En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling

– for økt deltakelse og mestring

Rapport fra et ekspertutvalg
Februar 2017

Innholdsfortegnelse

1 Sammendrag av utvalgets vurderinger og forslag 4
1.1 Overordnet tilnærming 4
1.2 Hovedmodell 4
1.3 Ansvar for enkle og høyfrekvente hjelpemidler 4
1.4 Tilrettelegging av bolig 5
1.5 Velferdsteknologi 5
1.6 Forenklinger og effektivisering 6
1.7 Tilrettelegging for utdanning og arbeid 6
1.8 Tiltak for kompetanse- og kunnskapsutvikling 7
1.9 Høreapparat og ortopediske hjelpemidler 7
1.10 Offentlige anskaffelser 7
1.11 Utlån/ tilskudd og egenandeler 8
1.12 Prioriteringsutvalg 8
2 Presentasjon av oppdraget og utvalget 9
2.1 Mandatet 9
2.2 Utvalgets sammensetning 10
2.3 Utvalgets arbeid 11
2.4 Utvalgets forståelse av mandatet 11
3 Rammevilkår og institusjonelle endringer som innvirker på hjelpemiddelområdet 16
3.1 Sektorovergripende politikk for mennesker med nedsatt funksjonsevne 16
3.2 Samhandlingsreformen 18
3.3 NAV-reformen 20
3.4 Kommunereformen 22
4 Sentrale utredninger på hjelpemiddelområdet og andre politikkområder 26
4.1 Hjelpemiddelområdet 26
4.2 Helse- og omsorgssektoren 29
4.3 Boligpolitikken 31
5 Erfaringer fra andre land 33
5.1 Hjelpemiddelsystemet i Danmark 33
5.2 Hjelpemiddelsystemet i Sverige 37
6 Sentrale utviklingstrekk i samfunnet som vil innvirke på hjelpemiddelområdet fremover 40
6.1 Endringer i økonomien 40
6.2 Andelen eldre i befolkningen øker 41
6.3 Velferdsteknologi 46
6.4 Rask teknologisk utvikling 50

7 Brukerne av hjelpemidler og tilretteleggingstjenester ... 51
7.1 En heterogen gruppe med ulike behov ... 51
7.2 Barn og unge med nedsatt funksjonsevne ... 52
7.3 Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne ... 53
7.4 Brukernes vurdering av hjelpemiddelformidlingen ... 55
8 Hjelpemiddelsystemet – situasjonsbeskrivelse ... 58
8.1 Aktører i hjelpemiddelsystemet ... 58
8.2 Finansieringsstruktur og kostnader ... 67
8.3 Saksbehandlingstid og leveringstid ... 68
8.4 Grenseflater i dagens hjelpemiddelsystem ... 70
9 Flere personer med nedsatt funksjonsevne i utdanning og arbeid ... 73
9.1 Statistikk for utdanningsnivå og arbeidsdeltakelse ... 73
9.2 Virkemidler for å øke arbeidsdeltakelsen ... 78
9.3 Hjelpemidler og tilrettelegging i utdanning og arbeidslivet ... 80
9.4 Utvalgets vurderinger ... 85
10 Økonomisk kostnadskontroll for å møte fremtidige budsjettutfordringer ... 87
10.1 Økonomiske insentiver, effektivitet og kostnadskontroll ... 88
10.2 Bruk av tilskudd ... 90
10.3 Egenandeler på hjelpemidler ... 94
10.4 Høreapparat og ortopediske hjelpemidler ... 95
10.5 Prioriteringsutvalg ... 96
10.6 Utvalgets vurderinger ... 97
11 Fremtidig ansvarsdeling mellom stat og kommune ... 98
11.1 Statlig modell ... 98
11.2 Kommunal modell ... 100
11.3 Delt modell ... 102
11.4 Utvalgets vurderinger ... 110
12 Organisering av hjelpemiddelsentralene ... 111
12.1 Hjelpemiddelsentralenes organisatoriske tilhørighet ... 111
12.2 Bør hjelpemiddelsentralene regionaliseres? ... 111
12.3 Styring av hjelpemiddelsentralene ... 113
12.4 Utvalgets vurderinger ... 115
13 En helhetlig, forenklet og mer effektiv hjelpemiddelformidling for brukeren ... 117
13.1 Kapasitet og kompetanse i formidlingskjeden ... 117
13.2 Behov for utvikling av bedre digitale løsninger ... 118
13.3 Effektiv saksbehandling og rask levering ... 121

13.4 Brukermedvirkning og brukerpass ... 122
13.5 Utvalgets vurderinger ... 124
14 Anskaffelser som virkemiddel for en effektiv hjelpemiddelpolitikk ... 126
14.1 Anskaffelser av hjelpemidler ... 126
14.2 Hjelpemidler tilpasset brukernes behov ... 127
14.3 Effektiv priskonkurranse ... 128
14.4 Innovasjon og nye løsninger ... 130
14.5 Administrasjonskostnader ... 131
14.6 Utvalgets vurderinger ... 131
15 Kompetanse- og kunnskapsutvikling som harmonerer med fremtidens krav ... 133
15.1 Kompetanse i hjelpemiddelsystemet ... 133
15.2 Kompetansekrav i fremtiden ... 136
15.3 Kunnskapsbasert praksis ... 137
15.4 Forskning og innovasjon ... 137
15.5 Utvalgets vurderinger ... 139
16 Økonomiske og administrative konsekvenser ... 141

1 Sammendrag av utvalgets vurderinger og forslag

1.1 Overordnet tilnærming

Utvalget har i sine vurderinger tatt utgangspunkt i brukeren, og hvordan sikre at brukernes behov best kan håndteres i en fremtidig modell. Videre skal tjenesten ytes så effektivt og ressursøkonomisk som mulig, og av den instansen som underbygger at dette kan skje. Utvalget legger et tjenesteperspektiv til grunn, der hjelpemidler/ tilrettelegging er ett mulig tiltak for en bruker, men ikke målet i seg selv.

Det er sentralt for utvalget å understreke viktigheten av hjelpemidler og tilrettelegging for å gi muligheter for økt deltakelse og mestring. Å sikre god tilgang på hjelpemidler og andre tilretteleggingstiltak er god samfunnsøkonomi. En passiv hjelpemiddelpolitikk kan føre til større behov for andre hjelpetiltak som igjen gjør brukerne mindre i stand til å være selvhjulpne. Det vil føre til at samfunnet må investere i dyrere tiltak som økt behov for personlig bistand eller institusjonsinnleggelse. Hjelpemidler og tilrettelegging er etter utvalgets vurdering sentrale tiltak for å kunne sikre at vi skal kunne bo lengre hjemme, samt i størst mulig grad settes i stand til å klare oss selv. Dette blir stadig viktigere, gitt de fremtidige utfordringene landet står overfor med langt flere eldre.

1.2 Hovedmodell

Å investere i helt nødvendige hjelpemidler er som nevnt god samfunnsøkonomi. Utvalget foreslår å videreføre lovfestede rettigheter i folketrygden. Utvalget ønsker dermed å videreføre grunnmodellen i dagens system. Utvalget ser behov for å gjøre noen justeringer i ansvarsdelingen på området, men den klare hovedmodellen er en videreføring av dagens system.

1.3 Ansvar for enkle og høyfrekvente hjelpemidler

Kommunene er i dag den sentrale aktøren når det gjelder formidling av hjelpemidler. Det er kommunene som møter brukerne i første instans, og det er kommunene som utreder behov og bistår med søknad. Det er etter utvalgets vurdering svært viktig å styrke kommunenes rolle på dette området, herunder sørge for å sette kommunene i stand til å ivareta denne også i fremtiden. Det er viktig at kommunene prioriterer dette området opp, slik at hjelpemiddelformidling er en høyt prioritert tjeneste. Det er særlig viktig gitt en aldrende befolkning. Det er også viktig at det legges til rette for at kommunene legger et helhetlig tjenesteperspektiv til grunn for sitt arbeid.

Utvalget er delt i spørsmålet om det bør legges et helhetlig ansvar til kommunene når det gjelder enkle og høyfrekvente hjelpemidler som er sterkt integrert i pleie- og omsorgsoppgaver kommunen i dag forvalter. Dette er et svært viktig område for samfunnet i tiden som kommer, et område som også utfordres med en økt mengdeproblematikk ved at det blir langt flere eldre.

Utvalget er samlet om vurderingen av at kommunene bør få et større ansvar for denne gruppen av hjelpemidler. Flertallet, medlemmene Lars Ødegård, Frode Selbo, Astrid Gramstad og Kristin Standal, mener at finansieringsansvaret også for denne gruppen hjelpemidler bør forbli statlig. Utfordringene knyttet til mengde og tidsbruk kan etter flertallets vurdering løses ved bedre IKT-verktøy som gjør samhandlingen mellom kommune og stat mer smidig, samt økt bruk av lokale lagre, i tillegg til en styrking av bestillingsordningen. Flertallet understreker også viktigheten av at retten til hjelpemidler fortsatt bør forankres i folketrygdloven, og dermed være en absolutt rettighet som ikke er avhengig av budsjettdekning i kommunene.

Mindretallet, medlemmene Lene Conradi og Lone Merete Solheim og utvalgsleder Arild Hervik, legger til grunn at kommunene vil vurdere det som kostnadseffektivt å investere i hjelpemidler kontra andre kommunale tjenester, noe som gir kommunene gode insentiver til å satse på hjelpemidler. Det har også vist seg at det i dagens system er lagt dårlig til rette for effektive saksbehandlingsprosesser.

Mindretallet ser derfor forslaget om å overføre ansvaret for enkle og høyfrekvente hjelpemidler som et godt tiltak for å effektivisere prosessen for denne gruppen hjelpemidler. Eksempler på denne typen hjelpemidler kan være rollator, toalettforhøyer, dusjkrakk og seng. Mindretallet har ikke nærmere definert grensedragningen mot det som fortsatt skal være et statlig ansvar, men peker på viktigheten av at det lages et godt og tydelig skille som ikke skaper uklare ansvarsforhold. Mindretallet presiserer også at forslaget er begrunnet i en mer effektiv og brukernær formidling av denne typen hjelpemidler til beste for brukeren.

1.4 Tilrettelegging av bolig

Husbanken og kommunen har i dag et overordnet ansvar for å skaffe tilrettelagt bolig og gi innbyggerne råd om tilrettelegging av bolig (boligrådgivning). Utvalgets flertalls, utvalgsmedlemmene Kristin Standal, Frode Selbo, Lene Conradi og Lone Merete Solheim og utvalgsleder Arild Hervik, vurderer det mest hensiktsmessig at alle tiltak for fysisk tilrettelegging av boliger er samlet hos én og samme instans. Det er naturlig at denne instansen er Husbanken, og utvalgets flertall foreslår en overføring av ansvar fra folketrygden til Husbanken på dette området.

Utvalgets flertall mener ansvaret for tilrettelegging som sikrer adkomst til boligen bør overføres til Husbanken. Det gis i dag stønad gjennom folketrygden til tilrettelegging av adkomst til boliger i form av ulike typer ramper, dørautomatikk og sjakt- og plattformheiser. Også Husbankens tilretteleggingstilskudd kan benyttes til tiltak for å bedre adkomsten til boligen. Det gis videre stønad til tilrettelegging av fellesareal i hus med flere boenheter i form av trappeheiser og automatiske døråpnere. Arbeids- og velferdsetaten skal velge den rimeligste, hensiktsmessige løsningen som dekker enkeltpersonens behov, og kan derfor ikke gi stønad til fellesløsninger, slik som ordinær heis. Individuelle løsninger som innebærer tilrettelegging av fellesareal i hus med flere boenheter vil ofte være lite funksjonelle for andre beboere i oppgangen. Løsningen er midlertidig og spesialtilpasset, og må demonteres når brukeren flytter eller går bort. Når enkeltbrukerens behov opphører f.eks. for en trappeheis, påløper det kostnader for å fjerne trappeheisen og sette trappen tilbake i original stand.

Ombygging og tilrettelegging som krever fastmontering, slik som hev-/senk-kjøkken og fastmontert bad- og toalettutstyr, bør etter flertallets vurdering i større grad finansieres gjennom tilskudd som forvaltes av Husbanken. Flertallet mener det vil være hensiktsmessig at midlene til slik tilrettelegging samles hos én og samme aktør. Dette innebærer at hovedansvaret for den stønaden til ombygging og tilrettelegging som krever fastmontering og som i dag ligger i folketrygden, overføres til Husbanken. Det må likevel foretas en nærmere utredning knyttet til grensedragningen mellom individuelle hjelpemidler etter folketrygden og Husbankens/kommunens ansvar for tilrettelegging. Utvalgets flertall forutsetter at Husbanken tilføres tilstrekkelige midler til å ivareta et økt ansvar for tilrettelegging av bolig.

Utvalgets mindretall, utvalgsmedlemmene Lars Ødegård og Astrid Gramstad, støtter ikke flertallets forslag om å overføre folketrygdlovens bestemmelser om nødvendige og hensiktsmessige hjelpemidler eller utbedringstiltak i bolig til Husbanken. Mindretallet mener at folketrygdloven og hjelpemiddelformidlingen har vist seg som det beste og mest effektive virkemidlet til å oppnå samfunnsmessige og personlige gevinster av å gi folk mulighet og evne til å bli boende i egen bolig så lenge som mulig. Det vises til mindretallets fullstendige merknad i punkt 11.3.2.

1.5 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er i stor grad innrettet mot helse- omsorgstjenester og er et kommunalt ansvar. Grensesnittet mot individuelt tilpassede hjelpemidler må defineres og justeres løpende. Utvalget vurderer at finansieringen av visse typer hjelpemidler og tilrettelegging som i dag er et statlig ansvar, og som grenser tett opp mot velferdsteknologiske løsninger som benyttes i de kommunale omsorgstjenestene, på sikt bør overføres til kommunene. Dette gjelder f.eks. ulike varslingshjelpemidler. En slik overføring vil sørge for et helhetlig ansvar for denne typen teknologiske

tilretteleggingstiltak, og samtidig fjerne utfordringene man har i dag med manglende standardisering av teknologiske grensesnitt.

Det kan være aktuelt på sikt å vurdere et enda mer helhetlig finansieringsansvar lagt til kommunen, med tanke på å bedre utnytte den rivende teknologiske utviklingen som vil komme. En slik overføring av økt finansieringsansvar til kommunene må vurderes nøye med tanke på ulikt tilbud i kommunene, og en mindre tydelig rettighet til konkrete hjelpemidler enn under en statlig ordning. Vi har bare sett starten på en rask teknologiutvikling innen velferdsteknologi. Det vil kreves fleksible løsninger som kan møte individuelle behov.

1.6 Forenklinger og effektivisering

Undersøkelser viser at brukerne av dagens tjenester i all hovedsak er fornøyde, men at det er rom for forbedring. Arbeids- og velferdsdirektoratets prognoser viser til at antall brukere på hjelpemiddelområdet vil øke betydelig i årene som kommer. Dette, sammen med en mer presset økonomi, vil sette området under stort press. Tidsbruken fra et behov for hjelpemidler/ tilrettelegging oppstår til man faktisk mottar dette fremheves i brukerundersøkelser som den største utfordringen, sammen med manglende informasjon – både om søknadsprosessen og tilgjengelige hjelpemidler/ tilretteleggingstiltak. Undersøkelsene gir også indikasjoner på at det er ulikt tilbud avhengig av hvor i landet man er bosatt, med ulik praktisering av regelverk og rutiner.

Utvalget ser et stort behov for at det utvikles bedre IKT-løsninger på hjelpemiddelområdet, både for å bedre samhandlingen mellom stat og kommune, og for å ivareta brukernes informasjons- og medvirkningsbehov på en bedre måte. Bedre IKT-løsninger kan gi en mer effektiv forvaltning, bedre kostnadskontroll, raskere levering, bedre faglig samhandling, sterkere brukermedvirkning, selvbetjeningsløsninger og muligheter for innsyn i egen sak.

Lange formidlings- og saksbehandlingskjeder kan medføre lang ventetid for bruker. Gitt at mindretallets forslag om å overføre ansvaret for enkle og høyfrekvente hjelpemidler til kommunene ikke blir gjennomført, vurderer utvalget at det bør gjøres endringer i bestillingsordningen. Både de administrative rutinene for ordningen og sortimentet av hjelpemidler som inngår i ordningen bør vurderes. Etablering av flere eksterne lagre i kommunene, som utstyres med statlige hjelpemidler, vil sikre rask tilgang på høyfrekvente hjelpemidler.

Videre ser utvalget behov for at det legges bedre til rette for at brukere som har kompetanse, kapasitet og ønske om det kan få løse større deler av søknadsprosessen på egenhånd. Mulighetene som ligger til ordningen med brukerpass bør videreutvikles og styrkes for å bedre brukermedvirkningen i hjelpemiddelformidlingen og bør være en del av tilbudet ved alle hjelpemiddelsentralene. Det må arbeides med ensartet og god informasjon, og det må defineres tydeligere prosesser slik at brukerne opplever forutsigbarhet. Moderne IKT-verktøy vil øke mulighetene for en elektronisk søknadsprosess der brukerne kan gjøre mer selv samtidig som formidlingssystemet avlastes.

1.7 Tilrettelegging for utdanning og arbeid

Utvalget vil understreke betydningen av å legge til rette for at flere kan delta i arbeidslivet. Det å være i arbeid er viktig for den enkeltes mestring, deltakelse og selvforsørgelse. Videre er det samfunnsøkonomisk lønnsomt å tilrettelegge for økt arbeidsdeltakelse.

Studier av effekten av ulike arbeidsmarkedstiltak for personer med nedsatt funksjonsevne gir få sikre konklusjoner om hva som virker. Utvalget vil imidlertid trekke frem at forskningen gir grunnlag for å si at det er mest effektivt med tiltak i det ordinære arbeidslivet og at lønnstilskudd ofte vil ha en positiv effekt på sysselsettingen til personer med nedsatt funksjonsevne. Det er etter utvalgets vurdering ønskelig at det satses på økt bruk av midlertidige lønnstilskudd for å øke arbeidsdeltakelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne.

Det finnes i dag lite kunnskap om treffsikre virkemidler når det gjelder bruk av hjelpemidler for denne gruppen og hvorvidt manglende tilrettelegging og hjelpemidler utgjør en barriere for å komme i arbeid. Utvalget mener det er nødvendig med mer kunnskap om dette for å kunne målrette virkemidlene bedre. På denne bakgrunn foreslår utvalget at det gjennomføres mer systematisk forskning på forholdet mellom hjelpemidler/tilrettelegging og arbeidsdeltakelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne. Dette bør gjøres som en del av en større satsing på forskning, jf. punkt 1.8.

Utdanning er en svært viktig faktor for arbeidsinkludering for personer med nedsatt funksjonsevne. Utvalget vil understreke at det er en grunnleggende forutsetning for høyere arbeidsdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne at utdanningsinstitusjonene er universelt utformet og tilgjengelige for alle. Tidlig innsats med tilretteleggingstiltak for barn og unge vil bidra til et best mulig utgangspunkt for at den enkelte kan fullføre utdanning og senere komme i arbeid.

1.8 Tiltak for kompetanse- og kunnskapsutvikling

Tilgang på kompetente og brukerorienterte fagpersoner er viktig for å nå målet om rett hjelpemiddel og tilretteleggingstiltak til rett tid. En utfordring på dette feltet er både manglende kompetanse (ergo-/fysioterapeut) i enkelte kommuner, samt mangelfull kapasitet til å ivareta god formidling av hjelpemidler og tilretteleggingstiltak. Utfordringene forventes å øke i tiden fremover, gitt at det blir langt flere eldre – og dermed langt flere med behov for tilgang på god kompetanse i den kommunale førstelinjen. Kommunene bør derfor prioriteres med økt kompetanse og kapasitet som førstelinje.

I forbindelse med statsbudsjettet for 2017 ble det etablert et kommunalt stimuleringstilskudd på 91 mill. kroner, som bl.a. skal bidra til at kommunene skaffer seg nødvendig fagkompetanse, herunder ergoterapikompetanse. Utvalget støtter dette tiltaket og understreker behovet for ytterligere satsinger som bidrar til at det ansettes flere ergoterapeuter i kommunene.

Det finnes i dag ingen egen enhet med et overordnet og helhetlig ansvar for forskning og innovasjon på hjelpemiddelområdet. Fagfeltet hjelpemidler og tilrettelegging har behov for et løft i form av forskning og utvikling i tiden fremover. Utvalget mener at det er viktig å få oversikt over hvilke kunnskapshull som finnes på området og en kartlegging av miljøene i Norge som arbeider med teknologi, hjelpemidler og universell utforming. Ut fra denne kunnskapen bør det utvikles et eget forskningsprogram. Eventuelt kan hjelpemiddelområdet være en del av et større forskningsprogram.

Utvalget foreslår noen områder hvor det er aktuelt å stimulere til forskning på. Det er bl.a. behov for dybdekunnskap om hvordan formidlingssystemet fungerer for brukerne og kvantitative data som måler resultater av hjelpemiddelformidlingen.

1.9 Høreapparat og ortopediske hjelpemidler

Formidlingen av høreapparater og ortopediske hjelpemidler er lagt til spesialisthelsetjenesten, men finansieres som rettighet i folketrygden. Saksbehandlingen i Arbeids- og velferdsetaten er lagt til NAV Arbeid og ytelser (tidligere forvaltningsenheter), som ikke har noen særskilt kompetanse på disse hjelpemidlene. Det er ikke tydelig for utvalget hvilken merverdi Arbeids- og velferdsetatens rolle gir i sakene, utover at dagens ansvarsdeling sikrer brukernes rettigheter i folketrygden. Utvalget mener det er grunnlag for å stille spørsmål ved om dagens ordning sikrer en effektiv forvaltning av denne typen hjelpemidler og om det gir god kostnadskontroll. Utvalget foreslår at det foretas en evaluering av disse områdene, der man ser særskilt på ansvarsdelingen.

1.10 Offentlige anskaffelser

Å sikre god tilgang til og et godt utvalg av produkter er et sentralt punkt på dette feltet. I forbindelse med utvalgets arbeid er det innhentet en ekstern evaluering av anskaffelsene på hjelpemiddelområdet. Oslo Economics har foretatt evalueringen. Hovedinntrykket som etterlates i

deres rapport er at anskaffelsene gjøres på en hensiktsmessig måte. Utvalget har vurdert hvorvidt dagens anskaffelsessystem sikrer et bredt spekter av hjelpemidler, samtidig som anskaffelsesprosessene gjøres på en kostnadseffektiv måte som understøtter et velfungerende marked. Utvalget vil også understreke viktigheten av størst mulig grad av valgfrihet - både gjennom fortsatt bruk av parallelle rammeavtaler, og ved at dispensasjonsordningen benyttes der det er behov for dette. Det er også viktig at man innheter erfaringer fra brukerne i forbindelse med anskaffelsene for å sikre et tilstrekkelig utvalg av produkter, samt å evaluere kvaliteten på de hjelpemidlene som tildeles. Utvalget vil også understreke viktigheten av at det jobbes kontinuerlig med å legge til rette for innovasjon i forbindelse med anskaffelsene.

1.11 Utlån/ tilskudd og egenandeler

Dagens system med utlån uten egenandeler skal etter utvalgets vurdering fortsatt være hovedmodellen, men utvalgets flertall vurderer at tilskudd kan være hensiktsmessig på noen områder. Utvalgets flertall foreslår at det legges noen overordnede prinsipper til grunn for hva som eventuelt kan gis i form av et tilskudd, men foreslår ingen konkrete nye tilskuddsordninger. Utvalget har også vurdert ordninger der brukerne kan velge mellom tilskudd og utlån. Utvalget viser til at slike valgfrie ordninger kan være administrativt krevende å håndtere for forvaltningen, og tilrår at dette i størst mulig grad unngås. Området er i dag preget av mange ulike typer av ordninger, og utvalget mener at dette gjør systemet både uoversiktlig og lite effektivt.

Utvalgets mindretall, utvalgsmedlem Lars Ødegård, støtter ikke flertallets forslag om innføring av mulige prinsipper for bruk av tilskuddsordninger i hjelpemiddelformidlingen. Mindretallet mener at bruk av tilskuddsordninger på hjelpemiddelområdet er prinsipielt uønsket fordi det kan true vesentlige sider av hjelpemiddelformidlingens formål, og fordi slike ordninger vil få svært negative effekter for de mest sårbare grupper av hjelpemiddelbrukerne. Det vises til mindretallets fullstendige merknad i punkt 10.2.

Dagens regelverk er basert på det kompensatoriske prinsippet, som innebærer at hjelpemidlene skal kompensere for merutgifter grunnet nedsatt funksjonsevne. Utvalget mener dette prinsippet også bør ligge til grunn for vurderingen av bruk av egenandeler i fremtidens hjelpemiddelsystem. Det innebærer at det vil være aktuelt med egenandeler på hjelpemidler som ligger tett opp mot å være allment tilgjengelige forbruksvarer, dvs. produkter som også personer uten nedsatt funksjonsevne har utgifter til. Utvalget har vurdert hvorvidt det skal settes inn tiltak for bedret kostnadskontroll gjennom å innføre egenandeler for enkelte typer av hjelpemidler, alternativt grupper av hjelpemiddelmottakere (f.eks. personer over en viss alder). Utvalget har ikke valgt å foreslå at det innføres egenandeler utover det som finnes i dagens system, men har henvist denne vurderingen til et prioriteringsutvalg (se punkt 1.12).

1.12 Prioriteringsutvalg

Et prioriteringsutvalg kan være aktuelt for å kvalitetssikre systemet, spesielt på områder med økonomiske insentivproblemer. Utvalget mener at et slikt prioriteringsutvalg bør ha et særskilt ansvar for å definere hva som til enhver tid er å anse som hjelpemidler, hjelpemidler velegnet i tilskuddssystem, eventuell bruk av egenandeler og nye kostbare hjelpemidler som kan komme inn i ordningen, samt hva som er å anse som enkle og høyfrekvente hjelpemidler (gitt at mindretallets forslag om å overføre ansvaret til kommunene gjennomføres). Prioriteringsutvalget bør også få et ansvar for utviklingen av nytte- kostnadsbetraktninger.

2 Presentasjon av oppdraget og utvalget

2.1 Mandatet

2.1.1 Innledning

Regjeringens visjon fremgår av den såkalte Sundvollen-erklæringen (heretter regjeringsplattformen), og sier at målet er et samfunn der alle kan delta. Det må legges bedre til rette for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i utdanning og arbeid. Enkeltmenneskets mulighet til å delta og samfunnets behov for arbeidskraft er grunnleggende forutsetninger for Regjeringens politikk.

En robust og velfungerende hjelpemiddelpolitikk er et viktig element for å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i samfunnet på lik linje med andre. Det enkelte individs mulighet til mestring og deltakelse står helt sentralt, og hjelpemiddelpolitikken må understøtte målet om økt deltakelse og mestring – både i utdanning og arbeid, og i samfunnet ellers.

I NOU 2010: 5 *Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering* (Holte-utvalget), ble det foretatt en helhetlig gjennomgang av hjelpemiddelpolitikken. Etter at denne utredningen ble lagt frem, har det skjedd en utvikling på andre politikkområder som gjør det nødvendig å se på hjelpemiddelpolitikken i nytt lys. Dette dreier seg bl.a. om endringer i boligpolitikken og helse- og omsorgspolitikken. Det er helt sentralt at hjelpemiddelpolitikken vurderes i lys av endringer som gjøres på tilstøtende politikkområder, og det har således vært sentralt for Regjeringen at det gjennomføres en ny utredning på dette feltet.

2.1.2 Mandatet for utvalget

Regjeringen varslet i regjeringsplattformen at det skulle foretas en helhetlig gjennomgang av hjelpemiddelpolitikken i løpet av valgperioden. Regjeringen nedsatte ekspertutvalget 26. november 2015, og utvalget ble gitt følgende mandat:

Bakgrunn
En helhetlig gjennomgang av hjelpemiddelpolitikken er varslet i regjeringsplattformen: ”Foreta en helhetlig gjennomgang av hjelpemiddelpolitikken i løpet av valgperioden”

Det ble i NOU 2010:5 – Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering – foretatt en helhetlig gjennomgang av forvaltning, organisering og finansiering på hjelpemiddelområdet. Utredningen er ikke fulgt opp overfor Stortinget.

Det er fortsatt utfordringer i dagens system, noe som også ble påpekt av utvalget. Man står også overfor utfordringer i fremtiden som fremtvinger en vurdering av grep knyttet til dagens organisering av dette feltet. Dagens system utfordres på flere hold – både som følge av at det blir langt flere eldre i fremtiden, endrede behov som følge av annet bomønster (flere vil trolig bo hjemme livet ut), og en rivende utvikling av ny teknologi – såkalt velferdsteknologi.

Virkemidler på flere andre politikkområder har betydning for behovet for hjelpemidler i fremtiden, herunder omsorgspolitikken og boligpolitikken. Etter at NOU 2010:5 ble lagt frem, har det vært gjennomført flere andre utredninger på tilgrensende områder. Dette er bl.a. NOU 2011:11 – Innovasjon i omsorg og NOU 2011:15 – Rom for alle. Disse utredninger er fulgt opp gjennom Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, og Meld. St. 17 (2012–2013) Byggje – bu – leve. Begge disse arbeidene legger viktige premisser for fremtidens omsorgsutfordringer – både i hjemmet, og ellers.

Oppdrag
Utvalget skal vurdere hvordan man kan skape helhetlige løsninger på ulike livsarenaer (hjem, skole, utdanning, arbeid, mv.) som møter fremtidens utfordringer, og hvor hjelpemiddelpolitikken sammen med virkemidler på andre politikkområder gir gode og kostnadseffektive løsninger. Utvalget må foreta

en samlet vurdering som baserer seg på de vurderinger som er gjort i andre utredninger (nevnt ovenfor). Utredningen skal inkludere en vurdering av den mest hensiktsmessige ansvarsdelingen mellom stat og kommune når det gjelder stønad til hjelpemidler, og kompetansebehovet knyttet til hjelpemidler. Utredningen må ses i sammenheng med Regjeringens forslag i stortingsmeldingen om nye oppgaver til større kommuner, Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner, hvor det foreslås at ansvaret for basishjelpemidler kan overføres til større kommuner.

Arbeidet må videre vurdere hvorvidt dagens system for formidling av hjelpemidler harmonerer med fremtidens krav – både hva gjelder bosituasjon, brukernes krav og forventninger, ny teknologi, befolkningssammensetning mv.

Det må også vurderes hvilken type kompetanse som er nødvendig i formidlingen av hjelpemidler, hvorvidt denne harmonerer med fremtidens krav, og hva som er hensiktsmessig organisering sett i forhold til endrede kompetansekrav.

Utvalget skal gi forslag til endringer på ovennevnte områder, og må vurdere nødvendige grep på tvers av dagens organisering og ansvarsområder.

Arbeidet må sikre at brukernes interesser ivaretas på en god måte – både hva gjelder brukernes ønsker og behov, og sikring av rettigheter, samt konsekvenser for den enkelte brukers økonomi og levekår.

Utvalget må også søke løsninger som bedrer saksbehandlingen på alle områder i tråd med brukernes behov og ønsker – dette gjelder både saksbehandlingstid, leveringstider, opplæring, reparasjoner, mv.

Det må også vurderes hvordan forskning, innovasjon og utvikling kan og bør ivaretas på en helhetlig og god måte, herunder i samarbeid med omsorgssektoren.

Utvalget skal vurdere de økonomiske og administrative og andre vesentlige konsekvenser på kort og lang sikt av utvalgets forslag i samsvar med utredningsinstruksen. Minst ett av forslagene skal baseres på uendret ressursbruk, og forslag om endringer i organisering og finansieringsmodell skal ivareta behovet for kostnadskontroll og etablering av kostnadseffektive løsninger.

Ekspertutvalget vil få eget sekretariat. Utvalget kan ved behov innhente faglig støte og innspill fra bl.a. ressurs- og kompetansemiljøer og berørte myndigheter. Utvalget kan også bestille utredninger av data i den grad utvalget finner det nødvendig.

2.2 Utvalgets sammensetning

Utvalget har hatt følgende sammensetning:

Arild Hervik, professor ved Høgskolen i Molde, Molde, leder
Lene Conradi, ordfører, Asker
Astrid Gramstad, forsker ved UiT – Norges arktiske universitet, Tromsø
Frode Selbo, avdelingsdirektør NAV Hjelpemiddelsentral Sør-Trøndelag, Trondheim
Lone Merete Solheim, avdelingsdirektør Fylkesmannen i Rogaland, Stavanger
Kristin Standal, prosjektleder KS, Bærum
Lars Ødegård, spesialrådgiver Norges Handikapforbund, Nannestad

Utvalget har hatt en bredt sammensatt referansegruppe. Referansegruppen har hatt to møter, og har hatt følgende sammensetning:

Haakon Aspelund, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)
Torill Bjørnsen, NAV Hjelpemidler og tilrettelegging
Isabell Engan, Unge funksjonshemmede
Lasse Frantzen, Helsedirektoratet
Eyvind Frilseth, Pensjonistforbundet
Bjarte Hjorthaug, Norsk Fysioterapiforbund

Synnøve Konglevoll, LO
Pål Lyngstad, Direktoratet for byggkvalitet
Torill Heggen Munk, SAFO
Hartvig Munthe-Kaas, Medtek Norge
Nils Erik Ness, Ergoterapeutene
Heidi Rogne-Sørlie, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Øystein Syvertsen, Husbanken
Vidar Sørhus, Forskningsrådet

Utvalget har mottatt en rekke innspill i forbindelse med arbeidet – både fra referansegruppen, og fra andre.

Utvalget har hatt et sekretariat med representanter fra Arbeids- og sosialdepartementet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Fra Arbeids- og sosialdepartementet har følgende deltatt: Seniorrådgiver Ola Nyland (leder), seniorrådgiver Berit Crosby og seniorrådgiver Marit Thoresen. Fra Arbeids- og velferdsdirektoratet har seniorrådgiver Mona Wilhelmsen Thy deltatt. I tillegg har sekretariatet hatt faste kontaktpersoner fra Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet.

2.3 Utvalgets arbeid

Utvalget har hatt i alt ti utvalgsmøter i perioden januar 2016 til desember 2016, hvorav to av møtene var over to dager. I tillegg har utvalget gjennomført en studietur på to dager til Danmark. Utvalgets sekretariat har besøkt Sverige, og fått en redegjørelse for det svenske systemet. Utvalget har fått innlegg fra en rekke aktører:

- NAV Hjelpemiddelsentral Buskerud
- NAV Hjelpemiddelsentral Møre og Romsdal
- NAV Hjelpemiddelsentral Hedmark
- Ålesund og Sula kommune
- Lier kommune
- Lasse Frantzen, Helsedirektoratet (velferdsteknologi)
- Mabel Johansen, Husbanken Vest
- Medtek Norge
- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon

Utvalget har fått bistand fra Agenda Kaupang til å gjøre en analyse av hjelpemiddelsentralene og deres samarbeid med kommunene, fra Rambøll til å vurdere bruk av tilskudd, fra Oslo Economics til å vurdere offentlige anskaffelser og fra Sintef til å gjøre en analyse av kost-nytte av hjelpemidler. I tillegg har utvalget innhentet en vurdering fra Hilde Bojer ved Universitetet i Oslo vedrørende hjelpemidler i et moralfilosofisk perspektiv.

2.4 Utvalgets forståelse av mandatet

Utvalget ser mandatet som et oppdrag om å vurdere justeringer i dagens hjelpemiddelpolitikk som sikrer en robust modell for å takle fremtidens utfordringer på dette området, og å foreslå tiltak som styrker samhandling og effektivisering i hjelpemiddelformidlingen. Det foregår en rivende teknologisk utvikling – både i form av såkalt velferdsteknologi og mer generelt. Den teknologiske utviklingen gir nye muligheter i fremtiden, men utfordrer samtidig dagens system på noen områder. I dag er langt de fleste brukere av hjelpemidler eldre, og det er dermed en rimelig antakelse at den kommende "eldrebølgen" vil medføre at det blir langt flere med behov for hjelpemidler i tiden som kommer. Dette utfordrer også dagens system, og det blir viktig å sikre et kompetent, robust og effektivt apparat som kan håndtere disse utfordringene. Hjelpemiddelformidling vil etter utvalgets mening også være en viktig tjeneste og innsatsfaktor for å utsette eller forhindre institusjonsinnleggelse og svekket helse, og for å redusere omsorgsbehov og fremme økt mestring og samfunnsdeltakelse.

Utvalget vurderer at mandatet gir rom for en bred gjennomgang av politikkområdet. Utvalget forstår mandatet som et oppdrag om å bidra til å sikre en robust politikk for fremtiden, og har vurdert området i lys av de utfordringene og behovene man vil møte i tiden fremover. Utvalget har tatt utgangspunkt i følgende referanserammer i sin tilnærming:

- Brukernes behov i sentrum
- Økt mulighet til deltakelse og mestring
- Helhetlige løsninger
- Sikre god kompetanse
- Sikre god kostnadskontroll og kostnadseffektive løsninger

Dagens hjelpemiddelsystem har mange gode sider ved seg. Det er viktig for utvalget å ta med seg de sidene ved dagens system som fungerer godt, og som det er all grunn til å tro vil fungere godt i fremtiden. Dagens system kan imidlertid fremstå som relativt fragmentert, og har i noen grad vokst frem uten en helhetlig og overordnet plan.

Utvalget tar utgangspunkt i at det er brukernes behov som er det sentrale elementet for en velfungerende hjelpemiddelpolitikk. Brukernes rettigheter må sikres, samtidig som brukerne skal oppleve et helhetlig, effektivt og kompetent formidlingssystem.

Utvalget vurderer viktigheten av hjelpemidler og tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne som kritisk for å sikre deltakelse og mestring i samfunnet. Fremtidens hjelpemiddelpolitikk må sikre og understøtte at personer med nedsatt funksjonsevne får mest mulig likeverdige muligheter til å delta i samfunnet som andre.

Hjelpemiddelpolitikken handler om at samfunnet, gjennom politiske vedtak i Stortinget, har etablert en tjeneste med formål:

- Egenmestring, selvstendighet, uavhengighet og frihet (individnivå)
- Inkludering, likeverdig deltakelse og likestilling (samfunnsnivå)

I St.meld. nr. 40 (2002–2003) *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer* fremgår det at målet er:

- Brukeren skal få rett løsning til rett tid
- Brukeren skal bli møtt av fagfolk med tilfredsstillende kompetanse
- Kommunene skal ha hovedansvaret for, og være den viktigste koordinerende aktør, og få bistand fra hjelpemiddelsentralene der de ikke har tilstrekkelig kompetanse

Det overordnede målet for politikken har vært full deltakelse og likestilling i samfunnet for personer med nedsatt funksjonsevne. Full deltakelse og likestilling kan hovedsakelig oppnås ved å benytte enten individuelle eller generelle virkemidler. Individuell tilrettelegging fungerer som en kompensasjon for den enkeltes funksjonsnedsettelse, og er i en del sammenhenger også en kompensasjon for samfunnets manglende generelle tilrettelegging (universell utforming).

