

Referat



Tid: 30. september 2020

Sted: Danske Fysioterapeuters sekretariat

Beskrivelse: Møde i etisk råd.

Deltagere: Brian Errebo-Jensen, Pia Damgaard, Peter Hendeliowitz, Helle Gerbild, Sune Frølund, Ruben Bredholt, Betina Nielsen

Dagsorden og referat

1. Velkommen og siden sidst v. Brian
2. Drøftelse af den aktuelle sexismedebat
3. Opsamling på emnet 'prioritering i sundhedsvæsnets' ud fra Danske Regioners oplæg – har vi særlige spørgsmål vi vil debattere med Ulla Astman?
4. Oplæg ved Ulla Astman fra Danske Regioner om Danske Regioners vinkel på prioritering i sundhedsvæsnets (vedhæftet) og efterfølgende debat
5. Eventuelt

1. Brian byder velkommen

Farvel til Nynne der stopper. Ny sekretariatsperson vil blive ny sundhedspolitisk konsulent, som starter 1. november.

Vi får besøg af Ulla Astman. Desværre aflyst webinar.

Siden sidst

På de sidste fagkongresser har vi haft indlæg fra etisk råd, Helle har rejst spørgsmålet, om vi allerede nu skal diskutere, hvad det skal være. Det bakker Brian op om. Sidste gang havde etisk råd et arrangement med besøg af psykolog Charlotte Birkmose, der talte om forråelse. Brian opfordrer til, at medlemmerne af etisk råd tygger på det, og vi vender tilbage til diskussionen senere i dag.

Siden sidst har alting været corona-præget. Mange ting er blevet aflyst og udsat. Mange står i et vakuum – hvad gør vi? Men det er vigtigt, at vi kun aflyser det, der er nødvendigt. På den anden side har vi som sundhedsorganisation en forpligtelse til ikke at medvirke til smittespredning. Vi overvejer, hvilke forholdsregler der skal tages eller om der skal aflyses fra sag til sag.

Repræsentantskabsmødet afholdes normalt over to dage, men som følge af covid-19 har der ikke været mulighed for at forberede punkterne og have de nødvendige brede diskussioner op til, som der ellers plejer at være. Derfor holdes repræsentantskabet denne gang som et endagsmøde d. 7. november, og desuden afholdes et ekstraordinært repræsentantskabsmøde d. 19. og 20. marts 2021, hvor der vil være tid til at diskutere de store sager.



Foreningens håndtering af Corona-krisen, dimittendledighed, opgaveglidning mm. kommer højst sandsynligvis til at fylde i beretningsdiskussionen. Omskæringsdebatten – også aktuell. Vi holder fast i de holdninger, som vi gav udtryk for i vores indlæg i Fysioterapeuten.

Runde med refleksioner og reaktioner ift. den aktuelle omskæringsdebat

Vi har udtalt os inden for en ramme af legitimitet, der er den etiske dimension af omskæringsdebatten. Vi kan have nogle etiske fordringer, men der kan være andre politiske forhold, sådan er virkeligheden. De kan fint sameksistere. Vi tog emnet op første gang ifm. det første borgerforslag. Da vi drøftede sagen, var der meget ro på. Det har været godt at kunne vende tilbage til en gennemarbejdet udmelding, da debatten rasede.

Tankevækkende at så mange sundhedsfaglige er stået af sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe. Interessant, at muslimer ikke har fyldt noget i den debat, men at det hele har handlet om jøder, selvom problemstillingen er den samme.

Dan Zahavi har skrevet et indlæg i Politiken. Han finder det problematisk, at debatten om omskæring er baseret på en ensidig fokusering på den kropslige dimension, og undrer sig over, at respekten for barnets kropslige integritet gøres til norm, når vi samtidig finder det helt på sin plads under socialiseringen at forme og præge barnet psykologisk. Han efterspørger opmærksomhed på barnets psykiske eller mentale integritet. Link til indlægget sendes ud med referatet.

Helle har andre relevante debatindlæg. Link udsendes med referatet. (*Tilføje efter mødet*: Her er bl.a. debatindlæg, hvor ovenstående betragtninger anfægtes, hvor retten til selvbestemmelse og samtykke diskuteres, hvor Mette Frederiksens kobling mellem omskæringsmodstand og antisemitisme problematiseres).

