et misbrug. Men når det så er sagt, finder jeg det da vigtigt, at de unge selvfølgelig også indgår i det tjek, der kommer på det her område. Nu kan jeg jo ikke tale på vegne af sundhedsministeren, men jeg er da helt overbevist om, at sundhedsministeren også har det med i tankerne. Det ville da virke meget oplagt i hvert fald.

Kl. 16:50

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):  
Spørgeren.

Kl. 16:50

**Pernille Schnoor** (ALT):

Men jeg spørger, fordi noget af det, som har overrasket mig i min forberedelse til i dag, er, at unge i forhold til misbrug faktisk ikke indgår i særlig mange undersøgelser. Det er faktisk rigtig svært at finde noget om unge og misbrug, og det synes jeg jo i sig selv er problematisk. For så kan jeg få at vide af sundhedsministeren, at det tal, jeg har valgt at fokusere på, nemlig fra Center for Rusmiddel-forskning, ikke nødvendigvis er rigtigt. Men vi har bare ikke ret mange data om unge og misbrug i forhold til alkohol, og det er derfor, jeg understreger, også over for ordføreren, at vi jo skal sikre os, at den gruppe så specifikt bliver adresseret i det kvalitetstjek.

Kl. 16:51

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):  
Ordføreren.

Kl. 16:51

**Karina Adsbøl** (DF):

Jeg er helt enig med Alternativets ordfører i, at data, viden, evidens og gode undersøgelser er et rigtig godt redskab i politikernes arbejde, netop i forhold til at sikre indsatser. Så der er vi ikke uenige i, at det selvfølgelig er vigtigt, at der er nogle gode undersøgelser, og at der er evidens for, hvordan og hvorledes behandlingen er, og hvor mange unge der også er i et misbrug i forhold til alkohol.

Kl. 16:51

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):

Tak til DF's ordfører, og hjertelig velkommen til fru Jane Heitmann fra Venstre, Danmarks Liberale Parti.

Kl. 16:51

(Ordfører)

**Jane Heitmann** (V):

Først og fremmest tak til Alternativet for at rejse sådan en vigtig problemstilling om unge og unges alkoholafhængighed.

Vi er netop trådt ind i 2019, og nytårsaften er jo en god anledning til at summe lidt over tingenes tilstand. På sådan en aften er man jo i et vakuum, hvor fortid, nutid og fremtid mødes, og sådan er det jo også med vores ungdom. For vores børn møder vi jo hver dag i både fortid, nutid og fremtid. Fortiden kan vi ikke ændre, men vi har et ansvar for både nutid og fremtid, og ungdommen er jo fremtidens

guld og vores håb, og dem skal vi selvfølgelig passe godt på. Uanset om det handler om unges alkoholforbrug, rygning eller stofmisbrug, har vi et endog meget stort ansvar for at passe på og skærme både vores børn og unge.

Da jeg læste teksten til forespørgselsdebatten, blev jeg et øjeblik en lille smule bekymret. For ca. 30.000 unge viser tegn på alkoholafhængighed, står der, og Alternativet henviser til tal, der stammer fra rapporten »Unge der misbruger rusmidler« fra 2012. Men hvordan man er kommet frem til de 30.000, er lidt uklart for mig. Men uanset hvilken regnemaskine man bruger i Alternativet, er problemstillingen jo reel nok. Vi må og skal sikre, at unges alkoholforbrug tøjles, og det har været triste tal, som igen og igen er poppet op både i medier og undersøgelser, om, at danske unge har et højt alkoholforbrug, og jo tidligere debutalder, jo højere risiko for både misbrug og højt forbrug. Det vækker bekymring hos os i Venstre. Vi voksne – forældre, lærere, pædagoger, og hvem der nu ellers er omkring børn og unge i det daglige – har et umådelig stort ansvar for at være opmærksomme på de små tegn på mistrivsel. For mistrivsel kan være de første skridt på vejen ned ad den sti, som leder til et misbrug, og et misbrug tidligt i livet sætter sig dybe spor.

Den rapport, som Alternativet henviser til, har 6 år på bagen, om man så må sige, og heldigvis er der sket en positiv udvikling siden 2012. Tallene i den nationale sundhedsprofil fra 2017 viser, at unge drikker mindre nu, end de gjorde før, og knap så ofte. Helt konkret er antallet af unge, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse, faldet dramatisk i gruppen af 16-24-årige – i 2010 lå tallet på 19,7 pct., altså næsten en femtedel – til 11,5 pct. i 2017; et fald, som bestemt er værd at hæfte sig ved, for gruppen er næsten halveret, og det er superpositivt.

I 2017 var der 417 unge mellem 18 og 24 år i alkoholbehandling. Det er 417 for mange, og der påhviler kommunerne et endog meget stort ansvar i både forebyggelses- og behandlingsregi. Jeg kan ikke sige det tydeligt nok: Tidlig opsporing, systematik og samarbejde er nøgleordene. På Fyn har man valgt, at man f.eks. har indgået aftaler om fælles kodekser for alkoholindtag på gymnasierne, og det er et rigtig godt initiativ. Rusfester er godt, men man behøver jo ikke at sejle rundt i alkohol og drikke sig i hegnet for at have det sjovt. Sundhedsstyrelsen har udgivet en række forebyggelsespakker, som jeg i min tid som kommunalpolitiker havde stor glæde af, og der findes også en forebyggelsespakke på alkoholområdet, hvor kommunerne kan hente evident viden og inspiration til indsatser. Brug dem!

Men forældre og kommuner kan ikke løfte opgaven alene. Barer og diskoteker skal også tage et ansvar, ligesom detailhandelen skal tage et ansvar for ikke at sælge alkohol til unge under 16 eller 18 år. Sidst, men ikke mindst, er der også fra centralt hold et ansvar for at sikre, at vores unge ikke får problemer med alkohol tidligt i livet. Gode rollemodeller i mor og far er værdifuldt, og det giver så god mening, at f.eks. Sundhedsstyrelsen understøtter og med kampagner opfordrer forældre til at lave aftaler med deres børn om alkoholindtag. Vi ved, at netop sådan et initiativ har en positiv effekt. Udviklingen går den rigtige vej, og det er positivt, men der er behov for, at vi fortsat er opmærksomme på unges alkoholvaner. Vores unge er, som jeg sagde indledningsvis, fremtidens håb, og dem skal vi passe på.

Venstre kan støtte den vedtagelsestekst, som Dansk Folkepartis ordfører læste op for et øjeblik siden.

Kl. 16:55

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**

Tak for det. Der er et par korte bemærkninger. Den første er fra fru Pernille Schnoor.

