

2010-03-15

Genomgång av Försäkringskassans beslut om vårdbidrag till barn med diabetes

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING OCH SAMMANFATTNING	2
RÄTTSLIG REGLERING.....	3
RÄTT TILL VÅRDBIDRAG	3
1964 INFÖRDES VÅRDBIDRAGET.....	3
PÅ 1970-TALET INFÖRDES HALV FÖRMÅN OCH MERKOSTNADSERSÄTTNING.....	3
UNDER SLUTET AV 1980-TALET OCH BÖRJAN PÅ 1990-TALET INFÖRDES FLER BIDRAGSNIVÅER.....	4
UTVECKLING ÖVER TID.....	5
<i>Diagram 1 Antalet barn med diabetes som nybeviljats vårdbidrag, år 1990 - 2001.....</i>	<i>5</i>
PRÖVNINGEN AV RÄTT TILL VÅRDBIDRAG.....	6
BESLUTSPROCESSEN	6
VAD ÄR DET SOM BEDÖMS OCH HUR?.....	6
PREJUDICERANDE DOMAR	7
DIABETES I SKOLAN	9
VAD SÄGER STATISTIKEN?	10
<i>Diagram 2 Åldersfördelning, antal barn i åldern 1-19 år.....</i>	<i>10</i>
<i>Diagram 3, ålder samt vårdbidragsnivå vid nybeviljande, år 2008.....</i>	<i>11</i>
<i>Diagram 4 Vårdbidragsnivå vid andra beviljande tillfället (kan vara samma som första).....</i>	<i>12</i>
VÅRDBIDRAG I NÅGRA OLIKA LÄN	13
<i>Diagram 5 Vårdbidragsnivå vid nybeviljande i Stockholms län, år 2008.....</i>	<i>13</i>
<i>Diagram 6 Vårdbidragsnivå vid nybeviljande i Skåne län, år 2008.....</i>	<i>14</i>
<i>Diagram 7 Vårdbidragsnivå vid nybeviljande i Kronobergs län, år 2008.....</i>	<i>14</i>
VÅRDBIDRAG I OLIKA ÅLDRAR	15
<i>Diagram 8 Andel vårdbidrag och nivå för barn 6 år, alla län, år 2008.....</i>	<i>16</i>
<i>Diagram 9 Andel vårdbidrag och nivå för barn 9 år, alla län, år 2008.....</i>	<i>16</i>
<i>Diagram 10 Andel vårdbidrag och nivå för barn 13 år, alla län, år 2008.....</i>	<i>17</i>
<i>Diagram 11 Vårdbidrag fördelat på vårdbidragsnivå och kön.....</i>	<i>17</i>
GENOMGÅNG AV ÖVERKLAGANDEN AV FÖRSÄKRINGSKASSANS BESLUT	18
<i>Diagram 12, Fördelning av angivna skäl i samband med överklagan av försäkringskassans beslut</i>	<i>18</i>
<i>Diagram 13 Antal barn fördelade efter ålder i samband med överklagan av Försäkringskassans beslut. .</i>	<i>20</i>
DISKUSSION	21
KÄLLFÖRTECKNING	23

Inledning och sammanfattning

Svenska Diabetesförbundet har genomfört en omfattande granskning av samtliga pågående ärenden i december 2008 hos Försäkringskassan som gäller vårdbidrag till barn med diabetes, knappt 7 000. Även överklaganden till domstol under åren 2004-2008 har ingått i granskningen. För att se om det finns några skillnader i bidragsnivå i landet har en jämförelse gjorts mellan tre län, Stockholm, Kronoberg och Skåne, som illustreras i tre tabeller. Av dessa framgår att det finns betydande skillnader i omfattningen av vårdbidragsnivå och således kan det konstateras att förutsägbarheten i vilken nivå ett barn får är osäker. Däremot finns i huvudsak överensstämmelse med gällande råd och praxis som innebär att ett halvt vårdbidrag beviljas till barn i förskoleåldern och att bidraget minskas i samband med skolstart och i tonåren. I rapporten redogörs också för vårdbidragets utveckling och praxis.

Enligt Diabetesförbundets mening behövs en översyn och modernisering av vårdbidragets konstruktion och även en anpassning till dagens samhälle och behandlingsmetoder för diabetes. De motiveringar som Försäkringskassan och domstolarna lämnar till sina beslut är allt för knapphändiga och schabloniserade, vilket gör det svårt att förstå och bemöta beslutet med sakliga argument. Att vårdbidraget minskar i samband med skolstart och pubertet kan av flera skäl starkt ifrågasättas, liksom hanteringen och beräkningen av merkostnader. Särskilt nämns diabeteskost som oftast inte godtas, till skillnad från Norge och Danmark där en schabloniserad merkostnad fortfarande godtas. För att höja kvaliteten och effektiviteten i beslutsfattandet förordar Diabetesförbundet att prövningen av vårdbidragsärenden endast ska ske vid ett fåtal enheter i landet.

Svenska Diabetesförbundets grundsyn på vårdbidrag är

- att föräldrar till barn med diabetes ska ha rätt till vårdbidrag.
- att bedömningen av rätt till vårdbidrag för barn med diabetes ska utgå från aktuella kunskaper om diabetes, den speciella behandlingen vid typ 1 diabetes samt det enskilda barnets behov. Bedömningen ska, under i övrigt likartade förhållanden, vara densamma oavsett var i landet barnet bor.

Rättslig reglering

Rätt till vårdbidrag

En förälder har rätt till vårdbidrag för barn till och med juni månad det år då barnet fyller 19 år om barnet på grund av sjukdom, utvecklingsstörning eller annat funktionshinder behöver särskild tillsyn och vård under minst sex månader, eller om det på grund av barnets sjukdom eller funktionshinder uppkommer merkostnader. Bestämmelser om vårdbidrag finns i lagen (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag.

1964 infördes vårdbidraget

Vårdbidraget infördes ursprungligen den 1 juli 1964 som en invaliditetsersättning för barn under 16 år. Innan dess fanns inga ersättningar eller förmåner till målgruppen barn med funktionshinder under 16 år. För att omfattas av förmånen skulle barnet på grund av sjukdom, psykisk utvecklingsstörning eller annat handikapp under minst sex månader vara i behov av särskild tillsyn och vård.

Att införa en särskild ersättning till barn med funktionshinder följde tidens handikappolitik att personer med funktionsnedsättning skulle integreras i samhället. Istället för att låta barnet växa upp på institution, var tanken att underlätta för föräldrarna att vårda barnet i hemmet. Vårdbidraget skulle bidra till att ersätta föräldrarna för förlorad arbetsinkomst och särskilda kostnader som barnets funktionsnedsättning medförde.

Någon avgränsning av personkretsen med hänvisning till särskilda slag av handikapp skulle inte komma i fråga. De behov av tillsyn och vård som skulle beaktas vid bedömningen av rätten till vårdbidrag var sådana som gick utöver dem som föreligger hos ett normalt utvecklat barn. Detta innebär att utrymmet för tillämpningen av bestämmelserna blir mindre när det gäller barn i spädbarnsåldern, som ju även om de är friska kräver tillsyn och vård i betydande omfattning. I praktiken kom dock bestämmelserna, som framgår nedan, att tillämpas så att det krävdes ett svårartat handikapp för att rätt till vårdbidrag skulle föreligga.

På 1970-talet infördes halv förmån och merkostnadsersättning

I början av 1970-talet sågs vårdbidraget över efter en utredning av dåvarande Riksförsäkringsverket (RFV). Detta ledde bl.a. till att konstruktionen år 1974 ändrades så att det blev föräldrarna som blev mottagare av stödet. I rapporten konstaterades att det enligt gällande bestämmelser och praxis krävdes att barnets handikapp skulle vara svårartat för att rätt till vårdbidrag skulle föreligga. RFV, som hade genomfört en enkätundersökning, framhöll i rapporten att många handikappade barn som inte uppfyllde dessa krav ändå hade stora behov av tillsyn och att en vuxen kunde vara relativt starkt bunden av vårduppgiften. Det gällde t.ex. barn med diabetes som fordrar tillsyn vid medicinering och med diet. Vårdbidrag betalades vid tidpunkten ut till ca 1 % av alla barn under 16 år, vilket RFV ansåg vara en påfallande låg andel. RFV:s slutsats var att villkoren för rätt till vårdbidrag var alltför restriktiva. I första hand borde villkoret att tillsynsbehovet skulle ha avsevärd omfattning mjukas upp. I enkätundersökningen hade också framkommit att barns handikapp i många fall medförde särskilda kostnader; när det gäller barn med diabetes t.ex. för specialkost. RFV ansåg med hänsyn till detta att behovet av ekonomiskt stöd borde grundas på de ökade kostnader som handikappet för med sig. Verket föreslog därför att lagtexten skulle ändras så att bedömningen av vårdbidrag skulle ta hänsyn till om barnets sjukdom eller handikapp medför andra merkostnader än

sådana som kan hänföras till tillsyns- och vårdbehovet. En sådan ändring aktualiserade även frågan om gradering av bidraget, där RFV föreslog att förmånen skulle utgå med helt eller ett halvt belopp.

I propositionen (prop. 1974:129) underströk regeringen att ett handikappat barns behov av träning ska ses som ett naturligt led i en aktiv vårdinsats och därför självfallet ska beaktas vid bedömningen av vårdbidrag. Vidare framhölls att för barn som vistas i förskola eller skola under dagtid ger denna vistelse viss avlastning för föräldrarna. Vårdbidraget ska därför ses över i samband med skolstart. Regeringen ansåg också att vårdbehovet som huvudregel skulle omprövas vart tredje år, för att vårdbidraget inte ska få en konserverande effekt på de handikappade barnens utveckling och miljö. Kontrollen kan dock ske med kortare mellanrum om det finns särskilda skäl för det.

Under slutet av 1980-talet och början på 1990-talet infördes fler bidragsnivåer

Under 1980-talet och 1990-talet gjordes en del förändringar och vårdbidraget utvecklades. Exempelvis har vårdbidragets nivåer utvidgats till först tre och numera fyra; en fjärdedels, halv, trefjärdedels respektive hel förmån. En skattefri merkostnadsdel har införts och tidsintervallet för omprövning har ändrats från tre till två år, om andra skäl inte föreligger. Anledningen till detta var enligt regeringen att barnets sociala situation och den medicinska behandlingen förändras regelbundet. Det behövs då mer flexibla regler och regelbundna omprövningar (prop. 1981/82:216).

År 1983 infördes den skattefria merkostnadsdelen till vårdbidraget. Det hade konstaterats att det fanns kostnader som inte var kopplade till vården av barnet, utan direkt till barnets sjukdom eller funktionsnedsättning. Samma år infördes flerbarnsprövning. Det innebär att om det finns fler barn i familjen med funktionsnedsättning, så ska en bedömning av familjens totala situation göras. Som ett led i att öka jämställdheten mellan föräldrar till barn med funktionsnedsättning infördes år 1985 möjligheten att dela utbetalningarna av vårdbidraget.