I et historisk perspektiv har barnet altid været umyndiggjort. Derfor er det godt og vigtigt, at man i moderne tid forholder sig til barnets ret til kropslig integritet. Desværre har retorikken været meget hård de sidste par uger, hvilket er ærgerligt: – lemlæstelse osv. Der har vores indlæg en bedre tone.

Det interessante er, hvordan det kommer til at præge samfundsdiskussionerne fremadrettet. Fx er der mange ting der kan påvirke barnets tarv, fysiologisk, biologisk. Og kommer vi også til at se lovgivning på disse områder? Nogle teoretikere mener, at vi bevæger os hen imod det posthumane menneske, hvor forældre i fremtiden, i langt højere grad, vil foretrække at få lavet "reagensglasbørn", hvor bestemte gener kan vælges til og fra. Dette vil i høj grad udfordre samspillet mellem samfundet og det at blive et menneske.

Bevæggrundene til at sundhedsorganisationerne trådte ud af arbejdsgruppen, var forskellige. Det virker til at resultatet har været klausuleret på forhånd. Uhørt.



Der er meget læring at hente i debatten om, hvordan man kan bruge sit etiske råd i en forening som vores. Ift. dette emne er det nemlig ikke foreningen som er kommet med en holdningstilkendegivelse, men det er os som etisk råd.

Fagkongressen, marts 2022

Brainstorm på emner og personer:

Forslag 1: Debatten om krænkelsekultur, kan være svær at finde rundt i. Ritorikken ender ofte i "os og dem", bliver konfrontatorisk og konfliktfyldt. Meget kan behandles i den optik: fx sexismen, voldtægtskultur, grænser, identitetspolitik, race. (*Tilføjelse efter mødet*: Bud på oplægsholder, Vincent Hendricks)

Forslag 2: Teknologietik – de produkter vi udvikler og skaber, er der altid et etisk sigte? Empirisk etik, hvad gør det her produkt ved den, der skal bruge det. Hvornår overtager et produkt det personlige ansvar fra mennesket? Ansvar for at holde sig i form, holde sig i bevægelse. Etisk snak om hvad er det for produkter, vi udvikler, kommer vi nogen gange til at fratage eget ansvar for at leve det gode liv? – ikke bud på oplægsholder endnu.

Teknologi fyldte også rigtig meget på folkemødet sidste år. Overvågning og relationer. Måske inspiration at hente. Jakob Birkler siger: man kan også blive så fri at man bliver helt alene, Else fra sommerens dokumentar om ældreomsorg hang i en lift.

Forslag 3: Sexisme – det er en hel kultur i vores samfund, det er ikke løst ved 2022, – etisk diskussion om hvad kan vi som fagforening og gruppe gøre for at tage det her rigtig alvorligt?

Forslag 4: Homofobi, manglende forståelse for minoriteter i sundhedsvæsenet, – også et emne der er vigtigt for fysioterapeuter. Både seksuelle og andre minoriteter.

Forslag 5: En debat om, 'hvorfor fysioterapeuter skal forholde sig til omskæring'? Hvordan kan det relateres til fysioterapeuters etiske retningslinjer? Hvorfor og hvordan skal man forholde sig etisk? Vi er en del af sundhedsvæsenet, vi er i alle sektorer.

Vil vi have en foredragsholder eller en diskussion/refleksion?

Næste skridt: Gå tilbage til planlæggerne og siger at vi gerne vil have en seance.

2. Sexisme

Brian redegør for, at der ikke i det datamateriale der er forhåndenværende, fremstår som et stort problem

Forslag til tekst/notat til HB:

Sexisme og Fysioterapi



Danske Fysioterapeuters etiske råd har diskuteret sexismen i relation til fysioterapi, på baggrund af opfordring fra Hovedbestyrelsen.

Sexisme spænder fra uønskede kommentarer, berøringer og nedværdigende behandling på baggrund af køn til grov sex-chikane og overgreb. Vi mener det er relevant at kigge på hele dette spektrum og ikke kun på den groveste ende af skalaen.

Det er vores vurdering at sexismen er relevant at diskutere i relation til fysioterapien inden for følgende områder:

1. *Sexisme der begås af fysioterapeut mod fysioterapeut, eller kollegaer med anden baggrund*
 - *Herunder sexismen hvor magtforholdet er skævt*
 - *Herunder sexismen hvor magtforholdet er ligeligt*
2. *Sexisme der begås af fysioterapeut mod patient/borger*
3. *Sexisme der begås af patient mod fysioterapeut*
4. *Om der er noget i den eksplicite kropslighed der er til stede i den fysioterapeutiske hverdags- og uddannelseskultur der medfører/kan risikere at medføre grænseoverskridende adfærd?*

Det er vores indtryk, at de forhåndenværende undersøgelser på området er meget snævre i deres undersøgelsesfelt (at de eksempelvis spørger meget direkte til grovere sexchikane) og i mindre grad forholder sig til hverdagssexisme samt det herover omtalte områder. Det er altså ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere omfanget af sexismen i fysioterapien.

Vi mener derfor, at det ville være betimeligt hvis Danske Fysioterapeuter:

- a. *Søger yderligere viden om hvordan det står til på alle de fire ovenstående områder. Dette kunne gøre med udgangspunkt i Kvinfos guide til, hvordan dette i praksis kan undersøges, så det ikke kun er de groveste sager, men også uhensigtsmæssigheder i kulturen der skabes viden om.*
- b. *Starter en åben debat om sexismen blandt fysioterapeuter for at nedbryde tabuer og modvirke tavshedskultur*

Runde med refleksioner og stikord ift. sexismen

FTF har hvert 5. år lavet en stor undersøgelse af medlemmernes psykiske arbejdsmiljø. DFys fik lavet ekstra kørsler, så der er mange fysioterapeuter, der er blevet spurgt.

Kom meget hurtigt til at tænke på de studerende. Der er mange situationer i løbet af studietiden, hvor man står afklædt eller omgås hinanden i undertøj – hvilket er en vigtig del af læringsprocessen, når man går på et studie, der handler om kroppen. Dette stiller samtidig også store krav til skolerne om at skabe et trygt miljø. Hvordan værner man om et trygt og godt undervisnings- og læringsrum?



Vi er en faggruppe, der har nogle andre måder at omgås hinanden på, det er et meget kropsligt fag. Hvornår er noget krænkende? Er noget sexismen i fysioterapi kamoufleret, fordi vi skal kunne stå afklædt foran hinanden?

Medlemsskaren er ca. 30/70 til kvindernes fordel, men nu er det ca. 50/50 på skolerne, så et fag under forandring.

Hvornår er noget bare et kompliment, eller at vi har en tæt relation, og hvornår er det noget andet?

Vi kan sagtens blive enige om, at det er denne her omgangstone, vi har, men er det i orden? Det kan være, den ikke er i orden.

Det kan være, at vores grænser er anderledes end andre faggruppers og måske også patienternes? Det, vi ikke ser som et problem, kan være en overskridelse af andres grænser. Vi har fokus på, at vi ser mennesker i så mange afklædte situationer, men ser det ikke som et problem.

Interkollegialt. Man kommer nemt til at røre andre fordi det er afsexualiseret for fysioterapeuter.

Berører vi hinanden mere. Fysioterapeuter er mindre generte. Der findes da også blufærdighed blandt fysioterapeuter. Jeg tror, at fysioterapeuter er mindre blufærdige og også lidt sværere at krænke, men jeg synes, vi skal lave undersøgelser. Men hvis man spørger fysioterapeuter, tror jeg de sjældnere vil føle sig krænket. Man kan godt være så eksponeret for noget grænseoverskridende, at det føles normalt.

Det er måske en rigtig god ting, at vi har øje for det strukturelle. Som fysioterapeut, hvis det er svært at få et job, så kan der opstå en magt-asymmetri, hvor nogle fx går på kompromis med en adfærd, de egentlig ikke har det godt med. Dermed kan bestemte strukturelle betingelser danne grobund for en sexisme-kultur, fordi folk finder sig i mere?

Individ overfor det strukturelle, er det i orden jeg skal finde mig i mere. Det er en magtbalance, ex med en undervisningssituation med 14 mænd, er det så ok, at de er lumre? Nej, vil jeg sige.