Ut fra dette må hjelpemiddelpolitikken forstås bredt. Det dreier seg om alt fra forvaltning av hjelpemidler og lovverk til individ- og systemrettede tiltak, tilrettelegging og ulike tjenester (eksempelvis tolking til døve og døvblinde). Hjelpemiddelpolitikken skal også ivareta folketrygdens overordnede formål som er å kompensere for utgifter man har som følge av varig sykdom, skade eller lyte.

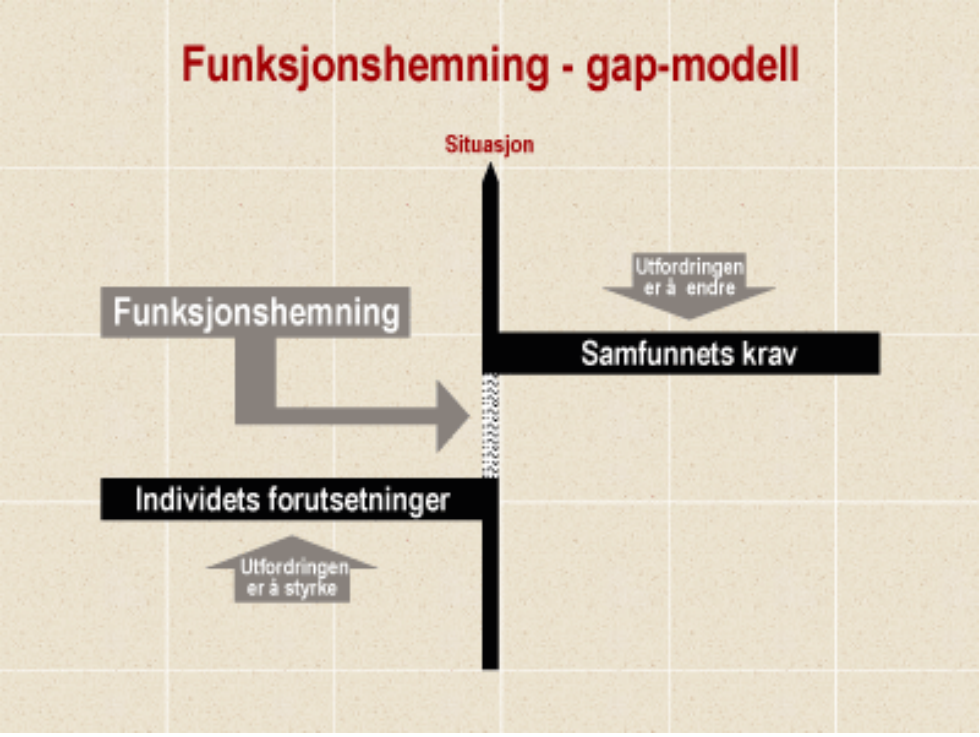
For utvalget er det viktig at hjelpemiddelpolitikken forstås i et bruker- og tjenesteperspektiv. Hjelpemiddelpolitikken må basere seg på en helhetlig tjeneste der de individrettede tjenestene tar utgangspunkt i brukerens situasjon og utfordringer, ikke i tiltaket/hjelpemidlet. De systemrettede tjenestene (eksempelvis tjenester fra hjelpemiddelsentralene til kommunene) må baseres på prinsipper som kompetansedeling og samhandling, universell utforming og sømløse tjenester på tvers av forvaltningsnivå og sektorer. De tiltakene og løsningene som ligger innenfor hjelpemiddelpolitikken, det være seg hjelpemidler, tilretteleggingsløsninger, tolking, kompetansetiltak eller andre tiltak, kan være avgjørende som tiltak, men vil ikke være målet i seg selv. Med brukermedvirkning som

grunnprinsipp må de tjenestene som ligger til hjelpemiddelpolitikken ses i sammenheng med øvrige tjenester som brukerne får. Tjenesteperspektivet innebærer derfor at hjelpemiddelpolitikken ikke må ses på som et avgrenset og klart definert tjenesteområde, men som et tjenesteområde som inngår i en helhet til beste for brukeren og samfunnet.

Hjelpemiddelpolitikken berører og overlapper til dels andre tjenesteområder som spesialisthelsetjenesten, rehabiliteringsområdet, kommunehelsetjenesten, arbeidsrettede tjenester i NAV-kontorene og tjenester til elever og studenter i videregående skole, høgskoler og universitet.

I stortingsmeldingen "Nedbygging av funksjonshemmende barrierer"[1] ble den såkalte GAP-modellen lansert.

Figur 2.1 GAP-modellen



Kilde: Ivar Lie (1989)[2]

Modellen illustrerer hvor noen av utfordringene ligger på dette feltet. Det er sentralt både å styrke individets forutsetninger og å endre samfunnets krav.

Et hjelpemiddel er i et bredt perspektiv teknologi eller redskaper for alle. Innenfor begrepet "hjelpemiddelpolitikken" benyttes derimot begrepet teknisk hjelpemiddel som avgrensning mot hjelpemidler generelt. Hjelpemidler i denne sammenheng kan også være noe annet enn et produkt/ gjenstand – og utgjøre en tjeneste. Det kan være tolk, førerhund, lese- og sekretærhjelp, rådgivning om tilrettelegging eller andre tjenester. Et teknisk hjelpemiddel forstås som et objekt som er med på å skape en bro mellom omgivelsene og personen for å bedre mestring og deltakelse. Ofte er tekniske hjelpemidler individuelt tilrettelagt og personlig tilpasset slik at disse må ses som et individuelt tiltak. Imidlertid er det glidende overganger mellom hva som er hjelpemidler for alle, og hva som er individuelt tilpassede hjelpemidler.

---

[1] St. Meld. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer

[2] Ivar Lie (1989) *"Rehabilitering. Prinsipper og praktisk organisering",* Gyldendal norsk forlag, Oslo

Hjelpemiddelområdet kan deles inn på ulike måter. Etter utvalgets vurdering, kan en inndeling etter formål være et godt utgangspunkt:

1. Hjelpemidler og tilretteleggingstiltak som skal kompensere for individuelle funksjonsnedsettelser
2. Hjelpemidler og tilretteleggingstiltak som skal kompensere for manglende tilpasning i omgivelsene
3. Hjelpemidler og tilretteleggingstiltak som skal forebygge, hindre eller behandle sykdom
4. Hjelpemidler og tilretteleggingstiltak som skal gi avlastning ved assistanse til personer med bistandsbehov

Utvalget har valgt å operere med denne inndelingen for å synliggjøre sammenhengen mellom hvor tilretteleggingsbehovet utløses, og hvilket formål tilretteleggingen (f.eks. hjelpemiddel) er ment å skulle dekke.

Alle disse fire formålene skal enkeltvis eller samlet bidra til at alle skal kunne mestre de utfordringer hverdagen, skoledagen og arbeidsdagen byr på, samt å kunne delta i de sosiale sammenhengene som samfunnet byr på.

Det er sentralt å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i samfunnet på lik linje med andre. Hjelpemiddelpolitikken skal bidra til at den enkelte ut fra sine forutsetninger får like muligheter til å skaffe seg gode levekår gjennom deltakelse på ulike livsarenaer som hjem, skole, arbeid og fritid. Å kunne mestre og delta er grunnleggende - ikke bare for den enkelte, men det er også avgjørende for at man kan være en samfunnsaktør som kan bidra til og i fellesskapet. En god hjelpemiddelpolitikk vil derfor ha stor innvirkning på i hvilken grad alle - uavhengig av funksjonsnivå – kan inkluderes likeverdig i kultur- og samfunnsliv, og å bidra til verdiskaping og å løse samfunnets oppgaver og utfordringer.

Utvalget har tatt utgangspunkt i hjelpemiddelpolitikken som ett av flere tiltak som skal bidra til økt grad av mestring for den enkelte. Det er vesentlig både for den enkelte og for samfunnet at en person med nedsatt funksjonsevne skal kunne klare seg selv og bestemme mest mulig over sitt eget liv.

Begrepene hjelpemiddelforvaltning og hjelpemiddelformidling er sentrale, og utvalget legger følgende definisjoner til grunn for sitt arbeid:

Begrepet *hjelpemiddelforvaltning* har tradisjonelt blitt brukt om den praktiske administrasjonen av hjelpemidler. Funksjoner som saksbehandling, innkjøp, lager, verksted, logistikk, gjenbruk m.m. inngår som en del av hjelpemiddelforvaltningen. Den statlige delen av hjelpemiddelforvaltningen innebærer å ta ansvar for hjelpemidler som er folketrygdens eiendom og sørge for at folketrygdens/fellesskapets midler blir utnyttet mest mulig effektivt og i samsvar med bestemmelsene i lovverket.

Begrepet *hjelpemiddelformidling* har et større brukerperspektiv i seg. Hjelpemiddelformidling er metodisk å løse praktiske problemer som personer med nedsatt funksjonsevne har, ved hjelp av tekniske og ergonomiske tiltak. Dette må gjøres ut fra en helhetsvurdering av den enkeltes situasjon i hjem, skole, arbeid og fritid og med utgangspunkt i de fysiske omgivelsene personen skal fungere i. Det overordnede målet for hjelpemiddelformidlingen er å komme frem til riktig løsning til rett tid og med riktig kommunikasjon. Dette avhenger av riktige faglige vurderinger der brukermedvirkning står sentralt hos alle aktører som bidrar.[3]

Utvalget benytter begrepet *hjelpemiddelsystemet* som en samlebetegnelse på hjelpemiddelforvaltning og hjelpemiddelformidling.

[3] NAV Hjelpemidler og tilrettelegging (2014) *"Rapport fra arbeidsgruppen for kvalitet i utredningen"*

Det fremgår av mandatet at utvalget skal vurdere tiltak som gir gode, kostnadseffektive løsninger, og at forslag om endringer i organisering og finansieringsmodell skal ivareta god kostnadskontroll og etablering av kostnadseffektive løsninger.

Utvalget forstår kostnadskontroll som strategier som gjør det mulig å håndtere utgiftene med den høyeste grad av effektivitet. På hjelpemiddelområdet kan dette omfatte både at man bruker ressursene på de rette tiltakene og tjenestene (formålseffektivitet) og at tiltakene og systemet frembringer resultatene uten unødig ressursbruk og sløsing (kostnadseffektivitet).

Rapporten vil først peke på de rammene som hjelpemiddelpolitikken inngår i, bl.a. politiske prosesser og reformer som berører hjelpemiddelområdet, f.eks. innenfor helse- og omsorgssektoren og boligområdet. Videre presenteres hjelpemiddelsystemene i våre naboland Sverige og Danmark, samt sentrale utviklingstrekk i samfunnet som vi antar vil påvirke hjelpemiddelområdet i tiden fremover. Deretter presenteres dagens hjelpemiddelsystem og de utfordringer vi ser i dag. Utvalget har valgt å presentere sine forslag til tiltak innenfor seks hovedtema:

- Få flere med nedsatt funksjonsevne i utdanning og arbeid
- Bedret kostnadskontroll for å møte fremtidige budsjettutfordringer
- Ansvarsdeling mellom stat og kommune som vil gi mer effektive administrative prosesser og bedre tjenester til brukeren
- Mer helhetlig, forenklet og effektiv hjelpemiddelformidling
- Anskaffelsesprosessen som et virkemiddel for en mer effektiv hjelpemiddelpolitikk
- Kompetanse- og kunnskapsutvikling som imøtekommer fremtidens krav

3 Rammevilkår og institusjonelle endringer som innvirker på hjelpemiddelområdet

I dette kapitlet redegjøres det for aktuelle politiske prosesser og reformer som har betydning for hjelpemiddelområdet. Vi har i den sammenheng valgt å fremheve FN-konvensjonen om mennesker med nedsatt funksjonsevne, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven og strategi for universell utforming. Andre institusjonelle endringer som har innvirkning på hjelpemiddelområdet er samhandlingsreformen, NAV-reformen og kommunereformen.

Utviklingen innenfor helse- og omsorgsfeltet og boligpolitikken har også stor betydning for hjelpemiddelpolitikken. Det vises her til omtale under punkt 4.2 og 4.3. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA- avtalen) legger også rammer for deler av hjelpemiddelpolitikken. IA- avtalen er omtalt i kapittel 9.

3.1 Sektorovergripende politikk for mennesker med nedsatt funksjonsevne

3.1.1 FN-konvensjonen om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne[4] er en av FNs hovedkonvensjoner på menneskerettighetsområdet. Den slår fast at mennesker med nedsatt funksjonsevne har de samme menneskerettighetene som alle andre og tydeliggjør hvordan like rettigheter skal sikres i praksis. Konvensjonen ble signert av Norge i 2007 og ratifisert i juni 2013. Dette innebærer at Norge har forpliktet seg til å oppfylle rettighetene som konvensjonen inneholder, og norsk lovgivning må være i tråd med konvensjonen.

Det er en relasjonell forståelse av funksjonshemming som ligger til grunn for konvensjonen. Ifølge konvensjonens fortale skal den fremme "en likestilt deltakelse på alle områder innenfor det sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle liv". Konvensjonen bygger dermed på FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter og FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Konvensjonen inneholder rettigheter som rett til liv, utdanning, ytringsfrihet, privatliv, helse, arbeid og tilgang til rettssystemet. Statene skal ta aktive skritt og sørge for rimelig tilrettelegging slik at rettighetene blir en realitet.

Konvensjonens artikkel 4 slår fast at brukerorganisasjonene skal trekkes inn og rådføres inngående i arbeidet med å utvikle og gjennomføre lovgivning og politikk som tar sikte på å gjennomføre denne konvensjonen, og i andre beslutningsprosesser som gjelder spørsmål knyttet til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Som i andre menneskerettighetskonvensjoner har konvensjonspartene forpliktet seg til jevnlig å rapportere til FN om sitt arbeid med å sikre oppfyllingen av rettighetene. Norges første rapport om status ble sendt til FN-komiteen som overvåker konvensjonen 2. juli 2015.[5]

---

[4] FN (2007) *"Convention on the rights of persons with disabilities",* Resolution 61/106. New York: United Nations

[5] FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) – Norges første rapport (2015): https://www.regjeringen.no/contentassets/26633b70910a44049dc065af217cb201/norges-rapport-konvensjon-om-rettighetene-til-mennesker-med-nedsatt-funksjonsevne.pdf

3.1.2 Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven

Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) ble vedtatt i juni 2008 og trådte i kraft 1. januar 2009. Ny lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne ble vedtatt i juni 2013 og trådte i kraft 1. januar 2014. Den nye loven viderefører i all hovedsak gjeldende regler i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, men ble fremmet som ny lov fordi det er gjort relativt omfattende lovtekniske og språklige endringer.

Gjennom loven har personer med nedsatt funksjonsevne fått et vern mot diskriminering på linje med det som allerede gjelder for kjønn etter likestillingsloven, og for etnisitet, religion mv. etter diskrimineringsloven.

Formålet med loven er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse for alle uavhengig av funksjonsevne og hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Loven skal bidra til nedbygging av samfunnsskapte funksjonshemmende barrierer og hindre at nye skapes. Loven gjelder på alle områder i samfunnet, med unntak av familieliv og andre rent personlige forhold.

Loven håndheves av Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO), som også gir veiledning om hvordan loven skal forstås.

3.1.3 Universell utforming

Universell utforming innebærer å utforme produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpasning og en spesiell utforming. Universell utforming er en strategi for planlegging og utforming av produkter og omgivelser for å oppnå et inkluderende samfunn med full likestilling og deltakelse for alle.

Lovregulering
Universell utforming er i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven innført som en rettslig bindende regel, som pålegger plikter og utløser sanksjoner ved overtredelse. Iht. diskriminerings- og tilgjengelighetsloven §§ 13 og 14 skal offentlige virksomheter arbeide aktivt og målrettet for å fremme universell utforming innenfor virksomheten. Tilsvarende gjelder for private virksomheter rettet mot allmennheten.

Med universell utforming menes utforming eller tilrettelegging av hovedløsningen i de fysiske forholdene, inkludert informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), slik at virksomhetens alminnelige funksjon kan benyttes av flest mulig.

Offentlige og private virksomheter rettet mot allmennheten har plikt til å sikre universell utforming av virksomhetens alminnelige funksjon så langt det ikke medfører en uforholdsmessig byrde for virksomheten. Ved vurderingen av om utformingen eller tilretteleggingen medfører en uforholdsmessig byrde skal det særlig legges vekt på tilretteleggingens effekt for å nedbygge funksjonshemmende barrierer, hvorvidt virksomhetens alminnelige funksjon er av offentlig art, de nødvendige kostnadene ved tilretteleggingen, virksomhetens ressurser, sikkerhetsmessige hensyn og vernehensyn.

For bygninger, anlegg og uteområder rettet mot allmennheten gjelder kravene til universell utforming i eller i medhold av plan- og bygningsloven. Krav om universell utforming finnes også i annet lovverk, herunder transportlovgivningen og lov om offentlige anskaffelser.

Handlingsplan for universell utforming
Regjeringen har utarbeidet en handlingsplan for universell utforming for perioden 2015–2019.[6] Formålet er å samordne innsatsen innenfor universell utforming på en systematisk måte. Det er et mål å følge opp nye områder som IKT og velferdsteknologi, og samtidig fortsette innsatsen på sentrale samfunnsområder som transport, bygninger og uteområder.

IKT og velferdsteknologi er prioriterte områder i handlingsplanen. Regjeringen viser til at de gjennom en målrettet IKT-politikk ønsker å legge grunnlaget for en brukerrettet, effektiv og omstillingsdyktig forvaltning samt økt verdiskapning og deltakelse for alle. Universell utforming anses som en helt sentral del av disse prioriteringene. I satsingen på IKT legges det bl.a. vekt på å øke befolkningens digitale deltakelse og kompetanse gjennom programmet Digidel, som går fra 2015 til 2017.

Utgangspunktet for satsingen på velferdsteknologi er Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*. Av handlingsplanen fremgår det at Regjeringen vil utnytte mulighetene som ligger i teknologiske hjelpemidler som mobil helseteknologi, velferdsteknologi og dialogtjenester.

Barne- og likestillingsdepartementet er koordinerende departement for handlingsplanen med spesielt ansvar for problemstillinger og tiltak som går på tvers av sektorer. Sektoransvarsprinsippet er grunnleggende for gjennomføring av tiltakene i planen, dvs. at departementene har ansvar for inkludering og gjennomføringen på sine sektorområder.

3.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble innført i januar 2012. Bakgrunnen for reformen var erkjennelsen av at helse- og omsorgstjenestene var blitt for fragmenterte og var i ferd med å bli for kostbare. Det var bred politisk enighet om utfordringsbildet som lå til grunn for samhandlingsreformen, der det ble pekt på særlig tre hovedutfordringer:

- Pasienter og brukeres behov for koordinerte tjenester ble ikke besvart godt nok
- Tjenestene var preget av for lite fokus på forebygging og for mye vekt på behandling av sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

På regjeringens hjemmesider[7] oppsummeres samhandlingsreformen slik:

- Viser vei framover - gir helsetjenesten ny retning
- Forebygge framfor bare å reparere
- Tidlig innsats framfor sen innsats
- Få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- Flytte tjenester nærmere der folk bor
- Flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre dem
- Samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok
- Bedre for pasientene - sterkere brukermedvirkning

Virkemidlene i reformen har hatt som mål å bidra til en mer helhetlig tjeneste, økt fokus på forebygging, og at mer skal gjøres i kommunene når dette gir bedre kvalitet og kostnadseffektivitet. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utgir Helsedirektoratet årlig en samhandlingsstatistikkrapport. Rapportene viser at utviklingen så langt er i tråd med reformens

[6] Regjeringens handlingsplan for universell utforming 2015–2019, Barne- og likestillingsdepartementet: https://www.regjeringen.no/contentassets/48ed7783842b410881a7da36ab530c72/no/pdfs/regjeringens-handlingsplan-uu.pdf

[7] https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/

intensjoner. Samarbeidsavtaler er et sentralt virkemiddel for å bidra til at tjenestene blir mer samordnet, mer likeverdighet mellom partene og til utvikling av samhandlingskultur.

Det har imidlertid vært påpekt at reformen har ført til mer oppstykkede pasientforløp, noe som er særlig uheldig for pasienter med sammensatte behov. Dette er særlig uheldig for eldre som skrives ut tidligere fra spesialisthelsetjenesten enn tidligere. Pasientene som skrives ut til kommunale tjenester oppfattes som sykere, og det er en viss økning i antallet reinnleggelser. Dette kan skyldes at noen pasienter skrives ut for tidlig, at den helsefaglige kompetanse i kommunene ikke er tilstrekkelig og/eller at oppfølgingen ved utskrivning ikke er god nok.[8] Samarbeidet mellom sykehus og kommuner om helhetlige og gode pasientforløp og kompetanseutveksling er en vesentlig faktor for å lykkes med samhandlingsreformen. Undersøkelser viser likevel at sentral informasjon om pasienter som ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten var mangelfull og kom for sent til kommunene for å kunne tilrettelegge gode pasientforløp.[9] Helsetilsynet avdekket også tilfeller der det manglet hjelpemidler når pasienten kom hjem. Riksrevisjonens undersøkelse[10] av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen peker på at kapasitet og kompetansen i kommunehelsetjenestene kun har blitt styrket i begrenset grad selv om kommunene har fått nye og mer krevende brukergrupper.

3.2.1 Betydningen av samhandlingsreformen for hjelpemiddelområdet

Samhandlingsreformen legger opp til en ny kommunerolle som i større grad skal ta ansvar for helsen til innbyggerne gjennom forebyggende og helsefremmende tiltak og gjennom å ta mer ansvar for helhetlige pasientforløp der folk bor. Det fremgår av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester at samarbeidsavtalene som et minimum skal omfatte retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

På oppdrag fra KS, har IRIS Samfunnsforskning i samarbeid med Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) gjennomført en undersøkelse om hvordan samhandlingsreformens ordning med kommunal betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter påvirker tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Undersøkelsen viser at pasienter som i dag er på sykehjem, brukere i omsorgsbolig og brukere som bor hjemme, er sykere enn før samhandlingsreformen ble innført.[11] Dette innebærer at terskelen for å få sykehjemsplass har blitt høyere. Det administrative apparatet som må settes i sving når nye brukere meldes utskrivningsklare er spesielt stort hvis pasienten skal rett hjem og behandlingen er tidsbegrenset. Mye skal koordineres på kort tid med personell, medisiner og hjelpemidler. Særlig informantene i de små kommunene melder om større utfordringer med å ha nødvendige medisiner og hjelpemidler på plass når tempoet i utskrivningene er skrudd opp. Det etterlyses at sykehusene tar et større ansvar for å sikre at medisiner og hjelpemidler er på plass når pasienten kommer til sin bostedskommune. I tråd med dette, peker også andre undersøkelser (Helsetilsynet og Riksrevisjonen) på at samhandlingen mellom sykehus og kommune har et stort forbedringspotensial, der informasjonsflyt om sentrale forhold rundt pasientens helse og situasjon må bedres. Agenda Kaupang finner i sin undersøkelse at en del kommuner opplever situasjoner der

---

8 Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

9 Helsetilsynet (2016) *"Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent"*, rapport fra Helsetilsynet 1/2016

10 Riksrevisjonen (2016) *"Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen"*, Dokument 3:5 (2015–2016)

11 IRIS (2014) *"Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet ",* rapport IRIS - 2014/382

brukere må gis et alternativt tilbud fordi det ikke er nødvendige hjelpemidler tilgengelige på kort varsel. Dette gjelder særlig i de store kommunene.

Gjennom en uformell spørrerunde ved noen hjelpemiddelsentraler om hvordan samhandlingsreformen konkret har fått konsekvenser for hjelpemiddelsentralene, rapporterer de tilbake at de fleste behov for hjelpemidler etter utskriving fra sykehus vil være kortvarige, og derfor ikke hjelpemiddelsentralens ansvar. Hjelpemidler som brukerne trenger rett etter en utskrivning fra sykehus dekkes med andre ord hovedsakelig via kommunens korttidslager for å imøtekomme kravene om akutt og rask levering i forbindelse med hastesaker. I de sakene der det er varig behov for hjelpemidler, har hjelpemiddelsentralenes rutiner blitt justert for å imøtekomme behovet i så stor grad som mulig. Samhandlingsreformen legger til grunn at samhandlingen skal bli bedre slik at de tilretteleggingstiltakene som kreves ved utskriving er klar når bruker kommer hjem.

3.3 NAV-reformen

NAV-reformen (2006) er primært en organisasjons- og forvaltningsreform. Reformen hadde i utgangspunktet to organisatoriske hovedelementer:

- En ny statlig etat gjennom sammenslåing av daværende trygdetaten og Aetat. De statlige virkemidlene i arbeids- og velferdspolitikken som gjaldt arbeidsrettet bistand og inntektssikring ble dermed samlet i en organisasjon, Arbeids- og velferdsetaten.
- Nye arbeids- og velferdskontor (NAV-kontor) på kommunenivå, basert på et forpliktende samarbeid (partnerskap) mellom stat og kommune formalisert gjennom lov og lokale partnerskapsavtaler mellom Arbeids- og velferdsetaten og den enkelte kommune.

I forlengelsen av NAV-reformen, som et andre trinn i reformprosessen, ble det foretatt endringer i en del av virkemidlene til den nye arbeids- og velferdsforvaltningen, den såkalte "Innholdsreformen". Endringene ble lagt frem i St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering* som en samlet strategi for å styrke sysselsettingen og inkluderingen av personer som hadde falt ut eller var i ferd med å falle ut av arbeidslivet. Bakgrunnen var for det første en erkjennelse av at gjennomføringen av arbeids- og velferdspolitikken utover på 1990-tallet ikke hadde god nok måloppnåelse. Altfor mange personer i yrkesaktiv alder sto helt eller delvis utenfor arbeidslivet og mottok stønad i stedet for å komme i ordinært arbeid. Og for det andre, at organiseringen av velferdstjenestene ble oppfattet å være lite brukervennlig. Personer med behov for ulike former for bistand møtte en fragmentert forvaltning som ikke maktet å gi den koordinerte og helhetlige bistanden som disse brukerne trengte. Det ble formulert tre hovedmål for NAV-reformen:

- Flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad
- Enklere for brukerne og tilpasse tjenestene til brukernes behov
- En helhetlig og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning

3.3.1 Status for NAV-reformen – flere i arbeid og færre på stønad

NAV-reformen har vært gjenstand for en omfattende forskningsbasert evaluering, både av hvordan reformen er blitt gjennomført og av effekter knyttet til de tre hovedmålene. Det er vanskelig å måle effekten av NAV-reformen i relasjon til målet om flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad, i og med at vi ikke vet hva som ville vært resultatet uten reformen. Kort oppsummert viste de første effektevalueringene at etablering av NAV-kontor samlet sett ikke synes å ha bidratt til at flere kom i arbeid i løpet av selve reformperioden, sammenliknet med situasjonen før reformen. Men ettersom undersøkelsen er gjort i en periode der NAV-kontorene ble etablert, er det ikke klart i hvilken grad resultatene er påvirket av selve prosessen med å etablere NAV-kontorene.[12] En av indikatorene som benyttes for å belyse den arbeidsrettede innsatsen på NAV-kontorene er overgang til arbeid for

[12] Meld. St. 33 (2015–2016) NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet

arbeidssøkere og personer med nedsatt arbeidsevne.[13] Denne statistikken er ikke direkte sammenliknbar med dataene fra effektevalueringen, og påvirkes – i motsetning til resultatene fra effektevalueringen – bl.a. av utviklingen på arbeidsmarkedet. I 2015 var overgangen til arbeid for arbeidssøkere og personer med nedsatt arbeidsevne på hhv. 59 pst. og 42 pst.[14] Overgangen til arbeid har vært relativt stabil for personer med nedsatt arbeidsevne, med relativt små endringer rundt 42–44 pst. fra år til år.

NAV- reformen skulle også bidra til færre på stønad. Andelen mottakere av helse-, sosial- og arbeidsrelaterte ytelser i yrkesaktiv alder har vært nokså stabil de siste 20 årene, på om lag 20 pst.[15] NAV- meldingen påpeker at selv om det samlede trygdeforbruket i perioden har vært stabilt, er sammensetningen endret ved en sterk reduksjon i uttaket av arbeidsledighetstrygd utover på 1990-tallet og en tilsvarende vekst i forbruket av helserelaterte trygdeytelser. Korrigert for endringer i befolkningens alderssammensetning er imidlertid det helserelaterte trygdeforbruket stabilt det siste tiåret. Utflatingen av veksten skjer imidlertid med utgangspunkt i et høyt nivå sett i et internasjonalt perspektiv. Når det gjelder uføretrygd topper Norge statistikken blant de europeiske landene.[16]

Sysselsettingsandelen blant personer med nedsatt funksjonsevne er lav, og det har kun skjedd små endringer over tid.[17] Andelen sysselsatte blant mennesker med nedsatt funksjonsevne i yrkesaktiv alder utgjorde 43 pst. av befolkningen i 2015, mot 74 pst. i hele befolkningen. For ytterligere omtale av mennesker med nedsatt funksjonsevne sin arbeidstilknytning, se kapittel 9.

Regjeringen satte i mars 2014 ned en ekspertgruppe for å få en helhetlig gjennomgang av arbeids- og velferdsforvaltningen. Sigrun Vågeng ledet ekspertgruppens arbeid. Ekspertgruppen la frem en delrapport i september 2014 og en sluttrapport i april 2015.

I sluttrapporten "Et NAV med muligheter", som ble levert i april 2015, ser ekspertgruppen på hvordan brukermøtene knyttet til de arbeidsrettede tjenestene i NAV-kontoret kan forbedres for å øke overgangen til arbeid. Ekspertgruppen legger særlig vekt på at verdien i arbeids- og velferdsforvaltningens arbeidsrettede tjenester skapes i møtet mellom NAV lokalt, brukeren og et lokalt/regionalt arbeidsmarked. Ekspertgruppen peker på en strategisk retning i fem hovedpunkter:

- Rykke nærmere arbeidsmarkedet og arbeidsgiver
- Større lokal frihet til å tilpasse tjenester til brukerens behov
- Mindre styring og mer ledelse
- Økt oppmerksomhet på brukeren, ikke på system
- Sikre kunnskapsbaserte tjenester og kompetanse i møte med brukerne

Meld. St. 33 (2015–2016) *NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet* ble lagt frem for Stortinget våren 2016. Meldingen handler om hvordan Regjeringen vil videreutvikle arbeids- og velferdsforvaltningen slik at den blir bedre i stand til å nå målene i arbeids- og velferdspolitikken. Med utgangspunkt i forslagene fra ekspertgruppen som har gjennomgått arbeids- og velferdsforvaltningen drøfter meldingen tiltak med sikte på å:

- Styrke og videreutvikle de arbeidsrettede tjenestene både for arbeidsgivere og arbeidssøkere

[13] Personer med nedsatt arbeidsevne er en betegnelse arbeids- og velferdsforvaltningen benytter for brukere som på grunn av fysiske, psykiske eller sosiale årsaker mottar eller skal motta spesiell oppfølging. Denne gruppen omfatter personer som har gjennomført en arbeidsevnevurdering i arbeids- og velferdsforvaltningen, som konkluderer med et betydelig behov for innsats for at personen skal komme i jobb.

[14] Årsrapport 2015, Arbeids- og velferdsdirektoratet

[15] Meld. St. 33 (2015–2016) NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet

[16] Meld. St. 33 (2015–2016) NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet

[17] Rapport for 2016: *"Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk"*, rapportering fra faggruppen for IA-avtalen

- Sikre utvikling av mer brukerrettede tjenester som er effektive, målrettede og bidrar til gode opplevelser for brukerne av NAV-kontoret
- Gi NAV-kontorene økt myndighet og handlefrihet

De arbeidsrettede tjenestene skal videreutvikles bl.a. gjennom tettere kontakt med arbeidsgiverne og et styrket samarbeid med bemanningsbransjen. Det skal legges mer vekt på kvalitet og resultater for arbeidssøkerne, og mindre på telling av tiltaksplasser. Tiltak for at de brukerrettede tjenestene skal bli mer effektive og målrettede er bl.a. flere selvbetjeningsløsninger og videreutvikling av kanalstrategien, noe som skal bidra til å frigjøre ressurser til arbeidsrettet oppfølging. Arbeids- og velferdsforvaltningen skal gis mer handlingsrom ved at NAV-kontorene får økt myndighet og handlingsfrihet. Det skal være mindre detaljstyring og mer vekt på ledelse, og det skal bli større lokal frihet til å velge tiltak basert på individuelle behov.

3.3.2 Betydningen av NAV-reformen for hjelpemiddelområdet

Som nevnt er et av hovedformålene med NAV-reformen å få flere i arbeid og aktivitet, samt å få en mer helhetlig arbeids- og velferdsforvaltning. Reformen gir dermed grunnlag for et enda tettere samarbeid mellom hjelpemiddelsentralene og de arbeidsrettede tjenestene enn tilfellet var da dette lå under hhv. trygdeetaten og Aetat. Organisasjonsendringen som følge av NAV- reformen gir muligheter for mer enhetlig bistand til personer med tilretteleggingsbehov der bl.a. flere virkemidler innrettet mot å få funksjonshemmede over i arbeid kan ses mer i sammenheng, jf. kapittel 9.

Arbeids- og velferdsdirektoratet rapporterer at hjelpemiddelsentralene arbeider systematisk for å til et tettere samarbeid med NAV- kontorene om enkeltsaker. Direktoratet rapporterer videre at samarbeidet har ført til økt kunnskap om de ulike enhetenes kompetanse, muligheter og virkemidler, og at dette samarbeidet kommer brukeren til gode ved at det blir gjort bedre individuelle vurderinger. Evalueringer som omhandler NAV-reformen har i liten grad belyst hvorvidt økt samarbeid mellom hjelpemiddelsentralene og NAV-kontoret har bidratt til at flere med nedsatt funksjonsevne kommer i arbeid. Alle hjelpemiddelsentralene samarbeider med NAV Fylke og NAV-kontor om tilretteleggings- og oppfølgingsavtalen og arbeidet med Jobbstrategien. Sintef påpeker imidlertid at målgruppen for Jobbstrategien, slik den ser ut i virkeligheten, ikke har invitert til det store samarbeidet med hjelpemiddelsentralene.[18]

3.4 Kommunereformen

Regjeringen har tatt initiativ til en kommunereform. Målet for reformen er å sikre gode og likeverdige tjenester til innbyggerne, en mer helhetlig og samordnet samfunnsutvikling, bærekraftige og økonomisk robuste kommuner og et styrket lokaldemokrati.[19]

Bakgrunnen for reformen er bl.a. at svekkede økonomiske rammebetingelser, den demografiske utviklingen med en høyere andel eldre, en sterk vekst i kommunenes oppgaver og ansvar samt behovet for en mer samordnet planlegging, legger press på kommunenes kapasitet og kompetanse. Regjeringen viser til at vi står overfor utviklingstrekk og utfordringer som peker i retning av og forsterker behovet for at kommunene må bli større for å ivareta sine oppgaver i fremtiden.[20] Færre og større kommuner vil ifølge Regjeringen kunne bidra til å opprettholde og videreutvikle kommunenes muligheter til å gi gode tjenester til innbyggerne og en god samfunnsutvikling.

Kommunereformen skal legge til rette for at flere kommuner slår seg sammen til større og mer robuste. Færre og større kommuner skal gi bedre kapasitet til å ivareta og videreutvikle lovpålagte

---

[18] Solveig Osborg Ose, Roland Mandal og Karin Dyrstad (2015) *"Samarbeid og kommunikasjon rundt IA-avtalen og Jobbstrategie*n", SINTEF Teknologi og samfunn

[19] Prop. 95 S (2013–2014) Kommuneproposisjonen 2015

[20] Prop. 123 S (2015–2016) Kommuneproposisjonen 2017

oppgaver, gi bedre muligheter til å utvikle bærekraftige og gode lokalsamfunn, samt ivareta viktige frivillige oppgaver. Generalistkommuneprinsippet er et utgangspunkt for reformen. Som et generelt prinsipp skal reformen legge et grunnlag for at alle kommuner kan løse sine lovpålagte oppgaver selv. Kommunestrukturen skal legge til rette for en enhetlig og oversiktlig forvaltning.

Regjeringen foreslår også en regionreform som skal skape sterkere regioner. Kommunal- og moderniseringsdepartementet la 5. april 2016 frem Meld. St. 22 (2015–2016) om nye folkevalgte regioners rolle, struktur og oppgaver.[21]

3.4.1 Status for strukturreformen

I kommuneproposisjonen for 2017 redegjøres det for status når det gjelder kommunesammenslåinger.[22] Det er lagt til rette for at kommunene som har ønsket å være tidlig ute i reformen skulle ha et eget løp. Elleve av dagens kommuner blir til fem kommuner i reformens første løp. Den første kommunen, nye Sandefjord kommune, ble slått sammen fra 1. januar 2017. De øvrige sammenslåingene vil tre i kraft fra 1. januar 2018.

1. juli 2016 var fristen for kommunene til å gjøre vedtak om sammenslåing i kommunereformen. Kommuner som ikke var helt ferdige med prosessen, fikk mulighet til å fullføre i løpet av høsten. Minstekravet til vedtak er om og eventuelt hvem kommunen ønsker å slå seg sammen med. Per 30. november 2016 har 145 kommuner gjort positive vedtak om sammenslåing.

Ved behandlingen av Prop. 121 S (2014–2015) *Kommuneproposisjonen 2016*, jf. Innst. 375 S (2014–2015), fattet Stortinget et anmodningsvedtak om at regjeringen skal sørge for at fylkesmennene kommer med sin tilrådning om kommunestrukturen i fylket etter at kommunene har gjort sine vedtak innen 1. juli 2016. I tråd med dette skulle fylkesmannen innen 1. oktober 2016 oppsummere og vurdere om vedtakene er i tråd med målene for reformen, og gi en tilrådning om fremtidig kommunestruktur i fylket.

Regjeringen vil fremme forslag til endringer i kommunestrukturen for Stortinget våren 2017. Kommunene som foreslås sammenslått vil i hovedsak bli slått sammen med virkning fra 1. januar 2020, eventuelt 1. januar 2019 etter lokale ønsker.

3.4.2 Nye oppgaver til større kommuner

Regjeringen skriver i Meld. St. 14 (2014–2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* at en endret kommunestruktur med større kommuner vil legge grunnlaget for å kunne overføre flere oppgaver til kommunene. I denne meldingen la Regjeringen frem sine forslag til oppgaver som kan overføres til kommunene. Stortinget behandlet meldingen 9. juni 2015 på grunnlag av Innst. 333 S (2014–2015). Flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen sluttet seg i hovedsak til meldingens forslag om oppgaveoverføringer.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet sendte våren 2016 forslag om nye oppgaver til kommunene på høring.[23] Regjeringen tar videre sikte på å fremme en lovproposisjon for Stortinget våren 2017, samtidig med forslag om ny kommunestruktur og nytt regionalt nivå.