År 1988 infördes en fjärdedels vårdbidrag. Skälet för detta angavs i prop. 1987/88:46 vara att det ställdes stora krav på merarbete och merkostnader för att vårdbidrag skulle kunna beviljas. Det medförde att många föräldrar till sjuka barn inte får något ekonomiskt stöd för sitt merarbete. Detta hade bland annat föranlett flera motioner i riksdagen med förslag om lägre ersättningsnivåer för vårdbidrag. Enligt regeringen kunde den nya bidragsnivån tillgodose en del av dem som enligt dåvarande bestämmelser inte ansågs berättigade till bidrag. Det gällde i synnerhet dem som har regelbundna, ofrånkomliga kostnader i kombination med visst merarbete. Till denna kategori hörde främst föräldrar till barn med diabetes och barn med betydande allergiska besvär.

I propositionen framfördes att rätten till vårdbidrag på en fjärdedelsnivå bör knytas till enbart det vård- och tillsynsbehov och de merkostnader som hänför sig till varje barn. Det finns annars en risk att vårdbidragets syfte motverkas om ganska obetydliga sjukdomar klassas som handikapp. Däremot ska som tidigare familjens totala behov beaktas vid bedömningen av rätt till ett halv eller ett helt vårdbidrag.

År 1992 infördes nivån trefjärdedels vårdbidrag. Skälet till detta angavs vara det stora steget mellan halv och hel förmån. Den som uppbar ett halvt vårdbidrag kunde inte få merkostnader täckta så länge det sammanlagda behovet av tillsyn och vård samt merkostnadernas storlek inte räckte till ett helt vårdbidrag. Det innebar att en stor grupp föräldrar inte fick ersättning

för en betydande del av sina merkostnader eller ersättning för viss del av den särskilda tillsynen och vården. År 1992 infördes även en merkostnadsersättning utöver helt vårdbidrag.

I januari 2003 höjdes den övre åldersgränsen för vårdbidraget från 16 år till 19 år.

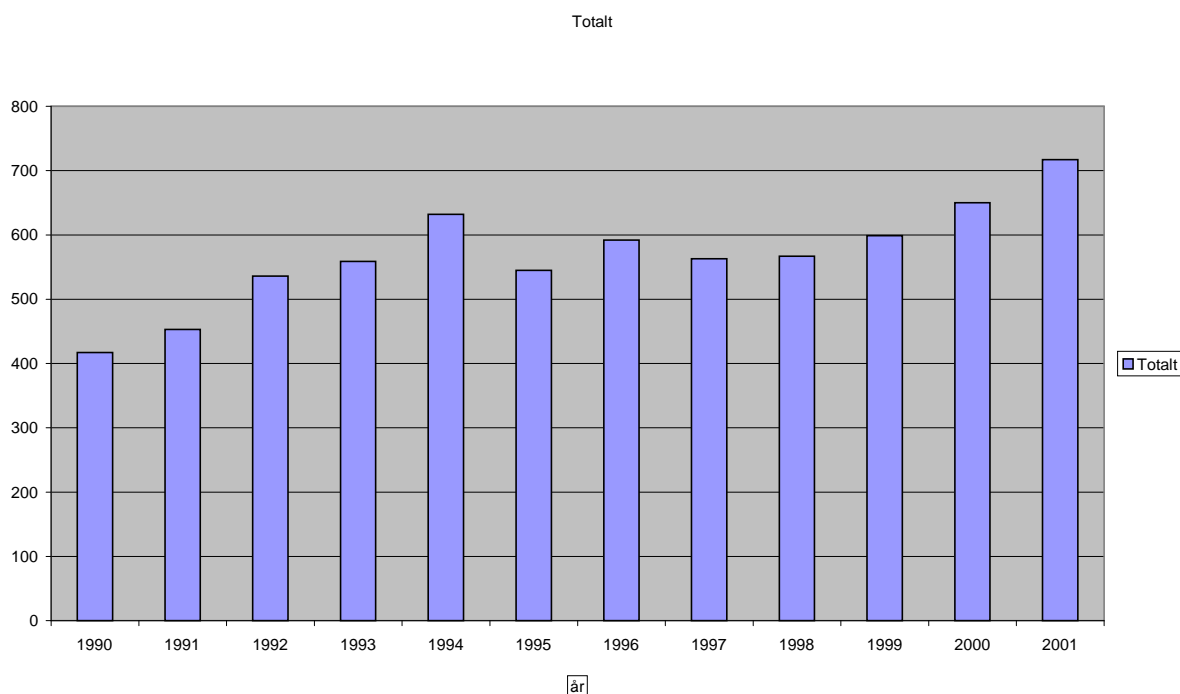
Utveckling över tid

Antalet barn med nybeviljat vårdbidrag för samtliga diagnoser, inte enbart diabetes, ökade kraftigt under första hälften av 1990-talet, från drygt 2 800 år 1990 till knappt 4 500 år 1995. År 2001 var det ca 5 000 barn med nybeviljade vårdbidrag. Det är fler pojkar än flickor som beviljas vårdbidrag. Ända fram till mitten av 1990-talet beviljades de flesta vårdbidrag för barn i åldern 0-4 år. Från början av 1990-talet minskar antalet nybeviljade vårdbidrag till de yngsta barnen. Från slutet av 1980-talet blir det allt fler nybeviljade vårdbidrag för äldre barn, framförallt i åldern 5-9 år men även till barn över 10 år.

Dåvarande Riksförsäkringsverket redovisade år 2002 en kartläggning av orsakerna till att beviljade vårdbidrag har ökat i sådan omfattning (RFV Analyserar 2002:10). En av slutsatserna är att under 2002 har cirka 2 000 föräldrar till barn med psykiska sjukdomar eller syndrom beviljats vårdbidrag. Den största ökningen är inom diagnosgruppen ADHD/DAMP. Samma år beviljades vårdbidrag till drygt 630 barn med diabetes. Se utvecklingen för barn med diabetes mellan åren 1990 och 2001 i diagrammet nedan.

Diagram 1 Antalet barn med diabetes som nybeviljats vårdbidrag, år 1990 - 2001

Källa: RFV 2003:2



Antalet barn med diabetes som nybeviljas bidrag ökar och har nästan fördubblats på tio år. Ökningstakten överensstämmer väl med ökningen av antalet barn som insjuknar i diabetes. Man brukar säga att det skett en fördubbling på 20 år, och i dagsläget insjuknar ca 800 barn per år.

Prövningen av rätt till vårdbidrag

Beslutsprocessen

Försäkringskassan fattar beslut om vårdbidrag. Tidigare fattades beslut i vårdbidragsärenden av en s.k. socialförsäkringsnämnd. Dessa nämnder upphörde 2008 och beslut fattas sedan dess av särskilt utsedda tjänstemän på Försäkringskassan. Vårdbidrag förutsätter en ansökan från föräldrarna på en särskild blankett. Beslutsunderlaget utgörs därutöver av läkarintyg, ev. andra intyg och föräldrarnas uppgifter om vad vård- och tillsynsbehovet innebär i det enskilda fallet.

Om föräldrarna inte är nöjda med beslutet kan de begära omprövning av tjänstemannens beslut. Det innebär att en annan tjänsteman på Försäkringskassan går igenom ärendet på nytt och fattar ett nytt beslut. Detta omprövningsbeslut är möjligt att överklaga till förvaltningsrätten (tidigare länsrätten) och sedan vidare till kammarrätten och Regeringsrätten. I de båda sistnämnda instanserna krävs dock prövningstillstånd.

På Försäkringskassan finns också ett ”allmänt ombud” som har möjlighet att överklaga kassans beslut. Detta kan göras till både den enskildes fördel och nackdel. I dagsläget är det ovanligt att det allmänna ombudet utnyttjar denna möjlighet i vårdbidragsärenden.

Vad är det som bedöms och hur?

Vårdbidraget är tänkt att vara dels en ersättning för de arbetsinsatser som vården av ett barn med en sjukdom/funktionshinder innebär, dels en viss kompensation för det inkomstbortfall som vården av barnet innebär, dels en ersättning för de merkostnader som barnets sjukdom/funktionshinder medför. Lagstiftningen rörande vårdbidrag är allmänt hållen och ger ingen direkt vägledning vid bedömningen av ett enskilt fall. Istället är man hänvisad till prejudicerande domar (se nedan), lagens förarbeten (se ovan) och Försäkringskassans allmänna råd. I de sistnämnda hittar man riktlinjer och rekommendationer för bedömningen.

I RFV:s allmänna råd (RAR 2002:15) om vårdbidrag anges en miniminivå för att beviljas vårdbidrag. Där anges att vårdinsatserna måste omfatta minst sju timmar per vecka, tillsynsbehovet vara uttalat eller merkostnaderna uppgå till minst 25 procent av prisbasbeloppet (10 575 kr år 2010). Det är alltså en sammanvägd bedömning som ska göras av tillsyns- och vårdbehovets omfattning samt merkostnadernas storlek. Av rättsfallet RÅ 2009 ref. 20 framgår att detta endast är en rekommendation och inte bindande. Bedömningen av familjens situation och barnets särskilda behov av stöd kan alltså medföra att rätt till vårdbidrag föreligger även om merarbetet eller merkostnaderna understiger den rekommenderade storleken.

Det är behovet av särskild tillsyn och vård som ska beaktas, vilket innebär sådana behov som går utöver dem som finns hos ett barn utan funktionshinder. Detta kan gälla t.ex. direkta vårdinsatser, stöd, tillsyn, föräldrarnas bundenhet på grund av barnets behov av vård och tillsyn men också annat merarbete. Behoven måste vara styrkta genom t.ex. läkarintyg.

Barn med diabetes fordrar mer tillsyn än friska barn, bland annat på grund av risken med insulinkänningar. Detta gäller inte minst nattetid. Ofta behövs hjälp med medicineringen och egenvården. Även om barnet själv kan ta sin insulinspruta/sköta sin insulinpump och testa blodsockret krävs ofta övervakning. Ju yngre barnet är, desto mer hjälp behöver det i sin be-

handling. För mindre barn ligger ansvaret helt hos de vuxna. Först vid tolv års ålder räknar man med att barnen är kognitivt mogna för att ta ett större eget ansvar för sin diabetesbehandling. Större barn med diabetes kan periodvis behöva mer tillsyn, exempelvis vid skolstart, inträde i puberteten med mera. Föräldrarnas medverkan krävs även vid sjukvårdsbesök och utbildningar. Det är inte ovanligt att det förekommer viss bundenhet för att handleda och utbilda förskole- och skolpersonal, anhöriga och andra föräldrar eller att vara med när barnet deltar i olika aktiviteter.

