



Blekinge Boulevard 2
DK-2630 Taastrup

Forskerparken 10
DK-5230 Odense M

Tel. +45 3254 2425
info@danish.care
www.danish.care

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
sum@sum.dk

Taastrup, 6. august 2024

Hørings svar vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Danish.Care vil hermed benytte sig af muligheden for at afgive høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport fra juni 2024. Som organisation vil vi i den sammenhæng samtidigt påpege, at vi ikke er inkluderet på høringslisten, som høringsbrevet er fremsendt til den 11. juni, og jeg skal hermed anmode om, at Danish.Care kommer på høringslisten fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet fremover.

Danish.Care – branchen for hjælpemidler og velfærdsteknologi udtaler sig på vegne af producenter og distributører af hjælpemidler, velfærdsteknologier og pleje-, rehabiliterings- trænings- og omsorgsløsninger, herunder digitale løsninger, som benyttes i både hospitalsvæsnet og i den kommunale pleje- og ældresektor.

Som forening repræsenterer vi ca. 140 leverandører og dermed samarbejdspartnere for både hospitaler, klinikker, lægehuse, institutioner, plejehjem, botilbud og centre til rehabilitering og genoptræning i både regionalt og kommunalt regi.

Dette høringssvar kan også ses i forlængelse af branchens input til Sundhedsstrukturkommissionen om velfærdsteknologi og hjælpemidler, som vi fremsendte sammen med Aarhus Kommune i januar 2024 med fem anbefalinger:

Anbefaling 1 Lovgivning. Det er nødvendigt med tilpasninger af loven, så teknologier som sensorer, telemedicin, og app-baserede løsninger kan hjælpe med at monitorere patienter, levere behandling på distancen og reducere behovet for hospitalsbesøg.

Anbefaling 2 Implementering og kompetenceudvikling. Teknologiundervisning bør udbygges på alle velfærdsfag på alle niveauer, og der skal afsættes ressourcer til implementering af eksisterende velfærdsteknologier tæt på praksis og til efteruddannelse af medarbejdere.



Anbefaling 3 Forenklet adgang til hjælpemidler. Borgerne må ikke fare vild mellem kommuner og regioner. Det skal gøres nemt for borgerne at købe småhjælpemidler selv, og minimumsgrænsen for bevilling bør skærpes. Visitationsprocesser skal forsimples og i nogle tilfælde erstattes af en tro og love-erklæring.

Anbefaling 4 Etik. Der skal udarbejdes nationale, etiske retningslinjer for brugen af velfærdsteknologier, så hverken borgernes eller medarbejdernes integritet og privatliv krænkes.

Anbefaling 5 Udbud, indkøb og bæredygtighed. Sektorerne bør samarbejde om kloge udbud og indkøb. Allerede på udviklingsstadiet bør samarbejde mellem sektorer øges, så udviklingsarbejdet er behovsdrevet, og velfærdsteknologierne bliver nemmere at implementere i praksis og understøtter bæredygtighed i anskaffelse og brug.

Læs hele branchens input her: <https://velfaerdsteknologi.aarhus.dk/vores-opgaver/indsatser-der-understoetter-implementering/januar-2024-anbefalinger-til-sundhedsstrukturkommissionen-om-velfaerdsteknologi-og-hjaelpemidler>

Hjælpemidler og velfærdsteknologis funktioner og anvendelsesområder

Hjælpemidler og velfærdsteknologi, herunder digitale løsninger indenfor disse områder, er for langt størstedelens vedkommende medicinsk udstyr som defineret i MDR, forordningen for medicinsk udstyr, og er dermed underlagt de regulatoriske rammer ift. effekt og sikkerhed, som er defineret i MDR.

Hjælpemidler afhjælper funktionsnedsættelser, enten midlertidige eller varige, for borgere eller patienter. Det kan både være i forbindelse med udskrivning fra hospital efter behandling eller operation, det kan også være afhjælpning af medfødt eller opstået handicap, eller det kan være til ældre borgere, som har fået et behov, og som er blevet visiteret til et hjælpemiddel for at kunne opretholde førlighed og en funktionel hverdag. Hjælpemidler kan i høj grad sikre selvhjulpenerhed, egen-mestring og værdighed i hverdagen.

Løsningerne omfatter også træningsområdet, f.eks. både vedligeholdende træning og genoptræning efter serviceloven, genoptræning og rehabilitering efter udskrivelse efter sundhedsloven.

Mange løsninger fra branchen kan være enten eller både et hjælpemiddel, et behandlingsredskab eller et træningsredskab afhængig af brugssituationen. Andre løsninger defineres som forbrugsgoder eller vanligt indbo. For både borgere, myndigheder og virksomheder giver det store udfordringer i hverdagen at skulle forholde sig til forskellige definitioner og forskellige lovgivninger og paragraffer som f.eks. sundhedslov eller servicelov og forskellige kasser i enten regionen eller kommunen eller forskellige forvaltninger i kommunen. Det er velbeskrevet, også i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, at denne kasseopdeling er stærkt uhensigtsmæssig for borgerne, der ofte bliver kastebold mellem kommune og region og ikke får den hjælp, som de har ret til, og som de har behov for.



Generelt om Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Overordnet set bakker Danish.Care helhjertet op om Sundhedsstrukturkommissionens rapport og grundige arbejde ift. målet om at fremtidssikre sundhedsvæsenet i en situation med stigende efterspørgsel, mangler på visse medarbejderressourcer og samtidig med, at nye behandlingsmuligheder, herunder digitale løsninger, udvikles og introduceres i behandlingen og plejen. Samtidigt er der store, veldokumenterede og velbeskrevne udfordringer med usammenhængende patientforløb og ubalancer mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen.

Rapporten ser vi også i naturlig forlængelse af Robusthedskommissionens rapport fra september 2023, herunder ikke mindst i forhold til anbefalingerne 6, 7 og 8 om digitalt og teknologisk først, arbejdskraftsbesparende teknologier og styrkelse af digitale kompetencer og teknologiforståelse.

Og i Danish.Care sætter vi også rapportens anbefalinger i relation til aftalen om Ældreformen fra april 2024 – herunder ift. samspillet og muligheden for at forbedre samspillet mellem sundhedsvæsenet og ældresektoren. Og dermed mere overordnet mellem ”behandlingen” i regionalt regi og ”plejen, træning, omsorg og rehabilitering” i primært kommunalt regi.

Overordnet input til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

I Danish.Care ønsker vi overordnet at henlede Sundhedsstrukturkommissionen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet til følgende betragtninger ift. rapporten:

1) Prioritering af forebyggelse: Sundhedsstruktur må ikke, tilsigtet eller utilsigtet, ligestilles med ”sygdomsstruktur” eller ”behandlingsstruktur”. Med det menes, at det er vigtigt ikke at nedprioritere forebyggelse og ikke mindst træning, genoptræning og rehabilitering i organiseringen af fremtidens sundhedsstruktur. Der er store både menneskelige, organisatoriske og økonomiske gevinster ved at kunne forhindre sygdom og minimere behovet for behandling. Vi har forståelse for at Sundhedsstrukturkommissionen i sit arbejde og ud fra sit kommissorium ikke har forholdt sig til primær forebyggelse i samfundet – men målrettet forebyggelse og at kunne minimere behovet for behandling er både muligt og ønskeligt. Det håber vi, at den fremtidige struktur i endnu højere grad end skitseret vil underbygge.

2) Afskaffelse af afgrænsningscirkulæret: Sundhedsstruktur er i høj grad afhængig af det optimale samspil mellem sektorer, og flere af de udfordringer, det danske sundhedsvæsen har i dag, er funderet i udfordringer ift. sektorovergange og forskellige lovgivninger og kasser – hhv. f.eks. sundhedslov og regioner og servicelov og kommuner. I Danish.Care bakker vi stærkt op om, at afgrænsningscirkulæret afskaffes og erstattes af et mere tidssvarende regelsæt. Det håber vi, at den fremtidige struktur vil underbygge.

3) Sondring mellem data og digitale løsninger: Sundhedsstruktur handler i stigende grad også om data, digital omstilling og digitalisering af behandlinger og services – som der også tydeligt redegøres for i rapporten. Herunder bl.a. egen-behandling, behandling i eget hjem, point of care behandling m.v. Men det er afgørende, at definitionerne af og forståelsen af begreberne



digitalisering og data bliver mere tydelige, end det er fremført i rapporten. Vi håber, at der i det forestående arbejde vil blive skelnet tydeligere mellem, hvad der er "data" og "datainfrastruktur", og hvad der er "digitale løsninger" – herunder f.eks. sensorteknologi, hjemmemonitorering, apps m.v., som i praksis i mange tilfælde vil være medicinsk udstyr (bl.a. som det er defineret i MDR). Datainfrastruktur og styringssystemer som EPJ / EOJ og digitale løsninger til sundhed og pleje som hjemmemonitorering, træningsapps, sensorteknologi (herunder innovation ift. digitale løsninger) er to forskellige genstandsfelter, som ikke må ligestilles. Heller ikke når det kommer indkøb (centralt eller decentralt), udvikling og til den daglige drift.