Kl. 16:56

**Pernille Schnoor (ALT):**

Tak. Jeg er jo enig i det meste af det, ordføreren siger, men der var lige nogle passager, der undrede mig. Der var f.eks. en vending om,

hvilken regnemaskine man bruger i Alternativet. Det er sådan set ikke Alternativet, der har talt op, at der er ca. 30.000 unge. Det er ikke os, der har siddet med en regnemaskine og talt dem op. Vi har brugt en kilde i en rapport. Så må ordføreren jo sige det, hvis den kilde er upålidelig. Hvis vi ikke kan stole på Center for Rusmiddelforskning, må jeg få det at vide. Det er ikke mig og min regnemaskine, der skal klandres for det tal. Så jeg forstår ikke, hvad det betyder.

Jeg tænker også, at hvis det tal ikke gælder, hvis både sundhedsministeren og Venstres ordfører mener, at det ikke gælder, hvor mange har så et misbrug? For de tal, der refereres til fra sundhedsprofilen, siger intet om, hvor mange der har et misbrug. Der er i hvert fald ikke noget tal for, hvor mange der har et misbrug. Så jeg kunne godt tænke mig at vide: Hvis det, som vi i Alternativet har taget udgangspunkt i, ikke er rigtigt, hvad er så rigtigt?

Kl. 16:57

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**  
Ordføreren.

Kl. 16:57

**Jane Heitmann (V):**

Jeg kan jo af gode grunde ikke vide, om det tal, som Alternativet har taget udgangspunkt i, er rigtigt, for der står jo bare i forespørgsels teksten, at det er »ca. 30.000 unge, der i dag viser tegn på alkoholafhængighed«. Det er et citat. Jeg kan faktisk ikke se, at der er angivet en kilde. Det er såmænd bare derfor, at jeg tillader mig at spørge om, hvor Alternativet har tallet fra. Det har vi så fået klarlagt nu. Og jeg stiller ikke spørgsmål ved Center for Rusmiddelforskning eller andre, men det fremgår bare ikke af forespørgselsteksten, hvor Alternativet har tallet fra.

Så spørger Alternativet: Hvor mange er det så, der har en alkoholudfordring? Jeg kan jo henvise til det tal, der siger, at i 2017 var der 417 mellem 18 og 24 år, der var i alkoholbehandling. Og som jeg sagde i min ordførertale, er det 417 for mange.

Kl. 16:58

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**  
Fru Pernille Schnoor.

Kl. 16:58

**Pernille Schnoor (ALT):**

Det undrer mig lidt, at nu ved ordføreren lige pludselig ikke, at det er Center for Rusmiddelforskning, for det vidste ordføreren i sin ordførertale. Ordføreren sagde nu her, at fordi Center for Rusmiddelforskning ikke er nævnt i teksten, ved man ikke, hvor tallet kommer fra. Men jeg forstår det i hvert fald sådan, at ordføreren godt ved, at det kommer fra Center for Rusmiddelforskning.

Så siger ordføreren, at der er 417 i behandling i 2017, og at det er 417 for mange. Kunne det være 417 for lidt, hvis der er 417 flere derude, der har et misbrug? Det kunne man jo også vende det om og sige, for vi ved det reelt ikke. Vi har ikke et tal for, hvor mange der har et misbrug. Så 417 kan jo også være 1.000 for lidt eller 2.000 for lidt. Vi ved det faktisk ikke. Så anerkender ordføreren ikke, at der virkelig er brug for at finde ud af, hvor mange der har et misbrug, når vi taler om de unge?

Kl. 16:59

**Tredje næstformand (Christian Juhl):**  
Ordføreren.

Kl. 16:59

**Jane Heitmann (V):**

Jeg anerkender fuldt ud, at der kan være et mørketal. Der kan helt bestemt være unge, vi ikke kender til. Når jeg siger, at der er 417 mellem 18 og 24 år, der er i alkoholbehandling, er det jo bare, fordi

jeg synes, at der skulle vi sådan set have gjort det bedre. Vi skulle jo have formået at forebygge, at de her unge mennesker er havnet i så ulykkelig en situation. Gudskelov, de får hjælp. Det er jo helt afgørende, for at de kan leve et værdigt liv uden alkohol. Og jeg anerkender fuldstændigt, at der kan være unge derude, som vi ikke har fået øje på endnu. Og der har kommunerne jo et enormt stort ansvar for tidlig opsporing, systematik og samarbejde med bl.a. de praktiserende læger, som der var en anden ordfører, der tidligere pegede på.

Kl. 17:00

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):

Hr. Flemming Møller Mortensen.

Kl. 17:00

**Flemming Møller Mortensen** (S):

Tak for det. Jeg vil gerne fastholde den linje. Jeg vil rigtig gerne spørge Venstres ordfører, om det er et problem, at vi ikke har ordentlige tal på det her område. Det er da mærkeligt i et land som vores på et område, hvor vi alle er enige om den sociale, den menneskelige katastrofe, at vi ikke har tal på, hvor mange unge der har et alkoholmisbrug. Det er dog mærkeligt, at en regering forud for en forespørgselsundersøgelse som denne ikke kan berigtige de tal, som regeringen og regeringspartierne kritiserer Alternativet for at skrive i forespørgselsindledningen og -beskrivelsen.

Jeg vil gerne spørge Venstres ordfører: Er det et problem, at vi ikke har ordentlige tal? På samme måde blev vi for få uger siden konfronteret med, at de tal, vi alle sammen går og refererer til, altså, at 24.000 børn vokser op i en familie, hvor mindst en af forældrene har et alkoholmisbrug, er gamle, og der er ikke lavet nye akkumulerede tal siden. Er det i orden?

Kl. 17:01

**Tredje næstformand** (Christian Juhl):

Ordføreren.

Kl. 17:01

**Jane Heitmann** (V):

Det var sådan set ikke nogen kritik af Alternativet, jeg satte bare spørgsmålstejn ved, hvor tallene kom fra, og jeg synes da, at det er helt rimeligt at spørge ind til, hvilken regnemaskine man bruger og hvor man har tallene fra. Det har jeg så fået svar på, og så er den jo i og for sig ikke længere. Så spørger socialdemokraternes ordfører, om det virkelig kan passe, at der i et så velreguleret land som Danmark virkelig er tal, vi ikke kender til. Vi har tidligere i dag drøftet alkoholområdet og må bare konstatere, at ja, der er rigtig meget omkring alkoholområdet, som vi af uforklarlige årsager endnu ikke er dykket ned i. Derfor glæder det mig da på alle måder, at sundhedsministeren under behandlingen af det tidligere beslutningsforslag omkring alkoholområdet stillede sig i spidsen og sagde: Jeg synes, at det her område trænger til et servicetjek, så vi kan blive lidt klogere.