När det gäller merkostnader för olika specialkost brukar Konsumentverkets beräkningar användas som vägledning¹. Sedan 2005 gör Konsumentverket inte längre någon merkostnadschablon för diabeteskost. Detta grundar sig på uppfattningen att den som behöver äta bra mat som behandling för sin diabetes bör kunna göra det utan att betala mer än vad vanlig bra mat kostar. Försäkringskassan beaktar därför i flertalet fall inte någon merkostnad för diabeteskost. Däremot kan det fortfarande finnas behov av att göra justeringar i enskilda fall. En person har kanske behov av en mer komplex specialkost där flera olika problem måste lösas, t.ex. diabetes kombinerat med glutenintolerans.

Förutom högre matkostnader kan merkostnader vid diabetes vara t.ex. medicinkostnader, inköp av blodsockermätare, kostnader i samband med läkarbesök, extra telefonkostnader, deltagande i föräldrautbildning om diabetes, kostnader för barnets behov av fysisk aktivitet, inköp av armbandsklocka med signal, medlemsavgift i diabetesföreningen och deltagande i diabetesläger.

Prejudicerande domar

Försäkringskassans beslut kan som tidigare nämnts överklagas. De domar som kommer från Regeringsrätten och i viss mån från kammarrätterna är vad som kallas prejudicerande. Det innebär att domarna anger hur bestämmelserna ska tolkas och tillämpas. Fram till början av 1990-talet överklagades vårdbidragsärendena till specialdomstolar; försäkringsrätten och Försäkringsöverdomstolen (FÖD). Trots att det nu gått nästan 20 år sedan FÖD lades ner, har Regeringsrätten inte prövat något mål som rör vårdbidrag och diabetes, men det finns ändå några avgöranden som innehåller generella uttalanden.

Det innebär dock att man i allt väsentligt fortfarande är hänvisad till den gamla, och i många delar inaktuella, praxis som finns från FÖD. I många av de domar som kommer från underinstanserna hänvisas än idag uttryckligen till FÖD-avgörandena. Här återges några beslut från FÖD respektive Regeringsrätten.

Försäkringsöverdomstolen

FÖD 1988:42 gällde vårdbidrag till ett barn i **förskoleåldern**. En flicka hade fått diabetes vid två år och två månaders ålder. FÖD hade inhämtat ett sakkunnigutlåtande där det framgick att barn med diabetes, åtminstone under de första levnadsåren, är i behov av tillsyn och vård i en utsträckning som avsevärt överstiger vad som är normalt. FÖD uttalade att tillsyns- och vårdbehovet i dessa fall många gånger blir så omfattande att förutsättningar för att utge helt vårdbidrag föreligger.

Mamman hade, i enlighet med praxis, beviljats ett halvt vårdbidrag av underinstanserna. FÖD ändrade detta och beviljade ett helt vårdbidrag fram till skolstarten. Detta mot bakgrund av sakkunnigutlåtandet, de särskilda komplikationer som förelåg i fallet samt merkostnader (lä-

¹ Denna princip bekräftas i rättsfallet RÅ 2009 ref. 20.

kare, resor, kost). – Vid den aktuella tidpunkten fanns varken en fjärdedels eller tre fjärdedels vårdbidrag.

I **FÖD 1987:18 I och II** var fråga om vårdbidrag i samband med **skolstart**. Försäkringskassan hade beslutat att inte längre ge halvt vårdbidrag för två sjuåriga flickor, från den tid då flickorna började skolan. I det första fallet framfördes från föräldrarna att flickan hade problem med insulinställningen och upprepade känningar, även nattetid. Flickan var dessutom spruträdd. Den nya situationen med skolstart borde snarast ses som skäl för fortsatt vårdbidrag inte tvärtom. I det andra fallet framkom under processens gång att flickan under sitt första skolår hade haft ett begynnande insulinkoma och att hon vid ett par tillfällen efter läkarrekommendation hade fått ändra storleken av sin insulindos.

FÖD beviljade i båda fallen ett halvt vårdbidrag under det första skolåret, bl.a. med hänsyn till anpassningsproblemen i samband med skolstart. – Vid den aktuella tidpunkten fanns varken en fjärdedels eller tre fjärdedels vårdbidrag.

FÖD 1988:52 avsåg en **nyansökan rörande en tioårig pojke** som hade haft diabetes sedan sju års ålder. Han bedömdes av behandlande läkare som mycket mer osjälvständig än de flesta barn med diabetes. Han började inte injicera insulin på egen hand förrän i 11,5-års ålder och han skötte dessförinnan inte heller på egen hand kontrollen av sin sjukdom. Av avgörandet framgår att praxis för barn över åtta år och i de fall där inga särskilda problem tillstött, innebär att rätt till vårdbidrag inte fanns. I de fall där svårigheter att anpassa sig till sjukdomen och anpassningssvårigheter beräknades kvarstå under minst sex månader fanns dock förutsättningar för rätt till vårdbidrag under en sådan anpassningsperiod. Utredningen visade att pojken hade anpassningssvårigheter och inte kunde sköta sin diabetes själv eller i övrigt ta ansvar för sjukdomen. FÖD fann att mamman var berättigad till ett halvt vårdbidrag fram till 11 års ålder. – Vid den aktuella tidpunkten fanns varken en fjärdedels eller tre fjärdedels vårdbidrag.

FÖD 1993:2 gällde en 11-årig pojke med svårreglerad diabetes och **pumpbehandling**. I sakkunnigutlåtande framfördes att pumpbehandling ställer högre krav än normalt på egenkontroll. Vidare belystes de risker som behandlingen medför, liksom föräldrarnas berättigade oro. FÖD uttalade att det inte kan begäras att ett barn om 11 eller 12 år på egen hand ska vidta de åtgärder som är en följd av användandet av insulinpump. Pojken hade därför ett större vårdbehov än vad som är normalt för barn i hans ålder med diabetes. Ett halvt vårdbidrag beviljades.

FÖD 1991:3 III avsåg vårdbidrag i **(för-)puberteten**. En pojke på 12 år hade fått diabetes vid 11 års ålder. Föräldern hade haft ett halvt vårdbidrag, men detta hade Försäkringskassan nu beslutat att inte förlänga. I läkarutlåtande uttalades att det under de senaste tio åren hade skett en radikal förändring vad gäller målsättningen för insulinbehandling hos patienter med typ 1 diabetes. Det handlade inte längre om att hålla blodsockret inom rimliga nivåer, utan man strävar efter normoglykemi. Detta leder till ökad risk för insulinkänningar, men alla vetenskapliga undersökningar tyder på att det är det enda sättet att undvika de allvarliga senkomplikationer som diabetiker riskerar att få. Det innebär att de ökade handlingskraven utgör ett väsentligt medicinskt merarbete för föräldrarna till barn i den åldern avseende kost och insu-

lininjektioner, men framför allt kan barnen inte lämnas ensamma under perioder då hypoglykemiska symtom kan uppkomma.

Mot bakgrund av den målsättning som numera fick anses gälla för behandling av ungdomsdiabetes och att pojken befann sig i prepuberteten med ökade krav på tillsyn för att undvika insulinkänningar, fann FÖD att pojkens behov av vård och tillsyn gav rätt till en fjärdedels vårdbidrag.

Regeringsrätten

Av **RA 2005 ref. 45**, som egentligen gäller handikappersättning men där principen är den samma, framgår att det i fråga om **merkostnader** får godtas en viss schablonisering och att Försäkringskassans allmänna råd, vägledningar och rekommendationer som regel ger ett fullgott underlag för vilka merkostnader som ska beaktas i det enskilda fallet. Om den enskilde kan visa att omständigheterna är sådana att det är motiverat att beräkna ett högre belopp ska det dock gälla. I **RA 2008 ref. 27** vidareutvecklade Regeringsrätten denna princip, och fastslog att den omständigheten att en viss kostnad inte finns med i Försäkringskassans allmänna råd inte utgör skäl för att inte godta den som merkostnad. Förutsättningen är att behovet är styrkt och att kostnaden är föranledd av funktionshindret.

Även i **RA 2009 ref. 20** slår Regeringsrätten fast att Försäkringskassans allmänna råd endast är en rekommendation. Det innebär att bedömningen av familjens situation och barnets särskilda behov av stöd kan medföra en rätt till vårdbidrag, även om den rekommenderade storleken på merarbete och merkostnader inte uppnås. Vidare uttalas att den **tidsåtgång för merarbetet** som föräldrarna uppger inte utan vidare kan läggas till grund för bedömningen, utan det måste vara fråga om skäligt merarbete.

RA 2001 ref. 70 gällde frågan om rätten till tillfällig föräldrapenning ("VAB") i förhållande till rätten till vårdbidrag. I avgörandet fastslår Regeringsrätten att sådana akuta försämrings-tillstånd hos barnet som på grund av handikappets natur kunnat förutses vid bidragets beviljande kan beaktas vid bedömningen av rätten till vårdbidrag. Om detta skett kan föräldern inte få tillfällig föräldrapenning för samma behov, dvs. någon ytterligare ersättning utgår inte för "VAB-dagar" som beror på funktionshindret.

Diabetes i Skolan

Under 2008 genomförde Nationella Diabetesteamet² en nationell enkätstudie rörande skolsituationen för barn med diabetes. Undersökningen visar att barnen får ett bra stöd i sin diabetesbehandling i många skolor, men situationen varierar kraftigt och är inte optimal. Drygt 40 % av föräldrarna upplever att stödet i skolan är otillräckligt och så många som 20 % underdoserar barnets insulin minst en gång i veckan för att minska risken för insulinkänningar.

Rapporten i dess helhet finns tillgänglig på www.diabetes.se/5161.epibrw.

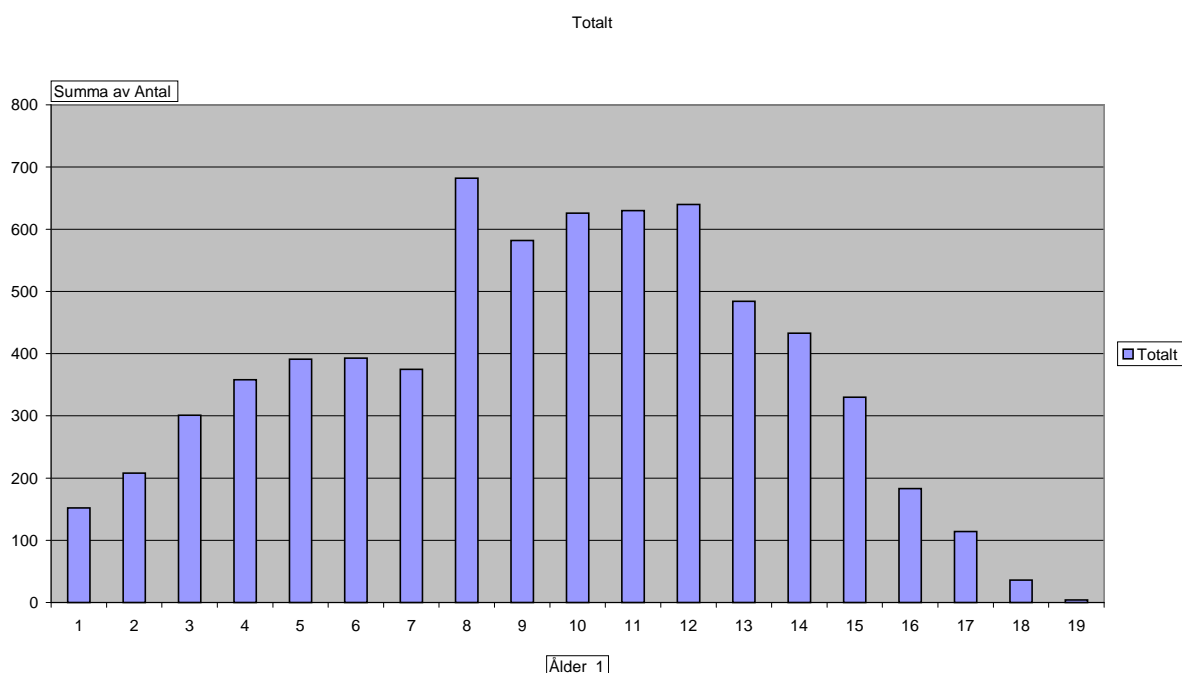
² Nationella Diabetesteamet (NDT) är en ekonomiskt och politiskt obunden sammanslutning som samlar profession och patientföreträdare i frågor om diabetes. I NDT ingår Barnläkarföreningens sektion för Endokrinologi och diabetes, Dietisternas Riksförbund, Svenska Diabetesförbundet, Svensk Förening för Diabetologi och Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård.

Vad säger statistiken?

Svenska Diabetesförbundet har tagit fram uppgifter om situationen för barn med diabetes och vårdbidrag. Tanken har varit att se om det finns skillnader i främst vårdbidragsnivå för barn i till synes liknande situationer. Genom Försäkringskassans offentliga statistik har förbundet fått del av det underlag som finns när det gäller vårdbidrag och diagnosen diabetes. I redovisningen presenteras uppgifter som bygger på samtliga pågående vårdbidragsärenden hos Försäkringskassan i december 2008, totalt 6 922 individer.

Åldersspridningen fördelar sig enligt följande:

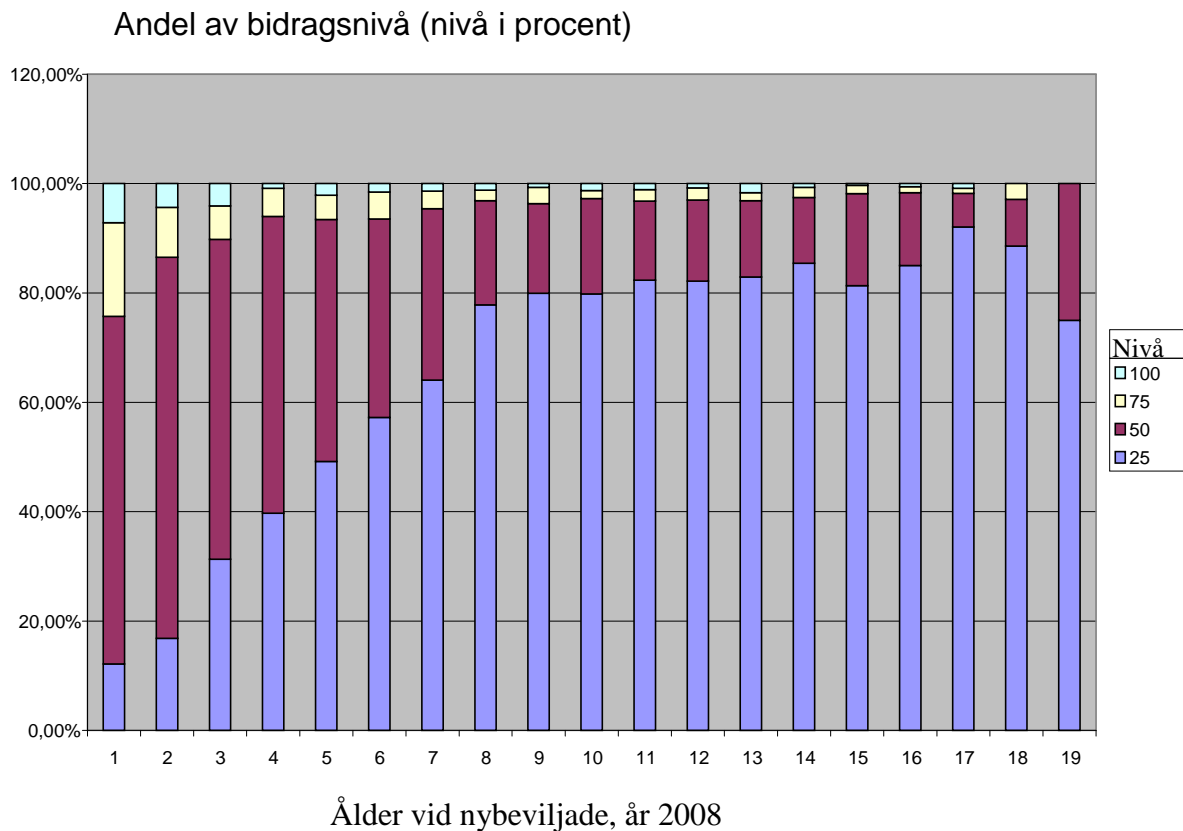
Diagram 2 Åldersfördelning, antal barn i åldern 1-19 år



Majoriteten av barnen återfinns i åldern 8-12 år. Det är fortfarande många som får sin diabetes i den åldern, men det blir allt vanligare att debuten kommer tidigare, i åldern 5-9 år. Efter 12 års ålder minskar eller upphör bidraget helt för många barn. Det syns tydligt i diagrammet hur antalet barn minskar för att i princip vara noll i åldern 19 år.

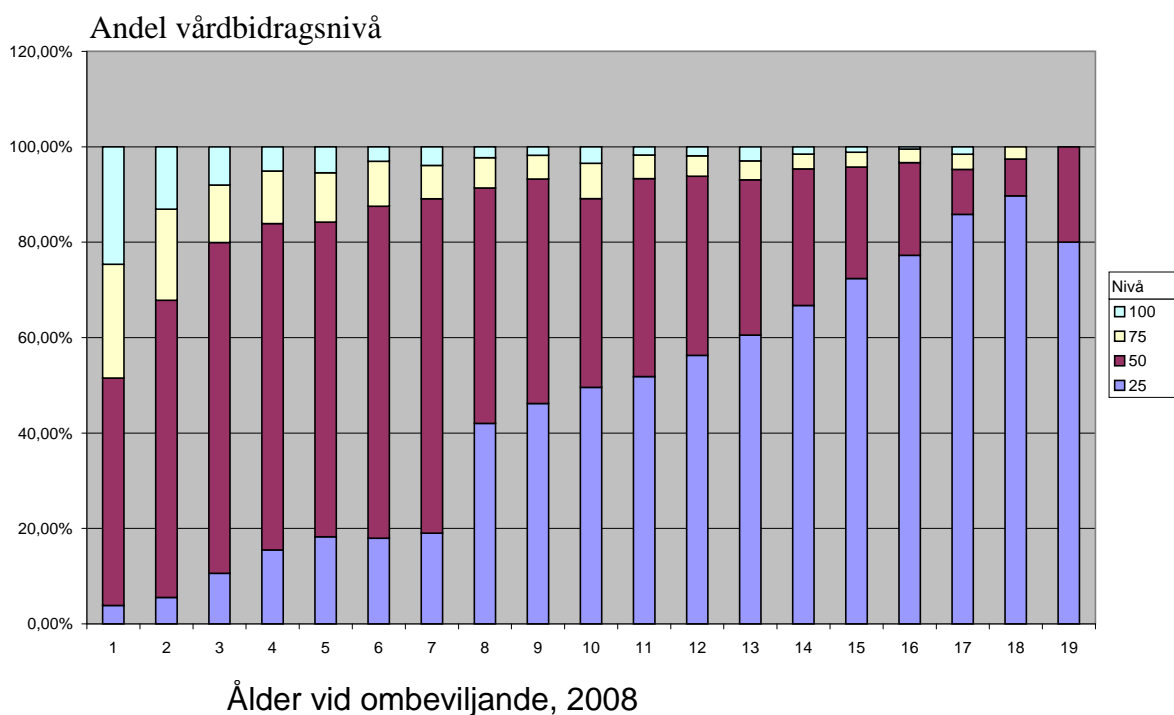
I förarbetena till bestämmelserna om vårdbidrag anges att en av anledningarna till införandet av ett halvt och därefter en fjärdedels vårdbidrag var just att tillgodose behovet hos föräldrar till barn med diabetes. I nedanstående tabell syns tydligt att de flesta beviljas dessa nivåer.

Diagram 3, ålder samt vårdbidragsnivå vid nybeviljande, år 2008.



I gruppen 1-2 år beviljas de flesta halvt vårdbidrag eller mer. En förklaring till att vissa enbart får en fjärdedels vårdbidrag kan vara att de samtidigt får föräldrapenning. I sådant fall brukar man få en högre nivå vid den senare omprövningen. I åldersgruppen 1-2 år återfinns ca 350 barn. Efter sju årsålder syns ett tydligt trendbrott och andelen barn med en fjärdedels vårdbidrag ökar till 80%; en nivå som håller sig ganska konstant för alla åldersgrupper därefter.

Diagram 4 Vårdbidragnivå vid andra beviljande tillfället (kan vara samma som första)



Vårdbidraget är tidsbegränsat och ska omprövas efter två till tre år, om inte särskilda skäl föreligger. I tabellen ovan redovisas vårdbidragnivån och barnets ålder vid omprövningen. Nivån kan naturligtvis vara den samma som vid det första tillfället. Det syns en tydlig skillnad framförallt i åldersgruppen 3-6 år. Vid nybeviljande har fler barn en fjärdedels vårdbidrag och vid omprövningen har en större andel ett halvt vårdbidrag. Det är dessutom fler i den yngsta gruppen som har tre fjärdedels respektive ett helt vårdbidrag.

Vid både nybeviljandet och omprövningstillfället minskar vårdbidraget tydligt i åldern 7-8 år. Det är i överensstämmelse med Försäkringskassans allmänna råd och rättspraxis som finns på området. Tillsynsbehovet och merarbetet antas minska i samband med att barnet börjar skolan. Därefter sker en successiv minskning av bidraget fram till dess att barnet fyller 19 år.