Have øje for et presset arbejdsmarked. Man indgår sådan nogle "ti-stille klausuler", man forlader arbejdspladsen, men holder sin mund. Der sker overgreb, folk udnytter deres position, men vi har ikke hørt så meget om det endnu. Det er en del af vores medlemmers arbejdsliv. Der er mange fristelser derude, hvis man ikke er professionel og etisk bevidst om ikke at udnytte.

Yngre læger har været ude at tale om sexismen, turnus, afhængig af en mandlig overlæge, nedladende sprogbrug, "lille-mus", – kommer fysioterapeuter ud for sådan noget, hvor man kommer ind i et stærkt asymmetrisk magtforhold? Traditionelt var det tidligere et kvindefag med kvindelige overfysioterapeuter som nærmeste overordnede. Derfor nok ikke samme problem som lægerne, der som tidligere traditionelt mandefag har haft mandlige overlæger.

Hvad hvis vi spurgte til: oplever du det fra dine patienter? Patient-behandler.



Er der en kultur, hvor man føler det hører med til faget at få sine grænser overskredet af patienter, det ville kunne hjælpe, hvis man differentierede spørgsmålet mere. Måske tænker man det her er et vilkår, det må jeg finde mig i?

En forestilling om, hvad vi skal finde os i eller tåle, man kommer meget hurtigt i den pulje, hvor man er et offer, eller 'krænket'

Professionalisme og tydelighed skaber nogle rammer, der ikke kan fortolkes på.

I X-Kommune stod det eksplicit i personalepolitikken, at man ikke måtte have et SoMe bekendtskab til borgere, imens man havde en professionel interaktion. Er man på facebook med sine patienter? Skal der være en magtasymmetri for at det kan finde sted? Det er der ikke helt enighed om. Hvem har ansvaret i situationen?

Ligestilling, blåøjet at sige at det ikke findes internt, men tror det er mere noget, der er sket med patienter, hvor det er gået langt over de personlige grænser.

Katja Kvale skriver i ugens Weekendavis om ligeberettigelse, at kvinder skal lære at sige fra. Man skal anerkende, at det kan være svært at sige fra, og måske er det blevet sværere at sige fra.

Må man sige i dag: jeg vil altså ikke have det der!

Der er kommet nogle nye diskussioner om, hvad der er okay. Det kan godt være, at vi har brug for at der bliver taget meget radikal afstand, så kan det være, at debatten over tid kan finde det leje den skal have, uden at mænd skal føle sig forfulgt på vegne af hele kønnene. Fysioterapeuter arbejder i mange forskellige domæner, jeg har arbejdet i psykiatrien og har skullet lægge øre til lidt af hvert, hvor patienter har sagt noget, der har grund i deres sygdom, så er det ikke noget de skal stå til regnskab for.

Jeg tror der er forskel på, hvor grænseoverskridende eller krænkende noget kan være, fx hvis det er ens chef fremfor ens kollega. Vi professionelle har mere magt i denne her situation, men det gør det samtidig lidt sværere – hvilken konsekvens kan det have, man kan ikke sige, de må ikke være her.

Magt kan have mange akser: fysisk styrke, formel magt, køn.

Mænd er kvinder fysisk overlegne.

Tidligere brugte man nogle steder debriefing, hvor man gav sig plads og tid til at tale om, hvad der rør sig og sker på arbejdspladsen. Det gode er, at det kommer op på arbejdspladsen, inden man går hjem.

Som ledelse er det et fokusområde at man reproducerer det professionelle forhold, alle har et ansvar i den gode kultur.

Jeg tror stadigvæk, vi som faggruppe har mange fristelser, vi skal hele tiden være opmærksom på det kropslige. Der er altid nogle der udnytter tingene, at vi skal være meget bevidste.



Har man noget viden omkring arbejdspladserne, for fysioterapeuter? Har man politikker, må man være venner på sociale medier?

Kvinfo har en god pointe i hvordan man spørger: Har du været udsat for kommentarer der går på dit køn eller tøj, som du synes var krænkende? Er du blevet rørt ved på en måde, du ikke ønskede? Det er jo ikke afdækket fuldt ud i den undersøgelse fra FTF.