Kl. 17:02

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Hr. Flemming Møller Mortensen.

Kl. 17:02

**Flemming Møller Mortensen** (S):

Det anerkender jeg i den grad også ministeren for at gøre. Jeg sagde også, at det her jo så også må påkalde sig en utålmodighed med hensyn til at få arbejdet gjort hurtigt, for det, der vel nok ligger på ansvarsskuldrene her i lokalet, er, at hvis det måtte vise sig, at det ikke er 30.000, men 80.000 unge, der har et alkoholmisbrug, så må vi vel række dem en hjælpende hånd og tage en drøftelse med kommunerne i forbindelse med at få løftet den opgave, så vi får sat nødvendige ressourcer af til det. Hele kernen i forespørgsdebatten i dag er jo,

om vi har det, der skal til, for at give en misbrugsbehandling til børn og unge med alkoholproblemer, og der har vi allerede med det udgangspunkt, vi har i dag, alt for stor variation. Tilbuddet er faktisk ikke særlig godt, og vi ved ved gud ikke ret meget om det.

Kl. 17:02

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Vi plejer jo ellers ikke at påkalde os de højere magter i denne sal.

Ordføreren.

Kl. 17:03

**Jane Heitmann** (V):

Jeg hørte ikke sådan umiddelbart noget spørgsmål her fra ordføreren. Det var mere en konstatering og en kommentar, i forhold til at der er stor variation ude i kommunerne i de tilbud, der er på alkoholområdet. Der er brug for at få afdækket, hvilke tilbud der er på alkoholområdet, og hvad effekten er af de tilbud, som der er på alkoholområdet. Og der har jeg tidligere i dag hørt sundhedsministeren sige, at det arbejde vil hun gerne stille sig i spidsen for at afdække, så vi sammen her i Folketinget kan blive lidt klogere på, hvad det er for initiativer, hvad det er for indsatser, som vi kan bidrage med for at sikre, at både færre unge, men også færre voksne i fremtiden får udfordringer med alkohol, men at vi så også, når det sker, kan sikre, at de får en langt bedre behandling end den, de får i dag. Derfor vil jeg gerne igen rose Alternativet for at tage initiativ til den her debat. Det er en vigtig debat. Det er vores børn, det er vores unge, det drejer sig om, og jeg synes, at det er meget prisværdigt, at Alternativet har taget initiativet her.

Kl. 17:04

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Det ser ikke ud til, at der er flere, der ønsker korte bemærkninger. Vi siger tak til ordføreren, og vi går videre i ordførerrækken til hr. Peder Hvelplund, Enhedslisten.

Kl. 17:04

(Ordfører)

**Peder Hvelplund** (EL):

Tak for det, og tak til Alternativet for at rejse forespørgslen her i dag. Når Center for Rusmiddelforskning anslår, at op mod 30.000 unge mellem 15 og 25 år viser tegn på alkoholafhængighed, giver det selvfølgelig anledning til bekymring. Vi ved, at det kan have store konsekvenser både nu, men også for deres muligheder videre i livet. Vi har tidligere i dag behandlet B 27, som netop handlede om at styrke alkoholbehandlingen gennem autorisation, kvalitetskrav og referenceprogrammer – netop for at sikre, at der findes et kvalificeret behandlingstilbud i alle kommuner. Vi kan i hvert fald konstatere efter den debat, at vi der fik et løfte om, at der ville blive lavet et servicetjek af alkoholbehandlingen i kommunerne, og jeg sporede også en stor vilje til at ville arbejde videre med at få løftet kvaliteten af alkoholbehandlingen i kommunerne.

Det er særdeles positivt, at det gennemsnitlige forbrug af alkohol blandt de unge er faldende og har været det gennem en længere årrække. Men faldet i det gennemsnitlige forbrug dækker også over, at der i visse ungdomskulturer kan være et for stort forbrug. Det kan f.eks. være i overgangen fra folkeskole til ungdomsuddannelse. Det er imidlertid helt afgørende, at vi fokuserer på, at et alkoholforbrug ikke alene og i sig selv er et problem, men at det også er udtryk for et muligt socialt eller trivselsproblem. Mange unge følger sig i dag presset i et uddannelsessystem og på et arbejdsmarked, der hele tiden stiller store og stadig højere krav om tidlige uddannelsesvalg og om karakterer. Det kan være med til at frembringe et uheldigt alkoholmønster, hvor alkohol bliver et let alternativ, hvor man kobler af. Derfor kan der også være brug for en mere inkluderende tilgang i den opsporende indsats.

Det er veldokumenteret, at ungdommen er særlig sårbar over for et stort alkoholforbrug, især fordi alkohol er skadelig for unges hjerner, som stadig er under udvikling. Der er derfor behov for at sikre, at alle gymnasier og erhvervsskoler har og arbejder med en alkoholpolitik, som understøtter et mere begrænset forbrug blandt eleverne. På nogle erhvervsskoler og gymnasier er det en del af alkoholpolitikken, at man bliver smidt ud, hvis man møder op påvirket. Her kunne der være brug for, at man i stedet fik en mere inkluderende tilgang, hvor man tilbyder hjælp og rådgivning til visitation til et vel-fungerende kommunalt behandlingstilbud som f.eks. et ungeteam. Men det forudsætter selvfølgelig, at regeringen er villig til at sikre midler til, at kommunerne kan løfte opgaven.

Ligeledes er det bekymrende, at regeringen fortsat afviser at hæve afgiften på alkohol og alkoholsodavand. Med erhvervspakken fra 2017 fjernede regeringen sammen med Dansk Folkeparti og Radikale tillægsafgiften på alkoholsodavand. Det mener vi er den helt forkerte vej at gå. Det er veldokumenteret, at lavere priser får forbruget til at stige. I Danmark er prisen på alkohol ikke fulgt med den almindelige prisudvikling. Alkoholiske drikkevarer steg kun halvt så meget som andre forbrugsvarer fra 2001 til 2017 og er derfor blevet billigere relativt set.

Desuden bør det også være en selvfølge, at den eksisterende lovgivning om aldersgrænser for køb af alkohol bliver håndhævet. I forbindelse med at kontrollen med salg af alkohol og tobak blev flyttet fra politiet til Sikkerhedsstyrelsen, blev der afsat 0,7 årsværk til kontrolindsatsen. Det svarer rundt regnet til 15 minutters kontrol om ugen i hver af de 98 kommuner, inklusive transport. Det er vist indlysende, at den indsats skal forbedres, hvis der skal være en reel effekt. Konsekvensen af den lemfældige kontrol er da også, at tilgængeligheden til at købe alkohol for unge under 16 år er meget høj.