Vårdbidraget syftar till att kompensera för det merarbete som omvårdnaden av ett funktionshindrat barn kan innebära för en familj. Försäkringskassans råd och föreskrifter talar om vilka riktlinjer som gäller, därefter ska en individuell bedömning göras. Inför ett beslut om vårdbidrag hämtas uppgifter dels från behandlande läkare, dels från föräldrarna. Ibland kan Försäkringskassan rådgöra med en försäkringsmedicinsk rådgörare för att få hjälp med medicinsk sakkunskap. Den individuella bedömningen innebär i praktiken att vissa barn kan få ett högre vårdbidrag än vad som i regel beviljas. Det kan t.ex. handla om att barnet har en mycket svårinställd diabetes eller kan ha fått komplikationer p.g.a. av sjukdomen.

Vårdbidrag i några olika län

För att se om det finns någon tydlig skillnad har en jämförelse gjorts mellan tre län, Stockholm, Kronoberg och Skåne. Syftet är att utifrån tre exempel se hur skillnaderna ser ut, oavsett om det kan motiveras av individuella behov eller av olika rutiner på olika försäkringskasskontor. (I bilaga till rapporten finns samtliga län redovisade.)

Diagram 5 Vårdbidragsnivå vid nybeviljande i Stockholms län, år 2008

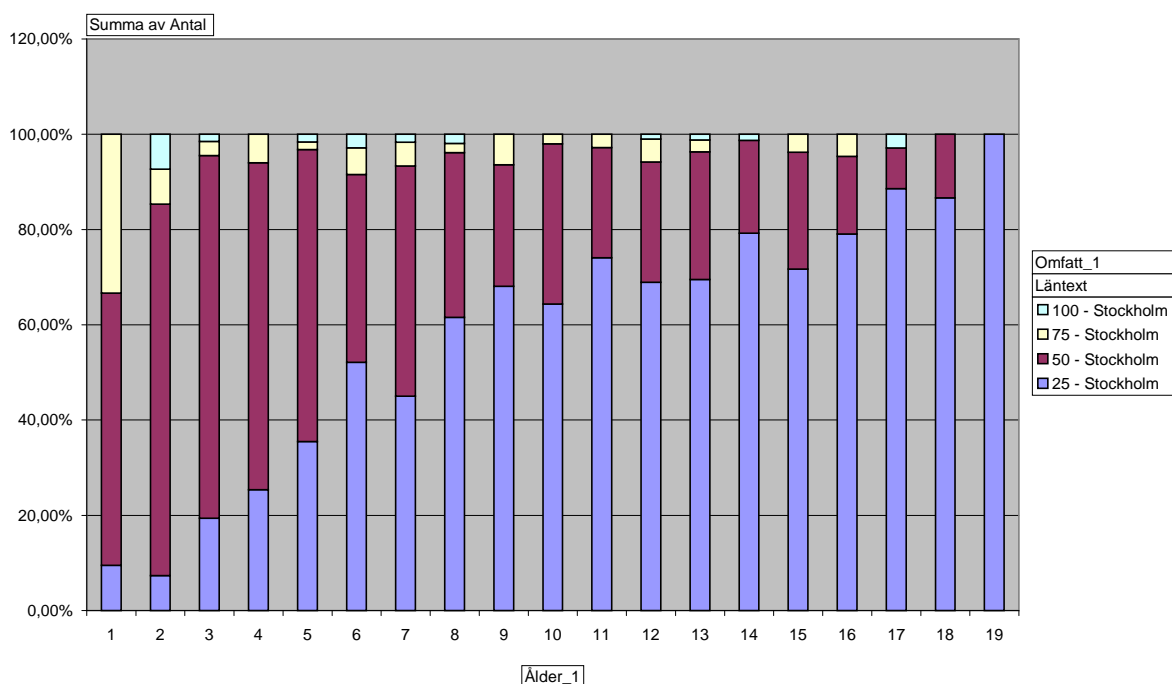


Diagram 6 Vårdbidragnivå vid nybeviljande i Skåne län, år 2008

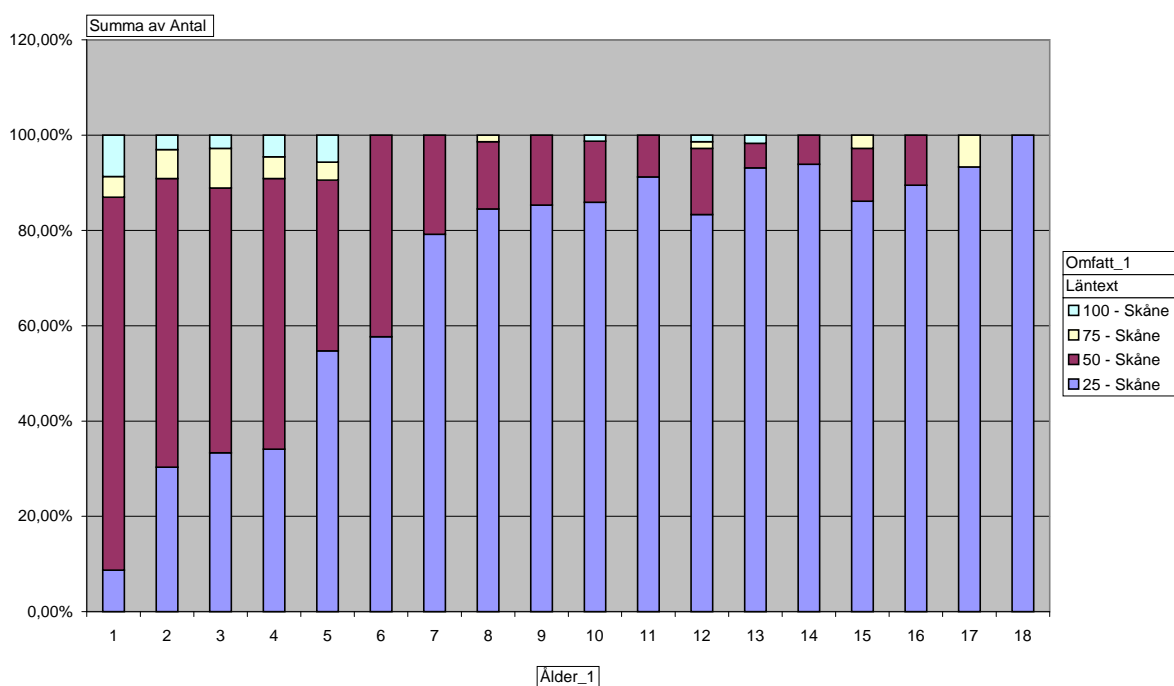
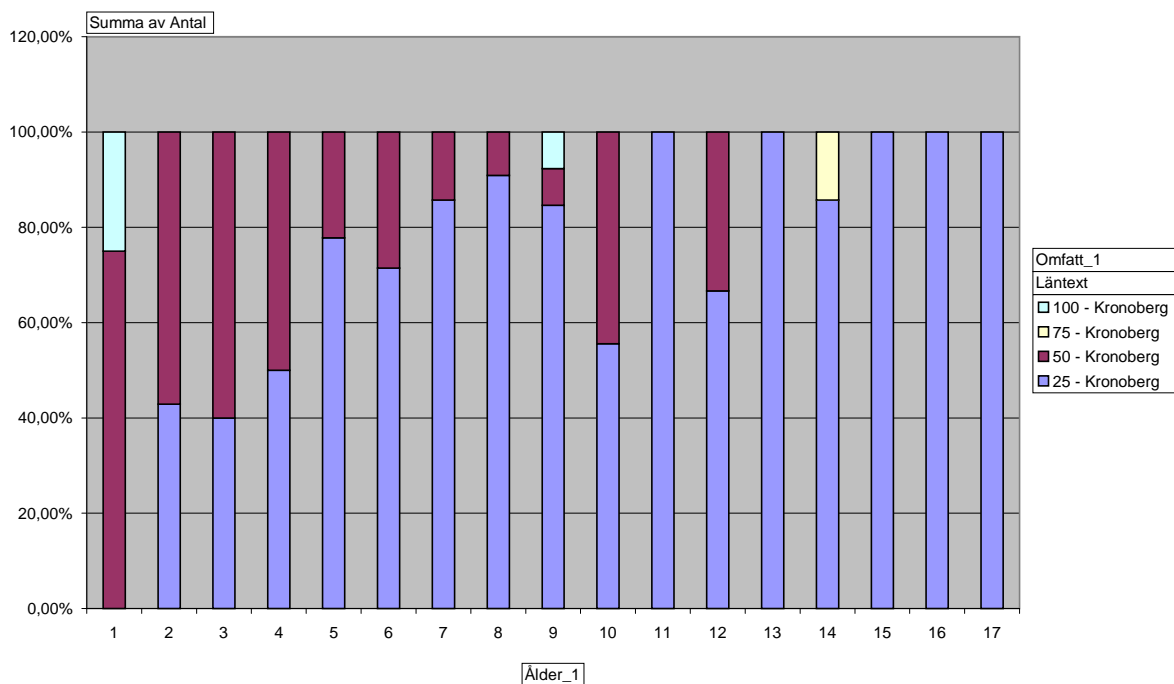


Diagram 7 Vårdbidragnivå vid nybeviljande i Kronobergs län, år 2008



De tre tabellerna visar att det finns betydande skillnader. Stockholm har den mest tydliga linjära fördelningen och vårdbidraget minskar successivt i förhållande till att barnet blir äldre. I

Kronoberg får inget barn lägre än ett halvt vårdbidrag vid ettårsålder. I Skåne beviljas flest vårdbidrag till en fjärdedels nivå. Få barn får helt vårdbidrag trots låg ålder.

Sammantaget kan sägas att det finns skillnader i omfattningen av vårdbidragsnivå och således kan det konstateras att förutsägbarheten i vilken nivå ett barn får är osäker. Däremot är trenden den att det i enlighet med gällande råd och praxis ges ett halvt vårdbidrag till barn i förskoleåldern och att bidraget i samband med skolstart minskar till en fjärdedels förmån.

Vårdbidrag i olika åldrar

Tillsynsbehovet och merarbetet kring ett barn med diabetes är naturligtvis mycket individuellt. Men det finns vissa kritiska perioder när behovet generellt kan sägas vara större. Först och främst vid debuten, då sjukdomen är ny för alla inblandade och såväl barnet som hela familjen och barnets nära omgivning måste lära sig att sköta behandlingen av sjukdomen. En kritisk period, om barnet var i förskoleåldern när sjukdomen debuterade, är skolstarten vid 6-7 års ålder. Tiden för direkt tillsyn för föräldrarnas del kan minska i och med att barnet är i skolan en stor del av dagen, men det innebär inte att merarbetet och ansvaret för barnet minskar. Föräldrarna behöver ofta finnas till hands och rycka ut vid behov. Skolpersonalen har inte heller möjlighet att fokusera på ett barn med diabetes i en vanlig skolklass med så många som upp till 20-30 barn. Nästa kritiska period är inträdet i puberteten och tonåren. Det är flera faktorer som försvårar hanteringen av diabetes i tonåren, svängande blodsocker på grund av hormoner, svårt att acceptera sjukdomen under en period av många frågor om identitet med mera. Många behöver ett särskilt vuxenstöd under den här perioden.