---

[21] Meld. St. 22 (2015–2016) Nye folkevalgte regioner – rolle, struktur og oppgaver

[22] Prop. 123 S (2015–2016) Kommuneproposisjonen 2017

[23] Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016) *Høringsnotat om nye oppgaver til større kommuner:* https://www.regjeringen.no/contentassets/a5e831ee73104532b04db18faee7bae1/horingsnotat-nye-oppgaver-til-storre-kommuner-til-publisering-korrigert.pdf

Hjelpemidler
I Meld. St. 14 (2014–2015) foreslås det at ansvaret for basishjelpemidler kan overføres til større kommuner. Det vises til at forslaget langt på vei er i tråd med anbefalingene fra Ekspertutvalget for kommunereformen.[24] Utvalget mente at ansvaret for hjelpemidler til varige behov kan overføres til kommuner med mer enn 15 000–20 000 innbyggere. Gruppen mente at det imidlertid er behov for nærmere utredning av hvordan utfordringene knyttet til lager, logistikk og kompetanse i kompliserte saker kan håndteres, herunder hjelpemiddelsentralenes rolle.

Under Stortingets behandling av meldingen, jf. Innst. 333 (2014–2015), viser kommunal- og forvaltningskomiteens flertall til at ansvaret for hjelpemidler allerede delvis er et kommunalt ansvar og at brukerne trenger et helhetlig tilbud. Det vises til at målet for en videre utredning er å finne en naturlig balanse mellom statlig og kommunalt ansvar. Komiteen understreker at hensynet til brukerne skal stå i fokus for den løsningen som blir valgt.

I høringsnotatet som er sendt ut våren 2016 vises det til at videre drøftinger knyttet til dette forslaget i første omgang vil skje av ekspertutvalget som skal foreta en helhetlig gjennomgang av hjelpemiddelpolitikken.

Tilskudd til tilpasning av bolig
Tilskudd til tilpasning av bolig skal bidra til at personer med nedsatt funksjonsevne får tilpasset boligen til sine behov. Å tilpasse en bolig innebærer å gjøre den mer egnet når det oppstår nedsatt funksjonsevne.

Tilskudd gis til husstander som har personer med nedsatt funksjonsevne og eldre som har behov for å tilpasse boligen sin. Ordningen er økonomisk behovsprøvd. Kommunene kan vurdere tilskudd til tilpasning i sammenheng med Husbankens øvrige økonomiske virkemidler samt andre statlige eller kommunale virkemidler som bidrar til at funksjonshemmede og eldre i størst mulig grad skal kunne bo hjemme og motta tjenester i eget hjem.

I høringsnotatet som ble sendt ut våren 2016 foreslår Kommunal- og moderniseringsdepartementet at ansvaret for den personrettede delen av tilskudd til tilpasning av bolig overføres til kommunene. Rent teknisk gjøres dette gjennom å innlemme tilskuddsordningen i rammetilskuddet til kommunene. Kommunene får etter forslaget en lovpålagt plikt til å vurdere søknader om tilpasningstilskudd. Denne plikten er foreslått hjemlet i bustøttelova.

Det vises i høringsnotatet til at en overføring av oppgaven kan gi flere fordeler. For det første får kommunene et mer helhetlig ansvar for den boligsosiale politikken slik at de i større grad kan se lokale boligsosiale utfordringer i sammenheng med andre velferdsområder. For det andre blir det mer forutsigbart for kommunene hvilke ressurser som står til rådighet. For det tredje blir det en forenkling for kommunene når de ikke må søke Husbanken om tilskuddsmidler.

Rehabilitering
Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering følger av helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Det statlige og det kommunale ansvaret er nærmere utdypet i en egen forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende skal kommunen sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Videre skal det regionale helseforetaket bl.a. sørge for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter, og råd og veiledning til ansatte i kommunen.

[24] Ekspertutvalg for kommunereformen (2014) *"Kriterier for god kommunestruktur"*, sluttrapport, desember 2014

Selv om det i lovgivningen opereres med et entydig skille mellom tjenestenivåenes ansvar, vil tjenestenivåenes ansvar og oppgaver endre seg noe over tid, bl.a. på grunn av faglig og teknologisk utvikling og helsepolitiske mål. I praksis er det ofte også slik at avklaring av ansvar og oppgaver ikke kan avgrenses til et spørsmål om "enten eller". Mange av de som mottar mesteparten av tjenestene fra kommunen, har i tillegg behov for samtidige tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Ekspertutvalget for kommunereformen skrev i sin sluttrapport at kommuner med en minimumsstørrelse på 15 000–20 000 innbyggere kan overta alt ansvar for habilitering og rehabilitering. I Meld. St. 14 (2014–2015) foreslo Regjeringen at større kommuner kan få et større ansvar for rehabiliteringstjenester som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten. I primærhelsetjenestemeldingen[25] vises det til at det vil være fordeler ved å samle en større del av rehabiliteringsansvaret i kommunene. Overføring av ansvar til kommunene vil bl.a. kunne gi bedre og mer helhetlige løsninger for pasienter og brukere ved at kommunene kan se rehabilitering i sammenheng med de øvrige kommunale tjenestene. Det vil også gi kommunene sterkere insentiver til å satse mer på forebygging og rehabilitering i hjemmet. Større kommuner kan få et større ansvar innen rehabilitering som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten. I det videre arbeidet med kommunereformen skal det utredes nærmere hvilke oppgaver innen rehabilitering større kommuner skal få et større ansvar for, samt i hvilken form en slik ansvarsendring skal skje.

3.4.3 Betydningen av kommunereformen for hjelpemiddelområdet

Kommunereformen skal legge til rette for at flere kommuner slår seg sammen til større og mer robuste kommuner. Færre og større kommuner skal gi bedre kapasitet til å ivareta og videreutvikle lovpålagte oppgaver, og gi bedre muligheter til å utvikle bærekraftige og gode lokalsamfunn som ivaretar viktige frivillige oppgaver. Ifølge Regjeringen vil en endret kommunestruktur med større kommuner legge grunnlaget for å kunne overføre flere oppgaver til kommunene.

Det er grunn til å vurdere ansvarsdelingen mellom stat og kommune på hjelpemiddelområdet i lys av kommunereformen. Det følger av dette utvalgets mandat at utredningen skal inkludere en vurdering av den mest hensiktsmessige ansvarsdelingen mellom stat og kommune når det gjelder stønad til hjelpemidler, og at den må ses i sammenheng med Regjeringens forslag i Meld. St. 14 (2014–2015), hvor det foreslås at ansvaret for basishjelpemidler kan overføres til større kommuner.

Både innenfor rehabilitering og tilrettelegging av bolig foreslår Regjeringen å overføre ansvar fra stat til kommune. Forslaget om å overføre ansvaret for tilskudd til tilpasning av bolig fra Husbanken til kommunene gir kommunene et mer helhetlig ansvar for den boligsosiale politikken. Samtidig har folketrygden et ansvar for individuelle hjelpemidler og tilrettelegging av bolig som grenser opp mot dette.

[25] Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

4 Sentrale utredninger på hjelpemiddelområdet og andre politikkområder

Holte-utvalget foretok i NOU 2010:5 *Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering* en helhetlig gjennomgang av forvaltning, organisering og finansiering på hjelpemiddelområdet. Noen av utvalgets forslag er gjennomført, men utredningen er ikke fulgt opp overfor Stortinget som en egen sak. Etter at Holte-utvalget la frem sin innstilling, har det vært gjennomført flere andre utredninger på tilgrensende områder som har betydning for hjelpemiddelpolitikken. Dette er bl.a. NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* og NOU 2011:15 *Rom for alle*. Utredningene er fulgt opp gjennom hhv. Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* og Meld. St. 17 (2012–2013) *Byggje – bu – leve*. Arbeidene legger viktige premisser for fremtidens omsorgsutfordringer. Det fremgår av mandatet at utvalget skal foreta en samlet vurdering som baserer seg på de vurderinger som er gjort i disse utredningene. I dette kapitlet gis det en oppsummering av utredningene og oppfølgingen av disse.

4.1 Hjelpemiddelområdet

4.1.1 NOU 2010:5 Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering – Et helthetlig hjelpemiddeltilbud

I NOU 2010:5 foretok Holte-utvalget en bred gjennomgang av forvaltning, organisering og finansiering på hjelpemiddelområdet. De kom med en rekke forslag til endringer og forbedringer på området.

Utvalget identifiserte følgende reformbehov som de viktigste:

- Økt brukermedvirkning, større valgfrihet og forenkling
- Et mer robust og fleksibelt system i lys av samfunnsutviklingen
- Harmonisering av virkemidler for å oppnå mer helhetlige løsninger
- Bedre arbeidsretting av virkemidler på hjelpemiddelområdet
- Kompetanseløft gjennom satsing på forskning, utvikling og innovasjon

Forslag for å styrke sektoransvaret
Utvalgets forslag til endringer i hjelpemiddelforvaltningen bygget i stor grad på sektoransvarsprinsippet. Deres vurdering var at plasseringen av det særskilte ansvaret for stønader til hjelpemidler i folketrygdloven skaper uklarheter og gråsoner. Utvalget mente at et sterkere og tydeligere sektoransvar vil kunne bidra til mer helhetlige løsninger og mer rasjonell utnyttelse av ressursene. I tråd med dette foreslo utvalget en rekke konkrete endringer som skulle styrke sektoransvaret, og foreslo samtidig at det ble nedsatt et lovutvalg med oppgave å utrede fremtidig lovgivning.

Ansvaret for basishjelpemidler i dagliglivet ble foreslått overført til kommunene. Etter utvalgets syn måtte det være en målsetning at en ansvarsoverføring i størst mulig grad reduserte dagens skille mellom hjelpemidler til midlertidige og varige behov, samt skillet mellom basishjelpemidler til brukere i institusjon og hjemmeboende, herunder boende i omsorgsboliger. Utvalget la til grunn at en overføring i første rekke ville medføre endringer med hensyn til finansiering, anskaffelser, lager og logistikk samt ansvar for gjenbruk. Det ble anbefalt at staten fortsatt skulle ha ansvar for å gjennomføre anskaffelsesprosessen, forutsatt at dette var et ønske fra kommunenes side.

Utvalget tilrådde at forslaget ble utredet nærmere, og anbefalte herunder at man ved en overføring må se på de samlede offentlige kostnadene og ikke på folketrygdens utgifter isolert. En ansvarsoverføring burde etter utvalgets mening ses i sammenheng med det ansvaret kommunene allerede har når det gjelder midlertidige behov. En overføring måtte videre ikke skape nye gråsoner mellom stat og kommune i forhold til uklarheter i ansvarsforholdene overfor brukerne. En modell rundt innkjøpssamarbeidet forutsettes utarbeidet i et nærmere samarbeid mellom staten og representanter for kommunesektoren. En slik justering av dagens modell når det gjelder finansieringsansvaret for

basishjelpemidler, sto etter utvalgets syn ikke i motsetning til at samarbeidet mellom hjelpemiddelsentraler og kommuner på hjelpemiddelområdet opprettholdes også i et fremtidig system.

Folketrygdloven gir rett til visse typer opplæringstiltak i dagliglivet til personer med sansetap. Ansvaret for ulike typer opplæringstiltak følger imidlertid også av annen lovgivning, og utvalget pekte på at det overlappende ansvaret medfører fare for ansvarsfraskrivelse. På denne bakgrunn foreslo de en opprydning på feltet ved en tydeliggjøring av at kommunen og spesialisthelsetjenesten har et helhetlig ansvar for opplæring, habilitering og rehabilitering for alle typer funksjonsnedsettelser.

Utvalget viste til at Arbeids- og velferdsetaten i liten grad har mulighet til å faglig overprøve søknadene eller rekvisisjonene som gjelder høreapparater og ortopediske hjelpemidler. Dette medfører etter utvalgets vurdering svak kontroll knyttet til utbetalingen. Utvalgets flertall foreslo derfor at vedtaks- og finansieringsansvaret for høreapparater og ortopediske hjelpemidler legges til spesialisthelsetjenesten.

Videre ble det foreslått å tydeliggjøre opplæringsmyndighetenes ansvar for opplæring og tilrettelegging i barnehage- og opplæringsloven og spesialisthelsetjenestens ansvar for behandlingshjelpemidler i og utenfor institusjon i spesialisthelsetjenesteloven.

Forslag knyttet til tilrettelegging av bolig
Utvalget vurderte at det er behov for ordninger som representerer forutsigbarhet og klare rettigheter for brukerne og hvor løsninger ikke velges ut fra finansieringsmulighetene i enkelttilfeller. Trappeheis og løfteanordninger bør etter utvalgets mening ses på som bygningsmessige endringer og tilrettelegging av bolig som hører inn under Husbankens ansvarsområde.

Det er et kommunalt ansvar å medvirke til å skaffe egnet bolig. Utvalget påpekte at boligrådgivning i den forbindelse er helt avgjørende for hvorvidt brukere får den hjelpen de har krav på. De foreslo en styrking av retten til bistand fra kommunen til de som ikke er i stand til å skaffe seg tilrettelagt bolig selv.

Utvalget mente at berørte departementer så snart som mulig bør utrede en mer helhetlig løsning på området. Det blir etter utvalgets vurdering viktig å finne fremtidsrettede ordninger som i størst mulig grad legger til rette for varige løsninger fremfor midlertidige.

Forslag knyttet til hjelpemidler i arbeidslivet
For å styrke Arbeids- og velferdsetatens arbeid med et mer inkluderende arbeidsliv for personer med nedsatt funksjonsevne, foreslo utvalget å overføre stønader etter folketrygdloven til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet, tilretteleggingstilskuddet og funksjonsassistentordningen til en "ny" arbeidsmarkedslov. Det var en forutsetning for forslaget at retten til arbeidshjelpemidler ikke svekkes. Forslaget skulle bidra til at virkemidler knyttet til tilrettelegging i arbeidslivet for personer med nedsatt funksjonsevne bedre kan ses i sammenheng med de øvrige arbeidsrettede virkemidlene. Samtidig fremhevet utvalget et behov for at hjelpemiddelsentralenes rolle som et ressurs- og kompetansemiljø overfor arbeidslivet styrkes samt at det må sikres at hjelpemiddelsentralenes kompetanse om hjelpemidler og tilrettelegging inngår i de brukerrettede prosessene for å få flere med funksjonsnedsettelser over i ordinært arbeid.

Utvalget foreslo videre flere enkelttiltak knyttet til hjelpemidler i arbeidslivet:

- Utvide målgruppen for tilretteleggingstilskuddet slik at det kan gis til alle virksomheter uavhengig av om de er IA-virksomheter eller ikke
- Vurdere rett til hjelpemidler for personer som deltar i tiltaket varig tilrettelagt arbeid
- Utvide og lovfeste forsøksordningen med funksjonsassistent i arbeidslivet
- Lovfeste forsøksordningen med arbeids- og utdanningsreiser

Øvrige forslag
Utvalget foreslo at det opprettes et rådgivende ekspertorgan som kan følge utviklingen på området. Et slikt ekspertorgan skulle bidra i utforming og kvalitetssikring av grunnlaget for beslutninger om hvilke hjelpemidler det offentlige skal gi støtte til. Ekspertorganet kunne også uttale seg om hvor det kunne

være aktuelt å gi tilskudd som alternativ til utlån. Utvalget tilrådde at brukerorganisasjonene var representert i et slikt organ.

Det ble videre foreslått å gi brukerne større valgfrihet og åpne for mer fleksible løsninger gjennom økt bruk tilskudd. Tilskudd ble vurdert som aktuelt for både enkle og mer teknologisk avanserte hjelpemidler. Det ble imidlertid lagt til grunn at de brukerne som ønsket det fortsatt skulle kunne låne hjelpemidler.

Utvalget viste til rapporter om at inaktivitet i økende grad fører til livsstilsykdommer og dårlig helse, og foreslo at aldersgrensen på 26 år for aktivitetshjelpemidler og utstyr til trening, stimulering og lek oppheves.

Utvalget mente at det som ledd i en videreutvikling av området er behov for en samlet tilnærming til kompetanse, forskning og innovasjon på hjelpemiddelområdet. På denne bakgrunn tilrådde utvalget at det utarbeides en nasjonal strategi for kompetanse, forskning og innovasjon for hjelpemidler.

4.1.2 Oppfølgingen av NOU 2010:5

Holte-utvalgets rapport ble sendt på en bred høring. Mange av forslagene møtte stor motstand i høringsrunden. Det klart overveiende flertallet av høringsinstansene var negative til forslaget om å i større grad legge *sektoransvarsprinsippet* til grunn for organiseringen av hjelpemiddelområdet. Forslagene knyttet til sterkere sektoransvar ble særlig kritisert av brukerorganisasjonene. Det ble vist til at prinsippet vil kunne få negative konsekvenser for brukerne gjennom fragmentering av ansvar, at brukerne må forholde seg til flere steder, fare for geografiske ulikheter i tilbud og at brukerne mister spesialisert bistand fra hjelpemiddelsentralene. I tillegg viste flertallet av kommunene og mange brukerorganisasjoner til administrative ulemper, herunder dårlig ressursutnyttelse og økt byråkrati som følge av mer fragmentert ansvar. Kommunene og brukerorganisasjonene uttrykte også sterk bekymring for at finansieringen vil gå fra overslagsbevilgning til rammefinansiering.

Brukerorganisasjonene og flertallet av interesse- og bransjeorganisasjonene var negative til forslaget om å overføre ansvaret for *basishjelpemidler* til kommunene. Hovedbegrunnelsen var at det vil svekke brukernes rettigheter. KS viste til at man er fornøyd med dagens system og at det bør videreføres uten endringer.

Forslaget om å rydde opp i ansvarsforholdene knyttet til *opplæringstiltak for personer med sansetap* ble støttet av Arbeids- og velferdsdirektoratet, men ikke av brukerorganisasjonene, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Alle brukerorganisasjonene avviste forslaget om å overføre ansvaret for *høreapparater og ortopediske hjelpemidler* til spesialisthelsetjenesten. Hovedbegrunnelsen var at forslaget vil svekke brukernes rettigheter og innebære forskjellsbehandling når det gjelder disse hjelpemidlene. Også interesse- og bransjeorganisasjonene var imot forslaget, mens en arbeidstakerorganisasjon mente at forslaget vil rydde opp i "gråsoneproblematikk". Legeforeningen støttet at ortopediske hjelpemidler overføres til spesialisthelsetjenesten, men mente at vedtaks- og finansieringsansvaret for høreapparater fortsatt bør ligge i Arbeids- og velferdsetaten.

Det var gjennomgående stor oppslutning blant høringsinstansene om behovet for økt fokus på *hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet*. Utvalgets forslag om å styrke samhandling og kompetanse i Arbeids- og velferdsetaten om hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, og forslagene om lovfesting av funksjonsassistent og arbeids- og utdanningsreiser ble støttet eksplisitt av nesten alle høringsinstansene som uttalte seg om dette temaet. Med unntak av arbeidslivets parter, var det også bred oppslutning om forslaget om å utvide målgruppen for tilretteleggingstilskuddet til alle arbeidsgivere. De fleste høringsinstansene som uttalte seg i tilknytning til temaet hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, hadde også synspunkter på utvalgets forslag om å samle virkemidlene knyttet til arbeidsliv i en "ny" arbeidsmarkedslov. Et klart flertall blant disse var imot eller skeptiske til forslaget.

Brukerorganisasjonene og partene i arbeidslivet var delte i synet på forslaget om et *rådgivende ekspertorgan* som kan følge utviklingen på området med sikte på bistand knyttet til utdyping og kvalitetssikring av grunnlaget for beslutninger om hvilke hjelpemidler som tas inn og ut av sortimentet, hvilke hjelpemidler som skal anses som basishjelpemidler og hva som kan være aktuelt å gi som tilskudd.

Alle sentrale brukerorganisasjoner var, med noen få unntak, motstandere av eller skeptiske til *økt bruk av tilskudd*. Dette ble begrunnet bl.a. med at ikke alle brukere har ressurser til å foreta hensiktsmessige valg, noe som vil resultere i feilkjøp, og at endringen vil medføre økte sosiale forskjeller og svekket faglig bistand mht. utprøving, valg, opplæring og reparasjon av hjelpemidler. Noen brukerorganisasjoner var positive til forslaget fordi endringen vil medføre økt valgfrihet for brukerne. Partene i arbeidslivet var skeptiske til eller motstandere av økt bruk av tilskudd. Et flertall av fylkeskommunene, kommunene og kommunale/fylkeskommunale råd for funksjonshemmede som uttalte seg om forslaget, var enten skeptiske eller motstandere av en mer tilskuddsbasert modell.

Forslaget om å oppheve aldersgrensen for *aktivitetshjelpemidler og hjelpemidler til trening, stimulering og lek* ble støttet av så godt som alle høringsinstansene.

Samtlige høringsinstanser støttet forslaget om at det utvikles en samlet tilnærming til *kompetanse, forskning og innovasjon* på hjelpemiddelområdet.

Følgende av Holte-utvalgets forslag er gjennomført:

- Ansvaret for behandlingshjelpemidler ble overført til spesialisthelsetjenesten med virkning fra 1. januar 2013
- Det har vært økt satsing på tilrettelegging i arbeidslivet, bl.a. gjennom *Jobbstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne* (se nærmere omtale i kapittel 9)
- Ordningen med arbeids- og utdanningsreiser ble gjort permanent og landsomfattende i 2013
- Ordningen med funksjonsassistanse i arbeidslivet ble gjort permanent i 2014
- Det ble etablert en ny, rammestyrt ordning med stønad til aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år fra 1. juli 2014

4.2 Helse- og omsorgssektoren

4.2.1 NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

Utvalget som leverte NOU 2011:11 (Hagen-utvalget) fikk i oppdrag å utrede muligheter og foreslå nye innovative grep og løsninger for å møte fremtidens omsorgsutfordringer. Utvalget la vekt på at dersom "velferdssamfunnet skal virkeliggjøre verdier som deltakelse, uavhengighet, selvstendighet, verdighet og normalisering, forutsetter det sterk brukerinnflytelse og kontroll over egen livssituasjon." Dette lå til grunn både for utvalgets forslag til nye boligløsninger og behovet for hjelpemidler og velferdsteknologiske løsninger.

Forslag knyttet til fremtidens boligløsninger
Utvalget påpekte at de fleste boliger og institusjoner vi skal bo og motta helse- og omsorgstjenester i de neste tiårene allerede er bygget. Utvalget mente derfor at et viktig fokus de nærmeste årene vil være fornyelse og ombygging, slik at eksisterende boligmasse er godt tilrettelagt og kan fungere optimalt i møte med morgendagens behov. Bedre tilrettelegging av egen bolig, bruk av velferdsteknologi, dagtilbud, utbygging av trygghetsboliger og sterkere satsing på hjemmetjenester og rehabilitering, kan etter utvalgets vurdering være alternativ til, eller bidra til å utsette behovet for heldøgns omsorgsplasser.

Utvalget påpekte at dagens finansieringssystem for sykehjem og omsorgsboliger kan gi kommunene økonomiske insentiver med utilsiktede vridningseffekter på utbyggingsmønsteret. Utvalget gikk derfor inn for å innføre samme finansierings- og egenbetalingsordning, samt samme rett til medisiner, tekniske hjelpemidler og bostøtte for alle, uavhengig av boform.

Forslag knyttet til velferdsteknologi
Utvalget påpekte at omsorgstjenestene har et stort uutnyttet potensial for å ta i bruk tilgjengelig teknologi og for å utvikle ny. De la frem en plan for utbredelse og praktisk bruk av velferdsteknologi.

Videre foreslo utvalget at det settes som krav at nye eller renoverte bygg som finansieres gjennom Husbankens investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger skal være tilrettelagt for tilkopling av alarmer, sensorer og smarthusteknologi. I denne sammenheng pekte utvalget også på behovet for å utvikle en standardisert kommunikasjonsplattform i hjemmet, med tjenester som etter hvert kan tilpasses den enkelte brukers behov.

4.2.2 Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg

Stoltenberg II-regjeringen la i 2013 frem Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* som en oppfølging av NOU 2011:11. Meldingen bygger i hovedsak på Hagen-utvalgets utredning og de høringsuttalelsene som kom i høringsrunden. Meldingen var ment å legge grunnlaget for en fremtidsrettet politikk for de kommunale omsorgstjenestene ved å trekke opp perspektivene og bidra til arbeidet med utforming av nye løsninger for omsorgsfeltet frem mot de store demografiske utfordringene omsorgssektoren står overfor i tiårene fra 2025. I meldingen foreslås et innovasjonsprogram for morgendagens omsorg, Omsorgsplan 2020. Omsorgsplan 2020 tar sikte på å utforme nye løsninger for fremtidens omsorg, sammen med brukere, pårørende, kommuner, ideelle organisasjoner, forskningsmiljøer og næringslivet. Planen legger grunnlaget for en ny aktiv pårørendepolitikk og en nasjonal strategi for frivillig arbeid, og peker ut tre områder som noen av omsorgstjenestens viktigste utfordringer og muligheter:

- Aktiv omsorg
- Hverdagsrehabilitering
- Omsorg og død

I meldingen understrekes behovet for faglig omstilling og større faglig bredde med sterkere vekt på rehabilitering, tidlig innsats, aktivisering, velferdsteknologi, nettverksarbeid, miljøbehandling og veiledning av frivillige og pårørende.

En del av planen for fremtidens omsorg er etableringen av et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene.[26] Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Programmet skal bidra til utvikling, utprøving og implementering av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, kompetanseheving og opplæring, samt etablering av åpne standarder for velferdsteknologi.

Omsorg 2020 er Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Den omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen, med tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*, jf. Innst. 447 (2012–2103). Omsorg 2020 ble lagt frem samtidig med Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. De fem hovedsatsingsområdene i Omsorg 2020 er:

- Tjenestene skapes sammen med bruker, pasient og pårørende
- En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste
- Moderne og godt utstyrte lokaler og boformer
- Den nye hjemmetjenesten
- Forenkling, fornying og forbedring gjennom innovasjon

[26] Nasjonalt program for velferdsteknologi er nærmere omtalt i punkt 6.3.

4.2.3 Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

I stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste løfter Regjeringen frem nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020. Tiltakene skal bidra til nye løsninger for å sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet. De viktigste satsingsområdene i meldingen for øvrig er økt kompetanse, bedre ledelse og teamorganisering. Det foreslås bl.a. å lovfeste en liste over profesjoner som kommunene må ha for å gi innbyggerne tjenestene de trenger. I denne sammenheng trekkes det frem at ergoterapikompetanse vil være sentralt for å tilrettelegge omgivelsene for praktisk aktivitet for å mestre hverdagen og representerer viktig kompetanse innen habilitering og rehabilitering. I behandlingen av meldingen ba Stortinget regjeringen komme tilbake med forslag til lovendring som inkluderer ergoterapikompetanse som en lovpålagt tjeneste i kommunene.[27] Helse- og omsorgsdepartementet sendte høsten 2016 ut et høringsforslag om lovfesting av at alle kommuner må ha knyttet til seg ergoterapeut fra 2020.[28]

I primærhelsetjenestemeldingen omtales også forslaget i Meld. St. 14 (2014–2015) om å overføre mer ansvar for rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Se omtale av dette under punkt 3.4.

4.2.4 Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

Regjeringen har utarbeidet en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, jf. Prop. 1 S (2016–2017). Planen gir oversikt over hovedutfordringene på feltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse utfordringene. Opptrappingsplanen skal særlig bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud til sine innbyggere og over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Planen skal også bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten, samhandlingen og koordineringen mellom nivåene og innenfor disse. For å få dette til er endringer i arbeidsformer og kompetanse nødvendig.

I planen blir velferdsteknologi omtalt som et viktig område for å gi brukerne bedre mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidra til at flere kan føle seg trygge i eget hjem. I tillegg kan velferdsteknologi fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.

4.3 Boligpolitikken

4.3.1 NOU 2011:15 Rom for alle – En sosial boligpolitikk for framtiden

Boligutvalget fikk i oppgave å drøfte og gi tilrådninger om hvordan sentrale oppgaver i den sosiale boligpolitikken skal møtes i årene fremover.

Utvalget konkluderte i NOU 2011:15 med at det er god samfunnsøkonomi å føre en aktiv og sosial boligpolitikk. Det viktigste er ifølge utvalget imidlertid anerkjennelsen av at alle trenger en bolig og et hjem for å kunne leve et verdig liv – det skal være rom for alle.

Utvalget mente staten må opptre som én enhet i sin dialog og sitt samarbeid med kommunene, og at Husbankens rolle som boligsosial støttespiller for kommunene må forsterkes og videreutvikles. De foreslo at Husbanken gis en rolle som samordner av statlig politikk overfor kommunene. Utvalget mente også at kommunene må ha klarere juridiske rammer for sitt boligsosiale ansvar. De mente en sterkere lovforankring vil likestille det boligpolitiske feltet med andre velferdsområder, som helse,

[27] Se Innst. 40 S (2015–2016).

[28] Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.:* https://www.regjeringen.no/contentassets/4b969cc159384aca86776fc9404aa32f/hoeringsnotat_kjj_6_6_16.pdf

utdanning og inntektssikring. Samtidig understreket utvalget at kommunene må sikres økonomiske rammer som gjør det mulig å ivareta ansvaret.

Den demografiske utviklingen viser at antall eldre vil øke betraktelig i årene fremover. I tillegg til å satse på utbedring og bygging av flere omsorgsboliger og sykehjemsplasser, mente utvalget det er viktig å legge til rette for at flere kan bo lenger hjemme. De foreslo at tilskudd til tilpasning fra Husbanken styrkes med 75 mill. kroner. Innretningen og forvaltningen av tilpasningstilskuddet bør etter utvalgets vurdering ses i sammenheng med arbeidet som gjøres på hjelpemiddelområdet.

Utvalget mente for øvrig at kommunale boliger, fortrinnsvis omsorgsboliger, i for stor grad har blitt brukt til å bosette personer med nedsatt funksjonsevne. Ifølge utvalget burde flere kunne bo i egen eid bolig, forutsatt et godt utviklet tjenestetilbud og større innslag av tilpassede og universelt utformede boliger.

4.3.2 Meld. St. 17 (2012–2013) Byggje – bu – leve

Stoltenberg II-regjeringen la i 2013 frem Meld. St. 17 (2012–2013) *Byggje – bu - leve*, som en oppfølging av Boligutvalgets innstilling.

Det vises til at boliger med god tilgjengelighet bidrar til at personer med nedsatt funksjonsevne har gode levekår og livskvalitet på linje med resten av befolkningen. De fleste eldre vil bo hjemme så lenge som mulig. I meldingen vises det til at plan- og bygningsloven er et virkemiddel for å gjøre boligene og omgivelsene mer tilgjengelige, men at tilgjengelighet i boliger ikke kan komme gjennom nybygging alene. Det er heller ikke mulig å dekke behovet for egnede boliger kun gjennom bygging av institusjoner og omsorgsboliger, og det er derfor viktig å legge til rette for tilpasning og tilrettelegging av eksisterende boligmasse. Følgende konkrete tiltak foreslås:

- Ordningen med tilskudd som alternativ til trappeheis/løfteplattform eller rampe gjøres permanent
- Det vurderes å legge om finansieringen av hjelpemidler for tilrettelegging av fellesareal i flerleilighetsbygg (trappeheis o.l.) fra folketrygden til Husbanken
- Det utarbeides en samling med eksempler på hvordan rådgivning om tilpasning av bolig kan organiseres i kommunene

Ordningen med tilskudd som alternativ til trappeheis/løfteplattform eller rampe ble som en oppfølging av meldingen gjort permanent i 2015. Dette innebærer at innebærer at Arbeids- og velferdsetaten kan gi tilskudd til tilrettelegging av bolig på ett plan i stedet for utlån av trappeheis eller løfteplattform. Videre har Husbanken i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet en eksempelsamling som viser hvordan organiseringen av arbeidet med rådgivning om boligtilpasning kan organiseres i kommunene, hvor 13 kommuner har bidratt. Forslaget om å vurdere å legge om finansieringen av hjelpemidler for tilrettelegging av fellesareal i bygg med flere boenheter er foreløpig ikke fulgt opp.

4.3.3 Strategi for boligmarkedet

Regjeringen la i 2015 frem en strategi for boligmarkedet. Regjeringen vil legge forholdene til rette for raskere, enklere og billigere boligbygging. Det er allerede gjennomført forenklinger av regelverk og tiltak for raskere behandling av plan- og byggesaker. Det er bl.a. innført unntak fra kravene til tilgjengelighet i byggteknisk forskrift (TEK) for halvparten av de små boligene i et byggeprosjekt. Regjeringen har også startet et arbeid med å gjennomgå TEK. Regjeringens mål er at regelverket skal bli mer oversiktlig og forutsigbart. Direktoratet for byggkvalitet har høsten 2016 sendt forslag til ny byggteknisk forskrift (TEK17) på høring.[29]

[29] Direktoratet for byggkvalitet (2016) *"Forslag til ny byggteknisk forskrift (TEK17)"*: https://dibk.no/globalassets/aktuelle-horinger/101116_tek17/horingsnotat-forslag-til-ny-byggteknisk-forskrift.pdf

5 Erfaringer fra andre land

De skandinaviske landene er alle preget av en velferdspolitikk som har hatt utjevning som et viktig formål. Velferdsordningene er universelle, og innbyggerne er sikret en minimumsinntekt og omsorg uavhengig av sin prestasjon i arbeidslivet og sin status i samfunnet. Det offentlige har i de skandinaviske landene tatt et stort ansvar for å kompensere for utgifter knyttet til nedsatt funksjonsevne og har omfattende systemer for hjelpemiddelformidling. Hjelpemiddelområdet er likevel organisert ulikt i det skandinaviske landene. Mens hjelpemidler ved varige behov i Norge er et statlig ansvar med sterk rettighetsfesting, er hovedansvaret i Danmark lagt til kommunene under en nasjonal lovgivning og i Sverige lagt til regionene og kommunene innenfor en rammelov hvor regelverket i stor grad fastsettes lokalt.

Utvalget har i sitt arbeid sett hen til de løsningene som er valgt i Danmark og Sverige. I dette kapitlet gis en gjennomgang av hovedtrekk ved det danske og det svenske hjelpemiddelsystemet.

5.1 Hjelpemiddelsystemet i Danmark

5.1.1 Grunnleggende prinsipper og ansvarsdeling

Det danske systemet for hjelpemidler og tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne er basert på grunnprinsippene sektoransvar, kompensasjon, likebehandling og solidaritet.

Sektoransvarsprinsippet innebærer at hver enkelt sektor i samfunnet tar ansvar for tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne innenfor sitt virkefelt. Det betyr at den sektoren der behovet for hjelpemidler/tilrettelegging oppstår skal bevilge og finansiere hjelpemidlet/tilrettelegginger. Det sosiale området (dvs. hjelpemidler i dagliglivet) og hjelpemidler i grunnskolen er kommunens ansvar. Dette gjelder også hjelpemidler i arbeidslivet, som håndteres av de kommunale Jobcentrene. Den enkelte utdanningsinstitusjon har ansvar for hjelpemidler i forbindelse med utdanning. Behandlingshjelpemidler er i hovedsak regionens[30] (dvs. sykehusenes) ansvar. Visse behandlingshjelpemidler, herunder stomi- og diabeteshjelpemidler, er lagt til kommunen. Ansvaret for ortopediske hjelpemidler og proteser ligger hos kommunen, mens høreapparater siden 2013 er lagt til regionen.

Kompensasjonsprinsippet innebærer at det skal kompenseres for å overkomme de barrierer som hindrer barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelser å delta i samfunnet på linje med andre. Kompensasjon kan f.eks. gis i form av et hjelpemiddel som rullestol eller protese, men kan også gis gjennom tjenester.

Likebehandlingsprinsippet innebærer at alle skal ha like muligheter til å realisere sitt potensiale. Noen ganger kan likebehandling kun oppnås ved at ulike mennesker behandles ulikt – ved at man tar utgangspunkt i de forskjellige faktorene som i den konkrete situasjonen har betydning for å oppnå likebehandling av det enkelte menneske.

Solidaritetsprinsippet betyr at de aller fleste sosiale ytelser er skattefinansierte, og at ytelsene som utgangspunkt stilles gratis til rådighet for de innbyggerne som har behov for bistand.

Et viktig trekk ved det danske systemet er videre at det er stort fokus på rehabilitering og opptrening, noe som bl.a. gir seg utslag i at det er et langt høyere antall ergo- og fysioterapeuter ansatt i danske

[30] Danmark har fem folkevalgte, administrative regioner som fra 1. januar 2007 erstattet de 13 tidligere amtene. Regionene har i hovedsak ansvar for sykehusene, regional utvikling og drift av en rekke sosiale institusjoner. Regionenes inntekt er sammensatt av finansiering fra staten og kommunene.

kommuner enn i norske kommuner.[31] Et viktig begrep i denne sammenheng er *hverdagsrehabilitering.* Hverdagsrehabilitering skiller seg fra annen rehabilitering ved at rehabiliteringen skjer mens brukeren bor i eget hjem og at innsatsen settes inn tidlig. Målet er at brukeren skal utvikle, gjenvinne, beholde eller forebygge reduksjon i sine funksjoner og evner, og metoden tar utgangspunkt i brukerens egen vurdering av hva han eller hun ønsker å mestre av hverdagens aktiviteter.

5.1.2 Stønad til hjelpemidler og forbruksgoder i dagliglivet

Lov om social service (serviceloven) legger rammene for rådgivning og støtte for å forbygge sosiale problemer, samt for å tilby ytelser til innbyggere med nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne eller særlige sosiale problemer.

Kommunen skal ifølge serviceloven §§ 112 og 113 yte støtte til hjelpemidler og forbruksgoder til innbyggere med varig nedsatt funksjonsevne. Etter serviceloven § 114 kan det gis støtte til kjøp av bil og etter § 116 kan det ytes hjelp til tilrettelegging av bolig for personer med varig nedsatt funksjonsevne.

Varig betyr i denne sammenheng at det ikke er utsikt til bedring innen overskuelig fremtid (i praksis om lag ½ år) og at alle behandlingsmuligheter er uttømt. Kommunene kan også gi hjelpemidler til midlertidige behov i forbindelse med opptrening/rehabilitering med hjemmel i serviceloven §§ 83a og 86. Midlertidige behov knyttet til sykehusbehandling skal dekkes av regionen, iht. sundhetsloven. Regionen har etter § 74 i sundhetsloven ansvaret for sykehusvesenets oppgaver. Et integrert ledd i sykehusbehandling er å forsyne pasienter med de redskaper/hjelpemidler som er en naturlig og nærliggende del av behandlingsinnsatsen der det er behov for dette. Dette omtales som behandlingshjelpemidler. Grensesnittet mellom kommunens og regionens ansvar for hjelpemidler er nærmere utdypet i en administrativ forskrift.[32]

Det er ifølge serviceloven tre vilkår for å få innvilget et hjelpemiddel, hvor minst ett må være oppfylt:

1. Hjelpemidlet kan i vesentlig grad kompensere for innbyggerens nedsatte funksjonsevne
2. Hjelpemidlet er vesentlig for å kunne mestre dagliglivet
3. Hjelpemidlet er nødvendig for å kunne være i arbeid

Serviceloven skiller mellom hjelpemidler og forbruksgoder. *Hjelpemidler* defineres som produkter som er spesielt utviklet for å avhjelpe en funksjonsnedsettelse. *Forbruksgoder* er produkter som er laget med den alminnelige befolkning som målgruppe. Det er det konkrete produktets alminnelige utbredelse som avgjør om det er et hjelpemiddel eller et forbruksgode. Støtte til forbruksgoder blir som hovedregel gitt med 50 pst. av prisen på et standard forbruksgode. Støtten omfatter kun forbruksgoder som koster mer enn 500 DKK. I tilfeller hvor forbruksgodet utelukkende fungerer som et hjelpemiddel kan det gis som utlån uten egenandel. Det gis ikke støtte til forbruksgoder som betraktes som sedvanlig innbo. Definisjonen av *sedvanlig innbo* endres løpende i takt med den teknologiske utviklingen og samfunnsutviklingen. Social- og Indenrigsministeriet har utarbeidet en veileder for hvordan loven skal praktiseres, mens Ankestyrelsen (se omtale i punkt 5.1.4) gjennom prinsippavgjørelser fastlegger praksis på området.

Hjelpemidler og forbruksgoder etter serviceloven ytes uten hensyn til brukerens alder, inntekt og formue. Det er en forutsetning for støtte etter serviceloven at hjelpemidlet eller forbruksgodet ikke kan gis gjennom annen lovgivning.

---

[31] Hans Knut Otterstad (2011) *"Danmark satser på rehabilitering"*, Sykepleien 2/2011

[32] Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaper, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (CIR nr 9079 af 22/02/2013)

Støtte til hjelpemidler gis i form av utlån uten egenbetaling for brukeren, men bruker er selv ansvarlig for normal drift. Støtte til forbruksgoder gis som tilskudd og bruker får eiendomsrett til produktet. I disse tilfellene står bruker selv ansvarlig for vedlikehold og reparasjoner.

Kommunene yter støtte til det best egnede og billigste hjelpemidlet. Fra 2010 har brukerne, med noen få unntak, rett til fritt valg av alle typer hjelpemidler. Det innebærer at dersom brukeren ikke ønsker å benytte seg av kommunens leverandør, kan man selv velge leverandør av hjelpemidlet. Brukeren kan også velge et dyrere hjelpemiddel enn det kommunen vil gi støtte til, men må da selv betale prisdifferansen. Hjelpemidler anskaffet gjennom ordningen med fritt valg gis som utlån. I boligtilpasningssaker innebærer ordningen med fritt valg at brukeren kan velge andre og eventuelt dyrere materialer enn det kommunen stiller til rådighet, samt at de kan velge håndverker selv.

Rambøll gjennomførte en evaluering av ordningen med fritt valg i 2014.[33] Her fant man at svært få brukere benytter seg av denne ordningen og at langt de fleste fortsatt valgte å benytte seg av den ordinære utlånsordningen i kommunen. Kun 1 pst. av brukerne velger ifølge kartleggingen å benytte seg av fritt valg av hjelpemidler. Ordningen med fritt valg benyttes i om lag 7 pst. av sakene som gjelder boligtilpasning.

5.1.3 Hjelpemidler til arbeid og utdanning

Skolen har ansvar for å legge til rette for barn som krever spesialundervisning og annen spesialpedagogisk bistand i grunnskolen. Hjelpemidler anses som en del av den spesialpedagogiske bistanden. Personer med nedsatt funksjonsevne kan iht. lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser få støtte til hjelpemidler der disse kan bidra til at vedkommende kan gjennomføre sin utdanning. Hjelpemidlene skal stilles til rådighet av den enkelte utdanningsinstitusjon. De kan bevilges i form av tilskudd til utdanningsmateriale, arbeidsredskaper eller mindre tilrettelegginger ved utdanningsinstitusjonene.

Iht. lov om aktiv beskæftigelsesindsats § 74, § 76 og § 100 kan personer med nedsatt funksjonsevne gjennom de kommunale Jobcentrene få innvilget hjelpemidler som kompenserer for nedsatt funksjonsevne i arbeidslivet. Dette kan være både arbeidsredskaper og mindre tilrettelegginger av arbeidsplassen. Målet med ordningen er å gjøre det mulig for en person med nedsatt funksjonsevne å utføre sitt arbeid på lik linje med andre arbeidstakere. Det er et vilkår for å få støtte at hjelpemidlet er avgjørende for at vedkommende kan utføre sitt arbeid. Videre må utgiften til hjelpemidlet eller tilretteleggingen være høyere enn det arbeidsgiver kan forventes å dekke.

5.1.4 Klageadgang

Saker som gjelder hjelpemidler i dagliglivet, stønad til bil og tilrettelegging av bolig behandles av kommunen. Brukere som er uenig i kommunens vedtak kan klage til kommunen, som da skal foreta en ny vurdering av saken. Dersom kommunen fastholder sitt vedtak, blir klagen sendt videre til Ankestyrelsen.[34] Ankestyrelsens vedtak har rettsvirkning, dvs. at de skal følges av både kommune og bruker.

Ankestyrelsen offentliggjør visse avgjørelser i anonymisert form som prinsippavgjørelser. En prinsippavgjørelse er en viktig rettskilde som kommunene skal følge i tilsvarende saker, og er dermed

[33] Rambøll (2014) *"Kortlægning og effektmåling af servicelovens bestemmelser om frit valg af hjælpemidler og boligindretning",* rapport mai 2014

[34] Ankestyrelsen er organisatorisk underlagt Social- og Indenrigsministeriet. Ankestyrelsen er imidlertid et uavhengig organ og kan ikke instrueres av ministeriet i enkeltsaker, jf. § 68 i lov om rettssikkerhed og administrasjon på det sociale område.

en praktisk rettesnor for fremtidige beslutninger. Det er Ankestyrelsen som vurderer om en avgjørelse er så prinsipiell eller generell at den skal offentliggjøres som en prinsippavgjørelse.

Saker som gjelder kompensasjon for personer med nedsatt funksjonsevne i arbeidslivet og avgjørelser truffet i utdanningsinstitusjoner behandles av Ankestyrelsens Beskæftigelsesudvalg.[35]

Det er ikke klagerett for saker som behandles etter sundhetsloven (behandlingshjelpemidler).

5.1.5 Velferdsteknologi

Det er et mål at digitale løsninger skal inngå som en naturlig del av "kjernevelferden" på helse-, velferds- og utdanningsområdet. Både Socialstyrelsen og Kommunernes Landsforening (KL)[36] jobber med prosjekter for utprøving og implementering av velferdsteknologiske løsninger i kommunene og digitalisering av det sosiale feltet. I den Fællesoffentlige Digitaliseringsstrategi 2011-2015 ble det avtalt å sette fart på utbredelsen av teknologi i den sosiale innsatsen, herunder å sikre at de mest lovende løsningene implementeres i større skala. I kommunenes økonomiavtale for 2014 ble det avtalt at det skal iverksettes en felleskommunal innsats for nasjonal utbredelse av modne velferdsteknologiske løsninger. KL har videre tatt initiativ til opprettelsen av Center for Velfærdsteknologi. Center for Velfærdsteknologi skal understøtte utbredelsen av visse teknologier, herunder fasilitere kunnskapsdeling og erfaringsutveksling mellom kommuner og andre aktører om velferdsteknologi.

5.1.6 Kommunereformen i 2007 – konsekvenser for hjelpemiddelområdet

Det ble vedtatt en kommunereform i 2005, som trådte i kraft i 2007. Kommunereformen innebar en endret oppgavefordeling mellom de ulike forvaltningsnivåene og en sammenslåing av kommuner. Før reformen var det i Danmark 271 kommuner med en gjennomsnittlig befolkningsstørrelse på 19 900 personer. Kommuner med mindre enn 20 000 innbyggere skulle enten slås sammen med andre kommuner, eller inngå forpliktende samarbeid. Etter reformen var det 98 kommuner med en gjennomsnittlig kommunestørrelse på 55 000 innbyggere. I tillegg ble de 13 amtene[37] lagt ned, og det ble etablert fem regioner som skulle ha fokus på sykehusdrift.

Kort tid etter kommunereformen ble Danmark rammet av en økonomisk krise, som sprang ut av den globale finanskrisen. Dette har bl.a. medført dårligere økonomi i kommunene. Implementeringen av kommunereformen har dermed skjedd samtidig med økonomisk omstilling i offentlig sektor.

Hjelpemiddelformidling og -finansiering innen det sosiale området var kommunenes ansvar frem til 1. juli 1998. Kommunene kunne få faglig bistand i konkrete saker fra hjelpemiddelsentralene og teknologisentrene. I 1998 ble ansvaret for større boligsaker (over 106 000 kr), proteser og ortoser, spesialbiler og kommunikasjonsteknologi overført fra kommunene til amtene. Begrunnelsen for dette var at hver enkelt kommune ikke hadde nok saker til å utvikle god nok kompetanse, og man ønsket å samle og utvikle bedre kompetanse på disse spesifikke områdene. Resten av hjelpemiddelområdet

---

[35] Ankestyrelsens Beskæftigelsesudvalg består av to "ankechefer" samt en rekke utvalgsmedlemmer utpekt av beskæftigelsesministeren etter innstilling fra Kommunernes Landsforening (KL), Landsorganisationen i Danmark (LO) og Dansk Arbejdsgiverforening (DA). På visse områder deltar også et utvalgsmedlem fra Danske Handicaporganisationer (DH) eller fra Børne- og Undervisningsministeriet.

[36] KL er en privat interesse- og medlemsorganisasjon for kommunene i Danmark. KL's formål er å ivareta de danske kommunenes felles interesser og bidra til at kommunene løser sine oppgaver både politisk og administrativt.

[37] Amtene var et forvaltningsnivå tilsvarende de norske fylkene. De ble ledet av et folkevalgt amtsråd med en folkevalgt amtsborgermester. Amtenes økonomi var finansiert gjennom amtsskatt og forskjellig statlige tilskuddsordninger.

forble kommunenes ansvar. Etter kommunereformen i 2007 har kommunene igjen overtatt det samlede finansierings-, forsynings- og myndighetsansvaret for alle hjelpemidler innenfor dagliglivet.

Før kommunereformen fantes 15 hjelpemiddelsentraler som var drevet av amtene. Hjelpemiddelsentralene hadde en utstilling av hjelpemidler som brukere og saksbehandlere fra kommunene kunne komme og se på, og også låne hjem for utprøving. De ansatte på hjelpemiddelsentralene ga rådgivning til kommunene i kompliserte saker. Hjelpemiddelsentralene hadde også ansvar for opplæring, og arrangerte temadager og kurs for kommunale saksbehandlere.

Da amtene ble avviklet i 2007, ble driften av hjelpemiddelsentralene overført enten til den kommunen de befant seg i eller de ble driftet av den regionen de lå i. Kommuner som ønsket å benytte seg av hjelpemiddelsentralenes kompetanse måtte fra dette tidspunktet kjøpe disse tjenestene. Mange kommuner valgte da å ivareta dette selv og sluttet å benytte seg av hjelpemiddelsentralenes tjenester. På denne bakgrunn har de fleste hjelpemiddelsentralene blitt lagt ned. Det finnes i dag fire hjelpemiddelsentraler. To av disse er kommunalt drevet, en er privat eid og en er regionalt drevet. Dette innebærer at kommunene nå i praksis ivaretar alt som gjelder hjelpemiddelformidlingen.

I forbindelse med kommunereformen fikk staten i oppgave å drive VISO (nasjonal Videns- og Specialrådgivningsorganisation) på det sosiale området og på spesialundervisningsområdet. VISO tilbyr gratis rådgivning til spesialister innenfor disse områdene. De har imidlertid svært få rådgivningssaker på hjelpemiddelområdet.

5.2 Hjelpemiddelsystemet i Sverige

5.2.1 Ansvarsdeling

Sveriges statlige forvaltning er inndelt i 21 län. Lånene har egne politiske systemer kalt landsting. Landstingene er regionale selvstyrte enheter. De har ansvar for visse samfunnsoppgaver, i første rekke gjelder dette helse- og omsorgstjenester, lokaltrafikk og regionplanlegging. Sverige har 290 kommuner. Kommunen har ansvar for skole/utdanning, boligtilpasning, eldre- og handikapomsorg og grunnleggende helse- og omsorgstjenester.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) regulerer ansvaret for hjelpemidler i dagliglivet. I HSL § 3b beskrives landstingets ansvar for å tilby innbyggere habilitering og rehabilitering, hjelpemidler for personer med nedsatt funksjonsevne i dagliglivet, behandlingshjelpemidler og tolketjenester i dagliglivet for døve og døvblinde. I HSL § 18b beskrives kommunenes ansvar for hjelpemidler. Landsting og kommune har et stort ansvar for hjelpemidler, inkludert innkjøp.

Bilstønad er regulert i loven om sosialforsikring og er et statlig ansvar,[38] men det er Försäkringskassan i det enkelte län som behandler sakene. Tilrettelegging av bolig er et kommunalt ansvar etter sosialtjenesteloven. For arbeid, skole og utdanning er ansvaret delt mellom arbeidsgiver/utdanningssted, kommune/landsting (HSL) og stat (Arbetsförmedlingen og Försäkringskassan).

5.2.2 Hjelpemidler i dagliglivet

Hjelpemidler i dagliglivet er regulert gjennom HSL §§ 3b og 18b. HSL er en rammelov, og det lokale selvstyret står sterkt. Det er liten grad av nasjonal styring på hjelpemiddelområdet. Det vil si at hvert landsting og hver kommune selv kan fastsette reglene for hjelpemidler, herunder hvilke produkter som

[38] Jf. Socialförsäkringsbalk (2010:110) kap. 52. Ordningen er rammestyrt, noe som innebærer at personer som har søkt etter bevilgningen har tatt slutt et år, må vente til påfølgende år. Rammen fastsettes av riksdagen i statsbudsjettet.

skal anses som hjelpemidler og om de skal være avgiftsbelagt. Landstinget utformer egne regelverk for hjelpemiddelformidling som baseres på grunnleggende prinsipper for alle helse- og omsorgstjenester som prioriteringer, den etiske plattformen og likhet.

Tradisjonelt har regelverket på hjelpemiddelområdet vært produkt- eller diagnosebasert. I de senere årene har det skjedd en utvikling mot mer behovsbasert regelverk, noe som gir landsting og kommuner mulighet til å prioritere hvilke behov de skal tilby hjelpemidler for. Ettersom midlene til helse- og omsorgstjenester i landsting og kommune er begrenset, må de prioritere.

Landstinget har ansvar for følgende:

- Hjelpemidler til personer med hørsels- eller synsnedsettelse uansett alder
- Hjelpemidler til barn uansett funksjonsnedsettelse
- Ortopediske hjelpemidler uansett alder
- Medisinske behandlingshjelpemidler uansett alder

For øvrige hjelpemidler er ansvaret delt mellom landstinget og kommunen. Kommunalisering av hjemmesykepleien har medført økt kommunalt ansvar på området. Ansvarsdelingen og organiseringen er ulik i alle landsting. Variasjonen handler om boform, type hjelpemiddel og alder. Ansvaret er i hovedsak delt for hjelpemidler til personer med bevegelsesnedsettelse (unntatt ortopedi) og hjelpemidler til personer med kommunikasjons- eller kognitive utfordringer.

Iht. Socialtjänstlag, SFS 2001: 453, kan personer med nedsatt funksjonsevne få støtte til boligtilpasning for å få mulighet til å leve et selvstendig liv. Støtten skal føre til at boligen blir hensiktsmessig utformet, og skal benyttes til å tilpasse boligens faste funksjoner. Kommunene behandler sakene. Boverket fører tilsyn med kommunenes beslutninger i disse sakene.

I de fleste landsting har landstinget og kommunene et samarbeid innenfor rammen av en felles hjelpemiddelsentral. Hjelpemiddelsentralene er organisert innenfor landstingets virksomhet. Hjelpemiddelsentralene har ofte ansvar for regelverk, anskaffelser og service/reparasjon, men driver som regel ikke saksbehandling.

Hjelpemidlene gis som hovedregel i form av utlån. Brukeren har i en del tilfeller mulighet for fritt valg av hjelpemidler. Dersom brukeren ønsker dette, gis han eller hun en rekvisisjon og kjøper inn hjelpemidlet selv. Bruker blir da eier av hjelpemidlet, og må selv ta ansvar for vedlikehold og reparasjoner. Ordningen med fritt valg brukes i stor grad av høreapparatbrukere, men er ellers lite brukt.

Hvert landsting har sitt eget regelverk og sin egen hjelpemiddelpolicy. Det varierer hvilke hjelpemidler man kan få støtte til, hvilke kompetansekrav som stilles til formidlere, om regelverket gir tydelige prioriteringer og om det finnes beslutningsstøtte på individnivå eller ikke.

Det er opp til det enkelte landsting om de vil ta egenandeler/avgifter for hjelpemidler, eventuelt for hvilke hjelpemidler og hvor store egenandelene/avgiftene skal være. I en kartlegging av det svenske hjelpemiddelsystemet[39] finner Socialstyrelsen at det er store forskjeller både innenfor og mellom landsting og kommuner når det gjelder avgifter på hjelpemiddelområdet. De fant at samtlige landsting tar en eller annen form for avgift for hjelpemidler, mens i overkant av halvparten av alle kommuner gjør det. I noen få landsting inngår avgiftene i et egenandelstak. Det kan tas avgifter på følgende områder:

- Besøksavgift – ved besøk hos landstinget/kommunen eller ved hjemmebesøk
- Hjelpemiddelavgift – avgiften kan tas ut en gang, månedlig, halvårlig eller årlig
- Serviceavgift – eksempelvis ved reparasjon eller hjemlevering av hjelpemidler

[39] Socialstyrelsen (2016) *"Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartlegging av regler, avgifter, tillgång och förskrivning"*, april 2016

5.2.3 Hjelpemidler til arbeid og utdanning

Det er den enkelte skoles ansvar å sørge for pedagogiske hjelpemidler, mens landsting/kommune etter HSL har ansvar for personlige hjelpemidler i skolen. Grensedragningen mellom helse- og omsorgstjenestens og skolens ansvar for hjelpemidler i skolen varierer ut fra lokale avtaler mellom landsting og kommune.

I høyere utdanning er ansvaret delt mellom landsting/kommune, Försäkringskassan og studiestedet.

Arbeidshjelpemidler er et delt ansvar mellom arbeidsgiver, Försäkringskassan og Arbetsförmedlingen. Arbeidsgiver har et grunnleggende ansvar for arbeidsmiljøet. Försäkringskassan har ansvar for hjelpemidler som er nødvendig for at en person skal kunne fortsette i en stilling han eller hun har hatt i minst tolv måneder, mens Arbetsförmedlingen har ansvar for at personer med nedsatt funksjonsevne skal komme i arbeid. Arbetsförmedlingen har ansvaret de tolv første månedene av et arbeidsforhold.

5.2.4 Klageadgang

Det er ingen formelle klagerettigheter på stønad til hjelpemidler i dagliglivet. Patientnämnden er en frittstående og upartisk instans som etter loven skal finnes i alle landsting. Dette er ikke et klageorgan, dvs. de har ingen disiplinær funksjon eller mulighet til å overprøve avgjørelser i enkeltsaker. Deres oppgave er å gi enkeltpersoner som henvender seg til dem veiledning og informasjon i saker som gjelder helse- og omsorgstjenester, herunder hjelpemidler.

Saker som gjelder stønad til bil og hjelpemidler i arbeidslivet, som administreres av Försäkringskassan, kan klages inn for forvaltningsdomstolen.

5.2.5 Utredning om det svenske systemet

Den svenske regjeringen har besluttet at det skal foretas en omfattende utredning av hjelpemiddelsystemet.[40] En utreder skal se på tilgangen til og bruken av hjelpemidler, og komme med forslag til hvordan man kan redusere de geografiske forskjellene når det gjelder avgifter og regelverk på hjelpemiddelområdet. Dette innebærer at sterkere nasjonal regulering av området skal vurderes. Videre skal utredningen komme med forslag som skaper forutsetninger for effektiv hjelpemiddelvirksomhet. I tillegg skal utredningen analysere om kompetansen hos ansatte som jobber med hjelpemiddelvirksomhet er adekvat og tilstrekkelig. Det er lagt til grunn at utredningens forslag skal være kostnadseffektive og ikke øke det offentliges utgifter på området. Utredningen skal sluttføres innen utgangen av mai 2017.

[40] Kommittédirektiv, *"Hjälpmedel, teknik och metoder för delaktighet og självbestämmande"*, Dir. 2015:134

6 Sentrale utviklingstrekk i samfunnet som vil innvirke på hjelpemiddelområdet fremover

I dette kapitlet presenterer vi noen utviklingstrekk i samfunnet som har, og vil få, stor betydning for hjelpemiddelsystemet i fremtiden. Endringer i økonomien kan på sikt skape utfordringer for offentlige finanser. En aldrende befolkning vil gi større etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester og hjelpemidler. Samtidig kan utviklingen av velferdsteknologi og annen teknologisk utvikling føre til at flere kan bo hjemme lenger.

6.1 Endringer i økonomien

I produktivitetskommisjonens andre rapport[41], som ble lagt frem i februar 2016, skriver kommisjonen at norsk økonomi er ved et viktig vendepunkt og at økonomien må omstilles mot høyere produktivitetsvekst.

Kommisjonen viser til at Norge fremover vil møte utfordringer som gjør det krevende å holde produktivitetsveksten oppe. Lavere vekstbidrag fra oljenæringen, flyktningsituasjonen, grønn omstilling og en høyere andel eldre vil påvirke økonomien. Hvor godt vi lykkes med å øke produktivitetsveksten, vil ifølge kommisjonen være avgjørende for den langsiktige velstandsutviklingen i Norge.

Produktivitetskommisjonen har sett på scenarier for en utvikling med lav produktivitetsvekst, lav sysselsettingsvekst på grunn av eldre befolkning og økende behov i helse og omsorg. Resultatene viser at dersom vi ikke klarer å oppnå høyere produktivitetsvekst, kan dette medføre stagnerende levestandard og store offentlige underskudd.

I perspektivmeldingen[42] ble det gjort anslag for hva som skal til for å kunne videreføre dagens velferdsordninger de neste femti årene. Disse beregningene indikerer at en slik videreføring innebærer en betydelig økning i aldersrelaterte utgifter som ikke dekkes av vekst i skatteinntekter eller avkastning av pensjonsfondet. For å finansiere de økte utgiftene knyttet til aldringen må vi enten øke inntektene i offentlig sektor eller finne frem til innsparinger som ikke undergraver de viktigste velferdsordningene. Det konkluderes med at gitt et slikt scenario med flere eldre, bortfall av oljeinntekter og ulike andre forhold vil vi om femti år mangle et beløp som tilsvarer 6 pst. av BNP for å finansiere dagens velferdsordninger.

Det norske arbeidsmarkedet vil ifølge produktivitetskommisjonen utsettes for store strukturelle endringer i årene som kommer. Globalisering, automatisering av arbeidsoppgaver og delingsøkonomien vil slå inn i arbeidslivet. Kommisjonen mener dette må møtes med kompetanse og tilpasningsevne. Reguleringer og velferdsordninger må endres slik at de ikke hindrer omstilling, men legger til rette for økt arbeidsinnsats. Omstillingsevnen må økes ved kontinuerlig kompetanseheving, tilpasning til nye arbeidsmarkedsplattformer og et tettere samarbeid mellom utdanning, næringsliv og Arbeids- og velferdsetaten.

I offentlig sektor må det ifølge kommisjonen leveres bedre resultater for innbyggerne av pengene. Det kreves hardere prioritering av mål, mindre byråkrati og evne til å legge ned gamle aktiviteter for å gi plass til nye. Virksomhetene må gis handlingsrom til å legge ned mindre prioriterte aktiviteter og flytte ressurser dit behovet er størst. Reformer har vært utsatt, men må ifølge kommisjonen tas nå.

---

[41] NOU 2016:3 Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi, Produktivitetskommisjonens andre rapport

[42] Meld. St. 12 (2012–2013) Perspektivmeldingen 2013

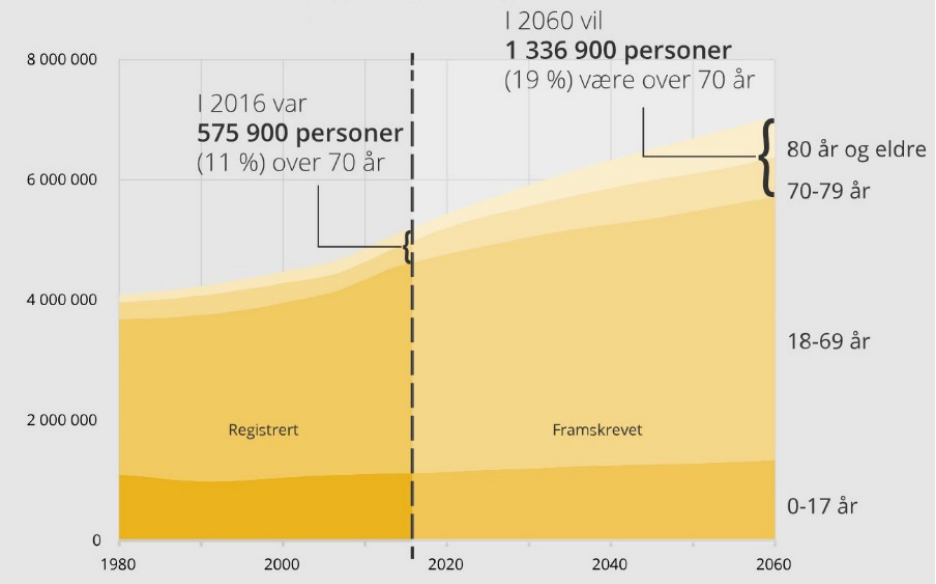
I oppsummeringen av sin første rapport[43] understreket produktivitetskommisjonen behovet for å etablere tilstrekkelig bred politisk støtte for å kunne gjennomføre større reformer. Krevende reformer har kostnader som kommer raskt, mens gevinstene først viser seg lenger fremme. Det kreves mer langsiktighet i politikken, med sterkere orientering mot resultater som kan oppnås. Strammere budsjetter vil kreve hardere prioriteringer også i offentlig sektor.

Det ligger ifølge produktivitetskommisjonen store samfunnsmessige gevinster i økt digitalisering av hele samfunnet. Det gjelder også offentlige virksomheter. Bedre samhandling mellom IKT-systemer i det offentlige er nødvendig, slik at både publikum og næringsliv kan kommunisere digitalt med forvaltningen. Effektiv ressursbruk i offentlig sektor vil være en vesentlig forutsetning for en nødvendig omstilling mot en kunnskapsbasert økonomi.

6.2 Andelen eldre i befolkningen øker

Befolkningen i Norge er i ferd med å bli eldre. Dette er en konsekvens av at personene i de store etterkrigskullene blir eldre samtidig som levealderen øker. Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomfører befolkningsfremskrivinger som viser hvordan folkemengden fordelt på alder og kjønn vil endre seg under forutsetninger om antallet fødsler, gjennomsnittlig levealder, innvandring og utvandring. På basis av disse variablene har SSB utarbeidet fremskrivinger i tre alternativer; lav, middels og høy.

Figur 6.1 Befolkningsutviklingen frem mot 2060 basert på middelalternativet, fordelt på aldersgrupper.



Kilde: SSB

Fremskrivingen, basert på middelalternativet, anslår at andelen eldre (70 år eller mer) øker fra om lag 11 pst. av befolkningen i dag til 19 pst. i 2060. Det betyr at omtrent hver femte person i Norge i 2060 vil være 70 år eller mer. De aller eldste vil utgjøre en stadig større andel av befolkningen. Andelen 80 år og eldre vil stige fra 4 pst. i dag til 10 pst. i 2060, mens andelen 90 år og eldre vil øke fra 0,8 pst. til 3 pst.[44]

---

[43] NOU 2015:1 Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd, Produktivitetskommisjonens første rapport

[44] SSB (2016) *"Befolkningsframskrivinger 2016- 2100: Dødelighet og levealder",* Økonomiske analyser 3/2016 Statistisk sentralbyrå

Det er vanlig å anta at den nye eldregenerasjonen lever lenger fordi den har bedre helse og kan møte alderdommen med andre ressurser enn tidligere generasjoner. Friskere eldre kan føre til at behovet for omsorgstjenester og hjelpemidler reduseres for gitt alder, og i så fall lettes utfordringene for offentlige finanser. En gjennomgang av forskning på eldres helse[45] gir imidlertid sprikende funn, og det er vanskelig å finne noe entydig svar på om de eldres helse blir bedre. Forandringer i livsstil, bedre behandlingsmuligheter og bedre helsevesen kan påvirke fysiologien forbundet med aldring. På den ene side kan økt levealder bety flere år med god helse og fungering fordi sykdommene debuterer senere, men på den annen side kan økt levealder også gi flere leveår med sykdommer og dårlig helse fordi flere overlever og opplever å bli gamle med sykdommer som før hadde dødelig utgang tidlig i livet. "Ekvilibriumhypotesen" foreslår noe midt imellom – endringer i kroniske sykdommers alvorlighetsgrad og progrediering vil holde samme tempo som endringer i dødelighet. Forskerne påpeker at med et slikt scenario vil andelen år med alvorlige sykdommer og funksjonsnedsettelser i befolkningen stabiliseres eller reduseres, mens andelen år med moderate funksjonsnedsettelser eller mindre alvorlige lidelser vil øke. Konklusjonen i gjennomgangen er at resultatene fra undersøkelser er usikre og forskning omkring dette ikke gir noen entydige svar. Foreløpig kan vi derfor ikke legge til grunn at et lengre liv er ensbetydende med et lengre liv med god helse.[46]

6.2.2 Økt behov for hjelpemidler og tilrettelegging

Fremtidens eldre vil sannsynligvis være en differensiert gruppe med ulike muligheter og behov. Det er vanlig å anta at fremtidens eldre vil ønske å være aktive, mobile og klare seg selv så lenge som mulig. Tidlig intervensjon med hjelpemidler og tilrettelegging kan bidra til at eldre holder seg aktive lengst mulig. Eldre er en viktig ressurs i bl.a. familie og lokalsamfunn, og så mange som to av tre i alderen over 67 år mener selv at de har god eller meget god helse.[47] Arbeids- og velferdsdirektoratet finner at selv om aldersgruppen 70-79 år nå er i sterk vekst, gir det moderate utslag på hjelpemiddelstatistikken fordi denne aldersgruppen er relativt friske og hjelpemiddelbehovet er moderat.[48] Men samtidig kan vi anta at den store økningen i antall eldre i befolkningen vil medføre en betydelig vekst i tallet på personer med funksjonsnedsettelser, i og med at risiko for funksjonstap øker med alderen. Hjelpemiddelområdet er et stønadsområde som har en klar overvekt av eldre brukere.

[45] Ellen Melbye Langballe og Bjørn Heine Strand (2015) *"Vil fremtidens eldre være friskere?",* Tidsskrift for den norske legeforening nr. 2/ 2015

[46] Ellen Melbye Langballe og Bjørn Heine Strand (2015) *"Vil fremtidens eldre være friskere?",* Tidsskrift for den norske legeforening nr. 2/ 2015

[47] SSB: https://www.ssb.no/statistikkbanken

[48] Sigurd Gjerde (2016) *"Brukarar av hjelpemidler i åra framover",* Arbeid og velferd nr. 3/ 2016

Tabell 6.1 Antall brukere som fikk utlån i 2015 fordelt på aldersgrupper, prosentandel i hver aldersgruppe, og hver aldersgruppe i prosent av aldersgruppen i befolkningen.

Aldersgruppe	Antall brukere	Prosentdel i hver aldersgruppe	Prosentdel i befolkningen
0 – 9 år	5 145	3,8	0,8
10 – 19 år	10 410	7,7	1,6
20 – 29 år	3 785	2,8	0,5
30 – 39 år	3 812	2,9	0,5
40 – 49 år	6 289	4,7	0,8
50 – 59 år	8 848	6,6	1,4
60 – 69 år	14 570	10,8	2,6
70 – 79 år	24 131	17,9	7,2
80 – 89 år	40 222	29,9	22,8
90 år og over	17 439	12,9	40,3
Total	**134 651**	**100,0**	**2,6**

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

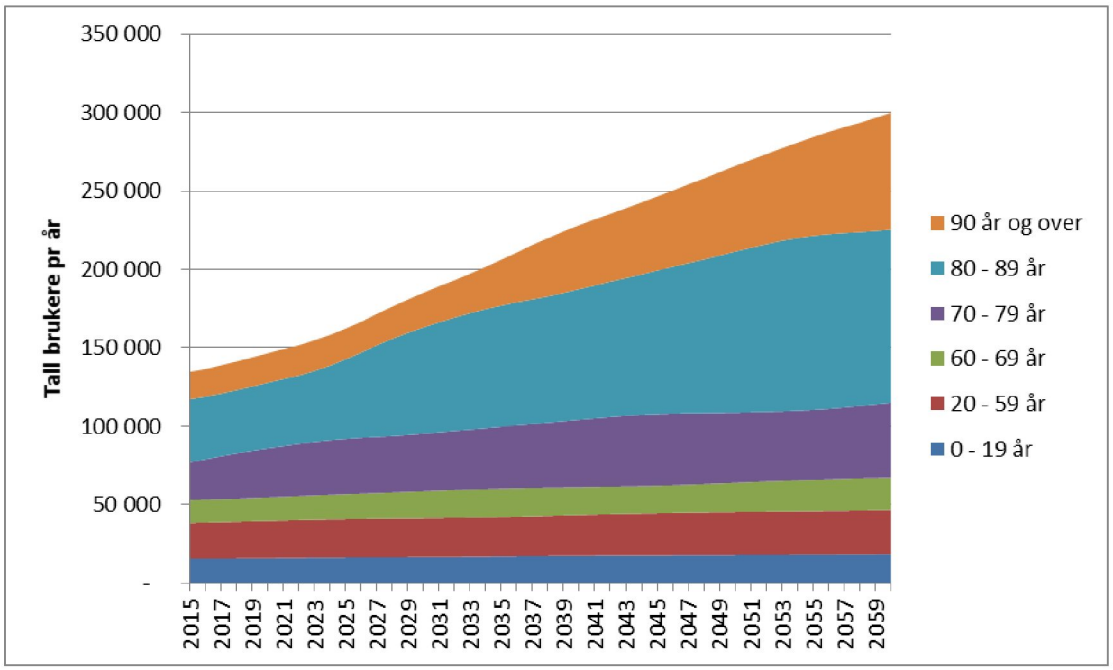
Tabell 6.1 viser at i 2015 var det registrert 134 651 brukere som fikk utlån fra en hjelpemiddelsentral. Blant disse var om lag 43 pst. av brukerne er 80 år eller eldre. Den største brukergruppen er eldre mellom 80 - 89 år som står for 30 pst. av utlånene.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har på basis av middelalternativet for befolkningsfremskrivingen fra SSB, samt data fra Arbeids- og velferdsetatens database for aktivitet ved hjelpemiddelsentralene[49], gjennomført en analyse av hjelpemiddelbehovene i fremtiden. Andre faktorer som kan spille inn på utviklingen, som f.eks. helseutviklingen i befolkningen, endringer i regelverket eller teknologisk utvikling, er ikke inkludert i fremskrivingene da det er ukjente faktorer. Fremskrivingene går frem til 2060, og usikkerheten øker med tiden.

Under forutsetninger om middelsalternativet for befolkningsvekst (SSB) og at andelen i hver aldersgruppe som mottar hjelpemidler holdes på et 2016-nivå, vil tallet på brukere som hvert år får ett eller flere lån av hjelpemidler kunne utvikle seg som det går frem av figur 6.2.

[49] Alle personer som har utlån av hjelpemidler per år.

Figur 6.2 Fremskriving av tilgangen av brukere ved hjelpemiddelsentralene frem mot 2060, totalt og per aldersgruppe. Antall personer.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figuren viser at estimert vil det være om lag 300 000 betjente brukere i 2060, dvs. en betydelig økning fra 134 650 faktiske brukere i 2015.[50] Det totale antall brukere vil stige hvert år og de eldste aldersgruppene vil stå for nesten hele veksten. Den største veksten i de eldste aldersgruppene vil vi se fra 2025 og fremover. Frem mot 2035 vil det være nesten en dobling av den årlige tilgangen av brukere over 80 år. NAVs omverdensanalyse fra 2016 påpeker også på at ettersom befolkningsveksten først og fremst er sterk blant de eldste, forventes det en sterk økning i antall brukere av hjelpemidler.[51]

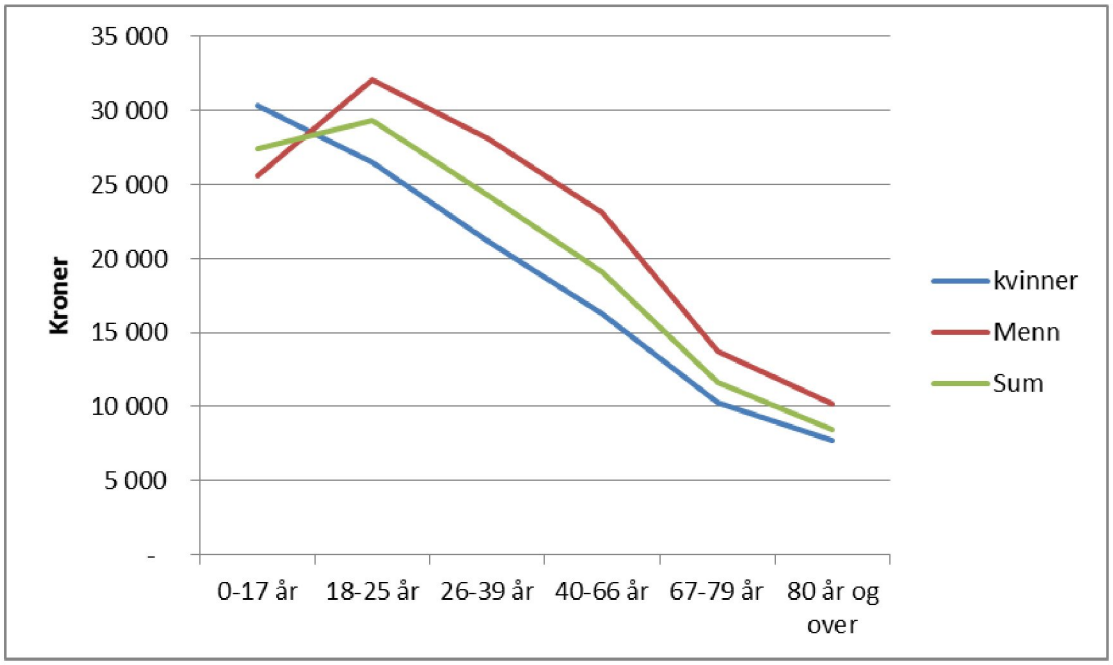
Estimert vil antallet *yngre* brukere være mer stabilt. I en situasjon hvor det vil bli relativt færre i yrkesaktiv alder, vil det bli enda viktigere å bidra med hjelpemidler, tilpasninger og tiltak for flest mulig av de yngre med funksjonsnedsettelser slik at de kan delta i arbeid eller gjennomføre utdanning.

