



Rette hjælpemidler og behandlingsredskaber til mennesker med diabetes

Hjælpemidler og behandlingsredskaber kan være med til at give patienter bedre livskvalitet, forebygge følgesygdomme og derved gavne samfundsøkonomien. I dag kommer alt for mange mennesker i klemme i systemet, både i forhold til kassetænkning og kommunernes praksis, der forhindrer, at mennesker med diabetes kan få adgang til de rette hjælpemidler. Diabetesforeningen anbefaler derfor en mere transparent og gnidningsfri adgang til ny sundhedsteknologi og rette hjælpemidler - til gavn for både den enkelte og for samfundet.

BAGGRUND

I disse år betyder den hastige teknologiske udvikling, at der udvikles flere hjælpemidler og behandlingsredskaber til mennesker med diabetes og andre kroniske sygdomme.

Ved at give borgere adgang til relevant udstyr kan man i mange tilfælde reducere risikoen for følgesygdomme senere i livet. Det rette udstyr kan bidrage til forbedret behandling og højere livskvalitet for den enkelte. En bedre reguleret diabetes nedsætter risikoen for følgesygdomme, og det betyder færre udgifter til behandling og til overførselsindkomster som førtidspension, fordi flere med diabetes kan være på arbejdsmarkedet i længere tid.

Den højere udgift til ny teknologi presser på kort sigt de kommunale og regionale budgetter, hvilket kan få myndighederne til at tænke i måder, hvorpå de kan nedsætte udgifterne. Det må dog ikke forhindre, at der tages stilling til, hvad den enkelte patient har behov for med respekt for lægefaglige anbefalinger - og hensyn til de positive menneskelige som økonomiske virkninger, brugen af udstyret kan have på langt sigt.

UDFORDRINGER

- **Kassetænkning mellem sektorer.** Mange borgere med kroniske sygdomme bliver kastebolde mellem kommuner og regioner, når de ønsker udstyr, som kunne hjælpe dem med deres sygdom

Opdateret 11-07-2019

For mere information kontakt:

Politisk sekretariat
pol@diabetes.dk



i hverdagen. Det er især, når der opstår tvivl om, hvorvidt udstyr er et hjælpemiddel eller behandlingsredskab, at patienter kommer i klemme, fordi det er to forskellige kasser, der skal betale.

- **Geografiske forskelle.** Der er stor variation i forhold til, hvad borgeren kan få tildelt af udstyr afhængig af bopælskommune og -region samt behandlingssted. Det strider mod den nationale diabetesbehandlingsplans ambition om ensartet behandling af høj kvalitet i hele landet
- **Manglende faglige kompetencer i at bevilge og indkøbe hjælpemidler.** Vi ser i stigende grad kommuner spare på indkøbsbudgettet. Det sammenholdt med mangel på sundheds- og socialfaglig kompetence hos indkøbere, skaber en farlig cocktail for mennesker med diabetes, der har brug for hjælpemidler.
- **Massekonverteringer og prisindhentning med smalle sortimenter til følge.** Nogle kommuner foretager i stigende grad massekonverteringer og prisindhentning for at finde besparelser. De har indført en ny praksis, hvor de i stedet for at foretage EU-udbud benytter sig af prisindhentninger, som ikke forudsætter, at der indgås leverandøraftale eller foretages brugerinddragelse. Andre kommuner gennemfører massekonverteringer til billigste udstyr inden for eksisterende sortiment. Den kraftige indskrænkning af hjælpemidler kan have store konsekvenser for den enkelte og for samfundet.
- **Retten til individuel vurdering respekteres ikke.** Vi ser kommuner, som ser bort fra lægefaglige vurderinger og individuelle skøn. Kommunerne overholder ikke altid servicelovens krav, hvilket er et problem for den enkeltes retssikkerhed og bidrager til mere ulighed i sundhed.

DIABETESFORENINGEN MENER

Diabetesforeningen mener, at hjælpemidler bør ses som en del af den samlede diabetesbehandling og støtteforløb.

Kommunernes praksis på hjælpemiddelområdet bør støtte op om diabetespatienters mulighed for egenomsorg og inddrage de langsigtede effekter det rette udstyr kan have på forebyggelse af følgesygdomme.