Derfor mener vi i Enhedslisten, at der trods positive tendenser i et generelt faldende alkoholforbrug hos unge mennesker er klare muligheder for at forbedre indsatsen – både i forhold til at begrænse tilgængeligheden, i forhold til opsporing, hjælp og støtte, i forhold til at sikre et kvalificeret alkoholbehandlingstilbud og generelt i forhold til at forbedre unges trivsel.

Vi kan derfor støtte det forslag til vedtagelse, som Alternativets ordfører har fremsat.

Kl. 17:08

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Der er ønske om en kort bemærkning fra fru Pernille Schnoor fra Alternativet.

Kl. 17:08

**Pernille Schnoor** (ALT):

Jeg vil bare understrege to rigtig gode pointer – der var mange gode pointer i ordførerens tale. Den ene var det om prisen, altså alkoholafgiften. Jeg har tidligere stillet spørgsmål til ministeren om minumspris på alkohol, som man jo har indført i Skotland, og som har en stor effekt på unges forbrug. Det var den ene ting.

Den anden ting, jeg også synes var rigtig vigtig, som ordføreren nævnte – og det er noget af det, der er godt ved, at vi har en forespørgselsdebat, nemlig at der kommer sådan nogle ting frem – var det her med ungdomsuddannelserne. I stedet for hele tiden at ville statuere eksempler ved at smide ud, bør man tilbyde en behandling eller tilbyde noget til de unge og i hvert fald også have mulighed for at opspore, om der er nogle, der har så højt et alkoholforbrug, at det tangerer et misbrug eller er misbrug. Det synes jeg er utrolig vigtigt, og det er derfor, det er godt, at vi har en forespørgselsdebat, for så får vi sådan nogle ting på banen, som vi kan arbejde videre med og kigge nærmere på. Det var bare en anerkendelse af det.

Kl. 17:09

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):  
Ordføreren.

Kl. 17:09

**Peder Hvelplund** (EL):

Tak. Det takker jeg selvfølgelig for, og jeg tror netop i den sammenhæng, at det er meget vigtigt, at vi, når vi ser på unges alkoholforbrug, også skal se ind bag alkoholforbruget; vi skal se på, hvad det er for nogle problemer, der ligger bag, altså om der ligger nogle sociale problemer eller nogle trivelsesproblemer bag. Derfor tror jeg, der er brug for en langt mere inkluderende tilgang – eller der i hvert fald brug for at have en inkluderende tilgang, frem for at vi udelukkende kigger på forbud og straf.

Så jeg kvitterer selvfølgelig for bemærkningerne fra fru Pernille Schnoor.

Kl. 17:10

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Det ser ikke ud til, at der er andre, der har ønsker om korte bemærkninger, så vi siger tak til ordføreren. Og vi går videre til fru May-Britt Katstrup fra Liberal Alliance. Værsgo.

Kl. 17:10

(Ordfører)

**May-Britt Katstrup** (LA):

Tak for det. Jeg vil starte med at sige, at jeg deler intentionerne om at sikre kvalitet i behandlingen af alkoholfafhængige danskere. Det er vigtigt, at vi sikrer en rigtig god kvalitet i alkoholbehandlingen, da alkoholfafhængighed er et alvorligt problem, som kan have ødelæggende konsekvenser, ikke kun for den, der er afhængig, men også for de pårørende og resten af familien. Og der er da helt klart ting, som kan gøres bedre, ikke mindst på grund af den store geografiske ulighed.

Det er kommunerne, som i dag har ansvaret for at tilbyde vederlagsfri alkoholbehandling inden for 14 dage til personer med alkoholfafhængighed, uanset alder. Det er ligeledes kommunerne, der har ansvaret for den forebyggende indsats. Men den skal forbedres, så alle kommuner kan tilbyde en lige god behandling. Og heldigvis er det jo sådan, at unge mennesker i dag drikker generelt både sjældnere og mindre end tidligere. Unge i alderen 16-24 år, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænser for alkoholindtag, er faldet fra 19,7 pct. i 2010 til 11,5 pct. i 2017.

Det glædelige ud over selve nedgangen er, at nedgangen skyldes, at forældre og skoler og gymnasier er kommet på banen. Det er simpelt hen en kulturændring, som er kommet i samfundet, båret af civile indsatser, og det er en vej, vi skal fortsætte, og det er en meget bedre vej end lovgivning og regulering.

Liberal Alliance støtter den vedtagelsestekst, som blev læst op af fru Karina Adsbøl.

Kl. 17:12

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Der er et ønske om en kort bemærkning fra Pernille Schnoor, Alternativet.

Kl. 17:12

**Pernille Schnoor** (ALT):

Tak. Det er rigtigt, at der er en positiv udvikling, og det er jeg også rigtig, rigtig glad for, men når man nu hele tiden trækker den her undersøgelse og den her statistik frem om, at det går den rigtige vej, så er det jo stadigvæk statistik, og det er stadig væk et gennemsnit for alle vores unge. Så anerkender ordføreren, at der faktisk kan være nogle tal, vi mangler, nemlig nogle tal for, om der er en gruppe af de

her unge, der reelt har et så stort et problem med, hvor meget alkohol de indtager, at det kan være misbrug – altså at vi mangler nogle tal for det, og at vi ikke ved, om vi gør nok for den gruppe af unge?  
Kl. 17:13

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):  
Ordføreren.

Kl. 17:13

**May-Britt Katstrup** (LA):  
Jeg ved i hvert fald, at vi ikke har nogen tal for det.

Kl. 17:13

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):  
Ønsker fru Pernille Schnoor sin anden korte bemærkning? Lige et øjeblik, vi skal lige have mikrofonen på. Værsgo.

Kl. 17:13

**Pernille Schnoor** (ALT):  
Så mangler vi bare at få svar på slutningen på spørgsmålet, nemlig om ordføreren også anerkender, at vi ikke gør nok, når nu vi ikke ved, hvor mange der er – altså at vi så heller ikke ved, om vi gør nok i forhold til behandling. Det er ikke i forhold til forebyggelse, vi taler behandling i dag.

Kl. 17:13

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):  
Ordføreren.