Økningen i andelen eldre i befolkningen vil utfordre dagens hjelpemiddelsystem både rent økonomisk og ressursmessig. Det er stor forskjell på gjennomsnittlig utlånsverdi for yngre og eldre brukere, der eldre har en betydelig lavere utlånsverdi per bruker, som vist i figur 6.3. Det innebærer at økningen i samlede innkjøpskostnader ved hjelpemiddelsentralene forventes å ha en lavere årlig vekst enn økningen i antall brukere.

[50] Ortopediske hjelpemidler og høreapparater som forvaltes av NAV Arbeid og ytelser er ikke inkludert i fremskrivingen over, som kun omfatter brukere ved hjelpemiddelsentralene. Arbeids- og velferdsetatens egne prognoser som omfatter ortopediske hjelpemidler og høreapparater viser en økning i antall brukere frem mot 2060.

[51] NAV (2016) *"NAVs omverdensanalyse 2016 – Utvikling, trender og konsekvenser fram mot 2030"*, NAV-rapport 2016:3

Figur 6.3 Gjennomsnittlig utlånsverdi per bruker, fordelt etter kjønn og aldersgrupper.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Hjelpemidlene til eldre vil i mange tilfeller inngå i kategorien relativt enkle hjelpemidler.[52] Sakene tar ikke lang tid å behandle, men den betydelig økende saksmengden som følge av flere eldre i befolkningen vil allikevel utfordre ressursbehovet både ved hjelpemiddelsentralene og særlig i kommunene. Dette omfatter bl.a. tjenester og administrasjon knyttet til hjelpemidlene som vil utfordre lønn og andre driftsutgifter. Hjelpemiddelløsningene må ses i sammenheng med andre behov som tap av funksjonsevne fører med seg, og det blir økt behov for tilpasninger, vedlikehold, service og reparasjoner.

Utgiftene til hjelpemidler må imidlertid også ses i sammenheng med alternative kostnadskrevende pleie- og omsorgstjenester i kommunene. En økt andel eldre i befolkningen vil øke etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester generelt. SSB har gjennomført en fremskriving av etterspørselen etter arbeidskraft og omsorgsboliger innenfor pleie- og omsorgsektoren frem til 2060. I 2060 kan pleie- og omsorgstjenestene ha behov for nesten 100 000 flere årsverk enn dagens 133 000 (2014-tall). Behovet blir enda større dersom gjennomsnittlig levealder øker mye.[53]
Produktivitetskommisjonen skriver at: "Økningen i antall eldre i årene som kommer vil kreve en økende innsats i pleie og omsorg. Det er store forskjeller i utgiftene mellom opphold i heldøgnsinstitusjoner og omsorg organisert i egen bolig eller omsorgsboliger. Det må satses aktivt og målrettet på å utvikle og ta i bruk ny teknologi som gir større grupper av eldre og andre omsorgstrengende muligheten for å fungere i egen bolig".[54] Samhandlingsreformen understreker tidlig innsats som et virkemiddel for å møte utfordringen.

---

[52] Agenda Kaupang (2016) "*Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet*", rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

[53] SSB (2016)*"Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060",* SSB Rapporter 20/2016

[54] NOU 2016: 3 Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi

6.2.3 Flere skal kunne bo hjemme lenger

Den sterke veksten i tallet på eldre gir betydelig større behov for pleie- og omsorgstjenester generelt, og vil gi flere hjelpemiddelbrukere i fremtiden. Vi kan anta at stadig flere eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig dersom de føler seg trygge på at de får tilgang til god hjelp og nødvendig tilrettelegging. At flere skal kunne bo hjemme lenger er også et av formålene med samhandlingsformen, jf. kapittel 3. Det legges til rette for hjemmebaserte tjenester som kan utsette behovet for en sykehjemsplass eller kommunal omsorgsbolig. Boligutvalget skriver at i tillegg til å satse på utbedring og bygging av flere omsorgsboliger og sykehjemsplasser, er det viktig å legge til rette for at flere kan bo lenger hjemme.[55]

Vi kan anta at den nye eldregenerasjonen vil sette større krav til aktivitet og deltakelse enn tidligere generasjoner eldre, og at de dessuten er mer teknologivante. Vi kan i likhet med Holte- utvalget også anta at fremtidens eldre, med et annet forbruk, livsstil og andre ressurser til å møte alderdommen enn tidligere generasjoner, vil gi økende etterspørsel etter tjenester og forbruksprodukter på det åpne markedet som skal gjøre dagliglivet lettere å mestre.

Hjelpemidler blir et viktig virkemiddel for at flest mulig skal kunne bo hjemme lengst mulig og ha et aktivt liv med høy grad av deltakelse og mestring. Det er vesentlig både for den enkelte og for samfunnet at en person med nedsatt funksjonsevne skal kunne klare seg selv og bestemme mest mulig over sitt eget liv. Boliger med god tilgjengelighet er et viktig virkemiddel i så måte. Relativt få boliger er imidlertid tilrettelagt for mennesker med funksjonsnedsettelser, og det vil bli en stor økning i behov for kompenserende tiltak, bl.a. ombygginger, heiser, dørautomatikk og ramper. Lav tilvekst av nye boliger gjør det nødvendig å fokusere på tilgjengelighet i eksisterende boligmasse. Kun om lag 10 pst. av boligene i landet er tilgjengelige for rullestolbrukere.[56] I overkant av 500 000 boliger ligger i 2. etasje eller høyere. Av disse ligger om lag 350 000 i bygninger uten heis. Det betyr at 600 000 personer – 12 pst. av befolkningen – bor i 2. etasje eller høyere uten heis. Av disse er 25 000 personer over 80 år, og ytterligere 25 000 er mellom 70 og 79 år. En mer tilgjengelig boligmasse er en forutsetning for å kunne møte utfordringene med flere eldre. Det kan gi mindre behov for institusjonsplasser og dermed også frigjøre arbeidskraft.

Det har vært en bevisst politikk siden 1945 at flest mulig skal kunne eie sin egen bolig. I NOU 2011:15 *Rom for alle - en sosial boligpolitikk for fremtiden* hevdes det at boligens betydning i eldreomsorgen antas å få en stadig større rolle og at samhandlingsreformen er tenkt å bygge videre på denne utviklingen. Utvalget skriver at flere eldre har økonomi til å gjøre fysiske tilpasninger i boligen eller kjøpe seg en tilpasset bolig.

Med bedre økonomi blant eldre bør det legges til rette for at eldre i større grad kan ta ansvar for sin egen boligsituasjon. Samtidig vil målsettingen om at eldre skal bo hjemme til tross for funksjonsnedsettelser, kreve en betydelig ressursinnsats fra det offentlige for å kompensere for manglende tilrettelegging i boliger, ettersom andelen tilrettelagte boliger i eksisterende boligmasse er lav. Velferdsteknologi og annen teknologisk utvikling vil gi muligheter for at flere kan bo hjemme så lenge de ønsker det, jf. omtale i punkt 6.3 og 6.4.

6.3 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi anses som viktig for å kunne møte utfordringer innenfor helse og omsorg som følge av den demografiske utviklingen, og har dermed fått mye oppmerksomhet de siste årene. Velferdsteknologi omfatter alle typer teknologier som har et brukerperspektiv og har som formål å øke omsorgskapasitet og bedre kvaliteten av helse- og omsorgstjenester via økt selvhjulpenhet, uavhengighet og verdighet for mottakere av helse- og omsorgstjenester. Velferdsteknologi er rettet

[55] NOU 2011: 15 Rom for alle – En sosial boligpolitikk for framtiden

[56] Meld. St. 17 (2012–2013) *Byggje – bu – leve*

mot alle, selv om eldregruppen har vært mest i fokus. Ulike typer teknologi kan understøtte og forsterke f.eks. trygghet, sikkerhet, daglige gjøremål, sosial kontakt, fysisk aktivitet og mobilitet. Ved bruk av velferdsteknologi vil flere kunne bo hjemme til tross for nedsatt funksjonsevne, det blir bedre kvalitet på tjenestene og det gir samfunnsøkonomiske gevinster. Velferdsteknologi kan også gi viktige effekter innen helsefremmende arbeid og kan medvirke til å forebygge fall, samt motvirke ensomhet og kognitiv svikt. Det er forventet at det vil bli en betydelig etterspørsel etter velferdsteknologi i årene som kommer.

Definisjoner og begrepsbruk knyttet til velferdsteknologi varierer fra land til land. I Norge benyttes oftest definisjonen fra NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* (Hagen-utvalget):

> *"Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon."*

Andre begreper som m-helse (mobile helseløsninger), omsorgsteknologi, telemedisin, smarthusteknologi og hverdagsteknologi definerer delområder innen velferdsteknologi.[57]

Det går ikke et klart skille mellom velferdsteknologi og hjelpemidler. I utvalget legges det vekt på at velferdsteknologi skal gi mer bærekraftige helse- og omsorgtjenester, ved at det kan inngå i helse- og omsorgstjenestene i tillegg til eller som erstatning for personbasert omsorg.

På en del områder vil det imidlertid være uklart hva som defineres som velferdsteknologi og hva som defineres som hjelpemidler. Hjelpemidler som typisk regnes som velferdsteknologi og som dekkes med hjemmel i folketrygdloven, er bl.a. omgivelseskontroll, varsling for hørselshemmede og varsling til pårørende innen samme boenhet. Andre eksempler er kalenderfunksjonalitet med touchscreen og medisindispensere.

Hjelpemidler som er vanlige også for personer uten funksjonsnedsettelser dekkes ikke av folketrygden selv om det kan defineres som velferdsteknologi, slik som smarttelefoner, nettbrett og applikasjoner. For personer som fyller vilkårene for å få innvilget omgivelseskontroll, vil smarthusløsninger ofte være mer hensiktsmessig. Likevel dekkes ikke smarthusløsninger av folketrygden fordi slikt utstyr ikke anses som nødvendig i lovens forstand. Smarthusløsninger kan videre betraktes som allmennteknologi.[58]

Folketrygden gir ikke generelle finansieringstilskudd til f.eks. tilrettelegging av nye omsorgsboliger, eller generelle tiltak for helsepersonell. Rettigheter etter folketrygden gis til enkeltpersoner og er knyttet til den enkeltes nedsatte funksjonsevne.

Hjelpemiddelsentralene har et forvaltningsansvar for de hjelpemidlene som lånes ut. I ansvaret ligger også veiledning i bruken av hjelpemidlene, service og reparasjon. Hjelpemiddelsentralene kan også gi råd og veiledning om hjelpemidler og tilrettelegging utover eget finansieringsansvar.[59] Kjernekompetansen knytter seg til hvordan ulike funksjonsvansker kan avhjelpes med hjelpemidler, teknologi og tilrettelegging. Når det gjelder velferdsteknologi, kan hjelpemiddelsentralene bidra med

---

[57] Helsedirektoratet (2016) IS-2416 *"Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger – Nasjonalt velferdsteknologiprogram"*

[58] *"Bolig uten hindring – selvstendighet, mestring og trygghet med smarthus",* erfaringer fra et prosjekt i samarbeid mellom NAV Hjelpemiddelsentral Rogaland, Stavanger kommune og NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse, 2012

[59] FOR-1997-04-15-323 Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar

kompetanse om funksjonalitet og brukergrensesnitt for å bidra til helhetlige, kostnadseffektive og innovative løsninger for bruker. Det foregår et samarbeid mellom hjelpemiddelsentralene, kommuner og andre sentrale aktører knyttet til velferdsteknologi.

6.3.1 Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Som en del av oppfølgingen etter Hagen-utvalget varslet Stoltenberg II-regjeringen i Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* etablering av en nasjonal satsing på velferdsteknologi. Stortinget fulgte dette opp gjennom bevilgning over revidert nasjonalbudsjett for 2013, jf. Prop. 149 S (2012–2013). Ansvaret for Nasjonalt velferdsteknologiprogram ble lagt til Helsedirektoratet. Programeierskapet har i 2016 vært ivaretatt av Direktoratet for e-helse. Fra 2017 vil ansvaret tilbakeføres til Helsedirektoratet. Nasjonalt velferdsteknologiprogram er et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og kommunesektorens organisasjon (KS).

Nasjonalt velferdsteknologiprogram forvalter ulike nasjonale satsinger, der flere har betydning for hjelpemiddelområdet:

- Sikre implementering av trygghetsskapende teknologier som del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil i hovedsak omfatte løsninger med tilhørende tjenester som stasjonær og mobil trygghetsalarm, fallsensor, ulike detektorer, ulike sensorer som varsler bevegelse/ikke bevegelse, lokaliseringsløsninger (GPS), digitalt tilsyn, medisineringsløsninger osv. Formålet er å gi økt trygghet og egenmestring, slik at mennesker kan bo lengre i egen bolig.
- Medisinsk avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer, slik at mennesker bedre kan mestre egen sykdom og få redusert behov for helse- og omsorgstjenester.
- Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy for sosial kontakt. Målgruppen er eldre som via f.eks. Skype/Facetime skal gis mulighet til å opprettholde kontakten med sitt sosiale nettverk. Målet er også å redusere ensomhet.
- Støtte til fritidsaktiviteter for barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Målet er å prøve ut hvordan ulike velferdsteknologiske løsninger kan legge til rette for at barn og unge med nedsatt funksjonsevne kan delta i ulike fritidsaktiviteter.

Satsingen innen utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene er oppdraget som har størst relevans for hjelpemiddelpolitikken. Hovedfokuset i programmet er velferdsteknologiske løsninger som kan bidra til økt trygghet og mestring slik at mennesker, uavhengig av alder og diagnose, kan bli boende lengst mulig hjemme til tross for funksjonssvikt. Programmet omfatter også løsninger i omsorgsboliger og sykehjem. Målet med programmet er å utvikle kunnskap og verktøy som også andre kommuner kan dra nytte av når de skal starte arbeidet med å inkludere velferdsteknologi som en del av helse- og omsorgstjenestene.

Løsninger som har vært prøvd ut i programmet, er trygghetspakker med ulike komponenter (mobil trygghetsalarm, fallalarm, ulik sensorteknologi), elektronisk medisineringsstøtte, varslings- og lokaliseringsteknologi for mennesker med kognitiv svikt, digitalt tilsyn, elektronisk dørlås, logistikkløsninger for kjøreruter i hjemmetjenesten, teknologi for avstandsoppfølging og behandling ved kroniske sykdommer og ulike løsninger i sykehjem og boliger med heldøgns tjenester.

Programmet har videreutviklet KS sitt Veikart for velferdsteknologi til "Veikart for tjenesteinnovasjon".[60] Dette er et verktøy som kommunene kan benytte når de skal utvikle tjenestene, planlegge, anskaffe og ta i bruk velferdsteknologi.

Foreløpige erfaringer i programmet viser at de fleste løsningene medfører økt trygghetsfølelse, både for bruker, pårørende og kommunalt ansatte. Bruker opplever også økt selvstendighet, aktivitetsnivå, mestring og innsikt i egen situasjon og sykdom. For ansatte i kommunen ser teknologien ut til å gi økt trivsel, bedre arbeidsprosesser og økt effektivitet. Ny teknologi kan i visse tilfeller føre til usikkerhet

[60] www.ks.no/samveis

både hos brukere, pårørende og ansatte i kommunen når teknologien svikter, f.eks. ved manglende dekningsgrad i mobilnettet eller ved feilalarmer.[61] Programmet viser så langt til noen besparelser i kommunene som følge av bruk av velferdsteknologi. Dette er f.eks. redusert antall hjemmebesøk, redusert avlastningsbehov for pårørende og redusert ekstra bemanning. Unngåtte kostnader og utsatte tjenestebehov som direkte resultat av innføring av velferdsteknologi, er vanskelig å dokumentere og fastslå i omfang.[62] Flere av kommunene i velferdsteknologiprogrammet kan vise til gevinster ved bruk av velferdsteknologi. Tabellen under viser eksempler på gevinster kommunene har rapportert på de ulike tjenesteområdene.

Tabell 6.2 Gevinster ved bruk av velferdsteknologi

Tjeneste	Økt kvalitet	Spart tid	Unngåtte kostnader
Lokaliserings-løsninger	Økt trygghet og mestring for bruker, ansatte og pårørende Frihet og fravær av tvang Pårørende kan stå lenger i jobb	Færre leteaksjoner	Unngått innleggelse i institusjon
Medisinerings-løsninger	Økt mestringsfølelse Økt aktivitetsnivå og innhold i hverdagen Riktigere medisinering til riktig tid Økt verdighet Færre avvik	Redusert antall hjemmebesøk Bærum kommune har beregnet at de har spart tid på medisinhåndtering tilsvarende 2,3 årsverk i 2016 – frigjort tid har gitt økt kapasitet, ved at de kunne gi tjenester til flere med samme ressurser	Bergen kommune har redusert antall hjemmebesøk med 38 pst. og total vedtakstid med 59 pst. per uke for 18 hjemmeboende etter at de tok i bruk elektronisk medisineringsstøtte
Digitalt tilsyn	Økt søvnkvalitet – unngår vekking på natt Økt trygghet for pårørende	Færre hjemmebesøk	Utsatt behov for institusjonsplass
Pasientvarsling i institusjon	Redusert medisinering og mer ro Redusert antall fall (40 pst. reduksjon i fall med skade i Bærum kommune)	Større fleksibilitet og mer målrettet tilsyn	Unngått oppbemanning spesielt på natt (Fredrikstad og Bærum) Redusert vedtakstid med 400 timer i en omsorgsbolig i Bærum
Optimalisering av kjøreruter	Økt personkontinuitet hos brukere	Horten kommune sparer om lag ett årsverk på planlegging	Sparer kjøring
Elektroniske låser	Økt trygghet (tap av fysiske nøkler ikke lenger et problem)	Bruker mindre tid til henting av nøkler	Sparer tid og øker fleksibilitet ved akutte oppdrag og bytting av oppdrag

Kilde: Nasjonalt velferdsteknologiprogram[63]

[61] Helsedirektoratet (2016) IS-2416 *"Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger – Nasjonalt velferdsteknologiprogram"*

[62] Helsedirektoratet (2016) IS-2416 "*Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger – Nasjonalt velferdsteknologiprogram*"

[63] Helsedirektoratet IS-2557 *"Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger – Nasjonalt velferdsteknologiprogram"*

6.4 Rask teknologisk utvikling

Et helt sentralt prinsipp bak hjelpemiddelsystemet i Norge er at man skal få kompensert ekstrautgifter man har som følge av en funksjonsnedsettelse. Dersom man grunnet funksjonsnedsettelse ikke kan gå, og er helt avhengig av en rullestol, så har man en utgift gående personer ikke har, og denne skal således kompenseres fullt ut. Den raske teknologiske utviklingen kan gi nye muligheter for den enkelte og økt mangfold av hjelpemidler, gjennom stadig mer avanserte, men også potensielt dyrere hjelpemidler. Den teknologiske utviklingen vil dermed kunne utfordre kostnadskontrollen på hjelpemiddelområdet, jf. kapittel 10. Samtidig kan innovasjon og ny teknologi på hjelpemiddelområdet frembringe både bedre og billigere hjelpemidler som kan gi lavere kostnader og dermed sikre mest mulig effektiv ressursbruk.

Hjelpemidler er som hovedregel avgrenset mot det man kan kalle ordinært utstyr som er rettet mot allmennheten og som er vanlig i befolkningen. Med rask teknologisk utvikling vil definisjonen av hva som til enhver tid er å anse som et hjelpemiddel i lovens forstand endre seg raskt. Det gis ikke stønad til såkalte ordinære produkter, som f.eks. smarttelefoner og nettbrett fordi de anses som vanlig i befolkningen, mens man fortsatt kan få stønad til dyrere utstyr som løser de samme praktiske behovene. Samtidig ser man at programvare og applikasjoner kan være egnede hjelpemidler. Noen hjelpemidler det i dag gis stønad til vil ligge i et grenseland når det gjelder å bli betegnet som et hjelpemiddel i folketrygdlovens forstand. Eksempler på dette kan være bil og PC.

Rask teknologisk utvikling utfordrer dermed et system for god kostnadskontroll i et marked med stadig nye muligheter til aktivitet og deltakelse for den enkelte, men samtidig langt dyrere hjelpemiddelløsninger. En annen følge av den raske teknologisk utviklingen er at det må vurderes kontinuerlig når et hjelpemiddel går over til å bli ansett som ordinært utstyr, og dermed ikke lenger dekkes av folketrygden. En tredje utfordring er å unngå at det gis stønad til dyre hjelpemiddelløsninger der det kunne vært gitt stønad til f.eks. et nettbrett som løser samme utfordring.

7 Brukerne av hjelpemidler og tilretteleggingstjenester

Vi vet ikke nøyaktig hvor mange som har nedsatt funksjonsevne i Norge, ettersom andelen varierer ut i fra hva slags definisjoner som benyttes. I befolkningsundersøkelser finnes det ikke standardiserte spørsmål for å identifisere og avgrense antall personer med nedsatt funksjonsevne i befolkningen.

Om lag 17 pst. av befolkningen i alderen 15-66 år, det vil si 585 000 personer, oppga å ha en *funksjonshemming* i 2015 i SSBs arbeidskraftundersøkelse. Naturlig nok øker andelen med alderen. Blant ungdom i alderen 15-24 år var den 10 pst., mens den kom opp i 32 pst. i aldersgruppen 60-66 år.[64] Vi kan anta andelen med funksjonshemming er enda større i aldersgruppen over 66 år. Resultatene fra Difis innbyggerundersøkelse for 2015 viser at 19 pst. i befolkningen over 18 år har *nedsatt funksjonsevne*. Denne undersøkelsen gir et noe høyere estimat enn arbeidskraftsundersøkelsen til SSB, trolig på grunn av at alle over 18 år er med i undersøkelsen. Blant personer over 67 år oppgir mer enn hver fjerde at de har nedsatt funksjonsevne.[65]

Vi har ikke statistikk som viser *samlet* hvor mange som mottar hjelpemidler eller hjelpemiddeltjenester fra stat og kommune. Vi vet imidlertid hvor mange som har fått utdelt et hjelpemiddel fra en hjelpemiddelsentral, dvs. personer som er registrert i hjelpemiddelsentralenes utlånsregister. I 2015 var det om lag 134 000 brukere som fikk utdelt et hjelpemiddel fra hjelpemiddelsentralen i løpet av året. 172 812 brukere hadde i løpet av 2015 mottatt tjenester i form av nytt hjelpemiddel, service og rådgivning. Antall brukere i 2015 som hadde hjelpemidler på utlån fra hjelpemiddelsentralene var om lag 420 000 personer. Brukergruppene mottar ikke bare tjenester knyttet til hjelpemidler, men også tjenester slik som rådgiving, veiledning, tolking, funksjonsassistanse og lese- og sekretærhjelp.

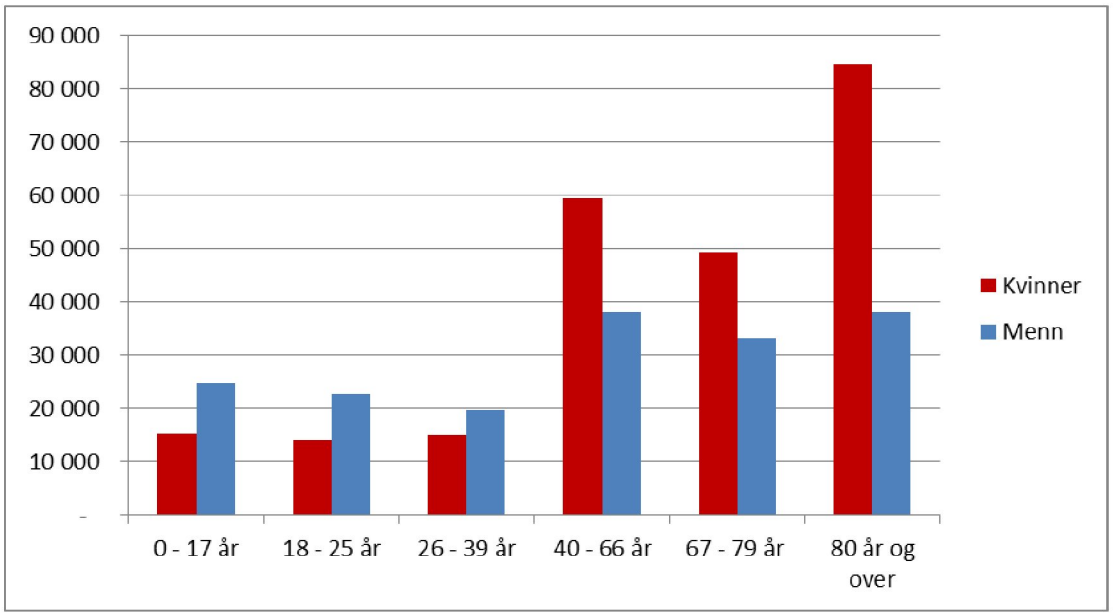
7.1 En heterogen gruppe med ulike behov

Mottakerne av hjelpemidler er svært ulike både med hensyn til funksjonsnedsettelse og oppfølgingsbehov. Noen har sammensatte funksjonsnedsettelser som krever mange hjelpemidler, mens andre kun har behov for få og relativt enkle hjelpemidler. Som nevnt i kapittel 6 er den største andelen mottakere av hjelpemidler i de eldste aldersgruppene. 43 pst. av hjelpemiddelbrukerne er over 80 år. Blant de eldre hjelpemiddelbrukerne er det langt flere kvinner enn menn. Tilsvarende er det betydelig flere gutter/yngre menn enn jenter/yngre kvinner i aldersgruppene under 25 år.

[64] SSB (2015) Funksjonshemmede, Arbeidskraftundersøkelsen. 2015, 2. kvartal

[65] https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne

Figur 7.1 Antall registrerte brukere fordelt på kjønn og aldersgrupper



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Som vist i kapittel 6 er utlånsverdien lavest i de eldste aldersgruppene. Dette indikerer at de yngre brukerne har et mer omfattende hjelpemiddelbehov enn de eldre.[66] Andelen som har behov for kontakt med flere instanser er høyest for de yngre aldersgruppene, noe som også indikerer at de yngste har mer omfattende funksjonsnedsettelser som krever spesialkompetanse fra flere instanser i formidlingsprosessen.[67] I en brukerundersøkelse gjennomført av Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2008 oppgir mange unge at de har behov for mer bistand til opplæring og oppfølging etter at de har mottatt hjelpemidlene enn tilfellet er de for eldre.[68] En del eldre brukere mottar derimot relativt enkle hjelpemidler som følge av plager som oppstår i høy alder, gjerne som følge av en naturlig aldringsprosess. Samtidig er også de eldre en differensiert gruppe med hensyn til funksjonsnedsettelse og oppfølgingsbehov. En eldre slagpasient kan ha omfattende behov for hjelpemidler som følge av redusert bevegelighet og kognitive utfordringer, og det vil være behov for god faglig hjelpemiddelformidling som sikrer riktig valg og bruk av hjelpemidler.

7.2 Barn og unge med nedsatt funksjonsevne

Hjelpemidler og tilrettelegging er ett av mange virkemidler for at barn og unge med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i samfunnet på lik linje med andre. For foreldrene til barn med funksjonsnedsettelser er det ofte mye som skal følges opp: pedagogisk og fysisk tilrettelegging, oppfølging i barnehage og skole, ansvarsgruppemøter og individuell plan, medisinsk oppfølging, opptrening, habilitering, hjelpemidler, støttekontakt, assistent, fritidsaktiviteter – og mye mer.[69] Et velfungerende hjelpemiddelsystem er en viktig faktor for god livskvalitet for både familien og for barn som er født med eller har fått en funksjonsnedsettelse i ung alder. I styringssignalene fra Arbeids- og sosialdepartementet legges det vekt på at barn og unge med redusert funksjonsevne skal prioriteres, noe som følges opp av Arbeids- og velferdsetatens prioriteringssignaler til hjelpemiddelsentralene. I

[66] NOU 2010:5 Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering – Et helhetlig hjelpemiddeltilbud

[67] NOU 2010:5 Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering – Et helhetlig hjelpemiddeltilbud

[68] Brukerundersøkelse blant brukere av hjelpemidler 2008, Arbeids- og velferdsdirektoratet 2009

[69] FFO-notat om foreldre med funksjonshemmede barn, politisk notat nr. 03/14

likhet med Holte-utvalget er utvalget opptatt av at hjelpemiddelsystemet må utformes og forvaltes på en slik måte at det bidrar til at barn og unge med funksjonsnedsettelser gis like muligheter som andre barn og unge, og at det er en grunnleggende verdi i den norske velferdsstaten å sikre at disse mulighetene blir så like som mulig. Det er særskilt viktig at vi lykkes med å inkludere unge med nedsatt funksjonsevne i utdanning og arbeid gjennom tilrettelagte utdanningsløp inn mot arbeidslivet. Barn og unge er en sårbar gruppe mht. å kunne mestre og delta i samfunnet. Tidlig innsats med tilretteleggingstiltak vil bidra til et best mulig utgangspunkt for at den enkelte kan fullføre utdanning og senere delta i arbeidslivet. Gevinstene vil være store både for samfunnet og den enkelte dersom man lykkes med dette, jf. kapittel 9.

7.3 Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne

Personer med nedsatt funksjonsevne har samlet sett dårligere levekår enn gjennomsnittet i befolkningen, bl.a. i form av lavere utdanning, svakere arbeidstilknytning og dårligere økonomi.[70]

På oppdrag fra Barne- og likestillingsdepartementet har SSB utviklet et indikatorsett for å følge levekårs- og livssituasjonen til personer med nedsatt funksjonsevne.[71] Lav sysselsetting i grupper med nedsatt funksjonsevne betyr at flere i denne gruppen får sin livsinntekt gjennom overføringer fra folketrygden enn andre. Undersøkelsen fra SSB viser at personer med nedsatt funksjonsevne i større grad har store vansker med å få endene til å møtes sammenliknet med befolkningen, hhv. 16 og 6 pst. Dette målet sier noe om hvor mange som selv oppfatter sin økonomi som vanskelig. Videre sier 10 pst. av de med nedsatt funksjonsevne at de har betalingsproblemer, mot 6 pst. i befolkningen. En undersøkelse av NTNU samfunnsforskning konkluderer med det samme.[72] De finner at offentlige overføringer og skattemessige fordeler bidrar til en viss utjevning av inntektsforholdene mellom personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen for øvrig. Til tross for overføringer kommer likevel personer med nedsatt funksjonsevne dårligere ut økonomisk enn resten av befolkningen. De finner at de med mest omfattende funksjonsnedsettelser har dårligst økonomi.

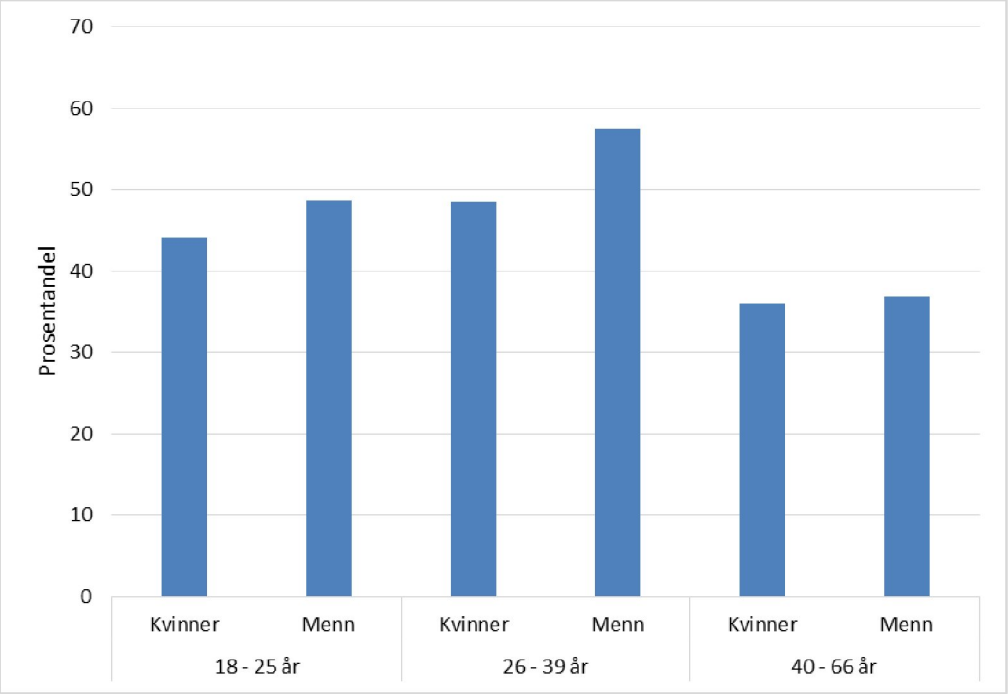
Arbeids- og velferdsdirektoratet har koblet sammen data fra hjelpemiddelsentralenes register over personer som per 30. juni 2016 var registrert med et utlån av hjelpemidler med A-ordningen, som viser antall timer lønnet arbeid per uke. Figur 7.2 viser at i aldergruppen 18–66 år hadde 42 pst. arbeid av minst en times varighet. Andelen er lavest i aldergruppen 40–66 år, og er lavere blant kvinner enn menn. Direktoratet finner at tilsvarende tall i befolkningen i aldersgruppen 18–66 år er 69 pst. Yrkesdeltakelsen er med andre ord betydelig lavere blant personer som mottar hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralene enn i befolkningen generelt.

[70] Bolig for velferd - Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)

[71] Jorun Ramm og Berit Otnes (2013) *"Personer med nedsatt funksjonsevne. Indikatorer for levekår og likestilling"*, SSB-rapport 8/2013

[72] Anna Kittelsaa, Sigrid Elise Wik og Jan Tøssebro (2015) *"Levekår for personer med nedsatt funksjonsevne: Fellestrekk og variasjon",* NTNU samfunnsforskning

Figur 7.2 Antall registrerte brukere i arbeid fordelt på kjønn og alder.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Holte-utvalget viser til en rapport fra SNF[73] som viser at bruttoinntekten er lavere for brukere av hjelpemidler for alle aldersgrupper. For aldersgruppene 17–34 og 35–59 år utgjør bruttoinntekten for brukere omkring 66 pst. av inntekten for alle. Forskjellen er størst for de yngre aldersgruppene, mens forskjellen blir vesentlig mindre fra 65 år og oppover. Mange eldre brukere får hjelpemidler først som pensjonister, som følge av plager som oppstår i høy alder, gjerne som følge av en naturlig aldringsprosess. De har dermed vært integrert på arbeidsmarkedet i yngre år, noe som har betydning for opptjening av pensjonspoeng og formue. Tidligere var eldre spesielt utsatt for lavinntekt, men dette har nå endret seg. En gjennomgang foretatt av Arbeids- og velferdsetaten[74] viser at andelen med lavinntekt blant eldre (67 år og eldre) reduseres betydelig i tidsperioden 2000 – 2013, mens andelen derimot øker blant unge og unge voksne. Nedgangen hos eldre kan bl.a. skyldes at eldre arbeidstakeres posisjon er styrket gjennom høyere utdanningsnivå, flere eldre kvinner i arbeid og virkninger av pensjonsreformen. I Meld. St. 7 (2016 – 2017) *Regulering av pensjoner i 2016 og pensjonisters inntektsforhold* vises det til at den eldre befolkningen, det vil si personer fra 62 år og oppover, har hatt en sterkere økning i kjøpekraften enn den yngre befolkningen de siste ti årene. Den eldre delen av befolkningen har i løpet av perioden hatt en realvekst på rundt 45 pst., mens den yngre delen har hatt enn realvekst på rett over 30 pst.[75]

[73] Christian Andersen (2009) *"Hjelpemidler og egenbetaling"*, Samfunns- og næringslivsforskning AS (SNF)

[74] Arbeids- og velferdsdirektoratet (2016) *"Fattigdom og levekår i Norge. Tilstand og utviklingstrekk – 2015"*, NAV-rapport 1-2016

[75] Meld. St. 7 (2016 – 2017) Regulering av pensjoner i 2016 og pensjonisters inntektsforhold

7.4 Brukernes vurdering av hjelpemiddelformidlingen

Et sentralt spørsmål for utvalget er å se på hvordan hjelpemiddelformidlingen oppleves av brukerne i dag. Agenda Kaupang[76] har sett på dette bl.a. på basis av to brukerundersøkelser i Arbeids- og velferdsetaten. Den ene er etatens generelle personbrukerundersøkelse, som stiller åtte spørsmål om hjelpemiddelområdet (N=689[77]). Den andre undersøkelsen retter seg særskilt mot yngre med nedsatt funksjonsevne der det i all hovedsak er brukerens foresatte som har besvart spørsmålene. I den siste undersøkelsen er det det 420 respondenter fra hele landet unntatt Finnmark, og alle har besvart undersøkelsen i forbindelse med besøk på hjelpemiddelsentralen. I tillegg gjennomgår Agenda Kaupang en rapport fra Norges Handikapforbund (2015) med 120 brukererfaringer. Denne undersøkelsen kan gi en viktig indikasjon på hva som er viktig for hjelpemiddelbrukere og hvor hindringene i systemet ligger.

I hovedtrekk finner Agenda Kaupang at basert på de foreliggende undersøkelsene kan en si at hjelpemiddelbrukerne *generelt sett* er fornøyd med hjelpemiddelformidlingen i dag. På en skala fra 1 til 6 der 1 er svært misfornøyd og 6 er svært fornøyd, gir brukerne en gjennomsnittsscore på 4,8 når de blir bedt om å vurdere hvor fornøyd de er med hjelpemiddelformidlingen, inkludert tjenestene fra kommunen. Det trekkes frem at hjelpemiddelsentralene besitter høy faglig kompetanse, at de ansatte stort sett er serviceinnstilte og løsningsorienterte, at det gis gode muligheter til utprøving av hjelpemidler, og at det sjelden gis avslag på søknader. Tidsbruk og manglende informasjon om både søknadsprosess og tilgjengelige hjelpemidler trekkes imidlertid frem som de største svakhetene i hjelpemiddelformidlingen.[78]

Det fremkommer også at det er store lokale variasjoner mellom kommunene, bl.a. knyttet til kompetanse og tilgjengelighet. I tillegg pekes det på manglende digitale løsninger og manglende valgfrihet knyttet til hjelpemiddel. Yngre brukere er i mindre grad enn eldre brukere fornøyd med hjelpemiddelsystemet.

