

Svar (27/5 03)

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Til brug for Strukturkommissionens arbejde har mit ministerium udarbejdet en sektoranalyse af sundhedsområdet. Der er tale om et arbejdspapir, som skal danne baggrund for kommissionens overvejelser om fordele og ulemper ved forskellige indretninger af den offentlige sektor.

Der beskrives således fordele og ulemper ved en række forskellige modeller, og der er ikke tale om anbefalinger af en bestemt struktur.

Jeg vil derfor ikke gå ind i en debat af disse konkrete modeller, så længe Strukturkommissionen arbejder.

Når det er sagt, kan jeg ikke lade være med at undre mig over de udtalelser, der er citeret i den nævnte artikel. Det undrer mig f.eks., at det kan udlægges således, at en bredere vifte af behandlingstilbud automatisk vil medføre, at de ældre patienter får et dårligere behandlingstilbud.

Visitation til sygehusbehandling er fortsat en lægelig opgave, og hvis en læge vurderer, at en ældre patient har behov for specialiseret sygehusbehandling, så går jeg ud fra, at lægen fortsat vil visitere patienten til specialiseret sygehusbehandling, uanset hvilken offentlig kasse der finansierer den pågældende ydelse.

Uanset hvem der har ansvaret for sundhedsvæsenet, vil der formentlig fremover blive længere til de specialiserede sygehuse med døgn-dækkende akutte beredskaber. Derfor ser jeg det som en stor udfordring, at vi ser nærmere på organiseringen af de sundhedstilbud, hvor nærheden ikke går ud over – men tværtimod kan medvirke til at styrke – kvaliteten. Dette kan bl.a. være tilfældet for en række patienter, f.eks. de ældre medicinske patienter og patienter med en række kroniske lidelser, hvor der er behov for en hyppig kontakt til sundhedsvæsenet, herunder opfølgning på egentlig sygehusbehandling, der kan håndteres på et lavere specialiseret niveau tættere på borgerne.

Hvis en patient har behov for specialiseret behandling skal patienten naturligvis gives et fagligt relevant tilbud. Men hvis der er tale om ydelser på et mindre specialiseret niveau, der kan foregå tættere på den ældres hjem eller tættere på de pårørende, så vil jeg opfordre til en fordomsfri tilgang til at se på nye organisatoriske løsninger, f.eks. sundhedscentre. Målet må være hele tiden at sikre de behandlingsmæssige løsninger, der bedst tilgodeser borgernes behov,

uanset hvad udfaldet af Strukturkommissionens overvejelser måtte blive.

Spm. nr. S 3257

Til indenrigs- og sundhedsministeren (9/5 03) af:

Tove Videbæk (KRF):

»Vil ministeren kommentere brev fra formand for Ergoterapeutforeningen, Tina Voltelen, af 8. maj 2003 om tilskud til privat praktiserende ergoterapeuter?«

Begrundelse

Spørgeren har i spørgsmål nr. S 2816 af 8. april 2003 anmodet ministeren om at overveje et tilsvarende tilskud via sygesikringen til borgere, der vælger behandling af en privatpraktiserende ergoterapeut, som det der gives til borgere, der vælger behandling af en privatpraktiserende fysioterapeut.

I sin besvarelse af spørgsmålet afviser ministeren at indføre sygesikringstilskud til privatpraktiserende ergoterapeuter med henvisning til, at »ergoterapi normalt ydes som en del af en tværfaglig indsats«, og at det derfor kun »meget sjældent vil være relevant at yde isoleret ergoterapeutisk behandling«.

Denne vurdering er Ergoterapeutforeningen ikke enig i. Derfor har foreningens formand Tina Voltelen i et brev af 8. maj 2003 henvendt sig til ministeren. I brevet gøres der rede for, at ergoterapeuter arbejder både mono- og tværfagligt, og der oplystes en række situationer, hvor en behandling hos en privatpraktiserende ergoterapeut ifølge Ergoterapeutforeningens formand vil være det fagligt set mest hensigtsmæssige. Det kan f.eks. være tilfældet for apopleksi-patienter, i forbindelse med håndterapi og inden for børneområdet.

Svar (27/5 03)

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Jeg kan oplyse, at jeg dags dato har svaret Tina Voltelen således: