

# **Notat: Problemstillinger vedr. ansvar for udlevering af udstyr og ortoser til børn med cerebral parese**

I notatet redegøres for:

1. Formål og baggrund
2. Problemstillinger i praksis
3. Økonomi
4. Mulige løsningsforslag

Bilag 1: Lovgivningen

Bilag 2: Cases der beskriver komplekse forløb

Bilag 3: Principielle afgørelser fra Ankestyrelsen

## **1. Formål og baggrund**

Arbejdsgruppen for løbende ajourføring af fælles afklaringskatalog om hjælpemidler og behandlingsredskaber har fået flere henvendelser fra både hospitaler og kommuner, hvoraf det tydeligt ses, at det tværsektorielle samarbejde om udlevering/betaling af udstyr og ortoser ikke fungerer i forhold til børn med cerebral parese (CP).

Som følge heraf har arbejdsgruppen taget initiativ til at redegøre for de konkrete problemstillinger og afdække, hvordan regionen og kommunerne sammen kan arbejde med problemstillingerne til gavn for det tværsektorielle samarbejde, forældrene og de handicappede børn. Formålet med notatet er derfor at beskrive de problemstillinger, der opleves i praksis mellem hospitalet og kommunerne i forbindelse med udlevering af udstyr og ortoser til børn med cerebral parese (CP). At redegøre for lovgivning og økonomi samt at skitsere mulige løsningsforslag.

Der fødes ca. 30-35 børn med CP pr. årgang i Region Midtjylland. I alt forventes der at være ca. 500 børn og unge med CP i Region Midtjylland mellem 0 og 18 år. Det tværsektorielle samarbejde og indsatserne til børn med CP er beskrevet både nationalt og i regi af en Sundhedsaftale i Region Midtjylland. Se nedenstående link.

- [Opfølgingsprogram for børn med cerebral parese - Sundhedsaftalen \(rm.dk\)](#)
- [Socialstyrelsens forløbsbeskrivelse for børn og unge med komplekse følger af cerebral parese i alderen 0-18 år.](#)
- [Den Nationale Kliniske Retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til børn og unge med nedsat funktionsevne som følge af cerebral parese](#)
- [CPOP.dk » Kvalitetsdatabase](#)

Andre grupper af børn med handicap omfattes af de samme problemstillinger og bør indgå i den eventuelle afklaring og justering på området, så det kommer alle børn med handicap og deres familier til gavn, uanset diagnose.

## **2. Problemstillinger i praksis**

I notatet beskrives tre centrale problemstillinger, som relaterer sig til udlevering af udstyr og ortoser til børn med cerebral parese.

Problemstillinger:

- 2.1. Uklarhed i ansvarsfordelingen for udlevering/betaling af udstyr og ortoser
- 2.2. Tidskrævende socialt-lægeligt samarbejde
- 2.3. Bandagistens funktion og kommunale indkøbsaftaler

I bilag 2 præsenteres en række cases, som viser kompleksiteten i forløbene.

### **Udstyr og ortoser**

Udstyr dækker bl.a. over ståstøttestativer, vippeborde og arbejdsstole, der er specielt fremstillet til at mobilisere børn uden selvstændig stand- og siddefunktion. Ortoser dækker over særlige skinner og bandager, der er specielt fremstillet til at støtte, korrigere eller aflaste forskellige kropsdele under positioneringen i den siddende eller stående stilling.

Udstyr og ortoser anvendes som led i social- og sundhedsfaglige indsatser, og formålet med indsatserne er at optimere børnenes funktionsevne og livskvalitet, herunder at forebygge følger af CP i bevægeapparatet. Indsatserne planlægges og igangsættes af et tværsektorielt team bestående af blandt andet læger, kommunale terapeuter, den regionale CP-kordinator, bandagister m.m. Et samarbejde, der sker på løbende kontrol- og opfølgingsmøder med børnene og deres forældre. Møderne afholdes på Børne- og ungeklinikkerne på hospitalerne.

### **2.1 Uklarhed i ansvarsfordelingen for udlevering af udstyr og ortoser**

<b>Problemstilling:</b>
Udstyr og ortoser kan udleveres som behandlingsredskab efter Sundhedsloven (hospitalet udlåner) eller som træningsredskab eller hjælpemiddel efter Serviceloven (kommunen udlåner).
Det afgørende for udleveringsforpligtigelsen er en konkret faglig vurdering af det primære formål med anvendelse og hvilken sammenhæng, udstyret og ortoserne indgår i. Det primære formål og sammenhængen kan på samme tid være både behandling, træning og afhjælpning, og det er derfor ikke entydigt, om hospitalet eller kommunen skal udlevere (jf. bilag 1 om lovgivning).

Både hospital og kommuner er ansvarlige for, at børn med CP modtager et koordineret og sammenhængende behandlings-, trænings- og rehabiliteringsforløb. Trænings- og rehabiliteringsbehovet og potentialet er en samlet faglig vurdering, hvor indsatserne planlægges og igangsættes af et tværsektorielt team bestående af læger, kommunale terapeuter, den regionale CP-kordinator, bandagister m.m.

Det er kommunale terapeuter, institutionspersonale og/eller familien, der har til opgave at udføre indsatserne. Indsatserne er både tids- og pladskrævende, hvorfor indsatserne ofte gennemføres i sammenhæng med skole- og dagtilbud, som en integreret del af undervisnings- eller aktivitetstilbuddene til børn med CP.

Det tværfaglige team samarbejder om indsatserne og under de løbende kontrol- og opfølgingsmøder på hospitalet følger teamet op på behandlings-, trænings- og rehabiliteringsforløbene og behovene.

Nedenfor beskrives to af ni sundhedsfaglige indsatser fra [Den Nationale Kliniske Retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til børn og unge med nedsat funktionsevne som følge af cerebral parese](#). De to indsatser anvendes i notatet til at beskrive problemstillingen, og de er særligt relevante, da der ofte anvendes udstyr og ortoser, som led i disse indsatser.

#### *Intensive indsatser rettet mod håndfunktionen*

*"Udvikling af håndfunktionen er en kompleks og sammensat proces, der er afhængig af flere faktorer. For barnet med cerebral parese kan udviklingen være hæmmet af øget tonus, nedsat ledbevægelighed, nedsat postural kontrol og ufrivillige bevægelser. Endvidere af*

sensibilitetsforstyrrelser og nedsat evne til at koordinere bevægelser med visuelle-perceptuelle færdigheder, hvilket er forudsætning for at kunne række hånden ud, gribe, slippe og manipulere genstande på en kontrolleret måde.

Formålet med indsatsen er, gennem en forbedring af barnets håndmotoriske kapacitet og udførelse af manuelle aktiviteter, at fremme barnets mulighed for at udføre og deltage i nødvendige og meningsfulde hverdagsaktiviteter for derved at fremme barnets livskvalitet". "Indsatsen kan gives som et afgrænset træningsforløb herunder vejledning til forældre/barn og personale, så de kan støtte op omkring indsatsen i barnets dagligdag. I indsatsen indgår: Placering af barnet i en siddende/stående udgangsstilling ud fra vurderingen af tonuspåvirkning m.m. En udgangsstilling, hvor der opnås mest mulig kropsstabilitet, optimerer forudsætningen for at udføre kontrollerede bevægelser med arm og hånd. Træning af håndfunktionen, herunder håndmotorisk kapacitet, udførelse af manuelle aktiviteter og deltagelse ved brug af aktiviteter. Dette er typisk bimanuelle aktiviteter, som barnet finder motiverende inden for omsorg for sig selv, leg, fritid og skole. Der kan trænes via aktiviteten, som er målet for indsatsen. Aktiviteten gradueres i intensitet og sværhedsgrad efter barnets formåen.

Inddragelse af udstyr samt tilpasning af fysiske rammer (fx arbejdsstol og arbejdsbord) og sociale rammer (fx personstøtte, antal deltagere)."

#### Positionering i stående stilling

"Positionering af barnet i den stående stilling har til formål at reducere risikoen for udvikling af sekundære følger såsom hofteluksation, knoglebrud, kontrakturer, nedsat led bevægelighed og nedsat respirationsfunktion. Indsatsen kan desuden anvendes til at påvirke barnets neurologiske symptomer og give barnet mulighed for at udføre aktiviteter, indgå i socialt samspil med børn og voksne og dermed forbedre barnets deltagelse og livskvalitet"

"Barnet positioneres ved hjælp af personstøtte eller udstyr. Positionering med udstyr som ståstøttestativ, vippeleje, ståskal eller kørestol med ståfunktion kan ske i form af forudvendt eller bagudvendt støtte". Desuden kan der anvendes udstyr, hvor barnet bevæges med bevægelser, eller hvor barnet har mulighed for at forflytte sig, mens det står.

Valg af udstyr beror på en konkret udredning af det enkelte barns funktionsevne sammen med det pågældende udstyrs egenskaber. Positioneringen vil ofte ske med hoften, knæ og ankler i anatomisk retstilling eller med hofteabduktion, der menes at kunne fremme udviklingen af hoftelæddet". (Her anvendes ofte ortoser til understøttelse af leddene).

Fagpersonen skal vurdere, hvilken grad af vægtbæring og vægtfordeling der er hensigtsmæssig, og sikre at positioneringen sker i forhold til dette, da der kan være stor variation i andelen af kropsvægt, som barnet bærer under positioneringen". "Afprøvning og eventuel tilpasning af udstyret bør foretages i samarbejde med fagpersoner med specialviden på området".

"Det er arbejdsgruppens vurdering, at det ofte vil være hensigtsmæssigt, at barnet tilbydes positionering i stående stilling i 30-60 minutter pr. dag fordelt på 1-3 sessioner, svarende til 3,5 til 7 timer pr. uge. Fagpersonen skal løbende vurdere behov for justering af udstyret i forhold til barnets vækst og behov for positionering".

Det står uklart, hvem der er ansvarlig for at udlevere udstyr og ortoser, der anvendes som led i de ovenstående indsatser, der igangsættes af det tværsektorielle team.

Udstyr og ortoser kan i henhold til lovgivningen karakteriseres som både behandlingsredskaber efter Sundhedsloven og træningsredskaber eller hjælpemidler efter Serviceloven. Hvordan udstyr og ortoser skal karakteriseres afhænger af, hvad formålet med anvendelsen er, og i hvilken sammenhæng udstyr og ortoser anvendes. Udfordringen kompliceres yderligere af, at

der ofte er flere formål på samme tid med at anvende udstyr og ortoser, og at formålene ikke altid er så lette at adskille. I disse situationer skal der foretages konkrete vurderinger og afvejninger af hvilke formål der er primære, og hvilke der er sekundære. Det kræver en grundig afvejning af behandlings-, trænings-, og afhjælpningsformålene over for hinanden på saglig vis og, at vurderingen er underbygget af faglige argumenter.

Problemstillingerne opstår, fordi der er en uklar lovgivning på området, hvor det ikke er entydigt beskrevet, hvornår hhv. region og kommune skal udlevere. Samtidig tager lovgivningen ikke højde for det forhold, at børnenes sygdom/tilstand ikke er stationær, men at børnene stadigvæk udvikler sig, fordi de er børn. Hospitalet udleverer behandlingsredskaber, indtil tilstanden er stationær, men det er uklart, om tilstanden kan betegnes som stationær, når børnene vokser og udvikler sig, og de fortsat går til kontrol på hospitalet.

Eksempler på behandlende-, trænende-, og afhjælpende formål med at anvende udstyr og ortoser:

- at fremme knoglevæksten
- at forbedre respirationen
- at forebygge fejlstillinger og kontrakturer
- at mindske smerter
- at undgå forværring af tilstanden
- at udskyde operationer
- at forbedre funktionsevnen
- at vedligeholde funktionsevnen
- at udvikle funktionsevnen
- at afhjælpe følgerne af en nedsat funktionsevne
- at forbedre aktivitetsniveauet
- at forbedre deltagelsesniveauet
- at forbedre evnen til at være selvhjulpne
- at forbedre livskvalitet

Da sektorerne ikke altid kan opnå enighed om hvilke formål, der er primære, og hvilke formål, der er sekundære, kan sektorerne ikke blive enige om, hvem der er ansvarlig for udleveringen af udstyr og ortoser. Det resulterer i, at der sendes lange skrivelser mellem lægen på hospitalet og de kommunale sagsbehandlere, hvilket kræver uhensigtsmæssig mange ressourcer i praksis. Samtidig skaber det frustrationer for familierne. Dette udfoldes i problemstilling 2.

Situationen udfordrer det tværsektorielle samarbejde, og vi får ikke skabt et sammenhængende forløb for borgeren og en smidig overgang mellem regionale og kommunale sundhedsfaglige indsatser.

## 2.2. Tidskrævende socialt-lægeligt samarbejde

<b>Problemstilling:</b>
Det er tids- og ressourcekrævende for både hospital og kommune, når lægen anmoder kommunen om at udlevere udstyr og ortoser som træningsredskab eller hjælpemiddel, selvom parterne på de tværsektorielle kontrol- og opfølgingsmøder er enige om, at barnet har behov for de pågældende produkter.

Når lægen vurderer, at der er behov for udstyr og ortoser, og lægen vurderer, at udstyr og ortoser ikke anvendes som led i behandlingen, sender lægen en attest (LÆ165) til kommunen jf. [Aftalen om Socialt-lægeligt samarbejde](#).

Lægen beskriver barnets behov, eksempelvis "Der er behov for en ankel-fod ortose", og lægen kan ved afkrydsning i attesten oplyse kommunen om, at kommunes sagsbehandler kan anmode om flere helbredsoplysninger.

Kommunen modtager attesten og igangsætter sagsbehandlingen. Sagsbehandlingen forudsætter, at kommunen har tilstrækkelige lægelige oplysninger. Kommunen anmoder derfor oftest hospitalet om yderligere helbredsoplysninger ved at rekvirere en attest. Kommunen kan enten anmode om en Statusattest (LÆ 121) eller en Specifik helbredsattest (LÆ 131). Attesten er en anmodning om, at lægen på hospitalet skal udfærdige enten en Statusattest (LÆ 125) eller en Specifik helbredsattest (LÆ 135).

Når kommunen anmoder om en Statusattest (LÆ125), skal lægen på hospitalet lave et kortfattet resumé og en lægelig vurdering, af den konkrete problemstilling. Oplysningerne skal alene være baseret på journaloplysninger. Lægen har 14 dage til at besvare statusattesten (LÆ125).

Hvis kommunen anmoder om en Specifik helbredsattest (LÆ 135), skal oplysningerne i attesten baseres på baggrund af en objektiv undersøgelse. Lægen har 14 dage til at besvare attesten efter konsultationen med barnet og senest 30 dage efter lægen har modtaget anmodningen fra kommunen. For at sikre, at kommunen modtager netop de helbredsoplysninger der er behov for, skal kommunen være præcis i forhold til, hvad kommunen ønsker at få svar på, ligesom lægen skal forsøge at svare på netop det, som kommunen spørger ind til.

Udover at anmode om lægelige oplysninger til sagsbehandlingen, skal kommunen også sikre sig, at lægen har vurderet, at udstyr og ortoser ikke anvendes som led i behandlingen, så de har karakter af behandlingsredskaber, der kan ordineres efter Sundhedsloven, inden kommunen kan behandle ansøgningen om udstyr og ortoser efter bestemmelser i Serviceloven. Dette ud fra princippet om, at Sundhedsloven går forud for Serviceloven. Hvis lægen ikke har beskrevet, at formålet med anvendelse af udstyr og ortoser ikke har behandlende karakter, er kommunen forpligtet til at indlede et samarbejde med hospitalet om en afklaring af, om udstyr og ortoser anvendes som led i behandling, og dermed kan ordineres som et behandlingsredskab. Ansvar for denne afklaring påhviler ikke alene kommunen, men er et fælles ansvar mellem hospitalet og kommunen. Det er alene hospitalet, der kan tage stilling til, om udstyr og ortoser er behandlingsredskaber, og det er alene kommunen, der kan tage stilling til, om udstyr og ortoser er træningsredskaber eller hjælpemidler.

Ovenstående praksis er tidskrævende og frustrerende for både hospitalets læger og kommunens sagsbehandlere og ikke mindst for familierne. For hospitalets læger forstærkes frustrationen af, at behovet for udstyr og ortoser ofte er drøftet af det tværsektorielle team til kontrol- og opfølgingsmøderne på hospitalet, og derfor skaber det frustration, at der går bureaukrati i processen, når henvendelsen ender hos de kommunale sagsbehandlere.

I praksis foregår der andre måder, hvorpå attesterne sendes imellem parterne. Eksempelvis, at LÆ165 attesten udleveres til bandagisten på kontrol- og opfølgingsmødet, og at attestens således fremsendes til kommunerne af bandagisten sammen med den konkrete ansøgning om ortoser.

### 2.3. Bandagistens funktion og kommunale indkøbsaftaler

<b>Problemstilling:</b>
Ikke alle kommuner har indgået leverandøraftale med det bandagistfirma, hospitalet anvender.

Dette kan medføre,

- at familierne får tilbudt en anden ortose end den, der blev anbefalet på kontrol- og opfølgingsmødet
- at familierne kan påføres en merudgift
- at ortosen ikke altid svarer til det behov, der blev drøftet på kontrol- og opfølgingsmødet, der kan medføre, at der skal laves en anden ortose

Hospitalet samarbejder med private bandagister, da der ikke er ansat bandagister på hospitalet. Hospitalet inviterer ofte bandagister fra Bandagistcentret til kontrol- og opfølgingsmøderne, da de har en særlig stor erfaring med børn og med børn med cerebral parese. Bandagisten bidrager med viden om ortoser og indgår i dialogen med det tværsektorielle team om hvilke behov, ortosen skal opfylde og hvilken type ortose, der er behov for.

Hvis lægen vurderer, at ortosen skal anvendes som led i behandlingen, ordinerer lægen ortosen og anmoder bandagisten om at fremstille og udlevere ortosen til barnet. Udgiften bliver afholdt af hospitalet efter Sundhedsloven.

Hvis lægen derimod vurderer, at ortosen ikke skal anvendes som led i behandlingen, udfylder lægen en LÆ165 attest og udleverer den til bandagisten eller sender den til kommunen, som ovenfor beskrevet.

I praksis opstår en udfordring i forhold til, at kommunerne har indkøbsaftaler med bandagister på indkøb af ortoser, og at det kan være en bandagist fra et andet firma. Det betyder, at når LÆ165 attestens modtages af de kommunale sagsbehandlere, vil forældrene blive bedt om at henvende sig til den bandagist, kommunen har indgået indkøbsaftale med. Kommunen vil bede bandagisten om at vurdere, hvilken type ortose, der er behov for, samt hvilken pris, ortosen kan anskaffes for. Prisen for ortosen er oftest fastsat ved en aftalepris indgået mellem kommunen og bandagisten.

Forældrene har dog ret til frit at vælge leverandør (bandagist). Mange forældre ønsker, at det er bandagisten fra kontrol- og opfølgingsmødet på hospitalet, der skal fremstille og levere ortosen. Hvis forældrene vælger en anden leverandør end den, som kommunen har indkøbsaftale med, kan det betyde en merudgift, som forældrene selv skal afholde. Bandagistcentret udfører ofte ortosen til den udbudspris, kommunen har i forvejen. Forældrene kan nemlig kun få et tilskud, der svarer til den pris, som kommunen kunne have anskaffet ortosen for hos sin leverandør.

Ovenstående skaber forvirring og bekymring hos forældrene. Dels på grund af, at kommunen henviser til en anden bandagist end den, der deltager under kontrol- og opfølgingsmøderne på hospitalet. Dels fordi familien kan blive påført en merudgift. Endelig kan det resultere i, at den ortose, som fremstilles af en anden bandagist, ikke kan dække det behov, som der er blevet drøftet under kontrol- og opfølgingsmødet på hospitalet.

### **3. Økonomi**

Arbejdsgruppen har indhentet data fra Herning, Silkeborg, Viborg og Aarhus Kommuner samt Aarhus Universitetshospital. Det bemærkes, at det ikke har været muligt at adskille udgiften til ortoser til børn med CP fra udgiften til ortoser til børn uden CP. Opgørelsen dækker således over udgifter til ortoser til børn med forskellige diagnoser i 2018 og 2019.

Opgørelsen dækker udgifter til nedenstående ortoser til børn med og uden cerebral parese:

- Håndledsortoser
- Fingerortoser, eksempelvis tommelortose

- Ankel-fodortoser
- Knæledsortoser
- Knæ, ankel og fodortoser
- Hofte, knæ, ankel og fodortoser
- Sensomotoriske lycradragter/ortoser og arm-ben stofortose
- Korsetter

Opgørelsen dækker ikke udgifter til ståstøttestativer, reparationer og tilpasninger af ortoser, ortopædiske fodindlæg, ortopædisk fodtøj, skalsæder eller støb til kørestole.

Oversigt over udgifter:

	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Herning Kommune	423.902 kr.	376.398 kr.
Silkeborg Kommune	713.005 kr.	452.015 kr.
Viborg Kommune	314.973 kr.	392.811 kr.
Aarhus Kommune	1.067.348 kr.	814.265 kr.
Aarhus Universitetshospital	747.493 kr.	2.721.128 kr.

#### **4. Løsningsforslag – mulige veje at gå**

Som ovenfor skitseret, er der tale om et komplekst område, og i vejledninger til lovgivningen beskrives området som vanskeligt. I "Cirkulæret om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet", fremgår det af afsnit 6, at området med behandlingsredskaber og hjælpemidler er et indsatsområde, hvor det er obligatorisk at udarbejde og indgå sundhedsaftaler.

I regi af Sundhedsaftalen i Region Midtjylland er der udarbejdet en Samarbejdsaftale om cerebral parese - "Opfølgingsprogram for børn med cerebral parese" og i Sundhedsaftalens værktøjskasse ligger Afklaringskataloget, hvori der kan hentes vejledning til afklaring af ansvarsdelingen for udlevering af behandlingsredskaber og hjælpemidler. I de eksisterende aftaler er det ikke lykkedes at præcisere aftaler om ansvarsdelingen på udstyr og ortoser til børn med CP, som følges i CPOP-programmet. Der er tilsvarende ikke udarbejdet samarbejdsaftaler for de øvrige grupper af børn med handicap, vedr. ansvarsdelingen på udstyr og ortoser.

Arbejdsgruppen for løbende ajourføring af fælles afklaringskatalog om hjælpemidler og behandlingsredskaber har nedenstående forslag til hvilke veje, der er at gå ift. at afhjælpe problemstilling 1 og 2. En løsning af problemstilling 3 forudsætter, at der indgås en fælles indkøbsaftale. Arbejdsgruppen anerkender, at det bliver vanskeligt at løse alle udfordringer inden for de rammer, den nuværende lovgivning sætter.

##### **4.1: At der udfærdiges et tillæg til Samarbejdsaftale om opfølgingsprogram for børn med cerebral parese og andre grupper af børn med handicap, der beskriver ansvaret for udlevering af udstyr og ortoser**

En løsning er at nedsætte en arbejdsgruppe til at udarbejde et tillæg til Samarbejdsaftalen om opfølgingsprogram for børn med cerebral parese, hvori det beskrives i hvilke situationer udstyr og ortoser som udgangspunkt udleveres af hhv. hospitalet og kommunen. Det er ambitionen, at samarbejdsaftalen dækker så mange scenarier, som muligt. Men eftersom børn med cerebral parese har forskellige behov, vil aftalen ikke kunne være 100 % dækkende.

Arbejdsgruppen skal foretage en grundig og nødvendig afvejning af behandlings-, trænings-, og afhjælpningsformålene over for hinanden i forskellige sammenhænge, så der på saglig vis

kan udarbejdes en ansvarsdeling mellem hospitalet og kommunen, der er underbygget af faglige argumenter.

Arbejdsgruppen bør sammensættes af medlemmer med faglige og juridiske kompetencer.

Fordele:

- Det bliver nemmere og mindre bureaukratisk at afgøre sagerne
- Læger og sagsbehandlere undgår at bruge unødigt tid på at drøfte sagerne ad flere omgange
- Familierne oplever kortere sagsbehandlingstid

Ulemper:

- Hospital og kommune kan komme til at skulle udlevere/betale en ortose, der måske kunne udleveres af den anden part. Dette er som følge af den uklare lovgivning på området.

Hvad skal der til for at komme videre med denne løsning?

- Den nuværende arbejdsgruppe udvides med flere repræsentanter (kommunal og regional jurist, hospitalslægerepræsentanter), som udarbejder forslag til aftale om ansvarsfordeling
- Der vil sideløbende skulle rettes henvendelse til ministeriet for at få ministeriet til at udtale sig om ansvarsdelingen og gældende lovgivning

Arbejdsgruppen for løbende ajourføring af fælles afklaringskatalog om hjælpemidler og behandlingsredskaber anerkender, at det kan blive vanskeligt at opnå enighed om en ansvarsdeling.

#### **4.2: At der udfærdiges en lokalaftale, hvor ansvaret for udlevering af udstyr og ortoser placeres ét sted, når der på samme tid både er behandlende og afhjælpende formål med at anvende udstyr og ortoser**

En anden løsning er at udarbejde en lokalaftale, hvori det besluttes, at ansvaret for udlevering af udstyr og ortoser til børn med CP placeres på hospitalet efter Sundhedsloven, når der både er et behandlings-, trænings- og afhjælpningsformål med at anvende udstyr og ortoser. Dette ud fra reglen om, at Sundhedsloven går forud for Serviceloven.

Aftalen bør knyttes op på den målgruppe af børn, som følger CPOP opfølgingsprogrammet, hvor børnene går til løbende kontrol på hospitalet.

Vælges denne løsning, skal der gøres opmærksom på, at regionen påføres en økonomisk udgift, som den ikke tidligere har haft. Omfanget vil være forskelligt, da praksis og ansvarsfordeling er forskellig i kommunerne og på hospitalerne.

Fordele:

- At familierne ikke kommer i klemme
- At der undgås uenigheder mellem hospital og kommune
- At der spares tid ved at placere opgaven ét sted
- At den bandagist, som deltager på kontrol- og opfølgingsmøderne leverer ortosen
- At familierne undgår frustrationer og bekymringer og en egenudgift

Ulemper:

- En opgaveflytning medfører en økonomisk udgift for den part, som tager 'hele' opgaven

Hvad skal der til for at komme videre med denne løsning?



- Der skal fordeles økonomi mellem region og kommune således, at den part, der får udleveringsforpligtelsen kompenseres
- Arbejdsgruppen udvides med flere repræsentanter, som udarbejder forslag til ansvarsplacering
- Det skal sikres, at ministeriet kan godtage denne løsning

#### **4.3: At få præciseret den gældende lovgivning, herunder en revidering af Afgrænsningscirkulæret**

En løsning er at rette henvendelse til Ældre- og Sundhedsministeriet med henblik på at få revideret Afgrænsningscirkulæret til en mere tydelige lovgivning på området.

Afgrænsningsproblemerne på området for udstyr og ortoser til børn er en national udfordring. I vejledninger til lovgivningen beskrives, at det er vanskeligt at vurdere, om udstyr og ortoser er behandlingsredskaber efter Sundhedsloven eller træningsredskaber og hjælpemidler efter Serviceloven, da der ofte både er behandlende, trænende og afhjælpende formål med at anvende udstyr og ortoser.

Det kunne være ønskeligt, hvis lovgivningen kunne blive mere anvendelig i praksis, når det drejer sig om børn med en varig funktionsevnedssættelse. Særligt i de mere komplekse sager, hvor både hospitalet og kommunen er ansvarlige for at levere et tværfagligt, koordineret og sammenhængende behandlings-, trænings-, rehabiliteringstilbud.

Fordele:

- Hullet i lovgivningen bliver udfyldt
- Hospitaler og kommuner kan arbejde ud fra en klar lovgivning og dermed undgå unødigt tidsspilde på sagsbehandling
- Praksis kan ensrettes i hele landet
- Familierne undgår frustrationer pga. usikkerhed om, hvem der udleverer ortoserne

Ulemper:

- Det vil tage lang tid at få ændret lovgivningen – det løser således ikke problemstillingen på kort sigt.

Hvad skal der til for at komme videre med denne løsning?

- Ministeriet skal være villige til at revidere Afgrænsningscirkulæret

## Bilag 1: Lovgivningen

[Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet](#)

[Bekendtgørelse om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter Serviceloven](#)  
[Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner](#)

Nedenfor skitseres, hvornår ortoser i forhold til den ovenstående lovgivning og praksis har karakter af et behandlingsredskab, et hjælpemiddel eller et træningsredskab.

### 1.1. Hvornår har en ortose karakter af et behandlingsredskab?

Ortoser har pr. definition karakter af et behandlingsredskab, når formålet med anvendelse af ortoser har et behandlende formål.

*"Behandlingsredskaber er redskaber, som A) patienten forsynes med som led i behandling på sygehus eller i speciallægepraksis, der efter aftale med sygehusvæsenet varetager opgaver for dette, eller B) patienten forsynes med som led i eller som en fortsættelse af den iværksatte behandling med det formål enten at tilvejebringe yderligere forbedring af det resultat, som er opnået ved sygehusbehandlingen, eller at forhindre forringelse af dette resultat.*

*Hjælpemidler og apparatur, som ordineres som led i behandling på sygehus/speciallægepraksis eller som en fortsættelse af den iværksatte behandling, og hvor patientens anvendelse af hjælpemidlet/apparaturet typisk er under kontrol af sygehuset eller speciallægepraksis indtil tilstanden er stationær. Eksempelvis lungebehandlingsudstyr og orthoser.*

*Vedrørende formuleringen »hvor patientens anvendelse af hjælpemidlet/apparaturet typisk er under kontrol af sygehuset eller speciallægepraksis indtil tilstanden er stationær« skal følgende præciseres:*

*1) Patienten bliver kontrolleret på sygehuset eller i speciallægepraksis for den specifikke tilstand som hjælpemidlet/apparaturet er rettet imod.*

*2) Det er den tilstand, som hjælpemidlet/apparaturet er rettet imod, der skal kunne betegnes som stationær. Om tilstanden kan betegnes som stationær, afgøres ved en lægefaglig vurdering foretaget på sygehuset/i speciallægepraksis."<sup>1</sup>*

➡ Hospitalet ordinerer og udleverer ortoser

### 1.2. Hvornår har en ortose karakter af et hjælpemiddel?

Ortoser har pr. definition karakter af et hjælpemiddel, når anvendelsen af ortosen alene har et afhjælpende formål.

*"I henhold til § 112, stk. 1, og § 113, stk. 1, i lov om social service skal kommunalbestyrelsen yde støtte til hjælpemidler og forbrugsgoder til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når hjælpemidlet eller forbrugsgodet*

*1. i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne,*

*2. i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet eller*

*3. er nødvendigt for, at den pågældende kan udøve et erhverv.*

*Der kan ikke ydes hjælp til forbrugsgoder, der normalt indgår i sædvanligt indbo.*

*For at få støtte til hjælpemidler og forbrugsgoder efter lov om social service skal funktionsevnen være varigt nedsat. Dette betyder, at der ikke inden for en overskuelig tid vil være udsigt til bedring af de helbredsmæssige forhold, og at der i lang tid fremover vil være et behov for at afhjælpe følgerne af den nedsatte funktionsevne. Normalt vil lidelsen være en belastning for ansøgeren resten af livet.*

*Hjælpemidler og forbrugsgoder efter lov om social service ydes uden hensyn til personens alder, indtægts- og formueforhold.*

*Som eksempler på hjælpemidler bevilget efter § 112, stk. 1, i lov om social service kan nævnes kørestole og ortopædisk fodtøj.*

<sup>1</sup> "Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet", afsnit 2.1.

Det er en forudsætning for støtte efter lov om social service, at hjælpemidlet og forbrugsgodet ikke kan bevilges efter anden lovgivning, f.eks. sundhedslovgivningen.<sup>12</sup>  
Der kan ikke ydes støtte til hjælpemidler, når formålet er at forbedre, vedligeholde eller hindre forringelse af et aktuelt funktionsniveau.

➡ Kommunen bevilger og udleverer ortosen

### 1.3. Hvornår har ortoser karakter af et træningsredskab?

Ortoser har karakter af et træningsredskab, når ortosen anvendes som led i et træningsforløb, 1.3.1. Træning efter en genoptræningsplan, Sundhedslovens §§ 84 og 140

*"Træning af en patient under indlæggelse på sygehus er en integreret del af sygehusydelsen, og de behandlingsredskaber eller hjælpemidler, der måtte være brug for i den forbindelse, skal leveres og finansieres af sygehuset (regionen).*

I forbindelse med udskrivning fra sygehus skal regionen tilbyde en individuel genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, jf. sundhedslovens §§ 84 og 140.

*Kommunen har myndighedsansvaret for genoptræningen efter udskrivning fra sygehus. I det omfang genoptræningen skal foregå på et sygehus (specialiseret genoptræning), har regionen driftsansvaret for genoptræningen, men myndighedsansvaret ligger hos kommunen.*

*Af det nævnte følger:*

*I de tilfælde, hvor en person efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, skal kommunen afholde udgifterne hertil og herunder udgifterne til de hjælpemidler, der ordineres patienten som led i genoptræningen. Det er ligeledes kommunens opgave at tilvejebringe hjælpemidlerne.*

*I de tilfælde, hvor en person efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for specialiseret, ambulant genoptræning, der forudsætter et sygehus' ekspertise og tilbydes på et sygehus, skal sygehuset levere de nødvendige behandlingsredskaber eller hjælpemidler hertil. Udgifterne til behandlingsredskaber eller hjælpemidler i forbindelse med specialiseret, ambulant genoptræning efter udskrivning fra sygehus afholdes af kommunen.<sup>13</sup>*

➡ Hospitalet eller kommunen udleverer ortosen.

Det skal bemærkes, at børn med cerebral parese kun sjældent får en genoptræningsplan efter udskrivning fra hospital. Målet med træningen vil primært være at udvikle funktionsevnen eller at kompensere for en nedsat funktionsevne fremfor at opnå samme funktionsevne som tidligere, hvilket netop er formålet med den træning, der gives efter en genoptræningsplan.

#### 1.3.2. Træning efter Servicelovens § 11, stk 7

*"Kommunalbestyrelsen har efter servicelovens § 11, stk. 7, en forpligtelse til at yde gratis rådgivning til børn og unge bl.a. med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne og deres familier. Ud over rådgivning har kommunen en forpligtelse til at tilbyde undersøgelse og behandling. Den behandling, der kan være tale om, kan f.eks. være psykologsamtaler, fysio- eller ergoterapi, herunder genoptræning til børn og unge, hvis genoptræningen ikke kan ydes efter anden lovgivning.*

*Formålet med rådgivning, undersøgelse og behandling efter § 11, stk. 7, er dels at afhjælpe de problemer og behov, der allerede eksisterer, og som i nogle tilfælde kan have forbigående karakter, f.eks. fordi de er opstået i forbindelse med en ulykke, dels at forebygge, at de vokser sig større.*

<sup>2</sup> "Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet", afsnit 2.2.

<sup>3</sup> "Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet", afsnit 2.4.

*Målgruppen for servicelovens § 11, stk. 7, er børn og unge, bl.a. med nedsat funktionsevne, som ikke har behov for den form for særlig støtte, der er omfattet af de såkaldte foranstaltninger efter servicelovens kapitel 11, men for andre former for støtte. Kommunalbestyrelsens forpligtigelse efter servicelovens § 11, stk.7, er således et supplement til forpligtigelsen til at foretage en undersøgelse efter servicelovens § 50 og eventuelt iværksætte særlig støtte efter § 52. Der kan henvises til Ankestyrelsens principafgørelse 80-12 om behandling og træning efter bestemmelser i serviceloven."<sup>4</sup>*

➡ Kommunen er ansvarlig, men der er tvivl om, hvorvidt der kan ydes støtte til ortoser efter denne bestemmelse.

### 1.3.3 Træning efter Servicelovens § 44

*"Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at børn og unge, der midlertidigt eller varigt har behov for hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, får tilbud herom efter § 86, stk. 2."<sup>5</sup>*

➡ Kommunen er ansvarlig, men der er tvivl om, hvorvidt der kan ydes støtte til ortoser efter denne bestemmelse.

---

<sup>4</sup> Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, Serviceloven § 11, stk. 7

<sup>5</sup> Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, Serviceloven § 44

## **Bilag 2: Cases der beskrivelser komplekse forløb**

### **Case 1: KAFO ortoser ordineres som et behandlingsredskab (Case beskrevet af hospitalet)**

Det drejer sig om en teenager med Cerebral Parese med gangfunktion og spasticitet i benene og milde kontrakturer i knæerne, som udviklede sig efter at han sad mere og mere i sin kørestol i stedet for at stå/gå med støtte i skoletiden. Hospitalet behandlede med Botox + KAFO ortoser med justerbar led + GOP til kommunal fysioterapi.

Ortoserne kostede ca. kr. 400.000,- + tilpasninger til ortoserne kr. 130.000,-

Formål med ortoserne var at forbedre gangfunktionen. Gangfunktionen var blevet forværret, og det samme var gældende for drengens evne til at hjælpe ved forflytninger. Kommunen afviste, at ortoserne kunne betragtes som et hjælpemiddel. Ortoserne skulle anvendes lige efter Botox injektionsbehandlingerne. Hospitalet besluttede at betragte ortoserne som et behandlingsredskab og udleverede ortoserne til drengen, så han ikke skulle lide unødigt, dvs. at 1-dags indlæggelse med faste, bedøvelse og Botox injektioner ikke skulle være spildt.

### **Case 2: Udstyr og ortoser udleveres som hjælpemidler (Case beskrevet af kommunen)**

Søren er 16 år. Han har komplekse følger af cerebral parese. Han er multihandicappet. Har desuden epilepsi, scoliose, mavesonde, manglende blære og tarm kontrol. Søren har ikke et sprog. Kommunikerer med lyde.

Søren er tilknyttet Børne og Unge klinikken på Hospitalsenheden Midt og går til løbende ambulante kontroller. Søren er tilknyttet CPOP forløbsprogrammet.

Søren bor hjemme, mor er frikøbt og Søren er på specialinstitution i dagtimerne og familien har et aflastningstilbud.

Søren har i hele sin opvækst modtaget indsatser med fokus på udvikling af motoriske, kognitive og kommunikative færdigheder.

Søren har hele sin opvækst været permanent kørestolsbruger og har fået hjælp til alt.

#### Positionering i den stående stilling

Da Søren er omkring 1-2 år vurderer lægen og terapeuten, at der er indikation for at påbegynde positionering af Søren i den stående stilling. Søren positioneres ved hjælp af personstøtte i starten og senere ved hjælp af ståstøttebord og specialgangvogn med sæde. Positioneringen sker med massiv støtte, for at sikre, at hofter, knæ og ankler er i anatomisk retstilling. Lægen vurderer, at der er behov for at understøtte hofter, knæ, ankel og fodled med ortoser under positioneringen.

Lægen, terapeuten og bandagisten vurderer hvilken type ortoser, der er behov for. Bandagisten fremstiller ortoserne.

Lægen vurderer, at Søren max kan positioneres 30 min pr dag fordelt på 2 sessioner til at starte med. Tiden øges, dog max til 60 min pr. dag, fordelt på 2 sessioner. Lægen og terapeuten vurderer løbende behovet for justering af ståstøttestativet, gangvognen og ortoserne i forhold til Sørens vækst og behov for positionering. Desuden vurderes graden af vægtbæring og vægtfordeling ud fra andelen af kropsvægt, som Søren bærer under positioneringen. Positionering kan medføre smerter og ubehag for Søren, hvorfor det skal følges tæt af fagpersonalet.

Lægen angiver, at positionering af Søren i den stående stilling har flere formål både nu og på sigt:

- At reducere risikoen for udvikling af sekundære følger som hofteluksation, knoglebrud, nedsat led bevægelighed, kontrakturer og nedsat respirationsfunktion
- At øge knogletæthed og knoglevækst
- At påvirke Sørens neurologiske symptomer
- At fremme Sørens mulighed for at udføre aktiviteter, indgå i socialt samspil med børn og voksne
- At forbedre Sørens mulighed for leg, deltagelse og livskvalitet

Mellem hospitalet og kommunen er der uenighed om, hvem der er ansvarlig for at udlevere ståstøttestativ, special gangvogn med sæde og de understøttende ortoser. Kommunen ender med at udlåne ståstativ og ortoser.

Søren opnår ikke en selvstændig stående eller gående funktion, han opnår ikke at udføre specifikke aktiviteter i den stående stilling. Søren opnår i en periode fra 3 år til 8 år at kunne bevæge sig omkring i gangvognen med stor glæde, dog uden at kunne bevæge sig bevidst i en bestemt retning eller efter et bestemt mål.

#### Håndfunktionen

Søren er hæmmet af øget muskeltonus, nedsat ledbevægelighed, nedsat kontrol og ufrivillige bevægelser, hvilket betyder, at Søren har vanskelig ved at række ud, gribe, slippe og håndtere genstande. Søren modtager indsatser rettet mod at forbedre den håndmotoriske kapacitet. Da Søren er ca. 3 år vurderer lægen, at der er behov for en håndledsortose. Lægen og terapeuten vurderer løbende behovet for justering af håndledsortosen. Bandagisten fremstiller håndledsortosen til Søren.

Formålet med at anvende en håndledsortose:

- At reducere risikoen for udvikling af sekundære følger som nedsat ledbevægelighed, kontrakturer i håndled og fingre
- At fremme Sørens mulighed for leg, deltagelse og livskvalitet

Mellem hospitalet og kommunen er der uenighed om, hvem der er ansvarlig for at udlevere håndledsortosen. Kommunen ender med at udlevere håndledsortosen.

Søren opnår ikke at udføre specifikke aktiviteter eller daglige gøremål med håndledsortosen. Ved fiksering af armen opnår Søren at kunne betjene 0-1 kontakten til kommunikation.

#### Kørestol og korset

Søren er mobiliseret i en kørestol med massiv krop- og nakkestøtte med nakkeband. Da Søren er 5 år gammel, er der behov for yderligere kropsnær støtte, da Søren vokser og bliver tungere, og han kan ikke opretholde den siddende stilling. Lægen vurderer, at der er behov for et korset, og sammen med bandagisten vurderes i hvilken grad Søren kan rettes op, og hvordan korsettet skal fremstilles. Lægen vurderer løbende, hvor meget Søren skal anvende korsettet og behovet for at justere korsettet.

Lægen angiver, at anvendelse af korsettet har flere formål:

- At behandle Sørens scoliose
- At forebygge/forsinke udvikling af rygskævhed
- At udskyde behovet for en eventuel rygoperation
- At rette op og forbedre siddestillingen i kørestolen

Da Søren er 8 år gammel, gennemgår han den første rygoperation for svær scoliose. Rygoperationen betyder, at Søren ikke længere kan positioneres i den stående stilling. I forbindelse med operationerne i ryggen opstår der behov for formstøbte sæder/skaller til både kørestol og badestol, for at støtte Søren i den siddende stilling.

Mellem hospitalet og kommunen er der uenighed om, hvem der er ansvarlig for at udlevere korsettet og fremstille de formstøbte sæder/skaller. Kommunen ender med at udlevere.

Søren opnår ikke en selvstændig siddestilling, eller at færdes selvstændig. Søren mobiliseres i en kørestol og kan med ledsagerhjælp færdes i forskellige omgivelser.

Nedenstående oversigt illustrerer behovet for diverse hjælpemidler igennem Sørens liv.