4) Klar lovgivning for både fysiske/analoge og digitale og sensorbaserede løsninger: Selvom data og digitalisering fylder mere og mere, kan mange af de rette løsninger også være ikke-digitale. Hjælpemidler og velfærdsteknologi til både hospitaler og i den kommunale sektor er rigtig mange forskellige former for teknologier og løsninger hvoraf langt hovedparten er fysiske produkter – alt fra kropsbårne hjælpemidler til senge, stole, lejer, lifte, forflytningshjælpemidler, madrasser, puder, løsninger til toilet og bad og meget andet. Der er samtidig en rivende udvikling i gang, hvor de fysiske produkter kan blive digitale, f.eks. hvor en seng, en lift, en stol eller en ble får indbygget sensorer eller dataopsamlere og dermed forener det fysiske og digitale. Denne udvikling rummer store muligheder for både patienter, borgere og personalet. Kunstig intelligens, AI, forventes også at bringe store udviklingsmuligheder til branchens løsninger ift. bl.a. at kunne forudsige hændelser, fald, og forværringer i tilstande m.v. Opsamling af data og brugen af AI er nye og helt nødvendige tiltag, hvis vi skal kunne give bedst mulig borgerrettet pleje. Samtidig rejser sådan en praksis nogle komplekse udfordringer i forhold til lovgivningen. Der er behov for en klar og entydig lovgivning, der kan virke fremmende for anvendelse af sensorbaserede velfærdsteknologiske løsninger til gavn for borgerne. Dette kan bidrage til at sikre, at ressourcerne bruges, hvor der er reelle behov. Det er afgørende, at rammerne for brug af kunstig intelligens i sundheds- og ældreplejen fremmes og ikke hindres i den kommende sundhedsstruktur.

Specifikt input til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Danish.Care vil i dette høringssvar ikke forholde sig til valg af forvaltningsmodeller eller komme med anbefalinger ift. enten model 1, 2 eller 3.

Uagtet valg af model vil det være afgørende, at følgende indarbejdes i den kommende struktur for sundhedsvæsenet:

1. Smidig tildeling af hjælpemidler og afgrænsningsudfordringer skal løses

Afgrænsningsudfordringer mellem kommune og region, og ml. servicelov og sundhedslov skal løses nu – en gang for alle. Udfordringerne i den nuværende organisering er velbeskrevet mange steder bl.a. nu også i Sundhedsstrukturkommissionens rapport afsnit 4 og giver anledning til dybe frustrationer for både borgere og patienter og for kommunerne og leverandører.

Afgræsningscirkulæret fungerer ikke i virkeligheden og kan med fordel erstattes af et mere tidssvarende regelsæt. Eksemplerne er mange – men det vedrører f.eks. området for kompressionsprodukter som kompressionsstrømper mod lymfødeme, tyngdeprodukter som kugledyner og forskellige former for træningsredskaber til børn med handicap, som ikke kan



bevilliges af en kommune, fordi det ikke kun afhjælper et handicap, men også træner og forbedrer borgerens/barnets tilstand. Teknologien eller hjælpemidlet skal følge patienten uanset sektoren.

I Danish.Care foreslår vi, at der, uanset hvilken fremtidige struktur der fastlægges, etableres et fælles økonomi- og myndighedsansvar for tildeling af hjælpemidler og behandlingsredskaber uanset definitioner og begreber, så alle borgere med behov kan få adgang til den rette løsning første gang, og hvor der er én til at betale. Borgere skal fortsat have ret til en konkret og individuel vurdering af behov, som det er beskrevet i den nuværende lovgivning.

2. Frit valg bevares og styrkes i praksis

Borgere har i dag ret til frit valg af hjælpemiddelleverandør og udstyr. Borgere har ret til selv at vælge deres leverandør af et hjælpemiddel – og hvis borger ønsker at benytte en anden leverandør end den, som kommunen måtte have indgået aftale med og hvis produkt, kommunen måtte have på sit depot, har borger ret til dette mod egenbetaling af en eventuel merpris. Betaling af en eventuel merpris aftales direkte med den givne leverandør uden kommunens involvering. Frit valg er en rettighed, som skiftende regeringer har værnet om – men som i praksis ikke opleves at være velfungerende. Det frie valg er i praksis ikke frit alle steder, da det forudsætter, at der fra myndighed til borgere gives fuld information om rettigheden i alle kommuner. Dette opleves ikke at være tilfældet i dag, hvor det kan være forskelligt fra kommune til kommune og fra sagsbehandler til sagsbehandler, hvilke rettigheder og oplysninger der videregives. Dette skaber ulighed i sundhed.