Det kan have store konsekvenser for den enkeltes livskvalitet og diabetesbehandling, hvis adgangen begrænses.

- Alle skal have samme rettigheder og behandlingsmuligheder, og adgangen til hjælpemidler skal ikke afhænge af, hvilken kommune man bor i.
- Bevilling af hjælpemidler skal struktureres efter borgerens forløb og deres behov og ikke efter de sektorer, som systemet er bygget op omkring.



- Kommunerne skal overholde serviceloven og foretage individuel vurdering i forhold til tildeling af hjælpemidler.
- Alle skal ikke have alt, men individuel og sundhedsfaglig vurdering er en vigtig forudsætning for, at den enkelte får den rette og relevante hjælp.

DIABETESFORENINGEN ANBEFALER

➤ **Opdatering af lovgivningen**

Servicelovens bestemmelser om hjælpemidler, som de er bygget op i dag, tillader kommunerne at fokusere meget snævert på kortsigtet økonomi. Det foreslås, at der foretages en revidering af begreberne "bedst og billigst", således at Serviceloven i stedet tager højde for parametre som funktionalitet, livskvalitet og forebyggelse af senfølger med heraf følgende mulige besparelser. Det er problematisk, at kommunerne på nuværende tidspunkt blot kan afvise ønsket om ny teknologi med en vurdering af, at man allerede er afhjulpet. Disse vurderinger udelukker, at teknologiske fremskridt med stort forebyggelsespotentiale bliver mulige at få adgang til.

➤ **Nationale standarder**

Diabetesforeningen anbefaler, at der udvikles nationale kvalitetsstandarder for hjælpemidler og behandlingsredskaber til mennesker med diabetes. Der bør være tale om minimumsstandarder, sådan at borgeren kan få tilbudt samme lige behandling og adgang til relevant udstyr uanset bopæl og social status.

➤ **Hjælpemiddelcentre**

Diabetesforeningen foreslår at genindføre et antal hjælpemiddelcentre, der bevilger hjælpemidler. Centrene bør stå for både udbud og indkøb af hjælpemidler, samt have den nødvendige faglighed til at finde det hjælpemiddel, der afhjælper borgerens behov. Det vil sikre de bedst mulige priser på hjælpemidler, professionalisere udbudsprocessen og spare kommunerne for bureaukrati. Samtidig vil det give borgeren et godt og sammenhængende udbud af hjælpemidler.

➤ **Fælles finansiering af udstyr mellem kommuner og regioner**

Diabetesforeningen foreslår, at kommuner og regioner får fælles økonomisk ansvar for finansieringen af udvalgte områder af hjælpemidler og behandlingsredskaber. Det er netop det opdeltte bevillingsansvar, der kan føre til, at patienter kommer i klemme ved uenighed om kategorisering af nyt udstyr – og kassetænkningen begynder.

En sådan model skal tillade, at budgetterne ikke er etårige, da investeringer i hjælpemidler ikke giver tilsvarende reduktion i udgifterne



inden for et budgetår. Der skal ses på totalinvesteringer i værdiskabende udstyr, som rækker udover kortsigtede indkøbsbesparelser, og i stedet ser på langsigtede besparelser på fx overførselsindkomster samt livskvalitet.

➤ **Klar kategorisering af nyt udstyr**

Som minimum foreslår Diabetesforeningen, at nyt udstyr kategoriseres entydigt. Ved klart at fastlægge om et specifikt udstyr enten er et hjælpemiddel eller et behandlingsredskab, kan man undgå, at borgerne ender mellem to stole. Det er netop, når der opstår tvivl om, hvorvidt et udstyr er et hjælpemiddel eller et behandlingsredskab, at patienter kommer i klemme.

Historisk set har der været praksis for, at myndighederne entydigt har taget stilling til, om udstyr enten er et hjælpemiddel eller behandlingsredskab – blandt andet ved diabetikers testmateriale, som er defineret som et hjælpemiddel, selvom det medvirker til, at diabetikere er velbehandlede og derfor måske kunne fungere som et behandlingsredskab.