Vi har som faggruppe et skærpet ansvar, fordi vi har den kropslige tilgang til patienter og borgere, fordi vi ofte berører dem intime steder, fx gangstøtte ved hofter. Som fysioterapeuter ekstra opmærksomhed på kropslige grænser.

Det skal ikke kun være den enkelte, kulturen er det vigtige.

Når man begynder at snakke om det kommer det frem, man kan overveje at lave en tråd, hvor man har denne her debat, er det noget I oplever? Hvordan kan man have debatten og snakken?

Afrunding: Vi har fået en god indledende diskussion og nogle kategorier. Man kan tale sig varm på et emne. Mere debat, mere viden.

Kunne være spændende at vende tilbage til det. Noget materiale, vi også kan lade gå tilbage til HB, der imødeser nogle udmeldinger fra os. Er der noget tal-materiale vi skal have uddybet, er der nogle udmeldinger til TR eller leder?

Der er nogle opmærksomhedspunkter.

Kvinfo's spørgsmål til hvordan man kan undersøge det på arbejdspladsen. FTF-undersøgelsen ville se anderledes ud i dag, situationen var en anden i 2016-17. Dengang var det man meget spurgte ind til vedr. travlhed, stress, manglende rammer for faglighed, vold etc. Sådan forandrer situationen sig.

3. Prioritering i Sundhedsvæsnets

Næstformand i Danske Regioner Ulla Astman har fået følgende spørgsmål på forhånd:

Hvad er de største udfordringer og etiske udfordringer i sundhedsvæsnets

Gennembrud på psykiatriområdet – Hvornår?

Refleksioner til coronasituationen

Hvad vil vi gerne gøre hende opmærksom på?

Der prioriteres politisk, men tilsidesætter faglige anbefalinger på f.eks. cannabis samtidig med at man vil styrke brugen af evidens.

Tilsidesættelse af faglige anbefalinger. Hvis man træffer politiske beslutninger udenom forskning, hvad skal man så forske for?

Man har her under corona taget politiske beslutninger, der ikke var sundhedsfagligt begrundet.

Udsatte-området, når man gerne vil lægge ansvaret over på den enkelte, nogle grupper der får sværere ved at tage det ansvar

Folk der udebliver fra screening, men hvem er det, der udebliver? Når vi skaber lighed i sundhed er det ikke sikkert, vi får så meget.



Supersygehuse – dårlig ressourceudnyttelse. Man kan ikke tit nok slå et slag for forebyggelse. Balance med, at der ikke er nogen, der bliver tvangstrænet, hvor vigtigt det er med rehabilitering at blive mest muligt selvhjulpen.

Når servicelov møder sundhedslov – sygehuset bestiller forskellige ydelser ude i kommunen, borgerne må ikke selv bestemme om de vil bruge en robotstøvsuger eller få hjælp.

Danske regioner er d. 11.09 kommet med en publikation om social lighed i sundhed, hvor de foreslår, at vi får en folkesundhedslov.

Hvis du får en lungebetændelse, er der en ensartethed landet over om der bliver givet penicillin, mens kommunernes tilbud på genoptræningsområdet er meget forskelligt.

Hvordan gør man processen gennemskuelig, hvorfor tager man de beslutninger, man gør, -gennemsigtighed.

Det personlige ansvar, sammenhængskraften i ulighed i sundhed. Der er forskellige forudsætninger for at påtage sig det personlige ansvar. Meget nysgerrig på, hvad hun vil sige om Behandlingsrådet. Hvordan forstår vi begrebet kvalitet, man har et kvalitetsbegreb i kommunen og et andet i regionerne og at de to ting karambolerer engang imellem. Hvad skal vi måle ud fra? Livskvalitet ifm. en depression, kan være meget individuelt fra person til person.

Sundhedsaftaler ml. regioner og kommuner, noget af det de har haft fokus på er forebyggelse. Der er så mange udfordringer, det er en del af prioriteringerne. Det levede liv, man kan ikke komme det ned i halsen på folk, livsstilmønstre er svære at ændre. Udfordringer at vi har et sundhedsvæsen der er blanding af offentligt og privat, flere sektorer. På den måde kan der ske en stor forskel i behandlingen på mange forskellige niveauer, det kan være svært at koordinere samarbejdet.

