



## Referat til Regionsbestyrelsesmøde

*21. august 2015 kl. 15.00-17.00 i mødelokalet på Nørre Voldgade 90, st,  
1358 København K*

### Indhold

Referat til Regionsbestyrelsesmøde.....	1
1. Velkommen v. Tine Nielsen (5 min).....	2
2. Diskussion af begrebet <i>grundlæggende sundhedsydelse</i> (3 timer) .....	2

Mødeleder: Tine Nielsen

Referent: Morten Barslund Gregersen



## 1. Velkommen v. Tine Nielsen (5 min)

- Til stede og afbud samt præsentation:

Til stede: Tine Nielsen, Line Schiellerup, Jes Mogensen, Børge Bo Hansen, Katja Knudsen, Charlotte Larsen, Mette Amstrup, Casper Mortensen, Rasmus Sylvest Mortensen, Anders Jæger Nielsen, Anita Hansen.

Afbud: Tilde Randsborg, Per Tornøe, Per Norman Jørgensen.

## 2. Diskussion af begrebet *grundlæggende sundhedsydelser* (3 timer)

- Introduktion:

Baggrunden for diskussionen er, at der fra Repræsentantskabets side blev lavet en omformulering i sundhedspolitikken, der indebærer, at "*grundlæggende sundhedsydelser skal friholdes fra brugerbetaling*".

Det vil under dette regionsbesyrelsesmøde blive diskuteret, hvad begrebet *grundlæggende sundhedsydelser* indeholder og det vil senere blive diskuteret i Hovedbestyrelsen (hvor Line og Tine deltager). HB skal beslutte noget der kan være retningsgivende om hvad foreningen mener.

Regionsbestyrelse skal ikke konkludere noget på dette punkt.

Der spørges til om det kun er fysioterapeutiske ydelser, diskussionen vedrører eller om det drejer sig om alle sundhedsydelser. Tine svarer, at det skal have indflydelse på det fysioterapeutiske fag for at have relevans for diskussionen. Bl.a. nævnes det som eksempel, at bl.a. øgede medicinudgifter gør det nødvendigt at spare på eksempelvis genoptræning.

Hvad er det fysioterapeuter kan med deres professionsbriller på ift. denne diskussion?

Det understreges at det er vigtigt at have sundhedspolitikken for øje om, at vi som forening arbejder for fri og lige adgang til sundhed. Det er på dette punkt at faget bliver udfordret, vi skal derfor kunne balancere mellem vores medlemmers økonomiske interesser både brugere og fysioterapeuter.

Der indledes med 20 minutters gruppearbejde i par, der skal kvalificere den efterfølgende diskussion.

- Diskussion i plenum:

Udgangspunktet for diskussionen er om vi vil være et *behandlende* eller *forebyggende* sundhedsvæsen. Hvis man ønsker at forebygge, er der naturligt nogle ydelser herunder, der bør være gratis. Prognostiske tests af sygdomme er et eksempel. Det grundlæggende er kostvejledning og diagnosticering der ligger i forebyggelse af sygdom.

Det påpeges at de der ikke er syge men blot modtager ydelser for at være sunde (forebyggelse af noget der ikke er opstået endnu) er en gråzone. Der er dog forskel på forebyggelse af følgesygdomme, komplikationer, sygdom der ikke skal opstå igen osv. Forebyggelse af livsstilssygdomme er naturligt grundlæggende, men det kan også inkludere fysisk aktivitet, der skal afhjælpe følgesygdomme, men er dette overhovedet en sundhedsydelse?

Vedligeholdelsestræning, der har til formål, at patienten/borgeren skal fungere bedre og deres fysiske form vedligeholdes, kan ligeledes inkluderes som en grundlæggende sundhedsydelse, men dette kan diskuteres.



Det påpeges, at det bliver flydende, da man ikke nødvendigvis er færdigbehandlet for sin sygdom før man er rehabiliteret. Vedligeholdelsestræning er noget, der bør gives til de der har brug for det, og der må man kigge på det som samfundet anbefaler (bl.a. Sundhedsstyrelsens anbefalinger). Er der nogle sociale/psykologiske/fysiske faktorer, der gør at man ikke kan komme op på et velfungerende niveau skal samfundet gå ind og hjælpe og lade dette være en grundlæggende sundhedsydelse. Der bør i højere grad lægges op til en individuel vurdering.

Der kan i virkeligheden godt være en gråzone ift. dette, hvor der bør lægges op til brugerbetaling på genoptræningsområdet.

På nogle områder i dag kan det være lidt tilfældigt om man får en henvisning til et gratis kommunalt tilbud eller til en praktiserende med minimum 60% egenbetaling.

Det der gør diskussionen interessant, er de forskellige økonomiske incitament, der eksisterer forskellige steder i sundhedsvæsenet. På hospitalet gælder det om at få dem udskrevet så hurtigt som muligt, hvorimod det i kommunerne går ud på at få dem hurtigt i gang med en genoptræningsplan og helst aldrig have noget med dem at gøre igen. I praksissektoren er incitamentet et helt tredje. Kan man på en måde få pengene til at følge borgeren? Den fysioterapeutiske vurdering, der skal afdække, hvad der hører under begrebet grundlæggende sundhedsydelse er svær, og der bør derfor laves generelle regler på området.