Hjælpemidler m.m.	Ortopædiske hjælpemidler	Kommunikative hjælpemidler	Merudgifter
Kørestol med tip og nakkestøtte <i>Special gangvogn med sæde</i> <i>Ståstøttestativ</i> Ex-panda stol Pusleleje Lift Plejeseng Badestol med tip Hjælpemotor til kørestol Bleer Boligændringer Handicapbil	<i>Diverse ortoser</i> <i>Fodkapsler</i> <i>Stativer</i> <i>Korsetter</i> <i>Formstøbte sæder/skaller</i>	0-1 kontakt	Jogger Strandstol med store hjul

Produkter angivet med rødt har givet anledning til uenighed om udleveringsforpligtelsen sektorerne imellem.

#### Oversigt over udgifterne til ortoser til Søren

3 år	Håndledsortoser	650 kr.	
3 år	Fodkapsler	15.841 kr.	
4 år	Polypropylerisstativ	26.235 kr.	
4 år	Fodkapsler	17.492 kr.	
5 år	Ændring af ortoser	2.680 kr.	
5 år	Fodkapsler	18.184 kr.	
5 år	Korset	15.073 kr.	
5 år	Undertrøjer til korset	785 kr.	
5 år	Undertrøjer til korset	785 kr.	
6 år	Ortoser	7.950 kr.	
6 år	Hø + ve. Fodkapsler	20.450 kr.	
6 år	Håndledsortoser	750 kr.	
6 år	Polypropylerisstativ	49.977 kr.	
6 år	Tilretninger	2.425 kr.	
6 år	Undertrøjer til korset	785 kr.	
6 år	Undertrøjer til korset	785 kr.	
7 år	Korset	47.821 kr.	
7 år	Undertrøjer til korset	900 kr.	
11 år	KAFO ortoser		58.008 kr.

#### **Formstøbte sæder/skaller**

10 år	Første formstøbte sæde til kørestol	59.225 kr.
10 år	Første formstøbt sæde toiletstol	17.083 kr.
11 år	Nyt formstøbt sæde til kørestol	63.940 kr.

13 år	Nyt formstøbt sæde kørestol		64.295 kr.
13 år	Nyt formstøbt sæde til toiletstol	19.570 kr.	
14 år	Nyt formstøbt sæde kørestol		71.045 kr.
16 år	Nyt formstøbt sæde kørestol	72.065 kr.	
16 år	Nyt formstøbt sæde til toiletstol	19.970 kr.	

### **Case 3: Ortose til ankler er et hjælpemiddel og fingerortose er behandlingsredskab (beskrevet af hospitalet)**

En pige med cerebral parese på 6 år, grov motorisk klassifikation (GMFCS IV) uden selvstændig stand og gangfunktion. Har brug for hjælp til de fleste situationer i hverdagen, leg og daglige funktioner. Kognitivt lavt niveau. Pigen har brug for AFO ortoser til at stå i ståstativ, samt brug for finger- og håndledsortoser.

Formål med AFO ortoserne: Skal anvendes for at pigen kan stå med støtte i ståstativet. Uden AFO kan hun ikke placeres og stå i ståstativet, da hun kommer op i spidsfodsstilling pga. spasticitet i benene. Hospitalet vurderer, at der er tale om et hjælpemiddel. (Kommunen giver afslag efter reglerne om hjælpemidler).

Finger-håndledsortoserne skal bruges om natten og om dagen i de fleste timer. Formål: at forebygge at pigen får yderligere stramme hænder og fingre. Finger-håndledsortoser ordineres som forebyggende behandlingsredskaber, og hospitalet betaler.

### **Case 4: Hjælpemiddel, trænende og forebyggende (Beskrevet af hospitalet)**

Pige med Cerebral parese på 8 år, grov motorisk funktion (GMFCS I, selvstændig gående) har unilateral spastisk CP. Har dropfod på venstre side. Har behov for AFO ortose til venstre fodled.

Formål: At korrigere foden op i vandret stilling, så foden ikke hænger i gulvet under gang. Ortoasen skal afhjælpe, så pigen dermed lettere kan gå og løbe og undgå at snuble eller falde.

Pigen kan med brug af AFO undgå at blive helt så udtrættet under gang. AFO ortosen vurderes at være et hjælpemiddel. Men samtidig hjælper den også pigen med at holde og træne balancen, så hun på lang sigt bliver dygtigere og mere selvstændig, fordi hun med en AFO kan gå og løbe længere og måske hurtigere med ortosen på. AFO ortosen forventes også at have en forebyggende effekt, da den er med til at mindske at stramning af muskler over fodleddet bliver værre. På den måde har AFO ortose flere samtidige formål: Afhjælpende, trænende og forebyggende. Der er uenighed om, hvorvidt ortosen er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel.



### **Bilag 3: Principielle afgørelser fra Ankestyrelsen**

Ankestyrelsen har truffet en række principafgørelser om udstyr og ortoser. Se nedenstående links

[Ankestyrelsens praksisbeskrivelse om hjælpemidler og behandlingsredskaber](#)

#### **Eksempel på et ståstøttestativ, der både kan være et træningsredskab og et behandlingsredskab:**

[Ankestyrelsens principafgørelse 4-15 om hjælpemidler - ståstøttestativ - træningsredskab - behandlingsredskab](#)

Et ståstøttestativ kan ligesom et gangstativ både være et hjælpemiddel og et behandlings-/træningsredskab.

Afgørelsen må bero på en konkret, individuel vurdering af lidelsens karakter og omfang samt hvilket behov, brugen af ståstøttestativet skal afhjælpe.

Hvis det primære formål med et ståstøttestativ er at afhjælpe den manglende ståfunktion, skal ståstøttestativet betragtes som et hjælpemiddel. Det skal herefter vurderes, om bestemmelsens krav om væsentlighed er opfyldt.

Hvis ståstøttestativet primært skal anvendes til at forbedre funktionsevnen eller forebygge yderligere forværring af funktionsevnen, skal det betragtes som et træningsredskab eller et behandlingsredskab.

#### **Eksempel på, at en ortose er et hjælpemiddel:**

[Ankestyrelsens principafgørelse O-151-97 om behandlingsredskab - hjælpemiddel - behandlingsudgift - helbentsortoser - rygmarvsbrok](#)

Særlige bandager (Helbentsortoser) til en pige med medfødt rygmarvsbrok skulle bevilges som hjælpemiddel, og var således ikke at betragte som en behandlingsudgift, der skulle afholdes af sygehuset.

Begrundelsen var, at de ordinerede bandager (helbentsortoser) var at sammenligne med benproteser efter amputation, og dermed var et hjælpemiddel, der i væsentlig grad kunne afhjælpe pigens lidelse.

Ankestyrelsen lagde vægt på, at pigen led af en varig lidelse, rygmarvsbrok, og var invalideret på grund af denne lidelse.

#### **Eksempel på en ortose der både kan være et behandlingsredskab og et hjælpemiddel:**

[Ankestyrelsens principafgørelse C-30-02 om hjælpemiddel - behandlingsredskab - oppustelig tommelortose - konkret og lægelig vurdering - oplysningsgrundlag](#)

Principafgørelsen fastslår, at en oppustelig tommelortose (en skinne til hånden) kan være såvel et behandlingsredskab som et hjælpemiddel. Afgørelsen heraf beror på en konkret og lægelig vurdering af lidelsens karakter og formålet med brugen af ortosen.