En fråga att ställa sig är hur vårdbidraget förändras under dessa tidpunkter i barnets liv. Förskolebarn har ofta ett halvt vårdbidrag som därefter minskar. I diagram 8 nedan beskrivs vårdbidragsnivåer för samtliga 6-åringar fördelat per län. Skillnaderna syns särskilt tydligt för tre län; Blekinge, Halland och Dalarna. Där har fler barn halvt vårdbidrag än i övriga delar av landet. I Jämtland har samtliga sexåringar en fjärdedels bidrag.

I diagram 9 redogörs för samtliga 9 åringars vårdbidragsnivå per län. Det finns skillnader här också, en tydlig trend är att det dominerande beloppet är en fjärdedels bidrag. I Västernorrland har ca 50 % högre än en fjärdedels bidrag, men det kan bero på att materialet är litet.

Granskar man sedan utvecklingen för barn som fyllt 13 år så är det inte så stor skillnad (diagram 10). De flesta har ett fjärdedels bidrag, men det finns fortfarande flera som har högre. I Norrlands län har cirka hälften ett halvt vårdbidrag i 13-årsåldern.

Diagram 8 Andel vårdbidrag och nivå för barn 6 år, alla län, år 2008

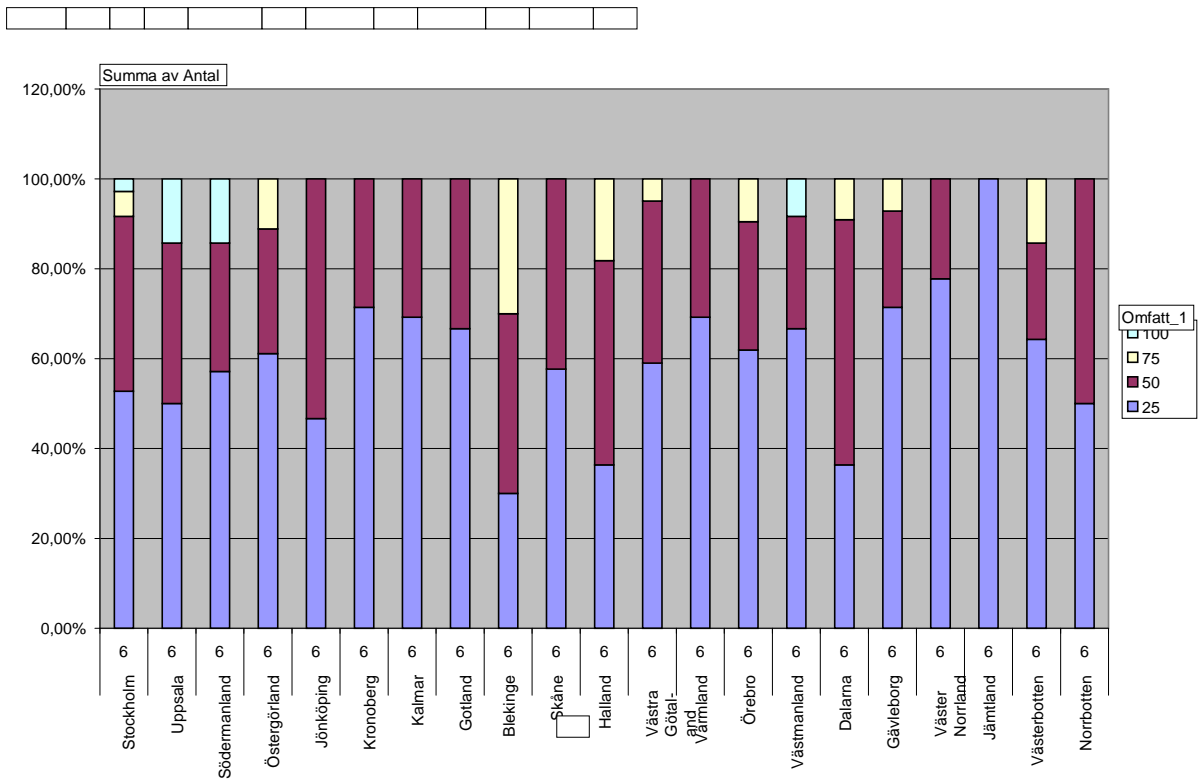


Diagram 9 Andel vårdbidrag och nivå för barn 9 år, alla län, år 2008

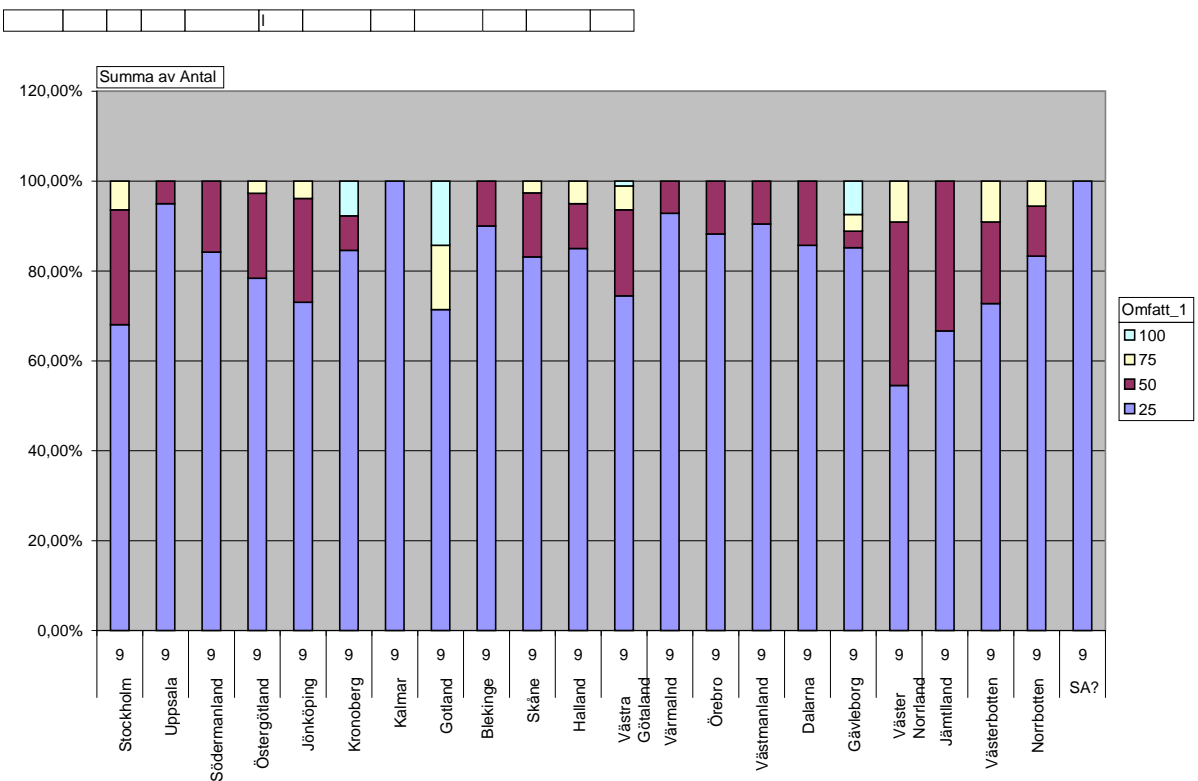


Diagram 10 Andel vårdbidrag och nivå för barn 13 år, alla län, år 2008

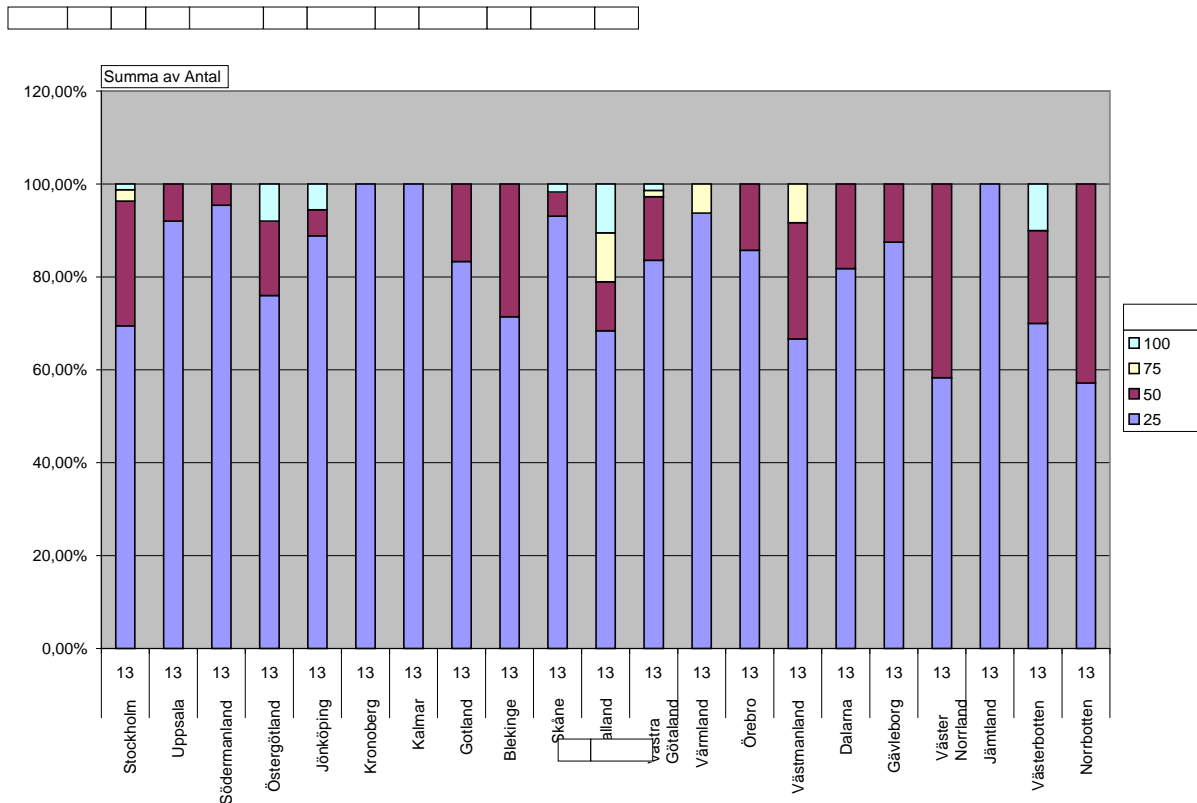
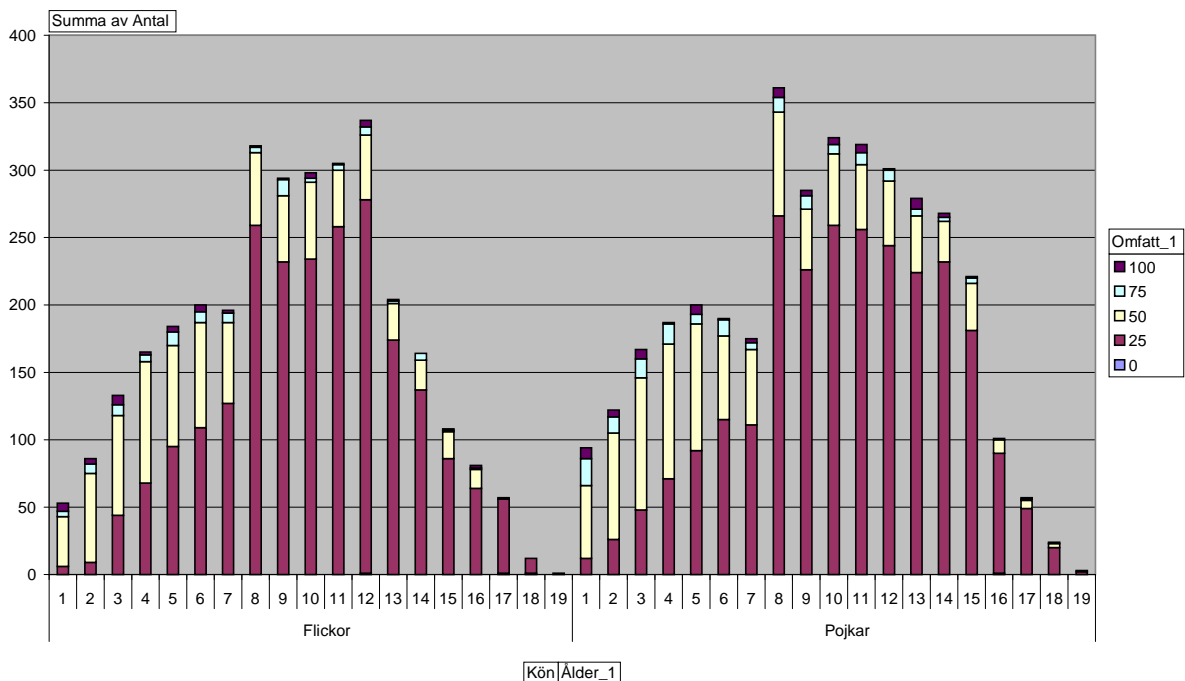


