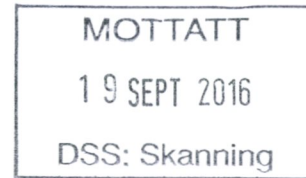


v/ Ekspedisjonssjef Petter Øgar og avd. dir. Maren Skaset,

Postboks 8011 Dep.

0030 Oslo



Ang.: Innføring av automatisk frikort for egenandelstak 2

Viser til høringsbrev av 20.06.2016. Her legger man frem to forslag. A: Innføring av automatisering av egenandelstak 2 og B: Avvikle Diagnoselisten som gir rett til full dekning av utgifter til fysikalsk behandling. Man foreslår også å heve aldersgrensen for fritak av egenandeler for behandling av barn fra 12 år til 16 år.

Det henvises til urettferdig ordning for mennesker med langvarige rygg / nakkeproblemer, og man mener at en avvikling av diagnoselista vil bedre på denne skjevheten.

Dersom en skal innføre automatisering av egenandelstak, betyr vel dette at alle fysioterapeuter som omfatter ordningen, må være tilkoblet helsenett? Det er ikke tilfellet i dag.

Når man leser igjennom dagens diagnoseliste, som gir rett til full dekning av fysikalsk behandling fra første behandling, ser man at denne listen er mangfoldig og angår mange forskjellige diagnoser. De medfører nok store plager for den enkelte pasient. En kan likevel se at en del av diagnosene er SVÆRT alvorlige, og medfører en total funksjonsendring hos den personen som har diagnosen. Jeg kan f. eks nevne nevrologiske sykdommer, bindevevssykdommer, sykdommer i knokler, (som alle kan være fremadskridende og invalidiserende), store skader og operasjoner, syndromer med multiple funksjonsnedsettelse og sykdommer med dødelig utgang. Mennesker med slike omfattende sykdommer, sliter betydelig i hverdagen på mange plan. Noen er så hardt rammet at det kan være vanskelig for dem å motivere seg til trening/behandling. Noen har et fremadskridende forløp som også vanskeliggjør motivasjonen og forståelsen om at spesifikk medisinsk trening/behandling likevel er svært viktig. Dette er sykdomsgrupper som ikke har vanlig inntekt, og som ofte har vanskeligheter med å få endene til å møtes i det daglige og som må prioritere hva de skal bruke penger på.

Gruppen eldre har man i de senere år satset en del på med fallforebyggende grupper og styrketrening for å bedre deres fysiske funksjonsnivå og forebygge fysisk forfall og økt pleie og omsorgsbehov.

Dersom pasienter i disse gruppene velger å ikke få behandling av økonomiske grunner, vil dette kunne føre til at funksjonshemningen / funksjonsnivået deres blir betydelig dårligere og at de dermed krever mer av helsevesenet i form av lege/sykehusbesøk og økte tjenester fra pleie og omsorg. Altså økte utgifter for kommune og det offentlige. Livskvaliteten til den enkelte pasient, vil dermed kunne bli betydelig endret i negativ retning.

Det er også andre diagnosegrupper som vil kunne la være å ta behandling ut i fra økonomi, og som vil falle svært uheldig ut. Som mennesker med forskjellige typer psykiske lidelser, kroniske lungesykdommer som astma og KOLS. Det er også mange, mer sjeldne sykdommer / syndromer som har svært god nytte av fysioterapi, men som vil kunne la være å ta behandling når de får krav om en frikortsordning til ved siden av frikort1, som mange allerede synes utgjør en stor utgift for dem.

I vår behandling av pasienter gjennom flere år, opplever vi stadig at pasienter som har hatt dårlig motivasjon og tro på bedring av sin funksjon via medisinsk tilrettelagt trening, blir positivt overrasket over den positive effekten av tilrettelagt trening. Dette gjelder også de med fremadskridende sykdommer. En svært viktig del av en fysioterapeuts behandling er nettopp å motivere til endret livsstil og å ta vare på egen helse via egen innsats. Men de trenger nær tilknytning til faglig godt fundert behandlingsopplegg. For noen gjelder dette i perioder, for noen kontinuerlig. Alt etter behov.

Det å forstå at treningen må være medisinsk tilrettelagt, er viktig. Pasienter med omfattende lidelser og plager, kan faktisk trene seg dårligere om de trener på egen hånd. Det skjer at vi får pasienter som har blitt verre av sine plager ved feiltrening. Vi fysioterapeuter har en grundig utdanning i undersøkelse / kartlegging av pasienter med forskjellige problemstillinger og i å tilrettelegge medisinsk treningsterapi og behandling individuelt til pasientene.

Konklusjonen vår er at i et forsøk på å gjøre en ordning mer rettferdig, rammer man de svakeste og mest behandlingstrengende på en uheldig måte. Deres funksjonsnedsettelse er så multiple og omfattende, at det å snakke om likeverdighet i forhold til andre, lettere sykdommer, blir meningsløst. De må ha så mye for å få en liten del av det de bedrefungerende pasientene med kroniske plager har. Vi oppfatter det også som noe respektløst ovenfor disse gruppene å snakke om likeverd.

Vi har allerede mange pasienter som spør oss om de nye planene for dekning av utgifter til fysioterapi, og som gir uttrykk for at de er svært engstelige for å måtte betale ca. 2000 kr. ekstra i året for egenandelstak 2. I tillegg til egenandelstak 1, blir dette en betydelig sum for en minstepensjonist.

Angående riktigere prioritering i tjenesten, er vi ikke enige i at denne nye ordningen fører til det. Som behandlere opplever vi en annen negativ effekt av frikortsordningen. Pasienter med mindre alvorlige plager kan oppleve det som en «rettighet» å få behandling resten av året fordi det da er gratis. Vi kan måtte bruke mer energi enn ønsket på å sile ut denne gruppen pasienter. Dette kan øke presset både på leger og fysioterapeuter og føre til lengere ventelister.

Vi mener derfor at diagnoselisten sikkert er moden for endringer, men at de tyngst rammede pasientgruppene fremdeles bør ha full dekning av fysikalsk behandling uten egenandelstak. I høringsbrevet virker man svært sikker på effekten av de foreslåtte tiltak. Her mener vi utfallet nok er mer usikkert.

Med vennlig hilsen,



Kari Kjørholt

Spes. I allmenn fysioterapi



Egil Salthammer

Fysioterapeut