Mht. Danske Fysioterapeuters sundhedspolitik er *grundlæggende sundhedsydelser*, ydelser der giver borgeren mulighed for at drage omsorg for eget liv og give dem flest muligt handlekompetencer. Ift. princippet om "*mere træning, mere kniv*", giver det mening, at se træning mere som en grundlæggende sundhedsydelse, der skal fritages for brugerbetaling.

Det understreges, at det kan være et skråplan at betale skat til finansiering af almenlydige sundhedstiltag man i virkeligheden selv kunne klare inden for eget sociale liv. Så er der naturligvis enkelte grupper (svage, ældre), der ikke har mulighed for at klare det selv. Dog bør flere tage ansvar for eget liv og de fælles penge bør bruges på de der har behov.

Det er yderligere interessant at diskutere sundhedsydelser over sektorgrænser, der kan således være nogle ydelser der ikke strækker sig ind i hospitalsvæsenet. Der er en kassetænkning, der gør det svært at adskille alt, hvad der er sundhedsydelser.

Skal man dele borgeren op i en rød, gul eller grøn efter, hvem der har mest behov (og efter hvem der har de bedste økonomiske forudsætninger)? Kan man kræve, at den millionlønnede direktør betaler lidt for sit tilbud, når bryggeriarbejderen får det gratis?

Vi har ansvar for eget liv, men ulighed i sundhed er et vigtigt princip. Det er jo ikke ugidelighed, der gør, at man ikke udnytter sine handlekompetencer.

Det giver ingen mening, at operationer bliver fuldt betalt, men at genoptræning ikke får samme tilskud. Det kan svare sig at satse på forebyggelse (så som træning og genoptræning), da det er en økonomisk gevinst på sigt for både kommuner og region. Bl.a. kan det kan svare sig ift. øgede udgifter til hjemmepleje. Der er rygestopkurser der er gratis i mange kommuner, men fysisk inaktivitet er en lige så stor synder ift. sundhed og får beklageligt nok ikke samme opmærksomhed.



Mere brugerbetaling vil gå ud over villigheden til at betale skat: De der bliver ekskluderet fra sundhedssystemet, bliver også mindre villige til at betale. Man kan være idealistisk omkring at de største skuldre skal bære mest, men risikere man ikke at mindske villigheden til at betale skat.

I Sundhedsloven hedder det ikke længere "fri og lige adgang" men "let og lige adgang".

Det foreslås, at den enkelte borgers mere aktivt inddrages i vurderingen af, hvad der er grundlæggende sundhedsydelse, så det bliver mere behovsbestemt.

Man bør målrette sundhedsydelserne, hvor det giver noget, dvs. til de svageste i samfundet med de største behov – her er de grundlæggende. Man skal arbejde smart ift. de sundhedsfremmende tiltag og bruge pengene fornuftigt.

Grundlæggende behandling af sygdom bør til en vis grad være gratis, men det er vigtigt, at det sættes til debat.

Der er nogle ydelser som er kosmetiske som fysioterapeuter giver, som ikke nødvendigvis er grundlæggende, men som bør være brugerbetalte. Et stærkt arbejdsmiljø kan i visse tilfælde være grundlæggende og forbedringer heraf gennem tilbud i arbejdstiden er bl.a. i Københavns Kommune betalt af kommunen. Der kan være træning af enkelte faggrupper (brandmænd, politifolk, SOSU'er osv.), der kan være grundlæggende, og som bør udbydes af det offentlige for at sikre en tilstrækkelig fysisk robusthed over for de løbende belastninger i arbejdet.

Der er nogle af de faggrupper, der i forvejen har dårligt helbred der vælger jobs, der er nedslidende og kan ødelægge dem. Bør det offentlige betale dette?

Denne diskussion er noget, man på hospitalet dagligt bliver konfronteret med – man vurderer alle patienter på deres handlekompetencer ift. om de skal have en genoptræningsplan osv.

Måske bør man i virkeligheden afskaffe den vederlagsfrie fysioterapi? Det kan være med til at fastholde mennesker i en passiv tilværelse uden, at de reelt får særlig meget ud af ordningen.

Det er ud fra en samfundsmæssig interesse fint med vederlagsfri fysioterapi.

Indbyggerne i samfundet bliver federe og dette kan belaste eksempelvis fysioterapeuter fysisk og dermed kan det være grundlæggende at give enkelte faggrupper ordentlige vilkår for at arbejde.

I praksissektoren er der nogle specielle tilskudsregler, der ikke er bestemt ud fra en principiel diskussion men stammer fra en gammel OK-forhandling for 20 år siden. Måske bør man i virkeligheden ikke give folk 100 procent tilskud til kronikere der ikke kan blive bedre men fuld tilskud til folk med ryg og lændeproblemer, der kan løses så de kan komme tilbage til arbejdsmarkedet. Man skal overveje effekten af de tilbud man giver forskellige patienter. Der er et incitament i brugerbetaling, nogle steder er det for højt og andre steder er det for lavt.

Der er en skævhed i sundhedsvæsenet ift. at du får tilskud når du har været inde over hospitalet og ikke får det hvis du selv går til en fysioterapeut.



Grundlæggende sundhedsydelser vil blive ved med at blive diskuteret inden for foreningen og særligt i relation til brugerbetaling.