Diagram 11 Vårdbidrag fördelat på vårdbidragsnivå och kön



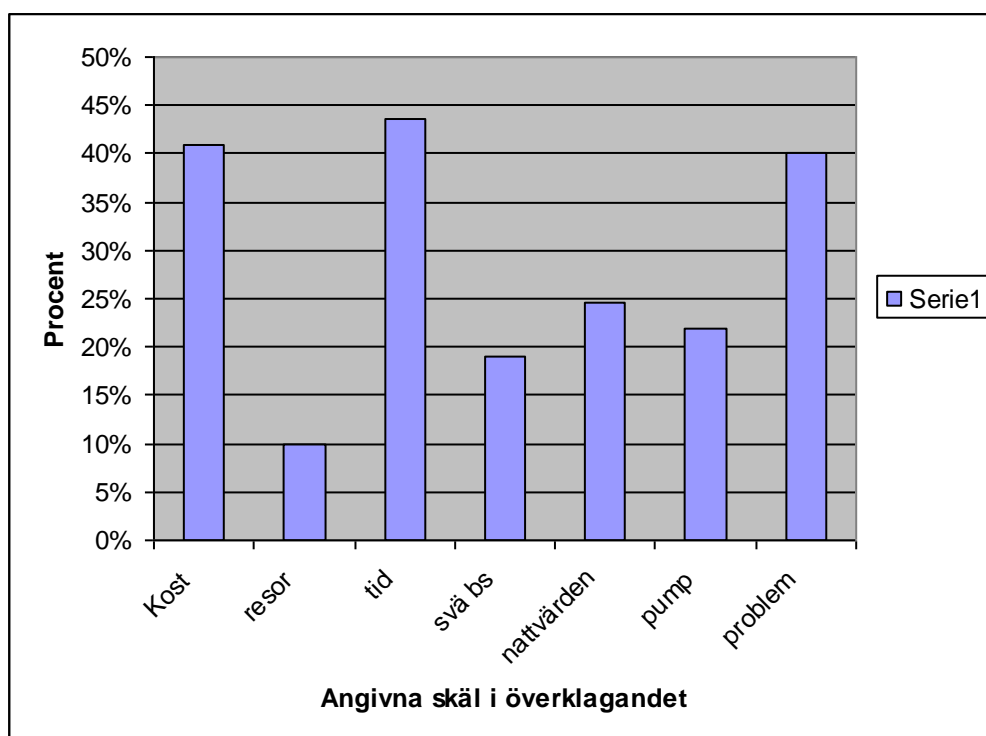
Det är fler pojkar än flickor som beviljas vårdbidrag. Det är generellt för alla diagnoser. De små pojkarna har något högre vårdbidragsnivå än flickorna. Tendensen att minska nivån för bidrag vid övergången från förskoleålder till skolålder är densamma för både flickor och pojkar.

Genomgång av överklaganden av Försäkringskassans beslut

Försäkringskassans beslut om vårdbidrag överklagas i många fall av föräldrar som inte anser att de förstår varför vårdbidraget t.ex. minskar trots att insatsen i merarbete är den samma. Få beslut ändras dock. Vid en genomgång av 110 överklaganden till länsrätten under perioden 2004-2008 har 13 beslut ändrats. Ett problem i sammanhanget är att både Försäkringskassans och domstolarnas motiveringar i många fall är väldigt kortfattade och schabloniserade, vilket gör det svårt att förstå beslutet och vilka överväganden som gjorts.

En av de vanligaste faktorerna som tas upp i en ansökan och i samband med överklagandet är särskild kost. Många menar att det tar tid att planera, handla och laga mat som ska passa för ett barn med diabetes. Merkostnadsberäkningar för diabeteskost görs inte längre av Konsumentverket, men viss extra kostnad kan ändå godkännas för ökade kostnader för mat. Resor och skjuts till olika läkarbesök, fritidsaktiviteter och annat tas upp av många liksom den tid man lägger ner på planering och genomförande av insulinbehandling och blodsockertester. Även tid för matlagning, inköp och kunskapsökning tas upp.

Diagram 12, Fördelning av angivna skäl i samband med överklagan av försäkringskassans beslut



Skäl för överklagandet är ofta att barnet har svängande blodsockervärden och att detta leder till ökade kontroller, mer övervakning av barnets allmäntillstånd och att föräldrarna oroar sig mycket över barnet. Flera har angett att de inte kunnat arbeta kvar inom sitt yrke eller behövt ändra på arbetsförhållandena för att kunna finnas till hands och snabbt rycka ut vid behov. Vårdbidraget syftar i och för sig delvis till att kompensera ett eventuellt inkomstbortfall men man har i vissa fall behövt byta arbete för att bättre kunna tillgodose barnets behov. Ytterligare skäl är behovet av att testa blodsockret under natten. En del barn vaknar av att blodsockret blir främst för lågt, men andra märker inget och föräldrarna får istället gå upp en eller flera gånger för att kontrollera värden.

Insulinpump har i flera fall förts fram som ett skäl för merarbete och därmed ökat behov av vårdbidrag. Det finns rättsfall som visar att pumpbehandling har många fördelar och att HbA1c sjunker på ett mycket positivt sätt. Men det ger även ökade möjligheter att påverka och kontrollera blodsockret, vilket gör att föräldrar testar blodsockret fler gånger per dygn. Det finns finesser i pumpen som gör att det går att justera och lägga ned mycket tid på att utnyttja tekniken, allt i syfte att förbättra barnets livskvalitet.

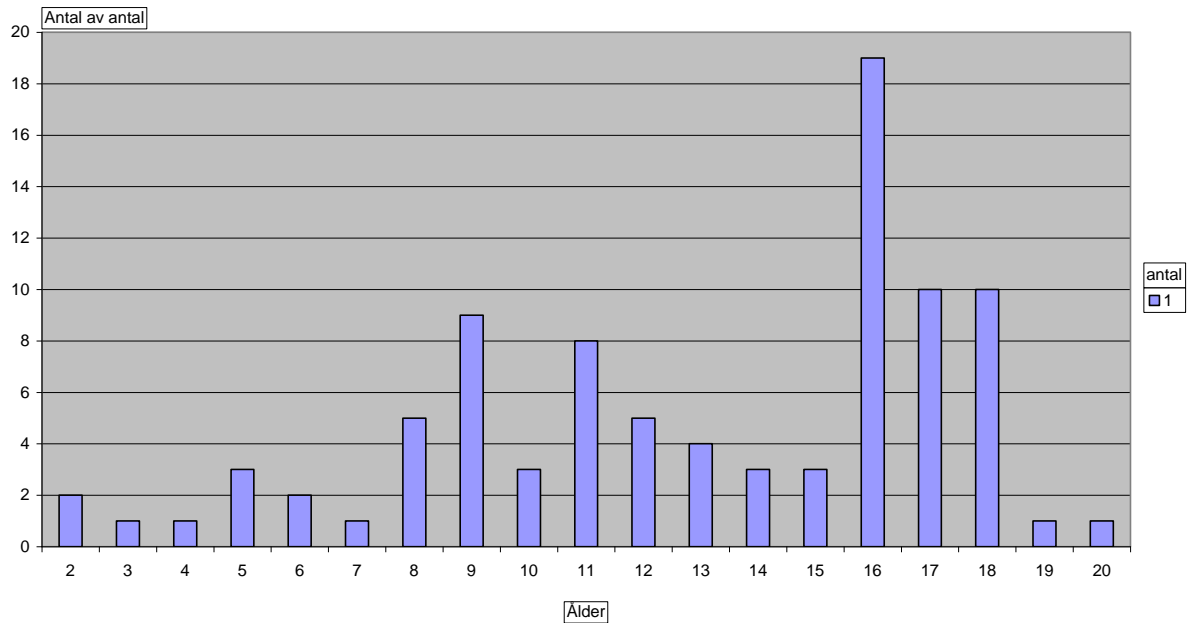
Andra ”problem” som tas upp är när barnet går in i puberteten. Det är en tid då blodsockret har en tendens att svänga mer i samband med den hormonella utveckling som sker i kroppen. Tillväxthormon och insulinproduktionen samvarierar starkt och ställer ofta till problem med de sedan tidigare välfungerande inställningar av insulindoser. Under puberteten och tonåren händer det mycket både mentalt och socialt i barnets liv. Många vill inte kännas vid sin diabetes och kanske slutar att ta sitt insulin under skoldagen. Andra protesterar på andra sätt och en del blir rent av destruktiva. Vilket har visat sig bl.a. för unga flickor som vill vara smala och som använder insulinbehandlingen för att banta. Alkoholdebuten är ett annat område som har tagits upp som ett särskilt problem. Alkohol och insulin påverkar kroppen åt samma håll, vilket kan leda till att ungdomar i samband med alkohol få allvarliga känningar och kan i värsta fall behöva sjukhusvård.

