

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

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

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

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

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

(Kort bemærkning).

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

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

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

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

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

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

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

Kl. 17.20

(Kort bemærkning).

Per Clausen (EL):

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

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

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

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