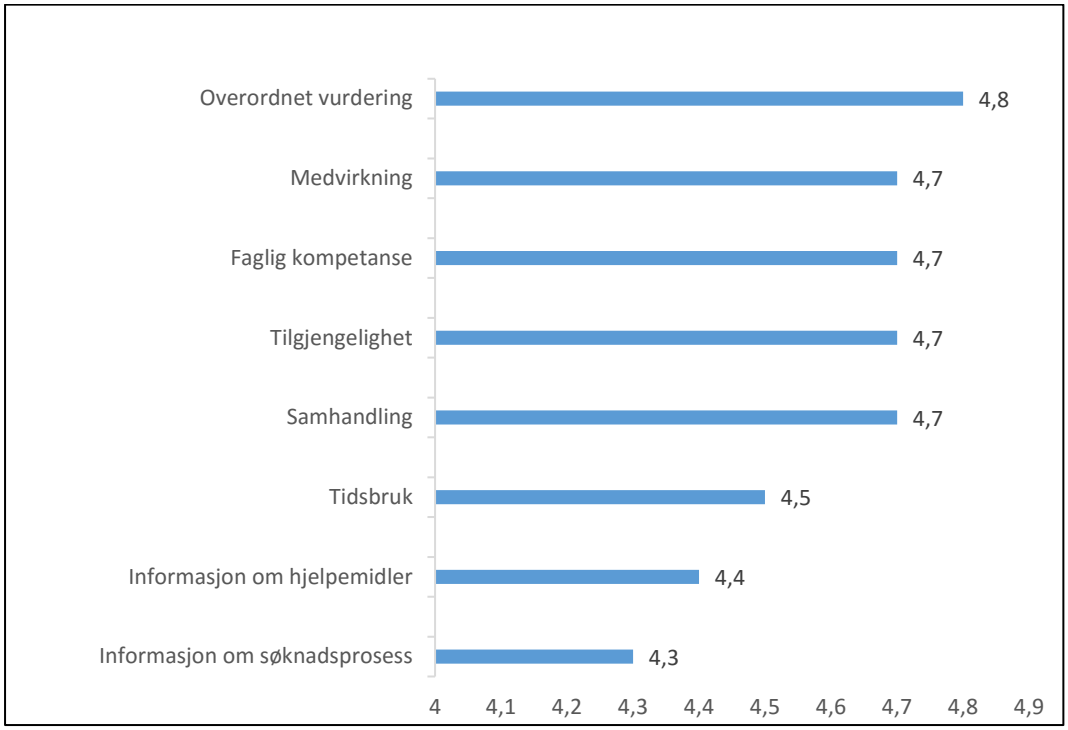
---

[76] Agenda Kaupang (2016) *"Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet",* rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

[77] Utvalget består av brukere som sto registrert med innvilget søknad i alderen 18 til 75 år ved årsskiftet 2013/2014.

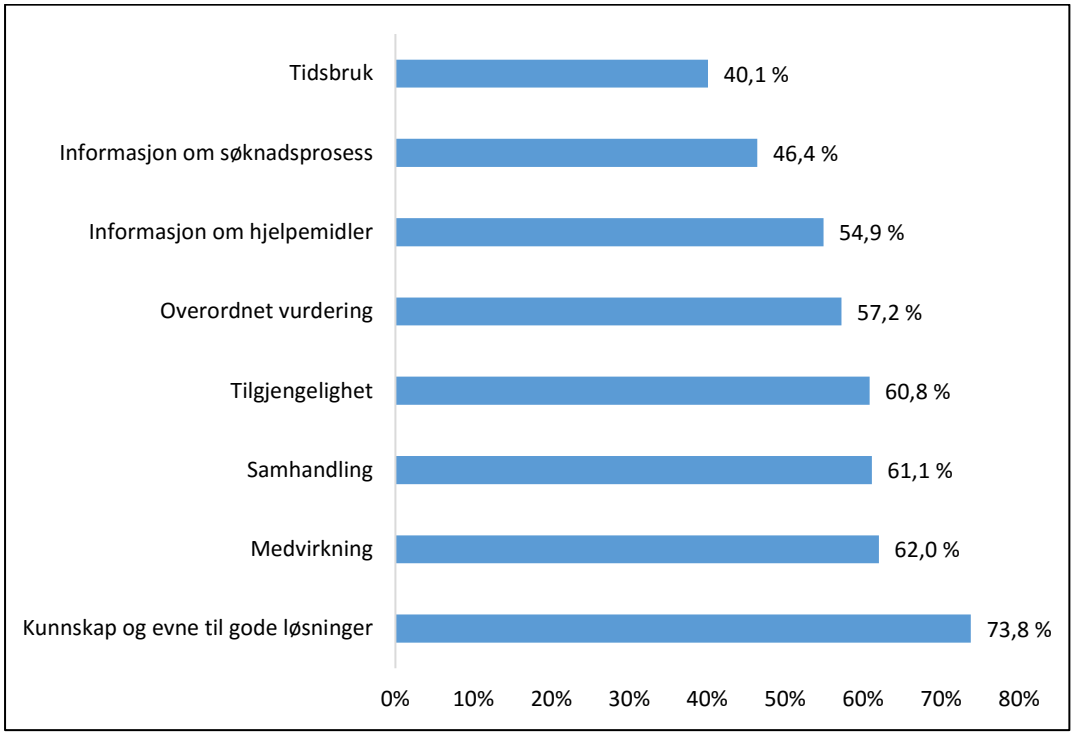
[78] Det ble gjennomført en ny brukerundersøkelse i Arbeids- og velferdsetaten i 2016. På grunn av endret metode og brukersammensetning er den nye undersøkelsen ikke direkte sammenliknbar med brukerundersøkelsen fra 2014, men den gir om lag det samme bildet av brukertilfredsheten blant hjelpemiddelbrukerne. Brukerne er fortsatt minst fornøyd med tidsbruk og manglende informasjon. Mer konkret viser resultatene fra 2016 at brukerne er litt mer positive til informasjonen om hjelpemidler og informasjon om søknadsprosessen (+ hhv. 0,1 og 0,2) og litt mer misfornøyd med tidsbruken (- 0,3). Langt flere (+ 0,7) er fornøyd med samhandlingen mellom de ulike instansene de har vært i kontakt med, men spørsmålet er endret fra 2014 til 2016 og er derfor ikke sammenliknbart.

Figur 7.3 NAVs personbrukerundersøkelse 2014. Resultater på hjelpemiddelområdet. Respondentenes gjennomsnittlige tilfredshet med området på en skala fra 1 til 6.



Kilde: Agenda Kaupang, basert på data fra Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 7.4 NAVs brukerundersøkelse blant unge funksjonshemmede/foresatte til unge funksjonshemmede 2014. Prosentvis andel som oppgir at det er "svært fornøyd" med hjelpemiddelområdet.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Agenda Kaupang finner at informasjon er et av områdene hvor brukerundersøkelsene avdekker størst potensial for forbedring fra brukernes perspektiv. Enkelte informanter har trukket frem at det kan være vanskelig å finne frem til relevant informasjon på nett, og etterspør i større grad digitale løsninger. En annen kompliserende faktor er at både hjelpemiddelsentraler og kommuner har ulik praksis på hjelpemiddelområdet, noe som kan gjøre det mer krevende for å brukeren å holde seg orientert om hvordan ulike saker skal håndteres. Som eksempler på positive brukeropplevelser knyttet til informasjon trekkes det frem i Norges Handikapforbunds undersøkelse at mange opplever å få god informasjon om hvilke muligheter ulike hjelpemidler gir, og at kommunen, hjelpemiddelsentralen og leverandør ofte er tilgjengelige og svarer raskt på telefon/e-post. Samtidig erfarer flere brukere at man ikke får nok informasjon om hjelpemidler, og at det kan være vanskelig å finne frem på nettet. Flere nevner at det ikke er god nok kunnskap i kommunen til å gi den informasjonen man trenger.

Agenda Kaupang finner videre at tidsbruk er et av de andre områdene brukerne er minst tilfreds med. I henhold til Norges Handikapforbunds undersøkelse erfarer hjelpemiddelbrukere ofte at formidlingen tar tid. Dette gjelder den samlede tiden fra søknad er sendt og frem til hjelpemidlet er på plass. Hvorvidt årsaken er lang saksbehandlingstid eller lang leveringstid er ikke kartlagt. Det fremkommer at prosessen med å skifte hjelpemiddel også ofte tar lang tid. Saksbehandlingstider er nærmere omtalt i kapittel 8.

Andre undersøkelser viser at oppfølging av hjelpemidler ser ut til å være den delen av formidlingsprosessen som brukerne er minst tilfreds med.[79] En av årsakene til dette, kan være at den profesjonelle oppfølgingen av hjelpemidlene ofte er mangelfull. Manglende oppfølging kan føre til at hjelpemidlet blir brukt feil eller ikke blir brukt, og at personen dermed fremdeles ikke får avhjulpet sine aktivitetsproblemer, på tross av tiltak. En undersøkelse av voksne i Danmark og Norge som fikk elektrisk scooter til utendørs bruk, viste bl.a. at om lag halvparten av brukerne ikke fikk oppfølging etter at hjelpemidlet var utlevert.[80] Det kan være vanskelig for brukere å forutsi hvilke behov de kan ha før hjelpemidlet blir utlevert, derfor bør oppfølging og evaluering prioriteres av fagfolkene, og være tilpasset den enkelte. Manglende kapasitet og tilgang til fagfolk i kommunene er et hinder for å få til en individualisert oppfølging, jf. kapittel 13.

---

[79] Terje Sund, Susanne Iwarsson, Mette C. Andersen og Åse Brandt (2013) *"Documentation of and satisfaction with the service delivery process of electric powered scooters among adult users in different national contexts",* Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, vol. 8, issue 2

Ewa Wressle and Kersti Samuelsson (2004) *"Barriers and bridges to client-centred occupational therapy in Sweden",* Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2004

Bernhard M. Haas, E. Bergström, A. Jamous og A. Bennie (1996) "The inter rater reliability of the original and modified Ashworth scale for the assessment of spasticity in patients with spinal cord injury", Spinal Cord, 1996 (34)

[80] Terje Sund, Susanne Iwarsson, Mette C. Andersen og Åse Brandt (2013) *"Documentation of and satisfaction with the service delivery process of electric powered scooters among adult users in different national contexts"*, Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, vol. 8, issue 2

8 Hjelpemiddelsystemet – situasjonsbeskrivelse

Det er flere aktører som har ansvar for hjelpemidler og tilrettelegging for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Staten, gjennom folketrygden, har et hovedansvar for finansiering av hjelpemidler til personer med varige funksjonsnedsettelser, mens kommunene har et hovedansvar for personer med midlertidige behov/ funksjonsnedsettelser. Dette kapitlet beskriver de ulike aktørene innen hjelpemiddelsystemet. Videre presenteres finansieringsstruktur og kostnader knyttet til hjelpemiddelforvaltningen, samt saksbehandlings- og leveringstider. Avslutningsvis skisseres utfordrende grenseflater mellom ulike aktører i dagens hjelpemiddelsystem.

8.1 Aktører i hjelpemiddelsystemet

8.1.1 Kommunene

Kommunens ansvar og rolle
Kommunenes ansvar for tildeling av hjelpemidler følger av helse- og omsorgstjenesteloven, se boks 8.1.

Kommunens ansvar for formidling av hjelpemidler og tilrettelegging er uavhengig av arena, dvs. om hjelpemiddelbehovet er i hjemmet/nærmiljø, skole eller fritid. Når det gjelder formidling av hjelpemidler for tilrettelegging på arbeidsplassen, er det imidlertid andre aktører som har ansvaret. Kommunen har likevel en viktig rolle i å sørge for at tjenestene henger sammen, og at de andre arenaene er tilrettelagt for at personen kan fungere i et arbeidsforhold.

Kommunen skal utrede og finansiere pedagogiske hjelpemidler (læremidler) i barnehage og grunnskole. I tillegg har kommunen ansvar for utredning, formidling, opplæring og oppfølging av hjelpemidler i undervisningen.

Det er en praktisk arbeidsfordeling mellom kommunen og hjelpemiddelsentralen utfra sakens karakter og kompleksitet. Dette gjelder utredning, opplæring, montering, service og reparasjon av hjelpemidler. Arbeidsfordelingen er nærmere beskrevet i fylkesvise samarbeidsavtaler. Avtalene omhandler alle deler av formidlingsprosessen, og kan variere noe i innhold og detaljeringsgrad. Av samarbeidsavtalen følger det at kommunene kan ha kontaktpersoner i den kommunale helse- og sosialtjenesten med ansvar for hjelpemidler innenfor områdene bevegelse, syn og hørsel. Kommunene kan også opprette kontaktpersoner på hjelpemiddelområdet innen andre spesielle fagområder eller funksjoner.

Boks 8.1 Regelverket etter helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunenes ansvar for tildeling av hjelpemidler følger av helse- og omsorgstjenesteloven, nærmere bestemt § 3-2, jf. § 3-1. Ansvaret er nærmere regulert i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 9. Kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven gir pasient og bruker en korresponderende rettighet til helsehjelp. Helsehjelp omfatter "handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell". Ansvaret er annerledes hjemlet enn det som følger av folketrygdloven. Kommunene skal sørge for at personer som bor i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen har mulighet til å vurdere brukernes behov bredere, og bruk av hjelpemidler kan være ett av flere mulige tiltak kommunen skal tilby for å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at brukerne ikke har et rettskrav på et bestemt hjelpemiddel, men på nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunene har også en annen type finansiering enn det som følger av folketrygdloven ettersom de blir rammefinansiert.

Det kommunale formidlings- og tilretteleggingsansvaret omfatter både hjelpemidler og ergonomiske tiltak som er finansiert av folketrygden ved vesentlige og varige behov (over 2 år), og hjelpemidler ved midlertidige behov (under 2 år) som er et kommunalt finansieringsansvar. Kommunene har et økonomisk ansvar for hjelpemidler til brukere som er innlagt i kommunale institusjoner, med unntak av hjelpemidler som brukere trenger for forflytning og hjelpemidler som skal avhjelpe syns- og hørselsproblemer hos brukeren. Omsorgsboliger defineres derimot som private hjem og beboerne kommer derfor inn under folketrygdens ansvar når det gjelder stønad til hjelpemidler.

Helse- og omsorgstjenesteloven inneholder regler om kommunens overordnede ansvar for å sørge for at den enkelte pasient og bruker får oppfylt sine rettigheter til "nødvendige helse- og omsorgstjenester", slik dette er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a.

Loven pålegger kommunen å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblemer, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunens ansvar er i loven regulert som et overordnet "sørge for-ansvar", se § 3-2 jf. § 3-1.

Kommunen skal ifølge § 3-2, 1 ledd nr. 5 tilby "Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering."

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator gjelder for habiliterings – og rehabiliteringstjenester som ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. I dette inngår et ansvar for formidling av hjelpemidler og til å tilrettelegge omgivelsene for mennesker med nedsatt funksjonsevne, uavhengig om det er et varig eller midlertidig behov. Kommunens ansvar innenfor hjelpemiddelområdet er avdekking og utredning av behovet for hjelpemidler, nødvendig utprøving, bistand til brukerens søknad, tilpasning, montering og enklere service og reparasjon, samt motivasjon og opplæring av bruker i hjelpemidlets funksjon. Kommunen har ansvar for evalueringen av brukernytte, nødvendig justering av hjelpemidlene og retur av hjelpemidlene. En vurdering av hjelpemiddelbehov inngår i en mer omfattende utredning av brukerens behov, eventuelt i en individuell plan dersom rett til dette foreligger. Kommunen kan ved behov be om bistand fra hjelpemiddelsentralen eller andre relevante instanser.

Kommunenes kompetanse om hjelpemidler og tilrettelegging

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Formidling og oppfølging av hjelpemidler er kun en av svært mange lovpålagte oppgaver og tjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Dette krever et stort mangfold i kompetanse som den enkelte kommune skal besitte.

Hvordan den samlede kompetansen er og hvor store ressurser det er satt av til å forvalte hjelpemiddelområdet, varierer mellom kommunene. Små kommuner kan være sårbare for utskifting av ansatte med lang erfaring på hjelpemidler og tilrettelegging. Samtidig kommer det ofte frem at små kommuner har et meget godt fungerende apparat. Større kommuner har anledning til å opprettholde robuste fagmiljøer. I tillegg til størrelsen på kommunene, er andre faktorer som satsninger og prioriteringer avgjørende for hvordan tilbudet er.

Ifølge Statistisk sentralbyrå mangler 110 kommuner ergoterapeuter i 2016.[81] Det reelle tallet kan være noe lavere, ettersom ergoterapeuter som har delt stilling mellom flere kommuner kun blir registrert i

[81] SSB (2016) Tabell 07944

en kommune. Ergoterapeuter er en yrkesgruppe som har relevant kompetanse til å bistå brukere med behov for hjelpemidler eller tilrettelegging. Norsk Ergoterapeutforbund sine medlemmer rapporterer om store forskjeller på hjelpemiddelordningen i de ulike kommunene.[82] Dette skyldes ulike forhold, men først og fremst mangel på ergoterapeuter og store forskjeller på antall ergoterapeuter per 10 000 innbyggere. Helse- og omsorgskomiteens innstilling til Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens Primærhelsetjeneste*, Innst. 40 S (2015–2016), er samstemt om viktigheten av ergoterapeuter i fremtidens primærhelsetjeneste. Stortinget har bedt regjeringen komme tilbake med forslag til lovendring som inkluderer ergoterapikompetanse som en lovpålagt tjeneste i kommunene fra 2020.

Det varierer fra kommune til kommune i hvor stor grad hjelpemidler og tilrettelegging prioriteres av kommuneledelsen. Som eksempel kan økt bruk av relevante hjelpemidler redusere behov for pleie og sykehjem, og godt tilrettelagte boliger kan utsette behovet for omsorgsbolig eller institusjonsplass. Hagen-utvalget foreslo i sin innstilling NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* en tredobling av ergoterapeuter i kommunen for å styrke arbeidet med aktiv omsorg, rehabilitering, bruk av velferdsteknologi og tekniske hjelpemidler.

Hjelpemiddelsentralene skal bidra til å heve kompetansen om hjelpemidler og tilrettelegging i kommunen. Kommunens ansatte får kompetanseutvikling gjennom "skulder til skulder"- opplæring i brukerkonsultasjoner, kursvirksomhet, deltakelse i fagnettverk f.eks. for syns- og hørselskontakter og annet systemrettet arbeid som hjelpemiddelsentralen utfører.

Informanter som Agenda Kaupang har intervjuet i sin undersøkelse[83], både på hjelpemiddelsentralene og i brukerorganisasjonene, trekker frem at kommunenes kompetanse på syns- og hørselsområdet er svakere enn på øvrige områder, selv om det finnes unntak. Kommunene har stort sett ikke avsatt egne stillinger til rollen som syns- og hørselskontakt. Dette kan medføre at hjelpemiddelsentralene eller andre kompetansemiljøer må ta et større ansvar i formidlingen av slike hjelpemidler eller tiltak.

Mange kommuner uttrykker at bistanden fra hjelpemiddelsentralene er helt nødvendig for en god brukeroppfølging i mer komplekse saker.[84] Særlig mindre kommuner mangler full bredde i kompetanse til å løse sammensatte og komplekse saker. Samtidig opplever kommunene at de stadig må følge opp flere brukere med mer komplekse behov, bl.a. som følge av samhandlingsreformen.[85]

8.1.2 NAV Hjelpemiddelsentral

Hjelpemiddelsentralenes roller og ansvar
Hjelpemiddelsentralene forvalter hjelpemidler etter folketrygdloven. Se boks 8.2 for omtale av dette regelverket.

Hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar er regulert i egen forskrift.[86] Hjelpemiddelsentralen har et overordnet og koordinerende ansvar for hjelpemidler til mennesker med nedsatt funksjonsevne i sitt fylke. Den skal bidra til likeverdig og helhetlig problemløsning for mennesker med nedsatt funksjonsevne i hjem, skole, arbeid og fritid, gjennom hjelpemidler, ergonomiske tiltak og

---

[82] Norsk Ergoterapiforbund (2016) *Faktaark – Ergoterapi i kommunene*

[83] Agenda Kaupang (2016) "*Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet"*, rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

[84] Pricewaterhouse Coopers AS (2009) *"Organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet"*, april 2009

[85] Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet

[86] Forskrift F15.04.1997 nr. 323 Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar

tolketjeneste. I dette ligger også tiltak, virkemidler og tjenester som gjelder mer enn å bidra med hjelpemidler. Ofte gir hjelpemiddelsentralen råd og veiledning om tilrettelegging av omgivelsene, både eksisterende omgivelser og under planlegging av nye prosjekter, basert på kunnskap om universell utforming. Hjelpemiddelsentralen er et ressurs- og kompetansesenter på andrelinjenivå for offentlige instanser og andre som har ansvar for å løse problemer for mennesker med nedsatt funksjonsevne. I tillegg til å bistå samarbeidspartnere i formidling av hjelpemidler, har hjelpemiddelsentralen et forvaltningsansvar. Dette innebærer å sikre at hjelpemidlene tildeles i tråd med folketrygdlovens regler og å styre økonomien rundt hjelpemiddelformidlingen. Effektive innkjøp og vareflyt, inkludert gjenbruk, er eksempler på utøvelse av forvaltningsansvaret.[87]

Hjelpemiddelsentralene yter tjenester til en rekke samarbeidsparter og har også ansvar for tjenester og tiltak som ikke er produkt- eller hjelpemiddelbasert. Arbeidsrettede oppfølgings- og veiledningstjenester for brukere med synshemming, hørselshemming, døvblindhet og kognitiv svikt/hjerneskade er eksempler på slike tjenester.

Hjelpemiddelsentralene dekker mange fag- og funksjonsområder. Eksempler er hørsel (inkludert tolketjenester), syn, bevegelse/forflytning, kognitiv svikt, talehemming, teknikk, innkjøp, lagerforvaltning (inkludert lagerstyring, distribusjon, rengjøring, service og transport), søknadsbehandling og administrasjon. Mangfoldet i de ansattes kompetanse er stor, og det er ansatt bl.a. tolker, hørselspedagoger, audiografer, optikere, synspedagoger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, spesialpedagoger/logopeder, ingeniører og teknikere.

Med utgangspunkt i et tjenesteperspektiv har hjelpemiddelsentralene kompetanse om ulike tilretteleggingsmuligheter og –tiltak, og om hvordan hjelpemidler, tolk, ergonomiske og andre fysiske tilretteleggingstiltak kan kompensere for eller avhjelpe funksjonstap. Dette innebærer kompetanse om nedsatt funksjonsevne og konsekvenser av dem, om utredning og utprøving tilpasset brukers behov og kompetanse om ulike løsninger. Hjelpemiddelsentralene har kompetanse om formidlingsprosessen, produkter som finnes på markedet, produktenes bruksområde og tilpasningsmuligheter, og om muligheter for reparasjon, vedlikehold og gjenbruk.

Hjelpemiddelsentralen bistår kommunen og andre samarbeidspartnere i utredning av brukerbehov og oppfølging i saker hvor det lokale formidlingsapparatet ikke har tilstrekkelig kompetanse. På den måten deltar hjelpemiddelsentralen i formidlingsprosessen i større grad ved komplekse behov enn ved enklere behov.[88] En stor del av ressursene brukes til å organisere og gjennomføre opplæring av kommunens personell innen helse, rehabilitering og omsorg, lokal teknisk personell, NAV-kontorer og skoleetaten. Hjelpemiddelsentralene arrangerer en rekke kurs, og de har utviklet et e-læringsverktøy som gjør at samarbeidsparter kan få opplæring digitalt. Flere hjelpemiddelsentraler viser også til aktivt samarbeid med utdanningsinstitusjoner for å bidra til at studenter innen relevante fagområder får kunnskap om hjelpemidler og tilrettelegging via studiene. Dette gjelder f.eks. fag som sykepleie og helsefag.

Rådgivningsansvaret innen ulike løsninger for tilrettelegging er ikke bare knyttet til virkemidler som finansieres via folketrygden. Hjelpemiddelsentralenes kompetanse er også overførbar til områder der finansieringen ivaretas av andre, slik som arbeidsgivere, utdanningsmyndigheter eller kommunen. Her kan kunnskap om universell utforming, tilgjengelighet, hørsel og akustikk, syn og lys, og tilrettelegging ved kognitiv svikt være eksempler på kompetanse som i liten grad finnes i primærhelsetjenesten og bedriftshelsetjenestene, og som hjelpemiddelsentralene innehar.

[87] www.nav.no/hjelpemidler: Hjelpemiddelformidling- en del av et større system

[88] www.nav.no/hjelpemidler: Nasjonal standard for opplæring av førstelinjetjenesten

Boks 8.2 Regelverket i folketrygdloven

Hjelpemidler gitt etter folketrygdloven skal kompensere for visse utgifter til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet eller i dagliglivet som følge av sykdom, skade eller lyte.

Når det er snakk om et hjelpemiddel iht. folketrygdloven, omfattes de rettighetene som fremgår av lovens kapittel 10. Folketrygdlovens kapittel 10 hjemler stønad til

a) tiltak som er nødvendige og hensiktsmessige for at medlemmet skal bli i stand til å skaffe seg eller beholde høvelig arbeid (§ 10-5)

b) tiltak som er nødvendige og hensiktsmessige for å bedre medlemmets funksjonsevne i dagliglivet eller for at vedkommende skal kunne bli pleid i hjemmet (§ 10-6)

I folketrygdloven § 10-7 er stønaden nærmere avgrenset til hjelpemidler (lese-, tale- og hørselshjelpemidler ved sansedefekter, og redskaper, støtteanordninger, rullestoler mv. ved bevegelsesvansker, stønad til innredning og tilpasning av boligen, mv.), grunnmønster til søm av klær, førerhund, lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte, tolkehjelp for hørselshemmede, tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde, motorkjøretøy eller annet transportmiddel, ortopediske hjelpemidler, proteser, parykk, ombygging av maskiner og tilrettelegging av fysisk miljø på arbeidsplassen og tilskudd til opplæringstiltak.

Et hjelpemiddel i folketrygdlovens forstand er i utgangspunktet et hjelpemiddel som er egnet til direkte å avhjelpe/erstatte/kompensere for en funksjonssvikt. Et hjelpemiddel er i utgangspunktet utstyr som er spesiallaget eller spesialtilpasset for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Stønad kan gis både til personer med behov for hjelpemidler i dagliglivet, og til personer med behov i arbeidslivet eller under utdanning utover videregående skole. Hjelpemidlene må være nødvendige og hensiktsmessige. Det gis stønad til det rimeligste, hensiktsmessige hjelpemiddel.

Stønad til hjelpemidler etter folketrygden er avgrenset mot ansvaret etter annen lovgivning, jf. § 10-8. Dette betyr at dersom en person fyller vilkårene etter kriteriene gjengitt her, men man har rett til hjelpemiddel etter annen lovgivning, faller retten til stønaden etter folketrygdloven bort.

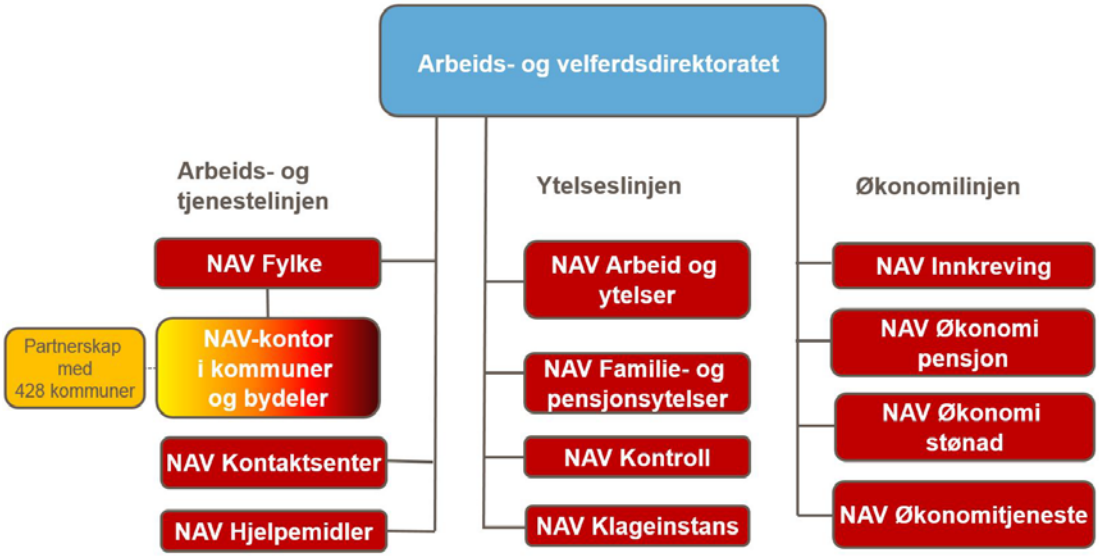
Historikk og organisering

Hjelpemiddelområdet ble etablert og skilt ut som et eget nasjonalt system på begynnelsen av 1980-tallet. Den første hjelpemiddelsentralen ble etablert i Telemark i 1979. I 1993 var det etablert hjelpemiddelsentraler i 16 fylker, og på dette tidspunktet var hjelpemiddelsentralene et fylkeskommunalt ansvar. Fra 1. januar 1994 ble ansvaret for hjelpemiddelsentralene overført til staten ved Trygdeetaten. I 1995 var det opprettet en hjelpemiddelsentral i hvert fylke. Målet med den statlige modellen var:

- Et landsdekkende, tilgjengelig og enhetlig system med en hjelpemiddelsentral i hvert fylke
- Et system for å samle alle hjelpemidler for ulike funksjonshemminger på et sted
- Et rettighetsorientert system hvor brukerne hadde juridisk rett til de hjelpemidler de hadde behov for

Arbeids- og velferdsetaten overtok ansvaret for formidlingen av hjelpemidler for personer med nedsatt funksjonsevne fra fylkestrygdekontorene som en følge av NAV-reformen. Hjelpemiddelsentralene er en del av *NAV Hjelpemidler og tilrettelegging*, som er en enhet i Arbeids- og tjenestelinjen i Arbeids- og velferdsetaten, slik figuren under viser.

Figur 8.1 Organisasjonskart arbeids- og velferdsforvaltningen.



I september 2010 ble resultatområdet organisert i tre geografiske områder. Områdene ledes av hver sin områdeleder, som alle også er leder av en hjelpemiddelsentral. NAV Hjelpemidler og tilrettelegging består av en sentral styringsenhet og 18 hjelpemiddelsentraler, en i hvert fylke med unntak av Oslo og Akershus som har en felles hjelpemiddelsentral.

I tillegg til hjelpemiddelsentralene og styringsenheten finnes to nasjonale enheter i NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. Disse er NAV Sentral Forsynsyningsenhet og en nyopprettet fagenhet bestående av tidligere NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse[89] og fagsekretariatet. Sistnevnte enhet ble opprettet høsten 2016 og skal ha et overordnet ansvar for kompetanseutvikling, fagutvikling og informasjonstiltak. Ansvaret utøves i tett samarbeid med de andre enhetene i resultatområdet.[90]

Hovedoppgaven til NAV Sentral Forsyningsenhet (SFE) er å bestille alle varer og tjenester for alle hjelpemiddelsentralene, og å være en tjenesteyter for sentralene opp mot leverandørene. SFE forvalter alle de sentrale innkjøpsavtalene på hjelpemiddelområdet, og har bl.a. ansvar for utvikling av registreringsinstruks og logistikkrutiner for hele resultatområdet.

Hjelpemiddelsentralene har svært varierende størrelse, fra den minste (Sogn og Fjordane) med 32 ansatte, til Oslo og Akershus med 310 ansatte. Hvordan hver enkelt sentral er organisert internt varierer en del, og har utviklet seg i forhold til lokale hensyn, slik som tilgjengelig kompetanse og fylkets egenart.

---

[89] NAV hjelpemidler og tilrettelegging ble etablert i 2011. De fire spesialenhetene NAV Senter for yrkesrettet attføring (SYA), NAV Senter for IKT-hjelpemidler (SIKTE), NAV Nordnorsk IKT-enhet (NONITE) og NAV Fagenhet for Hjelpemidler og tilrettelegging ble slått sammen og det ble opprettet to nye enheter: NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse og NAV Fagsekretariat for Hjelpemidler og tilrettelegging.

[90] De ansatte i tidligere NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse som har arbeidet brukerrettet har fra 2016 blitt overført til hjelpemiddelsentralene. Disse har spesialkompetanse på skader i hjernen, synshemming, hørselshemming, kombinert syns- og hørselstap og spesialisert IKT-tilrettelegging.

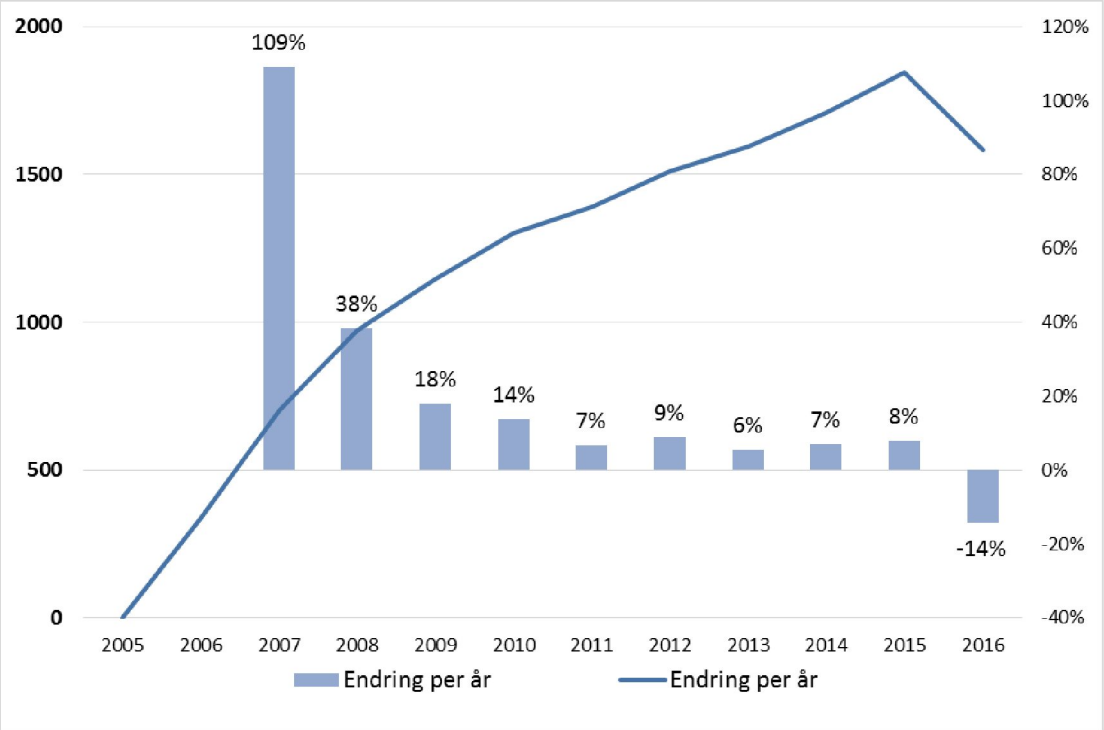
Brukermedvirkning
Brukermedvirkning på systemnivå skal understøtte NAV-reformens overordnede mål om å etablere en arbeids- og velferdsforvaltning som er tilpasset brukernes behov. NAV Hjelpemidler og tilrettelegging har et sentralt brukerutvalg på hjelpemiddelområdet. Hensikten med brukerutvalget er å kvalitetssikre og utvikle tilbudet til brukerne gjennom brukermedvirkning på systemnivå. I tillegg til det sentrale brukerutvalget har hver hjelpemiddelsentral et lokalt brukerutvalg.

På individnivå er det etablert en ordning med *brukerpass* for å øke brukertilfredsheten, styrke brukernes rolle og forenkle hjelpemiddelformidlingen. Brukerpass er en avtale mellom bruker og hjelpemiddelsentralen som gir brukerne større innflytelse og ansvar i egen sak. Brukernes rettigheter endrer seg ikke ved inngåelse av brukerpassavtale, men den kan gi erfarne brukere god mulighet til økt innflytelse på valg av løsning og å selv velge samarbeidspartner. De kan ta direkte kontakt med hjelpemiddelsentralen eller hjelpemiddelfirma, og de trenger ikke gå veien om kommunal terapeut. I henhold til retningslinjer i statens økonomireglement må brukerpassinnehaver ha et bestillingsnummer fra hjelpemiddelsentralen for å benytte tjenester fra firma som utløser en kostnad.

Det totale antallet brukerpass-brukere i Norge er i 2016 på rundt 1600 brukere, jf. figur 8.2. Fra rundt 2009-2010 har det skjedd en utflating i tilfanget av nye brukere på ordningen. Reduksjonen fra 2015 til 2016 skyldes i hovedsak at en del eksisterende brukerpass automatisk har utløpt.

Agenda Kaupang[91] har i sin undersøkelse funnet ut at brukerpass-ordningen praktiseres ulikt på ulike hjelpemiddelsentraler. Dette utdypes i kapittel 13.

Figur 8.2 Utvikling av Brukerpasset 2005-2016 for hele landet, målt i antall brukere totalt og prosentvis endring fra foregående år.



Kilde: Agenda Kaupang, basert på data fra Arbeids- og velferdsdirektoratet

Både voksne hjelpemiddelbrukere, barn og ungdom med funksjonsnedsettelser og deres foreldre/foresatte kan være aktuelle for ordningen. Det forutsettes erfaring og kompetanse om eget

[91] Agenda Kaupang (2016) "*Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet*", rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

hjelpemiddelbehov. Den enkelte må ønske å innta en aktiv rolle ved utprøving, anskaffelse og reparasjon.

8.1.3 NAV Arbeid og ytelser

Deler av hjelpemiddelområdet på statlig side (folketrygden) er forvaltet av NAV Arbeid og ytelser. Dette gjelder for ortopediske hjelpemidler, høreapparater, seksualtekniske hjelpemidler og tiltak som tilpasningskurs og folkehøyskole. Arbeids- og velferdsetatens ansvar i disse sakene er hovedsakelig knyttet til å fatte vedtak basert på faglig uttalelse eller begrunnelse fra bl.a. ortopeder og leger, for deretter å refundere utgiftene etter fastsatte satser og retningslinjer.

8.1.4 Husbanken

Husbankens virkemidler er innrettet på å sikre at bolig- og planløsninger i størst mulig grad er tilpasset boligbehovene for personer med nedsatt funksjonsevne. Husbanken gir støtte til tilpasning av boliger for personer med nedsatt funksjonsevne i form av tilskudd eller lån.

Husbanken er et kompetansesenter for boligpolitikk, og har låne- og tilskuddsordninger for tilpasning av bolig. Ordningene skal gi bygningsmessige endringer for varig bedring av tilgjengeligheten i boligen. Mennesker med nedsatt funksjonsevne med behov for tilrettelegging av bolig kan søke om støtte til bygningsmessige endringer fra Husbanken. Husbankens ordninger er underlagt en ramme, og er dermed ikke rettighetsbasert som ytelser etter folketrygdloven.

Husbanken har følgende låne- og tilskuddsordninger for personer med nedsatt funksjonsevne[92]:

- *Tilskudd til etterinnstallering av heis* kan gis til eiere av eksisterende boligeiendommer med minst tre etasjer. Det kan gis tilskudd til konsulentbistand til prosjektering av heis og kostnadsoverslag for installering av heis, samt tilskudd til installering av heis.
- *Tilskudd til tilpasning* av bolig skal bidra til at eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne får en bolig som over tid fungerer godt i forhold til bevegelsesvansker eller annen funksjonsnedsettelser. Tilpasningen kan gis både til enkle tiltak og større ombygninger for å tilrettelegge boligen i forhold til søkers funksjonsnedsettelse. Ordningen er behovsprøvd, og forvaltes av kommunen.
- *Tilskudd til prosjektering og utredning* kan gis til enkle undersøkelser av eksisterende bolig og adkomst til bolig, beskrivelser av den tekniske tilstanden på boligen, arealbehov, muligheter og begrensninger, samt økonomisk overslag. Det kan også gis tilskudd til dekning av kostnader til faglig bistand til prosjektering av både nye og eksisterende boliger, dvs. til arkitekthonorar e.l. Tilskudd kan også gis til prosjektering av velferdsteknologi.

[92] Også Husbankens ordninger med *grunnlån*, *startlån* og *tilskudd til etablering* kan være aktuelle for personer med nedsatt funksjonsevne, men er i hovedsak innrettet mot personer som er vanskeligstilte i boligmarkedet på grunn av dårlig økonomi.

Tabell 8.1 Utgifter til Husbankens tilskuddsordninger (mill. kroner)

År	Etterinnstallering av heis	Tilpasning	Prosjektering og utredning
2010	6,1	46,6	8
2011	0,5	56,5	4,3
2012	9,9	109	5,6
2013	33,9	120,4	5,1
2014	50,9	107,5	7,9
2015	80	79,8	15,3

Kilde: Husbanken

I Meld. St. 14 (2014 – 2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* foreslo Regjeringen at midlene til tilskudd til etablering, tilpasning, utredning og prosjektering blir innlemmet i rammetilskuddet til kommunene. Hensikten er å gi kommunene et mer helhetlig ansvar for den boligsosiale politikken, og gi kommunene større forutsigbarhet i hvilke ressurser de har til rådighet. Forslaget fikk et flertall i stortingsbehandlingen.

8.1.5 Andre sektorers ansvar for tekniske hjelpemidler

Fylkeskommunene har ansvar for videregående opplæring for unge mellom 16 og 19 år. Opplæringsloven gir rammer som sier at opplæringen skal være tilpasset elevenes evner og forutsetninger. Dette innebærer at fylkeskommunene ved de videregående skolene skal finansiere pedagogiske hjelpemidler til skolebruk, inkludert hjelpemidler som pedagogisk personell benytter i sin undervisning.

Arbeidsgivere har ansvar for å skaffe det utstyr som arbeidstakere trenger for å utføre arbeidet på en forsvarlig måte og for spesiell tilrettelegging slik at arbeidstakere med midlertidig eller varig redusert arbeidsevne kan arbeide i virksomheten. Dette gjelder både adkomst, sanitæranlegg, tekniske innrettinger og utstyr, så langt det er mulig og rimelig, jf. arbeidsmiljøloven § 4-1. Det påhviler videre arbeidsgiver et ansvar for generell tilrettelegging ved at hjelpemidler stilles til disposisjon for å hindre uheldige fysiske belastninger, jf. arbeidsmiljøloven § 4-4. Arbeidsgiver har også et ansvar for å avdekke behov for tilrettelegging, men vil ofte ikke ha kompetanse til å utrede hvilke tiltak som er relevante dersom virksomheten ikke har bedriftshelsetjeneste. I de tilfellene der det ikke finnes en bedriftshelsetjeneste, er det ingen instans som har et klart definert ansvar for dette.

Huseier har i henhold til plan- og bygningsloven et ansvar som har grenseflater mot hjelpemiddelområdet. Det er i dag stilt særskilte krav til universell utforming av bygg i plan- og bygningsloven. Dette ansvaret begrenser folketrygdens ansvar for tilrettelegging.

De statlige, regionale helseforetakene skal med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sørge for spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon (også i hjemmet) til personer med fast bopel og oppholdssted innen helseregionene. Dette innebærer at brukere har rett til behandlingshjelpemidler dersom dette er nødvendig i forbindelse med medisinsk behandling. Rettigheten er hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-1a. Utgiftene til slike hjelpemidler skal dekkes av helseforetakene.

8.2 Finansieringsstruktur og kostnader

8.2.1 Kommunenes utgifter til hjelpemidler

Kommunenes midler til hjelpemidler inngår i kommunenes rammefinansiering. Utvalget kjenner ikke til at det er gjort noe nyere forskning eller nasjonale undersøkelser som viser de samlede utgiftene som hver kommune har i direkte tilknytning til tekniske hjelpemidler. Holte-utvalget bestilte under sin gjennomgang av hjelpemiddelområdet en kartlegging av kommunenes og fylkeskommunenes hjelpemiddelansvar.[93] Resultatene i rapporten som omhandlet samlede kommunale ressurser til hjelpemiddelformidling var basert på grove estimat basert på informasjon fra seks kommuner. Dersom en benytter samme utregningsmodell nå, og legger inn volumvekst og prisstigning, er det mulig å få et grovt anslag.

Tallet på hjelpemiddelbrukere i hjelpemiddelsentralenes register har gått ned med 11,9 pst. i perioden 2008 til 2015. Man vet ikke med sikkerhet om den samme nedgangen gjør seg gjeldende i kommunen, men det kan antas at det er en sammenheng mellom antallet brukere av den kommunale hjelpemiddeltjenesten og hjelpemiddelsentralenes registre. De kommunale utgiftene ble i rapporten fra 2009 estimert til 1 689 mill. kroner. Omregnet til 2015-kroner blir dette 1 918 mill. kroner. Det knytter seg store usikkerheter rundt utregningsmåten, slik at tallet i utgangspunktet ikke kan brukes til noe annet enn et grovt estimat.

8.2.2 Folketrygdens utgifter til hjelpemidler

Hjelpemidler og tjenester definert i folketrygdloven § 10-7 er i all hovedsak finansiert som rettighetsbaserte ytelser i form av rammebevilgninger som praktiseres som overslagsbevilgninger. Bevilgningene bestemmes da av hvor mange brukere som antas å ha behov for de gitte hjelpemidlene og prisutviklingen for disse hjelpemidlene. I tillegg blir det benyttet rammefinansiert budsjettstyring for aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år.

Selv om utgiftene til tiltakene i folketrygdlovens kapittel 10 teknisk sett ikke er en overslagsbevilgning, så behandles disse i praksis som om de var det. Dersom utgiftene øker i forhold til anslaget, justeres anslagene opp. Dette betyr at det i all hovedsak ikke gis avslag på tiltak etter dette kapitlet grunnet manglende budsjettdekning. Tabell 8.2 viser utgiftene på området i perioden 2010 til 2015.

[93] Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) (2009) *"Kartlegging av kommunenes og fylkeskommunenes hjelpemiddelansvar",* rapport 09/2009

Tabell 8.2 Utgifter til hjelpemidler i årene 2010–2015 over kapittel 2661 (mill. kroner)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Post 73 Hjelpemidler mv. i arbeid og utdanning	110,1	124,6	123,8	133,4	146,6	134,5
Post 74 Tilskudd til bil	703,3	662,2	757,1	754,5	743,0	657,9
Post 75 Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler	2 819,5	2 632,5	2 658,5	2 566,3	2 661,7	2 708,7
Post 76 Bedring av funksjonsevnen, tjenester	163,6	192,0	209,6	218,0	237,8	249,9
Post 77 Ortopediske hjelpemidler	950,9	984,7	1 066,3	1 106,4	1 214,5	1 274,0
Post 78 Høreapparat[94]	543,0	476,8	383,5	355,9	524,4	585,3
Post 79 Aktivitets-hjelpemidler over 26 år					3,1	43,3
Sum	**5 180,3**	**4 948,2**	**5 075,0**	**5 001,1**	**5 384,5**	**5 519,1**

Kilde: Arbeids- og sosialdepartementet

Hjelpemiddelsentralens tjenester (lager, reparasjon, rådgivning, logistikk osv.) er i hovedsak rammestyrt, og lagt inn under hjelpemiddelsentralenes driftsbudsjett. Rammen tildeles av Arbeids- og velferdsdirektoratet, som igjen tildeles midler til drift av Arbeids- og sosialdepartementet. Driftsbudsjettet for årene 2010 til 2015 er gjengitt i tabell 8.3.

Tabell 8.3 Driftsutgifter for hjelpemiddelsentralene i perioden 2010–2015 (mill. kroner)

2010	2011	2012	2013	2014	2015
910,9	997,4	1 030,9	1 054,9	1 110,1	1 121,2

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

8.3 Saksbehandlingstid og leveringstid

Brukerne rapporterer om lange ventetider på hjelpemidler, jf. punkt 7.4. For brukere er det den samlede tiden fra behovet oppstår til hjelpemidlet er på plass som er av betydning, og ikke hvor mye tid det medgår på hvert enkelt ledd i prosessen.

[94] Nedgang i utgiftene til høreapparat i 2012 og 2013 er pga. endring i innkjøpsordningen. Arbeids- og velferdsetaten betalte tidligere alle høreapparat på forskudd, ved innkjøp til lager. Etter endringene betaler Arbeids- og velferdsetaten for apparatene først etter utlevering og utprøving hos bruker. En periode i 2012 og 2013 var det lave utgifter til innkjøp, på grunn av at en hadde høreapparat på lager som Arbeids- og velferdsetaten allerede hadde betalt for.

Det er ulike ordninger med prioriteringsnøkkel i kommunene. Mange større kommuner benytter en felles prioriteringsnøkkel for fysioterapeuter og ergoterapeuter. Ifølge Agenda Kaupangs undersøkelse blant kommunale kontaktpersoner, oppgir 17 pst. at ventetiden er tre måneder på ergoterapeut eller andre formidlere av hjelpemidler. Generelt er det de største kommunene som har lengst ventetid. Kun 37 pst. av respondentene i kommunene er helt eller delvis enig i at kommunen har tilstrekkelig kapasitet til å utrede hjelpemiddelsaker.[95]

I kommunene er det et begrenset antall fagpersoner som har ansvar for å utrede behov for hjelpemidler og tilrettelegging. Det generelle inntrykket som Agenda Kaupang har fått i sin kommuneundersøkelse, er at disse ressursene opplever stort tidspress, noe som medfører lang ventetid for brukerne. Ofte har disse ressursene også andre oppgaver i tillegg til å formidle hjelpemidler.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid[96] på hjelpemiddelsentralene i 2015 for søknader om hjelpemidler i dagliglivet var 12 dager, mens gjennomsnittlig saksbehandlingstid for søknader om hjelpemidler for tilrettelegging av arbeidsplassen var 22 dager.

Leveringstiden[97] for hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen til bruker er i høy grad avhengig av om det er lagervarer eller bestillingsvarer. Gjennomsnittlig leveringstid fra hjelpemiddelsentralene til kommunelagrene i 2015 for alle hjelpemiddelsentralene var 10 dager for lagervarer og 35 dager for bestillingsvarer. For hjelpemidler på bestillingsordningen var leveringstiden i snitt 5,7 dager i 2015.

Bestillingsordningen er en administrativ forenkling av saksbehandling for hjelpemidler som ikke krever individuelle tilpasninger. Formålet er kortere saksbehandlingstid og mindre ressurskrevende prosesser. Ordningen ble innført av hjelpemiddelsentralene i 2002 og omfattet opprinnelig enkle hjelpemidler i dagliglivet til en verdi under 10 pst. av grunnbeløpet (G = 92 576 per mai 2016). Ordningen omfatter høyfrekvente hjelpemidler som hjelpemiddelsentralene kan levere raskt. Hjelpemidlene skal lagerføres på hjelpemiddelsentralene. Ordningen innebærer forenklet saksbehandling ved at godkjente rekvirenter i kommunene bestiller hjelpemidlene i samråd med bruker, uten vedtaksbehandling på hjelpemiddelsentralene. Rekvirentene blir godkjent av hjelpemiddelsentralene etter å ha deltatt i et opplæringsprogram.

Hjelpemidlene som inngår i ordningen er særskilt definerte og inngår i egne poster der det eksisterer rammeavtaler. Sortimentet består i all hovedsak av hjelpemidler til personlig hygiene, på- og avkledning, matlaging og bevegelse, samt nedsatt syn og hørsel. Eksempler er arbeidsstoler med manuell hev/senk, badekarbrett, dusjstol, rollator, hjertebrett, kjørepose, enkle kalendre, kjøreskinner, krykker og markeringsstokk for synshemmede. Fra 1. januar 2016 ble sykesenger og personløftere tatt ut av bestillingsordningen. Fra samme tidspunkt må den som skal formidle og gi opplæring på disse hjelpemidlene gjennomføre opplæring og bli godkjent.

I 2011 utgjorde hjelpemidlene på bestillingsordningen 33 pst. (179 000 hjelpemidler) av totalt antall utlånte hjelpemidler (543 000) til om lag 53 000 enkeltbrukere og 11 pst. av samlet utlånsverdi[98] (2,5 mrd. kroner) av alle hjelpemidler. I 2015 utgjorde bestillingsordningen 19,7 pst. av totalt antall utlånte

---

[95] Agenda Kaupang (2016) "*Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet*", rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

[96] Saksbehandlingstid er tiden det tar fra søknad kommer inn til den er ferdig behandlet.

[97] Leveringstid er tiden det tar fra innvilget søknad til hjelpemidlet er frigitt fra hjelpemiddelsentralens lager.

[98] Utlånsverdi angir verdi av utlånte hjelpemidler, inkludert gjenbrukte hjelpemidler. Verdi av gjenbrukte hjelpemidler beregnes ut fra nypris på hjelpemidlet (ikke avskrivingsregler).

hjelpemidler (86 110 hjelpemidler av totalt 436 368 hjelpemidler), til 33 840 enkeltbrukere. Utlånsverdien av disse hjelpemidlene utgjorde noe over 134 mill. kroner, som er 6 pst. av samlet utlånsverdi for alle hjelpemidler (2 223 mill. kroner). Utviklingen i nye utlån i perioden 2010 til 2015 fremgår av tabell 8.4.

Tabell 8.4 Bestillingsordningen

År	Antall brukere	Antall hjelpemidler	Samlet utlånsverdi (mill. kroner)
2011	52 512	176 835	216,3
2012	47 053	113 811	169,6
2013	37 300	95 592	145,9
2014	34 923	89 575	137,9
2015	33 840	86 110	134,4

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

En del av de enkleste og rimeligste produktene på bestillingsordningen ble tatt ut av sortimentet i forbindelse med statsbudsjettet for 2012, da produktene ikke lenger ble ansett som hjelpemidler i folketrygdlovens forstand. Verdien av disse ble i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2012 anslått til 13 mill. kroner. De samme hjelpemidlene ble tatt inn igjen i forbindelse med statsbudsjettet for 2014, men da som en tilskuddsordning. Brukerne får nå et tilskudd på 2000 kroner (for en fire års periode) som de selv kan kjøpe seg denne typen hjelpemidler for.

Årsaken til nedgang i forbruk på bestillingsordningen de siste årene er dels reduksjon i sortimentet, men også at det har vært en generell nedgang i antall brukere, spesielt i de eldre aldersgruppene. Den demografiske utviklingen vil trolig snu denne utviklingen i årene som kommer.

8.4 Grenseflater i dagens hjelpemiddelsystem

Mange brukere opplever hjelpemiddelsystemet i Norge som et godt system, men samtidig kan de erfare at systemet er fragmentert, da både stat, kommune og andre deler av tjenesteapparatet er involvert. I avsnittene nedenfor trekkes det frem ulike utfordringer knyttet til grenseflatene i dagens hjelpemiddelsystem.

8.4.1 Kommunenes ansvar for pleie, omsorg og rehabilitering

Kommunene har i dag ansvaret for flere ledd i formidlings- og forvaltningsprosessen ved hjelpemidler innen pleie, omsorg og rehabilitering. I tillegg til å ha totalansvaret for hjelpemidler ved korttidsbruk, har kommunene ansvaret for mange av hjelpemidlene som benyttes i kommunal institusjon. Som et ledd i sitt ansvar for å gi bruker og pasient rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, skal kommunen avdekke og utrede behov for hjelpemidler som finansieres av staten, gi bistand ved utlevering og behov for teknisk support.

Folketrygden har finansieringsansvaret for hjelpemidler til brukere som bor i hjemmet. På denne måten er deler av det finansielle og faglige ansvaret mellom kommunene og hjelpemiddelsentralene delt. Generelt sett er det relativt tydelige og velkjente grenser for hvilke hjelpemidler som kommunen skal finansiere, og hvilke hjelpemidler som staten skal finansiere. Hjelpemiddelbehovet endres ofte over tid, fra et kortvarig behov til et varig behov, med den konsekvens at finansieringsansvaret flyttes fra kommune til stat.

Satsingen innen utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene vil kunne medføre en utfordring knyttet til å lage en tydelig grensedragning mellom statlig og kommunalt ansvar. Velferdsteknologiske løsninger kan bidra til økt trygghet slik at mennesker, uavhengig av

alder og diagnose, kan bli boende lengst mulig hjemme til tross for funksjonssvikt. Det oppstår felles grenseflater mellom den enkeltes mulighet for deltakelse, mestring og kommunikasjon og helse- og omsorgstjenestens behov for kommunikasjon med den enkelte. Når ett og samme produkt har egenskaper som retter seg mot begge flatene, kan finansieringsansvaret bli utydelig.

Arbeids- og velferdsetaten forvalter ordninger som ligger i gråsonen mot kommunalt ansvar. Dette er bl.a. tilpasningskurs for hørselshemmede, synshemmede og døvblinde, som har til formål å styrke brukerens evne til å klare seg i dagliglivet eller arbeidslivet. Et annet opplæringstiltak er opphold på folkehøyskole. Begge ordningene innehar klare elementer av opplæring, habilitering og rehabilitering.

Ansvarsdelingen mellom stat og kommune drøftes særskilt i kapittel 11.

8.4.2 Tilrettelegging av bolig

Både folketrygden, Husbanken og kommunen har virkemidler knyttet til tilrettelegging av bolig. Husbanken har ansvar for prosjektering og bygningsmessige tilpasninger, mens folketrygden har ansvar for individuelle hjelpemidler. Kommunen har ansvar for å sørge for formidling av hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte bruker, samt at kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen iht. sosialtjenesteloven § 15 skal medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Kommunene forvalter flere av Husbankens støtteordninger (startlån, samt tilskudd til etablering og tilpasning).

Det er grenseflater mellom ordningene i Husbanken og folketrygden som kan være utfordrende på områder som gjelder heis/ombygging, dørautomatikk/adgangskontroll, utbedring av kjøkken/løftemekanismer og smarthusløsninger, samt der løsningen består av en kombinasjon av tilrettelegging gjennom ombygging av boligen og installering av hjelpemidler. Et eksempel på en slik sak er at brukeren har valget mellom en midlertidig heisløsning, som trappeheis, eller en varig utbedring av boligen. En midlertidig løsning med trappeheis finansieres gjennom folketrygden og eventuelt brukers utgifter til f.eks. fundamentering og fremføring av strøm, mens en varig utbedring finansieres med egne midler, lån og eventuelt tilpasningstilskudd. Den første varianten (trappeheis) blir i de fleste tilfellene en rimeligere løsning for bruker enn den mer varige løsningen, og for en del brukere vil dette ha betydning for valget.

Omsorgsboliger defineres som private hjem og beboerne kommer derfor inn under folketrygdens ansvar når det gjelder stønad til hjelpemidler – i motsetning til kommunale institusjoner (sykehjem), hvor kommunen har ansvar for hjelpemidler som benyttes av personalet eller av flere beboere. Hjelpemidler lånes ut på grunnlag av individuelle behov og rettigheter, installeres og demonteres når beboer flytter eller faller fra. Mange av de aktuelle hjelpemidlene er installasjoner og monteres fast i boligen. Regelverket åpner ikke for at flere brukere kan dra nytte av samme hjelpemidler. Dette er et særskilt problem for omsorgsboliger, hvor sannsynligheten er stor for at nye beboere kan ha bruk for mange av de samme hjelpemidlene som tidligere beboere.[99]

En annen utfordring med dagens ordning er at omsorgsboliger og flerleilighetsbygg ofte ikke er tilstrekkelig forberedt og tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne. For eksempel kan behov for dørautomatikk ofte ikke løses uten at eksisterende dør må byttes for å opprettholde brannsikkerhet. Her skaper manglende samordning av krav, tilskudd og ansvar en krevende situasjon.

Flere utredninger har pekt på behovet for å utvikle mer helhetlige løsninger på området. Manneråk-utvalget[100] konkluderte med at det oppsplittede finansieringsansvaret ofte resulterer i at løsning blir

[99] Deloitte (2014) *"Hjelpemidler i omsorgsboliger"*, rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

[100] NOU 2001:22 Fra bruker til borger

valgt ut fra mulig betalingskilde, og ikke ut fra hvilken løsning som er mest formålstjenlig for brukeren. Boligutvalget som leverte sin sluttrapport i 2002[101] anbefalte at grensene mellom folketrygden og Husbanken klargjøres. Holte-utvalget[102] vurderte at det er behov for ordninger som representerer forutsigbarhet og klare rettigheter for brukerne og hvor løsninger ikke velges ut fra finansieringsmulighetene i enkelttilfeller. De mente berørte departementer så snart som mulig burde utrede en mer helhetlig løsning på området, og at det blir viktig å finne fremtidsrettede ordninger som i størst mulig grad legger til rette for varige løsninger fremfor midlertidige.

Brukers mulighet til å få faglig bistand til valg av løsninger i form av boligrådgivning er også en utfordring i tilpasningssaker. Kommunen har et førstelinjeansvar for boligrådgivning, men det totale ansvaret er i dag spredd på mange aktører. Det er ingen instans som har et formelt ansvar for å bistå bruker med å koordinere de ulike hensynene som må legges til grunn før en utbedringsløsning velges, og flere utredninger har pekt på at dette er problematisk. Holte-utvalget viste til nødvendigheten av at ulike tiltak og tjenester blir koordinert når et tilretteleggingsbehov oppstår. De foreslo styrking av retten til bistand fra kommunen til de som ikke er i stand til å skaffe seg tilrettelagt bolig selv. Hagen-utvalget mente det burde opprettes en rådgivningstjeneste for boligtilpasning i et samarbeid mellom Husbanken, kommunene og NAV Hjelpemidler og tilrettelegging.

Ansvaret for tilrettelegging av bolig drøftes i kapittel 11.

8.4.3 Spesialisthelsetjenesten

På noen områder hvor Arbeids- og velferdsetaten har finansieringsansvaret, er det spesialisthelsetjenesten som har kompetansen og formidlingsansvaret. Arbeids- og velferdsetaten er kun delaktig ved vedtak og utbetaling. Dette gjelder høreapparater, ortopediske hjelpemidler og i noen grad seksualtekniske hjelpemidler. I disse sakene har Arbeids- og velferdsetaten i liten grad mulighet til å overprøve de faglige vurderingene som foretas av spesialisthelsetjenesten. Fordelingen av finansierings- og formidlingsansvar for høreapparater har tidligere vært omtalt og kritisert av Riksrevisjonen.[103] Dette drøftes i kapittel 10.

8.4.4 Arbeidsgiver

Arbeidsgiver har ansvar for å skaffe utstyr som arbeidstaker trenger for å utføre arbeidet sitt på en forsvarlig måte. Arbeidsgiver skal også sørge for tilrettelegging av omgivelsene, f.eks. tilrettelegging av adkomst, sanitæranlegg og teknisk utstyr, og sørge for hjelpemidler som hindrer uheldige fysiske belastninger. Arbeids- og velferdsetaten kan med hjemmel i folketrygdlovens § 10-5 gi stønad til hjelpemidler, ombygginger av maskiner og tilrettelegging av det fysiske miljøet på arbeidsplassen. Det kan oppstå uklare ansvarsforhold mellom arbeidsgiver og folketrygden når det gjelder hvilke krav en kan stille til en arbeidsgiver mht. å utrede og stille hjelpemiddelutstyr til disposisjon for arbeidstakere. Uklarheter oppstår særlig i tilknytning til fysisk tilrettelegging og ombygging av maskiner. Temaet utdypes i kapittel 9.

---

[101] NOU 2002:2 Boligmarkedene og boligpolitikken

[102] NOU 2010:5 Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering – Et helhetlig hjelpemiddeltilbud

[103] Se f.eks. Dokument 1 (2012–2013) Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjettåret 2011

9 Flere personer med nedsatt funksjonsevne i utdanning og arbeid

Det er et høyt prioritert politisk mål at flere personer med nedsatt funksjonsevne skal være i arbeid. Regjeringen har i sin regjeringserklæring et eget punkt om at det skal legges bedre til rette for funksjonshemmede i arbeidslivet. Arbeidsdeltakelse er viktig for materielle og sosiale levekår, og arbeidslivet er også en av de viktigste viktigste arenaene for samfunnsdeltakelse. Arbeid er dermed av stor betydning for den enkelte, og det er også viktig å få så mange som mulig i arbeid for å sikre finansieringen av velferdsordningene.

Det er stadig en lav sysselsettingsandel blant personer med nedsatt funksjonsevne, og andelen er relativt stabil over tid. Andelen sysselsatte blant mennesker med nedsatt funksjonsevne i yrkesaktiv alder utgjorde 43 pst. av befolkningen i 2015, mot 74 pst. i hele befolkningen.[104] OECD har tidligere uttalt at Norge har en særskilt utfordring på dette området.[105] Dette til tross for at det norske utgangspunktet kan sies å være gunstig, med høy generell sysselsetting, lav arbeidsledighet sammenliknet med andre land og en rekke tiltak for å øke sysselsettingen blant personer med nedsatt funksjonsevne.[106]

Det er behov for virkemidler både rettet mot individet og mot arbeidstakere/virksomheter for å øke arbeidsdeltakelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne. Utdanning er et sentralt premiss for yrkesdeltakelse. Registeranalyser viser at utdanning er avgjørende for senere utsikter på arbeidsmarkedet, og at dette i særlig grad gjelder personer med fysisk funksjonsnedsettelse. Hjelpemidler og tilrettelegging er bare ett av mange virkemidler, men det er en grunnleggende forutsetning for at personer med fysiske funksjonsnedsettelser skal kunne være i arbeid at de får de hjelpemidlene og den tilretteleggingen de har behov for. Det vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt å sikre god tilgang til hjelpemidler som bidrar til at personer med nedsatt funksjonsevne kommer i arbeid.[107] Særlig når det gjelder unge mennesker med nedsatt funksjonsevne, vil kostnadene på lang sikt være svært store både for samfunnet og den enkelte dersom man ikke lykkes med inkludering i utdanning og arbeid.[108]

9.1 Statistikk for utdanningsnivå og arbeidsdeltakelse

9.1.1 Operasjonalisering av målgruppen og måling av arbeidsdeltakelsen

Det er store utfordringer knyttet til måling av arbeidsdeltakelsen for personer med nedsatt funksjonsevne. Dette skyldes bl.a. at nedsatt funksjonsevne ikke er et presist og entydig begrep som

---

[104] Rapport for 2016: *"Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk",* rapportering fra faggruppen for IA-avtalen

[105] OECD (2006) *"Sickness, disability and work: Breaking the barriers (vol. 1)",* Paris, OECD

[106] Jan Tøssebro og Sigrid Elise Wik (2015) *"Funksjonshemmedes tilknytning til arbeidslivet – En kunnskapsoversikt*", Forskningsrådet/VAM

[107] Victor Norman (2008) *"Hjelpemidler og hjelpemiddelapparat – samfunnsøkonomiske betraktninger",* notat innhentet i forbindelse med arbeidet med NOU 2010:5
Karl-Gerhard Hem og Øystein Dale (2016) *"Nytte-kost analyse av hjelpemidler",* Sintef Teknologi og samfunn, på oppdrag for Arbeids- og sosialdepartementet

[108] Arild H. Steen, Sveinung Legard, Jes Erik Jessen, Niels Anker og Peter G. Madsen (2012) *"Samfunnsøkonomisk analyse av økt sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne",* AFI-rapport 5/2012

kan identifiseres gjennom statistikk basert på tilgjengelige registre eller eksisterende spørreundersøkelser.

Den rådende forståelsen i dag er at funksjonsnedsettelser bør forstås relasjonelt[109], dvs. at den enkeltes helseutfordringer og reduserte funksjonsnivå ses i forhold til de barrierer og begrensninger som skapes av omgivelsene og samfunnets krav. Faggruppen for IA-avtalen legger til grunn en slik relasjonell forståelse av begrepet nedsatt funksjonsevne.[110] Ved vurdering av status og utvikling for IA-avtalens delmål 2 (jf. punkt 9.2.1) retter faggruppen for IA-avtalen oppmerksomheten mot utviklingen i andelen sysselsatte blant de som oppgir å være funksjonshemmet i den årlige tilleggsundersøkelsen til Arbeidskraftsundersøkelsen (AKU). [111]

I IA-avtalen for 2014-2018 påpekes betydningen av å utvikle gode indikatorer for delmål 2 for å få et bedre grunnlag til å vurdere situasjon og måloppnåelse på et område hvor det i dag er vanskelig å trekke konklusjoner.[112] På denne bakgrunn innhentet Arbeids- og sosialdepartementet en utredning fra Fafo, hvor de skulle komme med forslag til hvordan man bedre kan måle utviklingen innenfor dette delmålet.[113]

Rapporten argumenterer for å fortsatt bruke SSBs tilleggsundersøkelse til AKU rettet mot personer som har en funksjonshemming som hovedkilde for indikatorer for delmål 2. Fafo begrunner dette med at indikatorer basert på spørreundersøkelser (i motsetning til indikatorer basert på registerdata), er det som best fanger opp gruppen personer med nedsatt funksjonsevne som helhet. Arbeids- og velferdsforvaltningens administrative registre vil ikke fange opp hele gruppen med nedsatt funksjonsevne, men bare de som mottar en eller flere ytelser eller som står utenfor arbeidsmarkedet f.eks. av sosiale årsaker. Det vil si at de med nedsatt funksjonsevne som er i arbeid, i liten grad kommer med.

Tøssebro og Wik (2015) mener også at AKU per i dag er den beste og mest systematiske kilden til kunnskap om mennesker med nedsatt funksjonsevne sin tilknytning til arbeidslivet.[114] De påpeker samtidig en rekke svakheter ved AKU. De argumenterer for at AKU *undervurderer* marginaliseringen av personer med nedsatt funksjonsevne fordi:

- I undersøkelsen sammenliknes mennesker med funksjonshemming med alle, noe som betyr at disse også inngår i sammenlikningsgrunnlaget. En slik tilnærming til alltid føre til en undervurdering av forskjeller.
- Det brukes en svært bred aldersavgrensning, som også inkluderer årskull der de fleste er under utdanning (15-24 år). I disse aldersgruppene er forskjellene til andre små, fordi få er i arbeid enten de har nedsatt funksjonsevne eller ikke.
- En regnes som sysselsatt dersom en er i arbeid 1 time i uken, noe som kan sies å være en svært lav terskel for å regnes som sysselsatt.

---

[109] Magne Bråthen og Jørgen Svalund (2015) *"Økt yrkesdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne – Kartlegging av måloppnåelse"*, Fafo-rapport 2015:57

[110] Rapport for 2016: "*Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk"*, rapportering fra faggruppen for IA-avtalen

[111] Arbeidskraftsundersøkelsen (AKU) gjennomføres som en spørreundersøkelse av SSB. Formålet med AKU er å gi informasjon om utvikling i sysselsetting og arbeidsledighet, og om ulike befolkningsgruppers tilknytning til arbeidsmarkedet.

[112] Rapport for 2016: "*Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk"*, rapportering fra faggruppen for IA-avtalen

[113] Magne Bråthen og Jørgen Svalund (2015) "*Økt yrkesdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne – Kartlegging av måloppnåelse"*, Fafo-rapport 2015:57

[114] Jan Tøssebro og Sigrid Elise Wik (2015) *"Funksjonshemmedes tilknytning til arbeidslivet – En kunnskapsoversikt"*, Forskningsrådet/VAM

Det er også argumenter for at AKU *overvurderer* marginaliseringen av personer med nedsatt funksjonsevne:

- Sysselsettingsraten skiller ikke mellom personer som potensielt kan jobbe og personer som ingen forventer at skal jobbe. Det bør derfor avgrenses til personer der arbeid er et realistisk alternativ.
- Sysselsettingsraten er svært sensitiv for ulike måter å definere en funksjonshemming på. AKU baserer seg på respondentenes egen definisjon av nedsatt funksjonsevne.
- Informasjon fra arbeids- og velferdsforvaltningen indikerer at færre med nedsatt funksjonsevne står ufrivillig utenfor arbeidslivet enn den lave sysselsettingsraten antyder.

Tøssebro og Wik (2015) mener likevel at det, selv om det kan herske usikkerhet om de nøyaktige sysselsettingsratene, ikke er holdepunkt for å si at indikasjonene på at AKU overvurderer problemet er sterkere enn indikasjonene på at de undervurderes.

AKU har mange respondenter og høy svarprosent, men har begrensninger når det gjelder å splitte opp statistikken for å analysere undergrupper. Tall fra andre undersøkelser, bl.a. svensk AKU, viser at sysselsettingsraten varierer sterkt etter type funksjonsnedsettelse. Det vil derfor være interessant å se på utviklingen i sysselsettingsrater for personer med ulike typer funksjonsnedsettelser. Fafo viser til at den svenske AKU-undersøkelsen har et svært stort utvalg som muliggjør detaljerte tall om sysselsetting for små grupper av helseproblemer, men at dette ikke er mulig i den norske AKU-undersøkelsen grunnet for lite utvalg.[115] De mener det likevel vil være mulig å dele helseproblemene inn i enkelte hovedstørrelser. Dansk AKU har omtrent like mange respondenter som norsk AKU, og de skiller i sin statistikk mellom personer med mobilitetshandikap, sanse- og kommunikasjonshandikap og psykiske lidelser.

Fafo foreslår videre at tilleggsundersøkelsen til AKU suppleres med analyser basert på registerdata. De foreslår å konsentrere slik statistikk rundt mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Ved hjelp av statistikk for disse delpopulasjonene mener de det kan utarbeides supplerende tall for yrkestilknytningen til målgruppen og hovedindikatorer for utstøting fra og rekruttering til arbeidslivet. I årets vurdering av delmål 2 har faggruppen på denne bakgrunn sett på utviklingen i omfanget og tilgangen av personer med arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, og overgang til arbeid fra arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, samt tilknytning til arbeid for mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.[116] Det er også mulig å utvikle analyser basert på registerdata for ulike diagnosegrupper, slik Finnvold (2013)[117] har gjort i sin undersøkelse av et utvalg personer med fysisk funksjonsnedsettelse. I sin undersøkelse tar han utgangspunkt i visse diagnosegrupper blant mottakere av grunn- og hjelpestønad.

9.1.2 Utdanning

Mennesker med nedsatt funksjonsevne har gjennomgående et lavere utdanningsnivå enn personer uten nedsatt funksjonsevne: færre fullfører videregående skole, færre starter i høyere utdanning, flere avslutter høyere utdanning tidlig og færre går videre til masternivå.[118] I en undersøkelse fra 2009

---

[115] Magne Bråthen og Jørgen Svalund (2015) *"Økt yrkesdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne – Kartlegging av måloppnåelse"*, Fafo-rapport 2015:57

[116] Rapport for 2016: *"Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk"*, rapportering fra faggruppen for IA-avtalen

[117] Jon Erik Finnvold (2013) *"Langt igjen? Levekår og sosial inkludering hos menneske med fysiske funksjonsnedsetjingar"*, NOVA Rapport 12/2013

[118] Lars Grue og Jon Erik Finnvold (2014) *"Hjelp eller barrierer? En undersøkelse av betingelser for høyere utdanning for ungdom med nedsatt funksjonsevne"*, NOVA Rapport nr. 8/14

finner Bjerkan, Veenstra og Eriksen at mens 31 pst. av unge med nedsatt funksjonsevne kun har ungdomsskole som høyeste utdanningsnivå, er den tilsvarende andelen for dem uten nedsatt funksjonsevne på 19 pst.[119] I den samme studien fant forfatterne at mens 30 pst. av unge med nedsatt funksjonsevne har tatt høyere utdanning, er den tilsvarende andelen for dem uten nedsatt funksjonsevne 38 pst.

En studie Finnvold (2013)[120] har gjennomført av deltakelse i utdanning og arbeid for personer med fysisk funksjonsnedsettelse basert på registerdata[121] viser at i alt 64 pst. i gruppen med fysisk funksjonsnedsettelse hadde grunnskole som høyeste gjennomførte utdanning i 2010, mot 17 pst. i befolkningen for øvrig. Mens 14 pst. oppnådde universitets- eller høgskoleutdanning i gruppen med funksjonsnedsettelse, var tilsvarende for befolkningen for øvrig 41 pst. Denne studien finner at den viktigste årsaken til differansen i arbeidsdeltakelse mellom personer med og uten funksjonsnedsettelse var et generelt lavt utdanningsnivå i gruppen med fysisk funksjonsnedsettelse. Registeranalysen indikerer at utdanning er avgjørende for senere utsikter på arbeidsmarkedet, og at dette i særlig grad gjelder de med fysisk funksjonsnedsettelse. Forskjellen i yrkesdeltakelse mellom mennesker med nedsatt funksjonsevne og befolkningen som helhet er derfor minst blant dem med høyere utdanning. Tall fra Bufdir viser at personer med nedsatt funksjonsevne har 4,5 ganger høyere sjanse for å være i arbeid dersom de har høyere utdanning.[122] Utdanning er dermed en avgjørende faktor for arbeidsinkludering for personer med nedsatt funksjonsevne.

9.1.3 Arbeidsdeltakelse

OECD har tidligere uttalt at Norge har en særskilt utfordring når det gjelder sysselsettingsandelen blant personer med nedsatt funksjonsevne.[123] En komparativ studie fra slutten av 2000-tallet av sysselsettingsandelen blant mennesker med nedsatt funksjonsevne sammenliknet med hele befolkningen i alle OECD-land viste at Norge lå omtrent på gjennomsnittet i OECD, men lavere enn bl.a. Sverige og Danmark.[124]

Tall fra AKUs årlige tilleggsundersøkelse viser at sysselsettingsandelen blant funksjonshemmede er lav, og er stabil over tid. Andelen sysselsatte blant funksjonshemmede i yrkesaktiv alder utgjorde 43

Jan Tøssebro og Sigrid Elise Wik (2015) *"Funksjonshemmedes tilknytning til arbeidslivet – En kunnskapsoversikt"*, Forskningsrådet/VAM

[119] Lars Grue og Jon Erik Finnvold (2014) *"Hjelp eller barrierer? En undersøkelse av betingelser for høyere utdanning for ungdom med nedsatt funksjonsevne"*, NOVA Rapport nr. 8/14, jf. Bjerkan, Veenstra og Eriksen (2009) *"Levekårene blant unge voksne: Bedring, men godt nok?",* Paper presentert på konferanse om levekårene for personer med nedsatt funksjonsevne, Oslo

[120] Jon Erik Finnvold (2013) *"Langt igjen? Levekår og sosial inkludering hos menneske med fysiske funksjonsnedsetjingar"*, NOVA Rapport 12/2013

[121] Grunnlaget for undersøkelsen er et utvalg på 2033 personer (nettopopulasjonen var på 1740 personer) mellom 0 og 20 år i 1985 registrert som mottakere av grunnstønad og hjelpestønad med fysisk funksjonsnedsettelse (hvorav 80 pst. har CP). For å kunne sammenlikne dette utvalget med den øvrige befolkningen ble det trukket et tilfeldig utvalg på 20 000 personer i samme aldersgruppe (0 – 20 år i 1985).