Kl. 17:13

**May-Britt Katstrup** (LA):  
Det er klart, at vi skal hjælpe de mennesker, både unge som gamle og dem midtimellem, som har et problem med alkohol, ligesom hvis de har psykiske problemer, eller hvilke problemer de har. Vi skal gøre, hvad vi kan, for at hjælpe dem. Jeg er helt enig i, at vi skal have nogle gode indsatser til det, og de indsatser, der ligger ude hos kommunerne i dag, er ikke gode nok alle steder. Der er alt for stor geografisk forskel, og derfor skal vi blive meget bedre til at sørge for, at de kommuner, som gør det godt, bringer deres viden videre til de andre kommuner, således at alle kommuner kan komme op på det samme niveau, og så vi får en geografisk lighed i behandlingen af alkoholproblemer.

Kl. 17:14

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):  
Vi siger tak til ordføreren og går videre i ordførerrækken til fru Lotte Rod, Radikale Venstre.

Kl. 17:14

(Ordfører)

**Lotte Rod** (RV):  
Tak for det. Det går den rigtige vej. Færre unge drikker, og de drikker mindre, men der er 32.000 unge, som har tegn på alkoholafhængighed. Eller er der det? Det er jo den ene store diskussion, der opstår i dag. Ministeren siger, at Sundhedsstyrelsen opgør det på en anden måde, og det er jo fair nok, men så bliver jeg nysgerrig efter at vide, hvad der så er ministerens tal for, hvor mange unge der har et alkoholproblem. For det er jo vigtigt, at vi ved, hvor mange unge det drejer sig om, og det er også vigtigt, at vi ved, hvor stort gabet er mellem de unge, som rent faktisk er i behandling, og så de mange unge, som vi må formode er derude og har et problem, men som vi ikke lykkes med at række ud til, og som vi ikke får i behandling i dag.

Det synes jeg er den ene ting, der er kommet frem i vores diskussion her i dag, og jeg synes, vi har al mulig grund til at arbejde videre med, hvordan vi kan blive klogere på, hvad der så er det rigtige

tal. For det er jo åndssvagt, at vi som politikere diskuterer tal. Det må der være nogle andre der kan gøre os klogere på, sådan at vi kan tage den politiske diskussion, på baggrund af hvor stort et problem vi har.

Den anden del af det her handler jo om at forstå, hvorfor de unge har et problem. Jeg hørte, at ministeren i sin tale gjorde meget ud af at sige, at der jo bare på nogle uddannelser er nogle virkelig sjove fester, og jeg tror, at vi allesammen har prøvet at drikke lidt mere, end Sundhedsstyrelsen synes man skal, men hvis vi ligesom skræller alle dem væk, som har det sjovt til nogle fester, og kigger på den gruppe af unge, som vi jo er enige om har et reelt problem, hvad er så årsagen til det? Hvorfor drikker de, og hvad er det egentlig for en hjælp, de får i dag?

Jeg synes, der er meget, der tyder på, at vi har en gruppe unge, som medicinerer sig selv, og der er det jo relevant at vide, hvad det er, de tumler med. Altså, er det for en gruppe unge nogle psykiske problemer, som vi enten slet ikke har opdaget, eller som de får en forkert hjælp til? Er det familieproblemer, de tumler med, eller er det også den skadelige præstationskultur, som er vokset frem i vores uddannelsessystem, som betyder, at der er nogle unge, som knækker nakken på, at de ikke føler, at de kan leve op til de krav og de forventninger, der er til, hvordan de skal klare sig? Det har vi jo brug for at vide, for at vi kan være sikre på, at det, vi så gør, det, vi sætter ind med, rent faktisk er det rigtige.

Så jeg vil gerne sige tak til Alternativet for at rejse den her debat og stille spørgsmålet om, hvad regeringen vil gøre for at styrke alkoholbehandlingen af unge. Jeg ved ikke rigtig, om vi fik et særlig konkret svar på, hvad regeringen vil gøre, men jeg synes i hvert fald, at det er kommet frem i dag, at der er nogle ting her, vi har brug for at vide noget mere om, og hvis der kan komme det ud af debatten, at vi undersøger de her ting bedre og dermed får et bedre grundlag for at kunne gøre en indsats for de unge, der har brug for det, så er det jo også et godt skridt at få taget.

Kl. 17:17

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Det ser ikke ud til at have udløst spørgsmål. Vi siger tak til ordføreren og går videre i ordførerrækken til fru Kirsten Normann Andersen, SF.

Kl. 17:18

(Ordfører)

**Kirsten Normann Andersen** (SF):

Tak for det. Jeg vil også gerne sige tak til Alternativet for at indkalde til den her forespørgselsdebat. Jeg synes også, at det er et rigtigt og vigtigt emne at få drøftet unges alkoholmisbrug og ikke mindst behandlingen af det.

Vi ved, at nogle undersøgelser har vist, at unge har en tidlig alkoholdebut – 13-15 år, siger undersøgelser. Og allerede på det tidspunkt har de unge også haft deres første brandert. Det er rigtig tidligt. Vi ved også, at det er rigtig let for unge at købe alkohol, på trods af at vi faktisk har en aldersgrænse, der er højere end de 13-15 år. De unge siger selv, at deres forbrug er for højt, og vi ved, at det kan resultere i, at de unge risikerer at få et varigt misbrug. Det er både et kæmpestort problem, når det sker, og så er jo vi tilbage ved det, som forespørgslen også handler om.

Jeg ved godt, at den her forespørgselsdebat handler om behandling, og det har Alternativets ordfører også understreget flere gange, men jeg synes nu alligevel, at man ikke kan tale om behandling uden også at tale om forebyggelse. Jeg synes selv, at forebyggelsen er det vigtigste; altså, det bedste ville jo være, hvis vi slet ikke havde brug for behandlingen. Så derfor synes jeg også, det har været rigtig, når sundhedsministeren har fremhævet, at forebyggelsesindsatsen er væsentlig. Jeg synes, det er vigtigt i forhold til at se, hvordan vi også

kunne gøre det. Det kunne vi måske også godt have en drøftelse med hinanden om – kunne vi gøre det bare en lille smule bedre?

I SF er vi optaget af, at promillegrænsen er forholdsvis høj for de unge, og vi ved, at alkoholproducenter har prioriteret at lave alkohol, som simpelt hen er målrettet en høj alkoholgrænse på 16½ pct., sådan at man kan sælge shots til unge på 16 år. Det synes jeg faktisk er tarveligt af alkoholproducenterne, men jeg synes også godt, at det kunne give anledning til, at vi stillede os selv det spørgsmål, om promillegrænsen i virkeligheden er for høj for de 16-årige. Man kunne godt sætte den ned til 6,5 pct. – altså til det, der svarer til en almindelig øl – så vi undgik de der ærgerlige branderter, som måske også kan medføre, at man på den lange bane ender i et misbrug, som så bliver behandlingskrævende.