I Danish.Care foreslår vi, at ordningen for frit valg af hjælpemiddelleverandør styrkes, så den i praksis understøttes af fuld information fra alle kommuner til borgerne om deres rettigheder. Det frie valg bør være en reel mulighed for alle borgere uanset deres egne eller pårørendes ressourcer. Det frie valg forudsætter også, at der er indsigt i priserne på de enkelte produkter, som kommunen har indgået aftale omkring, da det ellers ikke er muligt for borgere at opsøge alternative priser fra andre leverandører under det frie valg.

3. Finansieringsmodel med flerårige budgetter og stabilitet omkring budgetlægning

Som leverandører af udstyr til sundhedsvæsenet oplever vi som branche ofte udfordringen med en kort investeringshorisont hos både kommunale og regionale aftagere. Selv løsninger, som er velafprøvede og veldokumenterede, og som har en tilbagebetalingstid på alt fra få måneder til under et år, kan være vanskelige for kommuner at investere i pga. budgetlofter og etårige budgetter. Det giver ikke gode muligheder for sundhedsvæsenet til at investere i de bedst egnede løsninger ud fra et total-omkostningsperspektiv, hvilket igen hæmmer optaget af nye teknologiske løsninger og innovationer.

Sundhedsstrukturkommissionen nævner også i relation til Digital Sundhed Danmark behovet for en finansieringsmodel, der rummer mulighed for flerårig stabilitet i budgetlægningen. I Danish.Care foreslår vi, at regioner og kommuner får bedre muligheder for at operere med flerårige budgetter til investeringer i velafprøvet teknologi og løsninger. Det vil kunne give en stabilitet omkring budgetlægningen både ift. nye investeringer i regi af Digital Sundhed Danmark,



men også ifm. øvrige indkøb og investeringer af teknologiske og digitale løsninger til sundhedsvæsenet i både regioner og kommuner.

4. Fælles rammer og juridisk afklaring for ibrugtagning og skalering af løsninger

I Danish.Care bakker vi fuldt op om Sundhedsstrukturkommissionens fokus på behovet for ibrugtagning af ny teknologi, og det nævnes konkret, at innovative og brugervenlige teknologiske løsninger er afgørende, hvis sundhedsvæsenet i en fremtid med færre medarbejdere skal kunne behandle flere borgere med voksende og komplekse behov. Blandt Danish.Cares medlemsvirksomheders produkter er der en lang række eksempler på arbejdskraftsfrigørende teknologier, som er i brug visse steder i sundhedsvæsenet, men med potentiale til bredere udbredelse. Sundhedsstrukturkommissionen peger på Digital Sundhed Danmark, som en ny samlede service og leveranceorganisation for digitalisering og data, og i Danish.Care bakker vi op om behovet for en samlet national enhed og tilgang til skalering og udbredelse af kendte løsninger.

I Danish.Care foreslår vi i forlængelse af Sundhedsstrukturkommissionens rapport, at Digital Sundhed Danmark arbejder for at udbrede og skalere mange af de kendte løsninger, der findes på markedet i dag i højere grad end, at organisationen understøtter sundhedsvæsenets egenudvikling af nye teknologier eller løsninger – enten apps eller fysiske produkter. Digitalisering og data skal følge borgeren, for at kunne få udrullet de gode eksisterende løsninger, som ikke er bredt udbredt. For at understøtte den innovation, som foregår både ved de private leverandører og i et offentligt-private samarbejde, er det afgørende, at Digital Sundhed Danmark sikrer rammerne for fælles fortolkninger af f.eks. GDPR-regler, så det ikke er op til hver enkelt kommune eller regionale enhed og den lokale DPO at bestemme, hvad der er lovligt og muligt. Dermed kan vi overkomme udfordringer med forskellige fortolkning af f.eks. GDPR og informeret samtykke. En mulighedsorienteret juridisk tolkning med en tilgang omkring ”vis mig, hvordan det kan gøres lovligt” vil markant kunne styrke skaleringen af løsninger, der virker – både fysiske løsninger, men også digitale løsninger herunder f.eks. også ved brug af kunstig intelligens. Udrulningen af nye løsninger går i dag ofte i stå mellem projektstadiet, indkøb og udrulning pga. af manglende juridiske afklaringer og fælles national tilgang.

I Danish.Care står vi naturligvis til rådighed for en uddybning af vores synspunkter, og vi ser frem til at følge og bidrage til udviklingen af den fremtidige sundhedsstruktur i Danmark.

Venlig hilsen

Morten Rasmussen

Direktør, Danish.Care
mr@danish.care
+45 2738 7832