Ulla Astman er socialdemokrat, hun må vide hvornår kommer der en sundhedsreform? Hvornår tager man det næste skridt ift. det nære, kommunale sundhedsvæsen?

Kommer de til at lægge sig op ad den forrige regerings tanker?

Psykiatriske genoptræningsplaner?

4. Besøg fra Ulla Astmann, prioritering i sundhedsstyrelsen

Noter og stikord fra Ullas oplæg.

Den politiske tilgang til sundhedsvæsenet er den tilgang jeg kommer med.

Stigende behov for prioritering, længere levetid og flere kronisk syge, udvikling af nye teknologier og behandlingsmulighed, dyrere medicin.

Hvad er det der skal til?

Flere niveauer af prioritering.

Politisk prioritering

- Overordnet prioritering af midler mellem områder
- Skaber rammerne for de faglige prioriteringer
- Man kan flytte penge mellem kultur og sundhed, det må man ikke gøre mere i regionerne, men man må gøre det i kommunerne.



- I regionerne skal man prioritere indenfor en ramme: vil vi prioritere forebyggelse, somatik, psykiatri, kronikere...? Skal man gøre det ene eller det andet ift. den enkelte patient, jeg vil nødig blande mig i hvordan man skal foretage behandling af den enkelte lungecancer, sætte teknologier osv. til rådighed.
- Vi skal sikre os, at der er tilstrækkelige midler til at det kan foregå.
- Politisk prioritering handler om at skabe de rigtige rammer for faglig prioritering. Det skal foregå med en armslængde ti, l at det er det ene eller andet medicinske præparat, ikke er en politisk beslutning.
- Hvordan virker det her middel, hvilken effekt har det?
- Vi holder os i armslængde i medicinrådet men vi opstiller nogle principper for prioritering.
- Daglig rationering i frontlinjen. Er det den med den lille eller store skade? Hvem er det der har mest brug for hjælpen først.
- Behandlingsrådet, er lige nedsat, ikke kommet i gang med arbejdet endnu.
Kriterier:
 - o Mest sundhed for pengene
 - o Faglighed
 - o Åbenhed
 - o Lighed
- Medicinrådet; kriterier:
 - o Faglighed
 - o Uafhængighed
 - o Geografisk lighed
 - o Åbenhed
 - o Hurtig ibrugtagning
 - o Mere sundhed for pengene
 - o Adgang til behandling
 - o Alvorlighed (Besluttet af Danske Regioner)
 - o Forsigtighed (Besluttet af Danske Regioner)

Vi skal føje liv til årene og ikke kun år til livet. Det er det nemmeste at fylde noget behandling i folk og holde dem i live længere. Diskussioner med patienter og pårørende hvor de her prioriteringer er sværere.

Der skal være en god kvalitet i det liv man har de sidste år, et dilemma som fagfolkene kan stå i.

De overordnede politiske debatter, nogle gange vil man gerne ned og blande sig i hvilket præparat. Det kan være medicinsk cannabis, funktionelle lidelser, hvor der bliver truffet beslutninger politisk der går imod.

Defensiv medicin, man kan se at det der var vigtigt det var tjeklisten, evt. sikre dokumentation. Syg, kræftpatient, lungekræft uhelbredeligt, så sidder man og tænker arh, kan det virkelig passe at sætter en masse i gang? Men på et eller andet tidspunkt skal man stoppe.



Stop den unødvendige behandling, og hjælp i stedet for palliativt. Man oplever det rigtig tit. Efter at der har været nogle sager er især lægerne blevet opmærksomme på at vinge af, og det er uhensigtsmæssigt.

Der mangler en tillid til at personalet går på arbejde for at hjælpe borgerne og patienterne bedst muligt.

Mangler en diskussion på det her og nok også en tryghed.

Defensiv medicin kan også handle om at fagpersoner har et behov for at kunne sige til sig selv, patienter og pårørende at alt er prøvet, for at retfærdiggøre at man stopper.

Helle fortæller, at der i Danmark ses en udvidet forståelse af defensiv medicin, der ikke kun handler om at undgå klagesager.

Medicinrådet blev oprettet i 2017 pga. behovet for at dæmpe udgiftspresset og sikre mest sundhed for pengene.