Der er også nogle, der har været inde på, at arrangementerne på gymnasierne i højere grad gerne måtte være alkoholfri. Jeg siger ikke, at de unge ikke gerne må feste en gang imellem, men jeg tror faktisk, at det er rigtigt, at det også er godt at konstatere som ung, at man kan have det enormt sjovt, uden at der altid skal være alkohol forbundet med det. Så det kunne måske også godt være et initiativ, som vi skulle prøve at arbejde lidt mere med.

Jeg vil selvfølgelig også rigtig gerne have, at regeringen tager initiativ til at øge id-kontrollen, fordi vi ved, at de unge har alt for let til at få købt det der alkohol, som de ikke skulle have haft adgang til – i hvert fald ikke før de blev 16 år.

Men selvfølgelig skal vi også have fokus på, hvad vi så gør, når det alligevel ikke lykkes, og hvordan løser vi så opgaven i forhold til behandlingsmuligheder. Det er jo et emne, som vi allerede har været beskæftiget med i dag på baggrund af Enhedslisten og SF's forslag om forbedringer af alkoholbehandlinger generelt. Jeg synes sådan set også, at vi har været dækket godt ind af nogle af de drøftelser, vi havde der, og vi står stadig væk på mål for, at der er brug for at løfte behandlingen i forhold til alkoholmisbrug, uagtet det er de unge eller de ældre.

Jeg synes stadig væk, som sagt, at det er vigtigt at forebygge, og at det er bedre at forebygge, end det er at helbrede, men når skaden er sket, skal vi sørge for behandlingstilbud – det er både nødvendigt og vigtigt. SF støtter derfor også den vedtagelsestekst, som fru Pernille Schnoor fra Alternativet har læst op tidligere.

Kl. 17:22

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Der er ønske om en kort bemærkning fra fru Pernille Schnoor.

Kl. 17:22

**Pernille Schnoor** (ALT):

Jeg håber også, at de ordførere, der er til stede her, ved, at Alternativet faktisk har forebyggelse som en af vores allervigtigste mærkesager og indsatsområder, så selvfølgelig er forebyggelse ekstremt vigtigt. Problemet er jo, at man nok aldrig kan forebygge sig helt ud af, at der er nogle, der vil have et misbrug.

Når man så opdager i forbindelse med undersøgelser omkring unge, at der faktisk ikke rigtig er så meget viden om, hvor mange der er, hvad vi gør for dem, og hvad de gør i de forskellige kommuner, så synes jeg jo, at det må være noget, vi virkelig skal sætte fokus på. Det håber jeg – og det lytter jeg mig også til – at ordføreren siger.

Så kan man sige, at man også kan forebygge til en bedre livskvalitet. Vi skal jo også finde ud af, hvad vi gør med de her unge, som har et alkoholproblem, i forhold til den dårlige livskvalitet, de må have.

Det var bare en kommentar til det her med forebyggelse.

Kl. 17:23

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Ordføreren.

Kl. 17:23

**Kirsten Normann Andersen** (SF):

Men bare i fortsættelse af det: Hvornår er det et forbrug, og hvornår udvikler det sig til et problem, og hvor tidligt kommer man i gang? Det, at de unge selv siger, at de har en meget tidlig debut, og at de selv synes, at de drikker for meget, ved vi jo også godt. Vi ved jo udmærket godt, at nogle ender med at udvikle et egentligt misbrug, når først de har fået smag for at få for meget alkohol. Derfor er det også vigtigt at blive ved med at holde fast i, at det også kan være svært at være sammen uden alkohol, og at forebyggelsen er den vigtigste indsats. Og så må vi tage os af det, der er tilbage, når det er sådan, at vi alligevel ikke lykkes med det alt sammen.

Kl. 17:24

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Ønsker fru Pernille Schnoor sin anden korte bemærkning? (*Pernille Schnoor* (ALT)): Nej tak). Vi siger tak til ordføreren og går videre i ordførerrækken til hr. Erik Lund, Det Konservative Folkeparti.

Kl. 17:24

(Ordfører)

**Erik Lund** (KF):

Tak for det. Også fra De Konservatives side skal der lyde en stor tak til Alternativet for at få rejst den her debat. Det er altid fornuftigt at få nogle debatter om alkohol, rygning og alt mulig andet. Den her debat har vist sig virkelig at være fornuftig.

Ligesom SF's ordfører er jeg enig i, at behandling og forebyggelse hænger nøje sammen, og det kan jeg se at Alternativet faktisk også synes. Og selv om den her debat nu omhandler alkoholbehandling, synes jeg stadig væk, at forebyggelsen må have et ord med på vejen.

Det er jo sådan, at der i kommunerne i dag bliver lavet et kæmpe stykke arbejde med hensyn til forebyggelse. Jeg har mange børn, men et af dem, som ikke er så gammel, gik i folkeskolen for nogle år siden. Allerede i 7. klasse lavede man faktisk en alkoholpolitik. Der er måske nogle, der siger, at det er for tidligt. Nej, det var det faktisk ikke, for de unge begynder jo at indtage alkohol i en meget tidlig alder. Det var en politik, som forældre og lærere osv. i klasserne var fuldstændig enige i, og det var faktisk noget, der virkede. Det er noget, som de unge kan se sig selv i, og som også bagefter vil være rigtig godt for dem.

Vi ser måske uheldige tendenser til, at når vi så kommer videre – det kan måske gå meget godt i folkeskolen – til uddannelsesinstitutioner, universiteter, og der nogle gange er de her rusfester, og hvad der ellers er, kommer der alkohol på bordet. Men for os Konservative er det ikke et mål, at man skal afskaffe alkohol. Altså, alkohol er en kultur, som man har haft her i rigtig mange år, og den kultur må vi bare sørge for ikke udvikler sig på en sådan måde, at der er unge, der får et alkoholmisbrug – og det er det vigtigste. Men kultur og oplysning er for os noget af det allervigtigste.

Vi spørger også, om man ude i kommunerne – som det er blevet sagt herfra også – kan løse den her opgave, for det er en kommunal opgave, der skal løses. Kan kommunerne løfte den? Og man spørger, om de små kommuner kan løfte den. Jamen vi ved jo, at der i dag er masser af samarbejder kommunerne imellem, og det her er jo også noget, som man kan løse på tværs af kommunegrænser – det behøver ikke at være en lillebitte kommune, der skal løse det her alene. Så det ser vi også meget frem til at man skal gøre.

Vi synes, det er en god debat at få, men vi vil så stadig væk sige, at vi skal have nogle nærmere tal på det, og alle er jo enige i, at vi kender tallet på de 417, der var i behandling i 2017. Som der også er blevet sagt: Skulle der have været 834 i behandling i stedet for? Det ved vi ikke noget om, og derfor er det fornuftigt, at vi får undersøgt



nogle ting og får nogle tal, nogle facts på bordet, som vi alle sammen kan forholde os til.

Men ellers kan jeg sige, at Konservative støtter den vedtagelses-tekst, som ordføreren for Dansk Folkeparti har læst op. Tak.

Kl. 17:27

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Fru Pernille Schnoor for en kort bemærkning.

Kl. 17:27

**Pernille Schnoor** (ALT):

Tak for ordførertalen. Jeg tror sådan set, at vi er enige i det meste. Vi er heller ikke interesseret i at afskaffe alkohol, så det er jeg da i hvert fald enig med ordføreren i.

I forbindelse med ordføreren tale vil jeg sige, at jeg synes, det er rigtigt, at der er sket rigtig meget, i forhold til hvad man skal gøre på skolerne for at forebygge, lave regler, at forældrene laver aftaler osv., men så tænker jeg: Gad vide, hvor mange klasser og hvor mange skoler og ungdomsuddannelser der ved, hvad de skal gøre, hvis de har mistanke om, at en ung har et alkoholmisbrugsproblem. Det synes jeg f.eks. er interessant, og jeg synes, det er noget, der også er vigtigt at tale om i dag, for det tror jeg faktisk ikke der er ret mange der ved. Hvad skal man gøre, hvis der er en i en klasse, hvor man tænker, at det virker, som om han eller hun kan have et misbrug? Det er sådan nogle ting, som jeg synes vi mangler at tage fat i.

Kl. 17:28

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Ordføreren.

Kl. 17:28

**Erik Lund** (KF):

Det er jo der, hvor vi siger, at det kan være tal for, hvor mange der har et reelt behov for hjælp, og de tal er noget, som vi så i en undersøgelse skal finde frem til. Hvor meget ved skolerne om det her? Ved de, hvor de skal rette henvendelse? Der synes jeg igen, det er en kommunal opgave at prøve at orientere skolerne om, hvor de skal gå hen. Det kan være ssp-samarbejdet osv., som også kan være indover her.

Men hvis det virkelig er sådan – det kan jeg jo ikke sige om det er – at der er ganske få, der ved, hvor de skal rette henvendelse, så er det selvfølgelig noget, som vi i første omgang må henvende os til kommunerne om og sige: Det her skal I have fokus på, så de unge mennesker, lærerne eller forældrene ved, hvor de skal rette henvendelse. Men ellers er jeg fuldstændig enig med ordføreren.

Kl. 17:29

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Vi siger tak til ordføreren. Dermed er vi igennem ordførerrækken og går over til sundhedsministeren.

Kl. 17:29

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Tak for debatten og for indlæggene i debatten. Jeg synes grundlæggende, vi har haft en god debat om et vigtigt emne, nemlig hvordan vi undgår, at unge udvikler afhængighed af alkohol, og også hvordan vi sikrer, at unge får den nødvendige hjælp, hvis de er kommet ud i en situation, hvor de ikke længere har styr på deres alkoholforbrug.

Jeg hører egentlig, at der også er en vis form for enighed i debatten om, at det er vigtigt, at vi fokuserer på at forebygge – både forebygge, at unge drikker for meget, men også forebygge, at unge kommer derud, hvor de bliver afhængige af alkohol. Jeg hører faktisk også en tilkendegivelse af, at der er en – sådan som jeg i hvert fald har noteret det – bred tilkendegivelse af, at det er positivt, at det går den rigtige vej, men at det jo ikke betyder, at vi er i mål i forhold til at

sikre, at børn og unge får et ordentligt og fornuftigt forhold til alkohol og ikke udvikler et decideret misbrug.

Vi startede med at have en diskussion om tal, og det tog Alternativets ordfører, synes jeg, måske en lille smule negativt ned. Jeg ønsker egentlig ikke at sætte spørgsmålstegn ved – for det kan jeg jo høre at ordføreren har gjort undervejs – om Center for Rusmiddelforskning tal er korrekte. Det var sådan set ikke det, der var pointen. Pointen var bare at sige, at det her med, at så mange unge skulle være alkoholafhængige, ikke er en definition, som Sundhedsstyrelsen opererer med – altså hele begrebet alkoholafhængighed. Sundhedsstyrelsen følger derimod WHO's vurderinger og definitioner på området, og vi forholder os derfor i stedet for til, hvornår man ligger over højrisikogrænserne. Og det kan vi jo desværre se at der stadig væk er for mange unge der gør. Selv om vi har set et markant fald over de seneste år, er der stadig væk for mange unge, der drikker for meget.

Det, jeg så også bare sagde, er, at jeg synes, vi skal passe på, at vi ikke sætter lighedstegn mellem det, at man drikker for meget i en periode af sit liv, mens man er ung, og det, at man er afhængig af alkohol; at det, når ens liv bevæger sig lidt videre og ungdomsfester måske ikke er interessante, at det er nogle andre relationer og nogle andre ting i livet, der spiller en større rolle, så ikke er sådan, at man så ikke kan have været en festabe, sådan som jeg tror nogle kalder det, i en ungdomsuddannelsessammenhæng, uden at det egentlig betyder, at man har fået et usundt forhold til alkohol. Og derfor synes jeg bare, det er vigtigt, at vi holder begreberne adskilt – ikke for at negligere den problemstilling, der er, men fordi det er væsentligt, at vi hverken taler problemet for højt op eller taler det for langt ned.

I forhold til tallene, som Venstres ordfører nævnte, kan vi se af tallene, at der sidste år var 417 unge mellem 18 og 24 år i decideret alkoholbehandling. Hvis vi kigger på dem under 18 år, var der 5. Det er jo for mange, og der er da ingen tvivl om, at der sikkert også er nogle unge, der godt kunne have behov for at komme i behandling, og som ikke nødvendigvis bliver visiteret til tilbuddet. Og det er klart, at det er den opgave, der også ligger i kommunerne, både i forhold til forebyggelsespolitikken, men også i forhold til alkoholbehandling, når der er behov for det. Og jeg håber da også på, at det servicetjek af alkoholområdet, som jeg under den tidligere behandling af B 27 sagde at jeg mener der er behov for, også vil kunne klarlægge, i hvor høj grad kommunerne egentlig er fokuseret på den opgave, der relaterer sig til de unge alkoholmisbrugere, og ikke bare den, der relaterer sig til den midaldrende gruppe, hvor vi jo kan se på tallene, at det er der, hvor den største andel er, der er alkoholafhængige.