En stark faktor för att få vårdbidrag, och framförallt för att få behålla vårdbidraget när barnet blir lite äldre, är att det har fler diagnoser än diabetes. I de 13 fall som ändrats efter överklagande till länsrätt har sju barn haft mer än en diagnos, som t.ex. celiaki, ADHD eller astma. I de fall som ändrats har fem uppgett särskild kost och merarbete kring maten, fyra svängande blodsocker och fyra kontroll av blodsocker nattetid som skäl vid överklagandet. Domstolarnas bedömningar är dock ofta kortfattade och schabloniserade – man gör ”en samlad bedömning” – vilket gör det svårt att se hur domstolen resonerat i det enskilda fallet.

Av samtliga 110 överklagande kan man se att det är främst föräldrar till barn i tonåren som överklagar. Många förlorar sitt vårdbidrag helt efter det att barnet fyllt 16 år.

Diagram 13 Antal barn fördelade efter ålder i samband med överklagan av Försäkringskassans beslut.

1



Ålderfördelningen visar tydligt att det är i samband med 16 år och uppåt som de flesta föräldrar överklagar sina beslut. Trenden visar vid genomgången av beslut om vårdbidrag vid 12-15 årsålder att ett fjärdedelsbidrag är vanligt, men att man vid ansökan därefter ofta får ett negativt beslut och att bidraget helt utgår. Åldersgränsen för vårdbidrag höjdes år 2003 från 16 år till 19 år, vilket kan förklara varför Försäkringskassan är mer restriktiv efter att man passerat 16 årsgränsen. Som argument för överklagande framförs generellt att föräldrarna fortfarande behöver vara med och stötta ungdomarna i många situationer. En majoritet av överklagandena handlar om barn som går in i tonåren och som har svårt att hantera sin situation, allt från alkoholdebut till utseendefixering och tonårsprotester. Att vara tonårsförälder är alltid en utmaning. Att vara det till en person med diabetes är mycket mer tids- och ansvarskrävande än att vara förälder med en fullt frisk tonåring.

Diskussion

Svenska Diabetesförbundets grundsyn på vårdbidrag är

- att föräldrar till barn med diabetes ska ha rätt till vårdbidrag.
- att bedömningen av rätt till vårdbidrag för barn med diabetes ska utgå från aktuella kunskaper om diabetes, den speciella behandlingen vid typ 1 diabetes samt det enskilda barnets behov. Bedömningen ska, under i övrigt likartade förhållanden, vara densamma oavsett var i landet barnet bor.

I den genomgång som Svenska Diabetesförbundet gjort av samtliga beslut rörande vårdbidrag har framkommit att det finns skillnader i landet, som inte enbart kan förklaras av olika omständigheter i enskilda fall. De beslutsmotiveringar som lämnas av såväl Försäkringskassan som domstolarna efter överklagande är som regel kortfattade och till stor del schabloniserade, vilket gör det svårt att förstå beslutet och vad som egentligen legat till grund för bedömningen. I de kontakter som Svenska Diabetesförbundet har med föräldrar till barn med diabetes framkommer också att det bland tjänstemän på Försäkringskassan finns en brist på förståelse och kunskap om sjukdomen. T.ex. kan föräldrar få kommentarer om att diabetes inte är något man dör av, det förekommer en sammanblandning av typ 1- och typ 2-diabetes och okunskap rörande den egenvård som krävs för att hålla sjukdomen under kontroll. Enligt Svenska Diabetesförbundets mening är detta oacceptabelt. Det finns en stor rättsosäkerhet och brist på förutsebarhet i beslutsfattandet. Svenska Diabetesförbundet förordar att handläggningen av vårdbidragsärenden på Försäkringskassan endast ska ske vid ett fåtal enheter i landet som helhet. Därigenom fås större möjligheter till specialisering, erfarenhetsutbyte och inte minst att följa utvecklingen av behandlingsmetoder m.m.

Till sin konstruktion är vårdbidraget en ålderdomlig förmån, men den är fortfarande berättigad. Förmånens grundläggande uppbyggnad och intentioner har i princip inte ändrats sedan 1960-talet, då förmånen infördes. Särskilt tydligt blir detta när det gäller vårdbidrag som en ersättning för inkomstförlust p.g.a. att en förälder helt eller delvis behöver avstå från förvärvsarbete, oavsett om detta sker regelbundet eller vid mer akuta tillstånd (VAB). Dagens samhälle är till stora delar uppbyggt på att båda föräldrarna förvärvsarbetar. Om en förälder behöver vara hemma eller minska sin arbetstid för att ta hand om sitt barn med diabetes, täcker vårdbidraget långt ifrån den faktiska inkomstförlusten. Svenska Diabetesförbundets uppfattning är att vårdbidragets konstruktion måste moderniseras, vilket även Försäkringskassan redan år 2007 ansett i en skrivelse till Regeringen³. Diabetesförbundet tillstyrker i allt väsentligt de synpunkter och förslag som förs fram i skrivelsen och vill understryka vikten av att Regeringen skyndsamt vidtar åtgärder med anledning av denna. Av särskild betydelse är att vårdbidraget tydligt avgränsas mot andra ersättningsformer och inte begränsar föräldrarnas möjlighet till tillfällig föräldrapenning, inte minst i samband med sjukdomsdebuten.

I enlighet med dagens praxis minskas som regel vårdbidraget till diabetesbarnens föräldrar vid kritiska tidpunkter i barnens liv, såsom skolstart och pubertet. Dessa händelser innebär stora förändringar i barnens liv och även i deras sjukdom, vilket i många fall snarare betyder att vård- och tillsynsbehovet ökar än att det minskar. Förvisso är det rimligt att barnet i takt med stigande ålder lär sig mer och efter hand kan sköta sin behandling och egenvård själv. Det är dock först i 12 års åldern som barnet normalt anses kognitivt moget för att göra detta. Behovet av stöd finns alltså kvar. Ett av motiven för minskningen i samband med skolstart är att barnet

³³³³ Försäkringskassan, Kunskapsöversikt – Handikappersättning och vårdbidrag, Svar på ett regeringsuppdrag, 2007-04-02, dnr 45662-2006.

då vistas i skolan under en del av dagen och att föräldrarna därigenom avlastas. Enkätundersökningen Diabetes i Skolan från 2008 visar dock att det stöd som barnen får i skolan i många fall är otillräckligt. I de kontakter Svenska Diabetesförbundet har med föräldrar framkommer också en tydlig bild av att föräldrarna måste vara "stand-by" och att många regelmässigt får telefonsamtal med frågor eller måste hämta sitt barn. Det förekommer också att diabetesbarnen inte får delta i skolutflykter och liknande utan att en förälder finns att tillgå. Med andra ord har många föräldrar kvar samma bundenhet som tidigare, men i annan form. Dessutom vistas många barn idag under en stor del av dagen i förskola, varför skolstarten i sig inte längre innebär någon "avlastning" för föräldrarna. Det förtjänar också att påpekas att det förarbetssuttalande som ligger till grund för avlastningstanken är från 1974 och måste ses utifrån den tidens samhälle. Vidare finns skäl att framhålla att modern behandling med insulinpump, som till synes kan verka enklare, alltid innebär en risk för fel och att akuta tillstånd kan inträffa. Även detta påverkar naturligtvis behovet av tillsyn. Svenska Diabetesförbundet anser att dagens praxis måste omprövas och större hänsyn tas till dagens samhällsförhållande och inbörden av moderna behandlingsmetoder.

Att skriva en ansökan om vårdbidrag kräver mycket av föräldrarna. Det krävs en noggrann dokumentation av det merarbete som läggs ner och av de merkostnader som åberopas. Trots detta görs i flertalet fall sedan endast en schabloniserad och sammantagen bedömning där det för den enskilde inte är möjligt att förstå vad som beaktats respektive inte beaktats. En stickprovskontroll i förbundets undersökning ger också vid handen att bedömningen avseende merkostnader skiljer sig väldigt mycket åt. Likartade kostnader kan t.ex. ibland godkännas helt, ibland som avskrivningsbelopp och ibland inte alls. Ett tydligt exempel är kostnader för diabetesläger som godkänns på många håll, men där andra beslutsfattare ansett att lägervistelser är normalt förekommande även bland friska barn och därför inte är en merkostnad. Svenska Diabetesförbundet har den bestämda uppfattningen att det behövs tydligare riktlinjer, mer enhetliga bedömningar och tydligare motiveringar. Även här gör sig behovet av en mer centraliserad ärendehandläggning gällande.

När det gäller merkostnader vill Diabetesförbundet särskilt lyfta fram kosten. Som tidigare nämnts gör Konsumentverket inte längre någon merkostnadsschablon för diabeteskost, eftersom sådan kost inte anses skilja sig från annan bra mat. Utgångspunkten för bedömningen ska dock vara en normalkonsumtion, varför det är rimligt att utgå från en viss merkostnad. I t.ex. våra grannländer Norge och Danmark godtas fortfarande en merkostnad, i Norge på cirka 12 000 NOK per år. Så vitt skilda bedömningar i vår skandinaviska närhet framstår inte som rimligt.

En ytterligare brist i dagens system är den totala avsaknaden av modern praxis. Enligt Svenska Diabetesförbundet är det otillständigt att i beslut och domar hänvisa till avgöranden från Försäkringsöverdomstolen som är 20 år gamla, då inte ens samtliga dagens bidragsnivåer fanns. Behandlingsmetoder och egenvården utvecklas ständigt, och det är därför ytterst angeläget att mål förs upp till de högsta instanserna för prövning och vägledning.

Källförteckning

Diabetes i Skolan, rapport från en nationell enkätstudie

FÖD 1987:18

FÖD 1988:42

FÖD 1988:52

FÖD 1991:3 III

FÖD 1993:2

Försäkringskassan, Kunskapsöversikt – Handikappersättning och Vårdbidrag, svar på ett regeringsuppdrag, 2007-04-02, dnr 45662-2006

Försäkringskassans offentliga statistik

Försäkringskassans Vägledning 2002:20 Version 4, Vårdbidrag

Lagen (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag

prop. 1974:129

prop. 1981/82:216

prop. 1987/88:46

RFV Analyserar 2002:10

RÅ 2001 ref. 70

RÅ 2005 ref. 45

RÅ 2008 ref, 27

RÅ 2009 ref. 20

<http://www.forsakringskassan.se/omfk/analys/barnfamilj/vårdbidrag>

SVENSKA DIABETESFÖRBUNDET

Box 1107

SE-172 22 Sundbyberg

Besöksadress:

Prästgårdsgatan 1 plan 6

Telefon: 08-564 821 00

Fax: 08-564 821 39

E-post: info@diabetes.se

Hemsida: www.diabetes.se

Plusgiro: 481 31 35 -3

Bankgiro: 332-4373

Orgnr: 802007-6512