Medicinrådet anbefaler om ny sygehusmedicin skal være standardbehandling. Medicinrådet udarbejder også behandlingsvejledninger for terapigrupper af lægemidler.

Vi har fået en større gennemsigtighed på hvad der bliver prioriteret, og hvorfor der bliver prioriteret.

Organiseret med en vis armlængde, eget sekretariat osv.

Evalueringen foregår i fagudvalgene

Rådet vurderer, om merværdien af lægemidlet står mål med virksomhedens pris

Hvis et lægemiddel ikke kan anbefales, kan virksomheden få præparatet vurderet igen ved prisændring/effekt.

Behandlingsrådet

- Vurderinger af medicinsk udstyr og sundhedsteknologi
- Ikke en gate keeper: ca. 20 evalueringer og 2-3 analyser om året.
- Robotkirurgi, ting man har sagt ja til uden at have nagelfast evidens, men det er et rigtig spændende fagligt, for at prøve det af. Det her var også noget der kunne være med til at skabe et spændende fagligt miljø, og det er man også nødt til at kigge på når man kommer fra områder hvor det er svært at rekruttere læger.

Spørgsmål: Et råd der kunne kigge på om man skal bruge kirurgi, medicin eller træning i et evidensbaseret perspektiv?

Det var også noget der kunne tages op i Behandlingsrådet: at træning er en evidensbaseret intervention.

Omkostninger inkl. Hospitalskontakter. Behandlingsrådet kommer til at arbejde på andet vis end medicinrådet, fordi der er meget forskel på, hvordan ting skal vurderes i medicinrådet. Der vurderes det i QUALY.

Vejen igennem behandlingsrådet

Der kommer forslag ind. Rådet sorterer, det nedsættes et ad hoc. fagudvalg, rådet anbefaler/anbefales til vidensopsamling og forskning/anbefales ikke – det er ikke dem der træffer den endelige implementeringsbeslutning, det er regionerne.



Behandlingsrådet kommer kun til at kigge på det regionale område (Medicinrådet rækker længere ud). KL ønskede ikke at være med.

DRG-takster, det, der giver bedst mening for patienterne, er ikke det, man gør, fordi man får en lav DRG-takst for det – f.eks. er der lavere DRG-takst for videokonsultation end fremmøde.

I skal vælge patientens tarv og hensyn, men der kan sidde en overlæge og tænke sit. Forberedelsestid og forbrugt tid er det sammen for begge dele. Det er en politisk beslutning, der skal tage den dialog.

Ulighed. Nogle gange kan det være svært at have de mest sårbare med inde i beslutningerne, der er nok nogle patientgrupper, de svageste, de får ikke altid det samme tilbud som de ressourcestærke, eller dem med de ressourcestærke pårørende. Der er en klar ulighed i, hvilke behandlinger man kommer til.

Steder, hvor der er en egenbetaling knyttet på, der har også indflydelse på ulighed i sundhed: psykolog, fysioterapeut, tandlæge. Det er noget af det, der optager os rigtig meget, vi vil gerne være med til at gøre noget ved uligheden i sundhed.

Nogle gange er det noget nyt, ulighed i sundhed, forebyggelse. Vi er nødt til at kaste os ind i de her debatter, i stedet for kun at koncentrere os om hvad der foregår inde for murene. Vi skal have fat om årsagerne til problemerne. Rygning og mental sundhed, ulighed.

Der er mere fokus på ulighed nu, end der var tidligere, mere fokus på det der ligger i randområderne.

Der er altid en i plenum der siger, vi tager os af middelklassens små problemer, i stedet for at kigge på det de skaber ulighed i sundhed

Vi kan bidrage med det som skaber ulighed i sundhed, og sammenhænge.

Noget af det der er evidensmaterialet, det skal man have gjort mere kommunikerbart, det bliver rigtig vanskeligt, bliver kun vanskeligere med alderen.

Det kan være svært at gennemskue, men det kommer lynhurtigt til at køre som overskrifter. Ethiske dilemmaer, hvordan måler man tabt arbejdsfortjeneste. Folkesundhed til at gennemsyre al planlægning. Gøre det sunde valg nemt.

5. Eventuelt

Der udsendes en Doodle ift til ny mødedato.