Jeg har egentlig ikke flere kommentarer. Jeg sagde, hvad jeg vil sige, indledningsvis, men stiller mig til rådighed for de spørgsmål, der måtte være fra ordførerne i salen.

Kl. 17:33

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Den første ordfører, der har meldt sig, er fru Pernille Schnoor, Alternativet.

Kl. 17:33

**Pernille Schnoor** (ALT):

Tak. Jamen nu undrede det mig, at ministeren sagde i forhold til de her tal for, hvor mange unge der har en form for alkoholafhængighed, at Sundhedsstyrelsen slet ikke opererer med sådan nogle tal. Så er jeg bare nysgerrig efter at vide, om det er, fordi Sundhedsstyrelsen ikke synes, det er vigtigt at vide, hvor mange der har det. Eller kalder man det noget andet, eller hvordan skal jeg forstå det?

Så siger ministeren igen, at vi skal passe på ikke at kalde det afhængighed og sådan nogle ting. Jamen jeg går da ud fra, at man så opgør det ud fra nogle kriterier om, at det er misbrug. Altså, jeg hørte Henrik Rindom for nylig definere, at der er fem, mener jeg det

var, kriterier for, hvornår noget er et misbrug – altså noget, der skal være opfyldt, for at noget er et misbrug. Det skal man selvfølgelig også gøre i forbindelse med unge. Det var bare de to ting, der undrede mig i forhold til det, ministeren sagde.

Kl. 17:34

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):  
Ministeren.

Kl. 17:34

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Det, jeg sagde indledningsvis, og som jeg også gentog nu her, er, at Sundhedsstyrelsen ikke bruger et begreb, der hedder »viser tegn på alkoholafhængighed«, som jo er det begreb, som bliver brugt i relation til den kilde, der bliver brugt her. Sundhedsstyrelsen benytter sig af WHO's definition af afhængighed, og det er et begreb, der relaterer sig til størrelsen af alkoholforbruget, f.eks. hvor stor en andel der drikker over højrisikogrænserne. Højrisikogrænserne ligger i Danmark på de her henholdsvis 21 og 14. Og det er jo så også der, vi har de her procentandele af, hvor mange unge der går igen i sundhedsprofilen, hvor vi har set et temmelig markant fald, og jeg glæder mig over det temmelig markante fald. Det er de begrebsverdener, der er.

Fordi man ligger over højrisikogrænsen, betyder det jo ikke, at man er afhængig af alkohol, men at der er nogle faresignaler. Det var også det, jeg sagde indledningsvis, og som jeg sådan set også hører andre sige. Der er faresignaler, i relation til hvor *meget* man så drikker, når man drikker – altså binge drinking. Der ser vi heldigvis også en nedgang, men vi ved jo godt, at det er der, vi skal være særlig bevidste. Der er nogle unge, der drikker sig sanseløst beruset og ikke har styr på sig selv, og fysisk bliver kroppen også meget, meget påvirket af de store mængder alkohol, man indtager. Og hvad det også betyder for afhængighed, er jo noget af det, der er vigtigt at holde sig for øje – også når vi taler forebyggelsespolitik ude i kommunerne og den opsøgende indsats, der skal være i forhold til så at hjælpe de unge, der har behov for kvalificerede behandlingstilbud, når vi taler misbrug. Det være sig alkohol i det her tilfælde, men det handler jo også om andre former for misbrug.

Kl. 17:35

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):  
Fru Pernille Schnoor.

Kl. 17:35

**Pernille Schnoor** (ALT):

Det, jeg kan forstå, er, at Sundhedsstyrelsen så ikke opererer med tal, der handler om misbrug, men om, hvor meget man drikker. Altså, er det over det, man anbefaler? Det var i hvert fald det, jeg hørte ministeren sige. Så skal jeg forstå det sådan, at det ikke er vigtigt at få tal på, hvor mange der udvikler det? Skal Sundhedsstyrelsen så ikke have nogle tal på, hvor mange unge der udvikler et misbrug, altså ud fra en definition af, hvad et misbrug er, og hvad afhængighed er? Der forstår jeg på ministeren, at de tal ikke er der nu.

Kl. 17:36

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):  
Ministeren.

Kl. 17:36

**Sundhedsministeren** (Ellen Trane Nørby):

Jeg har sådan en fornemmelse af, at vi taler forbi hinanden, og hvis det er, fordi der er et ønske om forskellige definitioner af, hvordan Sundhedsstyrelsen bruger definitionerne, og det er ikke for at være polemisk på nogen måde, så synes jeg egentlig, at vi skal klare det skriftligt. Jeg tror, alle her i salen har et ønske om, at de unge, som har et usundt forbrug af alkohol, får en kvalificeret behandling. Og

det, jeg egentlig synes er den væsentlige diskussion, er, om vi oplever, at vi faktisk er gode nok til at identificere de unge og lave den opsøgende indsats, der kan gøre, at de så også kommer i en kvalificeret behandling.

Det er jo sådan set det, der er væsentligt – ikke, om der er for mange unge, der stadig væk drikker over højrisikogrænsen, fordi i min bevidsthed er der for mange unge, der stadig væk drikker for meget, men vi kan også se, at der er unge, der drikker for meget, og som så 2 år senere er et helt andet sted i deres liv, hvor ungdomskulturen og festkulturen er forbi – der har man været, slut med det. Det skal vi passe på ikke at gøre til en diskussion om afhængighed. Derfor kan man godt ligge over højrisikogrænsen uden at være afhængig, og det var jo sådan set det, jeg forsøgte at sige indledningsvis, i forhold til hvad Sundhedsstyrelsen har fokus på i deres tal, og som jeg også synes er væsentligt at holde fast i, når vi heldigvis ser en nedgang i alkoholforbrug hos unge i Danmark.

Kl. 17:37

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Der synes ikke at være andre, der ønsker at komme med korte bemærkninger. Vi siger tak til ministeren.

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

Afstemning om de fremsatte forslag til vedtagelse vil som nævnt først finde sted tirsdag den 15. januar 2019.

Kl. 17:38

## Meddelelser fra formanden

**Den fg. formand** (Benny Engelbrecht):

Der er ikke mere at foretage i dette møde.

Folketingets næste møde afholdes i morgen, fredag den 11. januar 2019, kl. 10.00.

Jeg henviser til den dagsorden, der fremgår af Folketingets hjemmeside.

Mødet er hævet. (Kl. 17:38).