Ankestyrelsen fandt i det konkrete tilfælde ikke en kvinde berettiget til hjælp til anskaffelse af en oppustelig tommelortose som et hjælpemiddel. Ankestyrelsen lagde vægt på, at håndskinner er nævnt i Indenrigsministeriets cirkulære om afgrænsningen af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, som et eksempel på et behandlingsredskab. Ankestyrelsen lagde endvidere vægt på formålet med brugen af ortosen.

Ankestyrelsen bemærkede vedrørende oplysningsgrundlaget, at der burde have været indhentet oplysninger fra behandlende hospitalsafdeling, idet der alene forelå oplysninger fra socialrådgiveren på det behandlende sygehus, der tillige var kvindens partsrepræsentant.

#### **Eksempel på en ortose der er et behandlingsredskab:**

[Ankestyrelsens praksisbeskrivelse om hjælpemidler og behandlingsredskaber](#) side 11

Borger har lammelser i venstre side af kroppen efter en blodprop. Han har spasticitet i venstre arm og hånd og har ansøgt om en skinne til at støtte tommelfinger, hånd og håndled med henblik på at behandle og korrigere kontrakturer samt ændre tonus i musklerne og modvirke yderligere spasticitet og smerter. Borger har ingen funktion i hånden. Skinnen skal bruges i løbet af dagen og efter behov, men vil ifølge oplysninger fra fysioterapeut ikke medføre, at borger opnår en funktion i hånden.

Kommunen giver afslag på borgers ansøgning med den begrundelse, at den ansøgte skinne skal bruges til behandling og korrektion. Kommunen lægger vægt på oplysningerne om borgers funktionsevne og skinnens formål, herunder oplysningerne fra borgers fysioterapeut. Ankestyrelsen stadfæster afgørelsen, da vi vurderer, at håndskinnen efter en konkret og individuel vurdering ikke er et hjælpemiddel for borgeren. Dette skyldes, at der ikke er et afhjælpningsformål ved borgerens brug af skinnen. Borger vil således ikke få nogen funktion i hånden ved brug af skinnen. Dens formål er derimod af behandlingsmæssig karakter, idet den skal forbedre, vedligeholde og hindre forringelse af det aktuelle funktionsniveau.

#### **Eksempel på en ortose, der både kan være et behandlingsredskab og et hjælpemiddel:**

[Ankestyrelsens praksisbeskrivelse om hjælpemidler og behandlingsredskaber](#) side 12

Borger er rygmærskadet og har som følge heraf lammelser i begge hænder. Højre hånds fingre og 3., 4. og 5. finger på venstre hånd er paralytiske, så borger kan kun bruge 1. og 2. finger på venstre hånd til greb på eksempelvis bestik. Borger kan desuden bruge håndfladerne til at løfte lette ting med. Der er begyndende kontrakturer i fingrenes led. Hun har ansøgt om antispasticitetsortoser til begge hænder med henblik på at forebygge yderligere kontrakturer. Ortoserne skal udstrække fingrene, hvilket vil medføre, at borger fortsat vil kunne bruge hænderne i begrænset omfang.

Kommunen giver afslag på ansøgningen, da kommunen ikke vurderer, der er tale om et hjælpemiddel. Skinnerne anses derimod for at være behandling og for at understøtte ergoterapi.

Ankestyrelsen stadfæster afgørelsen. Der er ikke grundlag for at tilsidesætte kommunens skøn, da det primære formål med skinnerne er at forebygge kontrakturer og dermed hindre forværring af tilstanden i hænderne. Det kan ikke føre til en anden vurdering, at borger, som en afledt konsekvens heraf, vil opnå fortsat at kunne anvende sine hænder i begrænset omfang til støtte og lette løft. Dette skyldes, at behandling og træning naturligt medfører en bedre funktionsevne og dermed naturligt også vil give mulighed for at foretage og fastholde flere aktiviteter. Afhjælpningsformålet er således ikke det primære i denne situation.

#### **Eksempel på et ståstøttestativ til et barn, der er udviklingshæmmet og har cerebral parese:**

[Ankestyrelsens praksisbeskrivelse om hjælpemidler og behandlingsredskaber](#) side 14

Som følge heraf har han ingen gang- og ståfunktion og er derfor permanent kørestolsbruger. Han er ansøgt om et ståstøttestativ som et supplement til den træning, han modtager i specialbørnehaven. Her står han blandt andet også dagligt i et ståstøttestativ med henblik på

at opnå vægtbæring og dermed stimulere hofteskåle og knogler. Når barnet står i ståstøttestativet, spiller han på en iPad. Det ansøgte ståstøttestativ skal bruges i hjemmet til træning af hovedkontrol og hofter og til at få barnet op at stå, når han spiller på iPad, leger, børster tænder og spiser.

Kommunen giver afslag på ansøgningen. Kommunen vurderer, at ståstøttestativets formål er at træne barnets hovedholdning og hofter, samt at få vægtbæring. Hans behov for træning er dækket i specialbørnehaven. Kommunen henviser endvidere til, at barnet ikke kan udføre andre aktiviteter i et ståstøttestativ, end han kan i sin kørestol.

Ankestyrelsen stadfæster kommunens afgørelse. Vi vurderer, at et ståstøttestativ ikke er et hjælpemiddel for barnet, da det primære formål med stativet er at træne barnet i hjemmet som et supplement til træningen i børnehaven. Det forhold, at barnets manglende ståfunktion ligeledes afhjælpes ved brug af stativet, er alene et sekundært formål, da der ikke er oplyst om funktioner, som barnet kun kan udføre ved at stå op. Vi er herved opmærksomme på, at barnet kan udføre en række aktiviteter, når han står i stativet. Disse aktiviteter kan han dog også udføre, når han sidder i sin kørestol.

**Eksempel: Borger har lammelser i dele af venstre hånd og albue som følge af en overskåret nerve efter et knusningsbrud i albuen:**

[Ankestyrelsens praksisbeskrivelse om hjælpemidler og behandlingsredskaber](#) side 20

Ifølge sagens lægelige oplysninger, er der på grund af kontrakturer i 4. og 5. finger behov for skinnebehandling for at holde disse fingre udstrakte. Skinnen skal anvendes som støtte på grund af svind af muskler i hånden. Desuden skal skinnen medvirke til at forhindre skader på jobbet og i hjemmet, og den skal virke smertelindrende og nedsætte behovet for smertestillende medicin. Skinnen skal også forhindre, at 4. og 5. finger ødelægges mere af hånden.

Kommunen giver afslag på ansøgningen. Kommunen vurderer, at skinnens hovedformål er af behandlingsmæssig karakter, idet skinnen har til formål at undgå kontrakturer og forhindre fejlstillinger og dermed er passiv behandling, som skal forbedre, vedligeholde eller hindre forringelse af det aktuelle funktionsniveau. Der henvises i den forbindelse til afgrænsningscirkulæret. Efterfølgende skriver kommunen til borger, at der er opstået tvivl om, hvilken myndighed, der er ansvarlig for bevilling og betaling af den ansøgte skinne, hvorfor kommunen har indvilliget i at påtage sig det midlertidige betalingsansvar for skinnen, indtil sagen er endelig afgjort. Borger anmodes om at kontakte bandagisten med henblik på udlevering af en skinne.

Ankestyrelsen stadfæster kommunens afgørelse, hvorefter borgeren ikke har ret til bevilling af en skinne som et hjælpemiddel, da det primære formål med skinnen er at udstrække fingrene, forebygge kontrakturer og lindre smerter.