[122] Bufdir (2016) Levekårsoversikt: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne/

[123] OECD (2006) *"Sickness, disability and work: Breaking the barriers (vol. 1)"*, Paris, OECD

[124] OECD (2010) *"Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – A synthesis of findings across OECD countries"*, Paris, OECD

pst. av befolkningen i 2015, mot 74 pst. i hele befolkningen.[125] Tall fra Arbeids- og velferdsdirektoratet viser at 42,2 pst. av hjelpemiddelbrukerne i alderen 18-66 år var i arbeid per 30. juni 2016.

Av de 325 000 funksjonshemmede i AKU som ikke var sysselsett i 2. kvartal 2015, var det 87 000 (27 pst.), som ønsket seg et arbeid.[126] Denne prosentdelen har stort sett holdt seg på samme nivå siden disse undersøkelsene startet opp i 2002. I befolkningen i alt som ikke var i arbeid, var det i aldersgruppen 15-66 år 36 pst. som uttrykte ønske om arbeid i 2015. Av de 87 000 funksjonshemmede med ønske om arbeid var det 18 pst. (15 000) som ble klassifisert som arbeidsledige i 2015. I sin undersøkelse av yrkesdeltakelsen blant personer med *fysiske funksjonsnedsettelser* basert på registerdata for mottakere av grunn- og hjelpestønadsmottakere, finner Finnvold (2013) at kun 36 pst. i undersøkelsespopulasjonen var yrkesaktive i 2010.[127]

Det er store forskjeller i yrkesdeltakelse ut fra type funksjonsnedsettelse.[128] Norsk AKU samler informasjon om type funksjonsnedsettelse, men publiserer ikke sysselsettingsrater fordelt på type grunnet for få respondenter i hver gruppe. Svensk AKU rapporterer imidlertid slike data.[129] Det fremgår av disse tallene at personer med hørselsnedsettelse har omtrent lik sysselsetting som personer uten funksjonsnedsettelse, med unntak av unge som ikke har rukket å komme inn i arbeidsmarkedet før hørselsnedsettelsen inntraff. Personer med nedsatt syn og dysleksi har en noe lavere sysselsettingsrate, mens personer med bevegelseshemming har en klart lavere sysselsettingsrate. Når det gjelder bevegelseshemmede, viser undersøkelser at resultatene er avhengig av hva slags bevegelseshemming det er snakk om. Dersom en spør generelt om bevegelseshemming eller førlighet i armer og bein, ligger sysselsettingsraten like under snittet av funksjonshemmede.[130] Rullestolbrukere har derimot ifølge en undersøkelse av Econ fra 2003[131] en sysselsettingsrate nede i 23 pst. Tøssebro (2012) viser at personer som bruker forflytningshjelpemidler eller har vansker med å gå i trapper har en sysselsettingsrate på under 30 pst., mens raten for personer som svarer bekreftende på et helt generelt spørsmål om bevegelseshemming ligger 20 prosentpoeng høyere.[132]

---

[125] Rapport for 2016: *"Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk"*, rapportering fra faggruppen for IA-avtalen

[126] Tor Petter Bø og Inger Håland (2015) *"Funksjonshemma på arbeidsmarknaden i 2015"*, SSB-Rapport 2015/54

[127] Jon Erik Finnvold (2013) *"Langt igjen? Levekår og sosial inkludering hos menneske med fysiske funksjonsnedsetjingar"*, NOVA Rapport 12/2013

[128] Magne Bråthen og Jørgen Svalund (2015) *"Økt yrkesdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne – Kartlegging av måloppnåelse"*, Fafo-rapport 2015:57

[129] SCB (Statistiska Centralbyrån) (2014) *"Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2013"*, Stockholm, SCB, Information om utbildning och arbetsmarknad 2014:1

[130] Jan Tøssebro og Sigrid Elise Wik (2015) *"Funksjonshemmedes tilknytning til arbeidslivet – En kunnskapsoversikt"*, Forskningsrådet/VAM

[131] Econ (2003) *"Funksjonshemmede og arbeid. En kartlegging av situasjonen for synshemmede, hørselshemmede og rullestolbrukere"*, Oslo, Econ-rapport 09/03

[132] Jan Tøssebro (2012) *"Personer med funksjonsnedsettelser på arbeidsmarkedet – kunnskapsstatus og kunnskapsutfordringer"*, Trondheim, NTNU Samfunnsforskning

9.2 Virkemidler for å øke arbeidsdeltakelsen

9.2.1 IA-avtalen delmål 2

Intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) ble inngått mellom myndighetene og partene i arbeidslivet første gang i 2001. Gjeldende avtale ble undertegnet 4. mars 2014 og gjelder ut 2018. IA-avtalens overordnede mål er å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. IA-avtalen har tre delmål. Delmål 2 i IA-avtalen er å hindre frafall og øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne.

Det er utviklet en rekke virkemidler i forbindelse med IA-avtalens delmål 2, bl.a. *forebyggings- og tilretteleggingstilskudd til IA-bedrifter*. Tilskuddet skal fungere som en kompensasjon for de merutgiftene virksomheten måtte ha i forbindelse med tilrettelegging av arbeidet for arbeidstakere med helseproblemer eller redusert funksjonsevne, for å hindre sykefravær eller utstøtning. Arbeidsgiver kan få forebyggings- og tilretteleggingstilskudd for tiltak for arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldt eller som er sykmeldt og mottar sykepenger eller arbeidsavklaringspenger. Tilskuddet kan brukes både til gruppetiltak (systemtiltak) og individuelle tiltak slik som tilrettelegging av den enkeltes arbeidsplass, opplæring i nye arbeidsoppgaver, utgifter knyttet til arbeidsutprøving, tilskudd til kurs og andre kortere opplæringstiltak/arbeidstrening, merutgifter til vikar/ekstrahjelp, og i enkelte særskilte tilfeller til transportutgifter og til tiltak for grupper av ansatte som har samme behov for tilrettelegging. Tilskuddet kan også brukes til kjøp av gjenstander eller hjelpemidler til bruk i arbeidet så fremt disse ikke dekkes etter folketrygdloven. Det innebærer at arbeidstakere som ikke fyller vilkår om varig sykdom, skade eller lyte kan få tilgang til arbeidshjelpemidler. Budsjettrammen for tilskudd til tilretteleggingstiltak, som inkluderer både forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet og tilskudd til bedriftshelsetjenesten (BHT-honorar) var i 2016 på 319,7 mill. kroner.

Jobbstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne ble lansert i 2012, og er siden videreført. Bakgrunnen for utarbeidelse av jobbstrategien var et ønske om å øke yrkesdeltakelsen blant unge med nedsatt funksjonsevne og redusere tilgangen til helserelaterte ytelser. Strategien ble utformet i samarbeid med funksjonshemmedes organisasjoner og arbeidslivets parter, og er forankret i delmål 2 for IA-avtalen. Strategien retter seg mot unge med nedsatt funksjonsevne som har behov for arbeidsrettet bistand fra Arbeids- og velferdsetaten for å komme i jobb. Målet er at flere unge med nedsatt funksjonsevne i overgangsfasen mellom utdanning og arbeid skal komme i arbeid.

Hovedtilnærmingen er virkemidler for økt tilrettelegging og oppfølging i ordinært arbeidsliv. Strategien identifiserer fire barrierer som hindrer yrkesdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne:

1. *Kostnadsbarrieren*
   Ved ansettelse av personer med nedsatt arbeidsevne vil mange arbeidsgivere anta at virksomheten kan påføres en del kostnader ved tilrettelegging av arbeidsplassen og gjennom oppfølging av den enkelte.
2. *Produktivitetsbarrieren*
   Selv med god tilrettelegging og tett oppfølging av individ og bedrift, vil mange arbeidsgivere vurdere det slik at det blant personer med nedsatt funksjonsevne vil være noen som har lavere arbeidsevne og produktivitet enn andre ansatte. Virksomhetene kan derfor oppleve at de tar en økonomisk risiko dersom de må bære alle lønnskostnadene ved å ansette personer med ustabil eller varig nedsatt arbeidsevne.
3. *Diskrimineringsbarrieren*
   Personer med nedsatt funksjonsevne kan utsettes for diskriminerende holdninger og handlinger.
4. *Informasjons- og holdningsbarrieren*
   Negative holdninger og mangel på informasjon kan utgjøre en barriere for arbeidssøkere med nedsatt funksjonsevne. Dette er barrierer som finnes i befolkningen som helhet, hos arbeidsgivere, kollegaer på arbeidsplassen mv.

Det er iverksatt en rekke tiltak som støtter opp under arbeidet med jobbstrategien. Dette omfatter bl.a. øremerkede stillingsressurser, informasjons- og kompetansemidler, prioritering av tiltaksplasser til jobbstrategiens målgruppe, bruk av tilretteleggingsgaranti, styrking av funksjonsassistentordningen og arbeids- og utdanningsreiser, innføring av mentorordning og tilretteleggingstilskudd for arbeidssøker.

9.2.2 Effekten av tiltak rettet mot personer med nedsatt funksjonsevne

Den relasjonelle tilnærmingen til funksjonshemming innebærer at hvorvidt en oppnår målsettingen med IA-avtalens delmål 2 både kan påvirkes at tiltak rettet mot individet, som arbeidsmarkedstiltak og hjelpemidler, og av tiltak og endringer i virksomhetene.[133]

I faggruppens rapport fra 2014[134] ble effektene av virkemiddelbruken for personer med nedsatt funksjonsevne drøftet. Det vises til at det foreligger forholdsvis få effektevalueringer av *individrettede tiltak* for personer med nedsatt funksjonsevne. Noe av årsaken er at datatilgangen har vært utilstrekkelig siden administrative registre ikke har vært tilpasset forskningsformål. Videre er det knyttet usikkerhet til resultatene fra effektevalueringene.

Faggruppen viser videre til at resultater fra internasjonale undersøkelser har begrenset overføringsverdi. De begrunner dette i variasjon bl.a. i arbeidsmarkedssituasjon, velferdspolitisk system, ulik utforming av tiltak og avgrensing av deltakergrupper.

I Prop. 39 L (2014-2015)[135] ble det gjort en oppsummering av kunnskapsstatus om arbeidsmarkedstiltakenes effekt. Det vises til at det er en gjennomgående erfaring fra Norge og andre land at arbeidsmarkedstiltak på ordinære arbeidsplasser gir bedre sjanse for å komme i fast jobb enn tiltaksplasser i skjermede virksomheter. En nyere studie av effekten av ulike arbeidsmarkedstiltak for personer med nedsatt arbeidsevne underbygger dette, og finner at tiltak som prioriterer hurtig og subsidiert utplassering i ordinært arbeidsliv og ordinær utdanning, særlig blant unge, kommer bedre ut.[136] Tøssebro og Wik (2015)[137] og Proba Samfunnsanalyse (2011)[138] viser til at flere studier støtter opp under disse funnene.

Både norsk og internasjonal forskning viser at midlertidig lønnstilskudd er et tiltak som har en positiv effekt på den enkeltes jobbsjanse og lønn etter gjennomført tiltak.[139] I to bredt anlagte analyser med

---

[133] Magne Bråthen og Jørgen Svalund (2015) *"Økt yrkesdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne – Kartlegging av måloppnåelse"*, Fafo-rapport 2015:57

[134] Rapport for 2014: *"Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk"*, rapportering fra faggruppen for IA-avtalen

[135] Prop. 39 L (2014–2015) Endringer i arbeidsmiljøloven og sosialtjenesteloven (adgang til midlertidig ansettelse mv. og vilkår om aktivitet for stønad til livsopphold)

[136] Simen Markussen og Knut Røed (2014) "*The Impacts of Vocational Rehabilitation"*, Labour Economics 31 (2014) 1-13

[137] Jan Tøssebro og Sigrid Elise Wik (2015) *"Funksjonshemmedes tilknytning til arbeidslivet – En kunnskapsoversikt"*, Forskningsrådet/VAM

[138] Proba Samfunnsanalyse (2011) *"Virkning av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne – En litteraturstudie"*, Proba-rapport nr. 2011-02, utarbeidet for Arbeidsdepartementet

[139] Prop. 39 L (2014–2015) Endringer i arbeidsmiljøloven og sosialtjenesteloven (adgang til midlertidig ansettelse mv. og vilkår om aktivitet for stønad til livsopphold)

resultater fra evalueringsforskning i et stort antall land ble det kontrollert både for egenskaper ved evalueringene og for egenskaper ved landene der evalueringene var gjort.[140] Lønnstilskudd hadde en gjennomgående positiv effekt på jobbsjansene til tiltaksdeltakerne, varighet av jobb og lønn når tiltaket var gjennomført i privat sektor. Det var i denne studien ingen effekt av lønnstilskudd i offentlig sektor. Disse effektene bekreftes i en dansk analyse av resultater fra Danmark og flere andre land.[141] Frischsenteret har sammenliknet effektene av ulike attføringstiltak med start i perioden 1994 til 2003.[142] Av tiltakene de sammenliknet effektene av, kom lønnstilskudd best ut, foran utdanning og andre tiltak både i form av høyere jobbsannsynlighet og høyere lønn.

Når det gjelder *tiltak rettet mot virksomhetene og samfunnsstrukturer*, er det få studier av hvordan større reformer eller endringer i lov- og regelverk påvirker funksjonshemmedes tilknytning til arbeidslivet.[143] Det er foretatt evalueringer av både NAV-reformen, IA-avtalen og Jobbstrategien. Disse handler imidlertid i stor grad om hvordan reformene er iverksatt og endringer i organisasjons- og arbeidsformer, og mindre om hvorvidt flere med nedsatt funksjonsevne har kommet i arbeid. Det er knyttet betydelige metodiske problemer også til å evaluere effekter av slike reformer.[144]

9.3 Hjelpemidler og tilrettelegging i utdanning og arbeidslivet

9.3.1 Ansvarsforhold og virkemidler

Statens ansvar
Arbeids- og velferdsetaten kan med hjemmel i folketrygdloven §10-5 gi stønad til hjelpemidler til personer som gjennomfører høyere utdanning og stønad til hjelpemidler, ombygging av maskiner og tilrettelegging av det fysiske miljøet på arbeidsplassen, lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte, tolkehjelp for hørselshemmede og tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde. Stønaden ytes i forbindelse med tiltak som er nødvendige og hensiktsmessige for at personen skal bli i stand til å skaffe seg eller beholde høvelig arbeid. Det er et vilkår at bruker har fått sin evne til å utføre inntektsgivende arbeid varig nedsatt, eller har fått sine muligheter til å velge yrke eller arbeidsplass vesentlig innskrenket på grunn av sykdom, skade eller lyte. Stønaden ytes i form av tilskudd, rente- og avdragsfrie lån, utlån av hjelpemidler og tjenester. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid i sakene som gjelder arbeid og utdanning var i 2015 på 17 virkedager.

Proba Samfunnsanalyse (2011) *"Virkning av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne – En litteraturstudie"*, Proba-rapport nr. 2011-02, utarbeidet for Arbeidsdepartementet

[140] David Card, Jochen Kluve og Andrea Weber (2010) *"Active labour market policy evaluations: A meta-analysis"*, The Economic Journal, nr. 120 2010

Jochen Kluve (2010) *"The effectiveness of European active labor market programs",* Labour Economics, vol. 17, issue 6

[141] Michael Rosholm og Michael Svarer (2011) *"Effekter av virksomhedsrettet aktivering i den aktive arbejdsmarkedspolitik"*, Arbejdsmarkedsstyrelsen

[142] Lars Westlie (2008) *"The Long-term Impacts of Vocational Rehabilitation"*, Memorandum 25, Økonomisk Institutt, Universitetet i Oslo

[143] Jan Tøssebro og Sigrid Elise Wik (2015) *"Funksjonshemmedes tilknytning til arbeidslivet – En kunnskapsoversikt"*, Forskningsrådet/VAM

[144] Jan Tøssebro og Sigrid Elise Wik (2015) *"Funksjonshemmedes tilknytning til arbeidslivet – En kunnskapsoversikt"*, Forskningsrådet/VAM

Tabell 9.1 Utgifter til hjelpemidler etter folketrygdloven § 10-5, arbeid og høyere utdanning (mill. kroner)

År	Utgifter
2010	109,9
2011	124,6
2012	123,8
2013	132,3
2014	145,3
2015	134,5

Kilde: Arbeids- og sosialdepartementet

Arbeidsmarkedsloven hjemler også tiltak og virkemidler som skal bidra til at personer med nedsatt funksjonsevne skal komme i/beholde arbeid, bl.a. arbeidsmarkedstiltak (lønnstilskudd, avklaring, oppfølging mv.) og ordningene med funksjonsassistanse og arbeids- og utdanningsreiser.

Forsøket med funksjonsassistanse i arbeidslivet ble etablert som en permanent rammefinansiert ordning fra 2014, hjemlet i arbeidsmarkedsloven og tiltaksforskriften. Funksjonsassistanse kan gis til yrkesaktive personer som har omfattende fysiske funksjonsnedsettelser, og til blinde og sterkt svaksynte. Funksjonsassistanse må være nødvendig for at personen skal kunne være i ordinært lønnet arbeid. Ordningen innebærer at en lønnet assistent bistår med hjelp til praktiske formål i arbeidssituasjonen. Assistenten skal ikke utføre arbeidstakerens ordinære arbeidsoppgaver. Ved utgangen av mai 2015 var det 168 personer i tiltaket.

Stønad til arbeids- og utdanningsreiser skal bidra til at personer med forflytningsvansker på grunn av nedsatt funksjonsevne kan være i ordinært arbeid eller gjennomføre arbeidsrettet utdanning. Stønaden gis som tilskudd til tilrettelagt transport og tilsvarer de faktiske utgiftene til transporten fratrukket en egenandel. Egenandel tilsvarer den rimeligste transporten med offentlig kommunikasjon. Arbeids- og utdanningsreiser ble gjort til en landsdekkende, permanent ordning i 2013. Det er fastsatt en egen forskrift for ordningen som er hjemlet i arbeidsmarkedsloven. Per april 2015 var det 617 deltakere i ordningen.

Tabell 9.2 Budsjettramme for ordningene med funksjonsassistanse og arbeids- og utdanningsreiser (mill. kroner)

År	Funksjonsassistanse	Arbeids- og utdanningsreiser
2010	16,6	18,6
2011	17,1	26,0
2012	30,3	30,0
2013	30,3	63,0
2014	36,0	65,2
2015	41,2	67,4
2016	42,4	66,7

Kilde: Arbeids- og sosialdepartementet

Det er en rekke enheter i Arbeids- og velferdsetaten som kan være involvert i saker som gjelder hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet. Det varierer hvem som fungerer som førstelinje i disse sakene. Ofte tar bruker, bedriftshelsetjeneste eller arbeidsgiver først kontakt med hjelpemiddelsentralen. For personer som er i et arbeidsforhold i en bedrift med IA-avtale, kan NAV Arbeidslivssenter fungere som førstelinje i saker som gjelder hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet. For virksomheter som har bedriftshelsetjeneste, vil også denne kunne fungere som en førstelinje. For arbeidssøkere og personer som mottar arbeidsavklaringspenger vil NAV-kontoret fungere som førstelinje. NAV-kontoret vil også kunne være en førsteinstans for virksomheter i oppfølging av sykmeldte dersom disse har behov for hjelpemidler eller tilrettelegging. Andre som henviser i slike saker er Statped og spesialisthelsetjenesten.

Arbeids- og velferdsetaten skal legge til rette for at personer som har sammensatte behov får et helhetlig og koordinert tilbud med sikte på overgang til ordinært arbeid uten at det oppstår unødig ventetid. Ordning med *ny tilretteleggings- og oppfølgingsavtale* trådte i kraft 1. januar 2016. Hovedmålgruppen for ordningen er unge med nedsatt arbeidsevne under 30 år. Avtalen inngås mellom arbeidsgiver, arbeidssøker og Arbeids- og velferdsetaten. Avtalen skal bidra til å koordinere hjelp og oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten, og gi større trygghet og forutsigbarhet for arbeidssøker og arbeidsgiver slik at brukerne får eller beholder arbeid. Gjennom den nye tilretteleggings- og oppfølgingsavtalen forplikter Arbeids- og velferdsetaten seg til støtte i form av oppfølging, tilskudd eller hjelpemidler innen avtalte frister. Avtalen skal inneholde navn på en fast kontaktperson i Arbeids- og velferdsetaten som skal sørge for koordinering av bistanden fra etaten.

Hjelpemiddelsentralene har kompetanse om konsekvenser av funksjonstap, spesialkompetanse om produkter og løsninger og om hvordan hjelpemidler og ergonomiske tiltak kan kompensere og avhjelpe funksjonstap. De kan gjøre funksjonsvurderinger og gi råd og veiledning om hjelpemidler og tilrettelegging på arbeidsplasser og utdanningssteder.

I saker som gjelder skole og utdanning, samarbeider hjelpemiddelsentralene ofte med *Statped*. Statped er en statlig spesialpedagogisk tjeneste for kommuner og fylkeskommuner. Statped skal bidra til likeverdig, tilpasset og inkluderende opplæring for barn, unge og voksne med særskilte opplæringsbehov. Statped skal gi tjenester på både individ- og systemnivå. Hjelpemiddelsentralene og Statped har regionale samarbeidsavtaler som beskriver aktuelle områder for samhandling og kunnskapsoverføring. Hjelpemiddelsentralenes rådgivere samarbeider bl.a. med Statped om å holde kurs for lærere om tematikken syns- og hørselshemmede elever. Det foregår også informasjonsutveksling og kunnskapsdeling mellom partene for å sikre at barn med tilretteleggingsbehov ivaretas når de bytter skole.

NAV-kontorene fanger opp behov for hjelpemidler og tilrettelegging i behovsvurderingen for brukere som får arbeidsrettet bistand, og samarbeider i disse tilfellene med hjelpemiddelsentralene. NAV-kontorene informerer og bistår bruker om ulike tiltak og virkemidler i Arbeids- og velferdsetatens portefølje.

NAV Arbeidslivssenter er et ressurs- og kompetansesenter for et inkluderende arbeidsliv og finnes i alle fylker. Virksomheter som har inngått en IA-avtale får en egen kontaktperson i arbeidslivssenteret. Kontaktpersonen veileder ledere, tillitsvalgte og verneombud med å arbeide målrettet og resultatorientert for å utvikle en mer inkluderende arbeidsplass, og sørger for at virkemidler fra Arbeids- og velferdsetaten blir satt i verk. I tillegg koordinerer kontaktpersonen annen bistand fra etaten. NAV Hjelpemidler og tilrettelegging samarbeider i en del saker med arbeidslivssenteret om å finne frem til den beste løsningen på arbeidsplass. Behovet for hjelpemidler blir da vurdert sammen med f.eks. tilskuddsordninger.

NAV Arbeidsrådgivning er fylkesdekkende kompetansesentre som i hovedsak bistår NAV-kontorene i komplekse brukersaker og systemrettet veiledning. NAV Hjelpemidler og tilrettelegging kan også benytte kompetansen derfra for å løse sammensatte saker. Enhetene tilbyr utfyllende, arbeidsrettede tjenester og kompetanse innen arbeidspsykologi, pedagogikk og jobbmestrende veiledningsmetodikk.

Et av hovedformålene med NAV- reformen er å få flere i arbeid og aktivitet, samt en mer helhetlig arbeids- og velferdsforvaltning. Reformen gir grunnlag for et enda tettere samarbeid mellom hjelpemiddelsentralene og de arbeidsrettede tjenestene enn tilfellet var da dette lå under hhv. trygdetaten og Aetat. Organisasjonsendringen som følge av NAV- reformen gir muligheter for mer enhetlig bistand der flere virkemidler kan ses i sammenheng. Arbeids- og velferdsdirektoratet rapporterer at det etter at hjelpemiddelsentralene ble en del av NAV, har det vært en stor endring i fokus mot arbeid. Hjelpemiddelsentralene melder at de nå får langt flere henvendelser fra NAV-kontor om enkeltsaker.

I en undersøkelse gjennomført av Fafo fra 2009, hvor ansatte ved hjelpemiddelsentraler og ulike aktører i tre kommuner ble intervjuet, ble det konkludert med at det er behov for mer samarbeid og

bedre koordinering av både individuelle tilretteleggingsprosesser og det lokale arbeidet med å fremme økt sysselsetting blant personer med nedsatt funksjonsevne.[145] Det har imidlertid ikke vært gjennomført en liknende undersøkelse etter dette, og det kan være behov for oppdatert informasjon om dette ettersom det interne arbeidet som er gjort i Arbeids- og velferdsetaten etter dette i liten grad kan dokumenteres.

Utdanningsinstitusjonenes ansvar
Den enkelte utdanningsinstitusjon står ansvarlig for at studiestedet er fysisk tilgjengelig for alle. Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven § 13 tredje ledd bestemmer at offentlig og privat virksomhet rettet mot allmennheten har plikt til å sikre universell utforming av virksomhetens alminnelige funksjon så langt det ikke medfører en uforholdsmessig byrde for virksomheten. § 4-3 i universitets- og høgskoleloven fastsetter at institusjonen, så langt det er mulig og rimelig, skal legge til rette lokaler, adkomstveier, sanitæranlegg og tekniske innretninger skal være utformet slik at funksjonshemmede studenter kan studere ved lærestedet. Institusjonen skal også legge til rette for studenter med særskilte behov.

Utdanningsstedene skal ha en egen kontaktperson eller tilretteleggingstjeneste for studenter med nedsatt funksjonsevne. De skal bistå studenter med behov for hjelpemidler eller tilrettelegging, og ta kontakt med NAV Hjelpemidler og tilrettelegging for å få bistand til råd og veiledning. NAV Hjelpemidler og tilrettelegging er også i oppsøkende kontakt med studiestedene for å spre kunnskap om tilrettelegging og hjelpemidler.

Arbeidsgivers ansvar
Diskriminerings- og tilgjengelighetslovens § 12 pålegger arbeidsgivere å "foreta en rimelig individuell tilrettelegging av arbeidsplass og arbeidsoppgaver for å sikre at arbeidstaker eller arbeidssøker med nedsatt funksjonsevne kan få eller beholde arbeid". Arbeidsgiver har videre etter arbeidsmiljøloven §§ 4-1 og 4-2 plikt til å sørge for at arbeidet organiseres og legges til rette slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige psykiske og fysiske belastninger. Arbeidsgiver har i tillegg en særskilt plikt til individuell tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne og for arbeidstakere som underveis i arbeidsforholdet får behov for tilrettelegging, jf. arbeidsmiljøloven § 4-6. Tilretteleggingsplikten gjelder for alle arbeidstakere som har redusert arbeidsevne/-kapasitet uavhengig om det er kortvarig eller langvarig, og uavhengig av arbeidstakers alder, stillingsgrad og om arbeidstaker har fast eller midlertidig ansettelse.

Arbeidsgiver skal tilrettelegge for arbeidstaker "så langt det er mulig". Ved vurderingen av tilretteleggingspliktens rekkevidde må arbeidstakers forhold bl.a. veies opp mot virksomhetens art og størrelse, samt tilretteleggingens omfang og kostnader.

Grenseflater mellom Arbeids- og velferdsetatens og arbeidsgivers ansvar
Hvis man trenger utstyr eller hjelpemidler på arbeidsplass eller utdanningssted, vil andre lover ofte legge ansvarsforholdet på arbeidsgiver eller byggeier. Folketrygdloven kommer kun til anvendelse når ansvaret ikke dekkes av annet lovverk.

Arbeidsgivere har et generelt ansvar for å tilrettelegge for sine ansatte etter arbeidsmiljøloven. Hvor langt dette ansvaret går vil variere noe, bl.a. ut fra bedriftens størrelse og art samt størrelsen på tilretteleggingen. Arbeidsgivers plikt gjelder "så langt det er mulig". Temaet er svært skjønnsmessig, og det kan i en del tilfeller være uklart hvor langt arbeidsgivers tilretteleggingsplikt gjelder, og når folketrygdens ansvar for tilrettelegging slår inn.

[145] Inger Lise Skog Hansen, Christer Hyggen og Bjørn Richard Nuland (2009) *"Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet"*, Fafo-rapport 2009:40

I en undersøkelse gjennomført av Fafo i 2009 konkluderes det med at arbeidsgivers ansvar for å tilrettelegge arbeidsplassen for sine ansatte i stor grad blir anerkjent av arbeidsgiver.[146] Flere av aktørene som ble intervjuet i undersøkelsen ga uttrykk for at arbeidsgivere ofte strekker seg langt i tilrettelegging for ansatte. Samtidig er det flere informanter som sier at økonomi noen ganger begrenser mulighetene for tilrettelegging. Dette gjelder særlig små bedrifter.

Flere informanter, både fra Arbeids- og velferdsetaten, bedriftshelsetjenesten og arbeidsgivere, ga uttrykk for at det kan oppstå uklarhet om hva som er arbeidsgivers ansvar, og hva som skal dekkes av staten gjennom folketrygden. Det er særlig innenfor fysisk tilrettelegging og ombygging av maskiner det ofte eller av og til oppstår uklarheter om hvem som har ansvar. Det vises til at inntrykket er at hjelpemiddelsentralene ofte strekker seg langt for å finne gode løsninger i disse sakene, og er i dialog med arbeidsgiverne. På andre områder er det ifølge undersøkelsen mindre uklarhet knyttet til hva som er arbeidsgivers ansvar, og hva som dekkes av folketrygden. Dette gjelder særlig for tjenester og hjelpemidler som åpenbart er individuell tilrettelegging, som lese- og sekretærhjelp, tolketjeneste, tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde, synshjelpemidler og hjelpemidler til forflytning.

9.3.2 Tilrettelegging på skole og arbeidsplass – omfang og effekter

Det er i liten grad forsket på tilrettelegging og hjelpemidler i skole og utdanning og hvilken betydning dette har for gjennomføring av skole og studier. Grue og Finnvold (2014)[147] slår fast at vi har klare indikasjoner på at utdanning og utdanningens lengde er den enkeltfaktor som har størst betydning for om man lykkes på arbeidsmarkedet, men at vi vet lite om hvilke faktorer som påvirker den enkeltes vei gjennom utdanningssystemet. De mener det er behov for mer kunnskap om hvilken betydning skoledagens organisering, skolens tilgjengelighet, læringsmiljøet og det psykososiale miljøet på skolen har for funksjonshemmede elevers motivasjon og læring.

Ifølge Tøssebro og Wik (2015)[148] handler lavere utdanningsnivå hos personer med nedsatt funksjonsevne dels om manglende tilrettelegging på studiestedet, men også en rekke praktiske vansker som gjør det vanskelig å få hverdagen som student til å gå opp. Selv om det har vært økt fokus på tilrettelegging, rapporteres det om problemer knyttet til utforming av rom, mangelfull bruk av mikrofon, mangel på tilrettelagt undervisningsmateriale osv.

En norsk studie har sett på foreldrenes erfaringer med integrering i grunnskolen for barn med fysisk funksjonsnedsettelse.[149] Det ble identifisert 804 foreldre til barn som var mottakere av grunn- og hjelpestønad i 2008. 491 personer svarte på spørreundersøkelsen i 2012. 14 pst. av foreldrene oppfattet at barna i liten grad kunne bevege seg på skolens inne- og uteområder som andre. 62 pst. mente at barna i stor grad kunne bevege seg som andre barn.

Det er i liten grad gjennomført undersøkelser av hvorvidt manglende hjelpemidler eller utilstrekkelig tilrettelegging er en medvirkende årsak til lav arbeidsdeltakelse blant personer med nedsatt funksjonsevne, og de undersøkelsene som finnes har sprikende konklusjon.

---

[146] Inger Lise Skog Hansen, Christer Hyggen og Bjørn Richard Nuland (2009) *"Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet"*, Fafo-rapport 2009:40

[147] Lars Grue og Jon Erik Finnvold (2014) *"Hjelp eller barrierer? En undersøkelse av betingelser for høyere utdanning for ungdom med nedsatt funksjonsevne"*, NOVA Rapport nr. 8/14

[148] Jan Tøssebro og Sigrid Elise Wik (2015) *"Funksjonshemmedes tilknytning til arbeidslivet – En kunnskapsoversikt"*, Forskningsrådet/VAM

[149] Jon Erik Finnvold (2013) *"Langt igjen? Levekår og sosial inkludering hos menneske med fysiske funksjonsnedsetjingar"*, NOVA Rapport 12/2013

Tøssebro (2012)[150] påpeker at mens Kilian (2005)[151] fremhever at hjelpemidler og fysisk tilpasning er det minste problemet, viser Vedeler & Mossige (2009)[152] til at sen og mangelfull levering er en barriere. Skog Hanssen (2009) viser også til mangelfull utnyttelse av IKT-hjelpemidler for sysselsatte med funksjonsnedsettelser.[153]

I AKU for 2015 oppga 56 pst. av de spurte at arbeidssituasjonen var tilpasset funksjonsevnen i forhold til endring i arbeidsoppgaver, i arbeidstid eller fysisk tilrettelegging av arbeidsplassen. Av de som ikke har fått arbeidsplassen sin tilpasset funksjonsevnen sier 16 pst. at det er behov for slik tilpasning, og av de som alt har fått noe tilrettelagt uttaler 20 pst. at det er behov for mer.

I en analyse av levekårsundersøkelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne fra 2007, finner Molden, Wendelberg og Tøssebro (2009)[154] at 20 pst. har tilpasninger på arbeidsplassen i form av fysiske hjelpemidler. Blant de som ikke har fått tilpasninger i form av fysiske hjelpemidler på arbeidsplassen mener 12 pst. at de har behov for en slik tilrettelegging. Av de i arbeid har en liten gruppe en støtteperson eller funksjonsassistent på arbeidsplassen (3 pst.). Av de som ikke har det er det 2 pst. som mener de har behov for slik bistand i arbeidet.

Arbeids- og velferdsetaten har per i dag oversikt over omfanget av arbeidsplassaker, men har ikke oversikt over ressursbruken knyttet til disse sakene og driver ikke systematiske målinger på effekt av tiltakene. Det er utfordrende å måle konkret effekt av tiltak og innsats fra en bidragsyter, når tiltaket eller innsatsen ofte er en del av en større helhet hvor flere instanser bidrar.

9.4 Utvalgets vurderinger

Tall fra AKUs årlige tilleggsundersøkelse viser at sysselsettingsandelen blant personer med nedsatt funksjonsevne er lav, og det har kun skjedd små endringer over tid. Det er nesten 90 000 personer med nedsatt funksjonsevne som ikke har jobb og som ønsker å komme i arbeid. Vi vet imidlertid lite om hvor mange av disse som har en reell mulighet for å komme i arbeid.

Utvalget vil understreke betydningen av å legge til rette for at flere kan delta i arbeidslivet. Det å være i arbeid er viktig for den enkeltes mestring, deltakelse og selvforsørgelse. Videre er det samfunnsøkonomisk lønnsomt å tilrettelegge for økt arbeidsdeltakelse.

Studier av effekten av ulike arbeidsmarkedstiltak for personer med nedsatt funksjonsevne gir få sikre konklusjoner om hva som virker. Utvalget vil imidlertid trekke frem at forskningen gir grunnlag for å si at det er mest effektivt med tiltak i det ordinære arbeidslivet og at lønnstilskudd ofte vil ha en positiv effekt på sysselsettingen til personer med nedsatt funksjonsevne.

Personer med nedsatt funksjonsevne kan ha produktivitetsutfordringer som ofte vil kunne reduseres eller elimineres ved god tilrettelegging og arbeidstrening. Det er avgjørende å etablere gode arenaer

---

[150] Jan Tøssebro (2012) *"Personer med funksjonsnedsettelser på arbeidsmarkedet – kunnskapsstatus og kunnskapsutfordringer"*, Trondheim, NTNU Samfunnsforskning

[151] Janicke Kilian (2005) "*På tampen",* Sem: Forlaget aldring og helse

[152] Jannike S. Vedeler og Svein Mossige (2009) "Barriere for karriere. Personer med bevegelseshemning og deres fortellinger om veien inn i arbeidslivet". I J. Tøssebro (red.), *"Funksjonshemming - politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*", Oslo: Universitetsforlaget, ss 119-131

[153] Inger Lise Skog Hansen (2009) "IKT – et underutnyttet potensial i strategien for et inkluderende arbeidsliv". I J Tøssebro (red): "*Funksjonshemming - politikk, hverdagsliv og arbeidsliv",* Oslo: Universitetsforlaget, ss 132-145

[154] Thomas Hugaas Molden, Christian Wendelborg og Jan Tøssebro (2009) *"Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne – Analyse av levekårsundersøkelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne 2007"*, NTNU Samfunnsforskning AS

for arbeidstrening. Forskning viser at tiltak og arbeidstrening i ordinært arbeidsliv har størst effekt, og det må derfor sikres plasser til arbeidstrening i ordinært arbeidsliv. Utvalget vil påpeke at offentlige arbeidsgivere har et særlig ansvar for å sørge for plasser til arbeidstrening for personer med nedsatt funksjonsevne.

Lønnstilskudd kan være et godt virkemiddel for å senke arbeidsgiveres barriere for å ansette personer med nedsatt funksjonsevne. Som tiltak er det rettet både mot produktivitets- og holdningsbarrieren ved at det kompenserer for nedsatt produktivitet og gir arbeidsgiver insentiver for å prøve ut personer med nedsatt funksjonsevne. Det er etter utvalgets vurdering ønskelig at det satses på økt bruk av midlertidige lønnstilskudd som et tiltak for å øke arbeidsdeltakelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne.

Det finnes i dag lite kunnskap om treffsikre virkemidler når det gjelder bruk av hjelpemidler for denne gruppen og hvorvidt manglende tilrettelegging og hjelpemidler utgjør en barriere for å komme i arbeid. Utvalget mener det er nødvendig med mer kunnskap om dette for å kunne målrette virkemidlene bedre. På denne bakgrunn foreslår utvalget at det som en del av en større satsing på forskning, jf. kapittel 15, gjennomføres mer systematisk forskning på forholdet mellom hjelpemidler/tilrettelegging og arbeidsdeltakelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne.

Ut fra eksisterende kunnskap vet vi at utdanning er en svært viktig faktor for arbeidsinkludering for personer med nedsatt funksjonsevne. Det finnes lite forskning på hvorvidt lavere utdanning blant personer med nedsatt funksjonsevne skyldes manglende hjelpemidler og fysisk tilrettelegging av omgivelsene, men de studiene vi har tyder på at det kan være mer å hente i bedre tilrettelegging både av de fysiske omgivelsene og av selve undervisningen. Utvalget vil understreke at det er en grunnleggende forutsetning for høyere arbeidsdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne at utdanningsinstitusjonene er universelt utformet og tilgjengelige for alle. Tidlig innsats med tilretteleggingstiltak for barn og unge vil bidra til et best mulig utgangspunkt for at den enkelte kan fullføre utdanning og senere komme i arbeid.

10 Økonomisk kostnadskontroll for å møte fremtidige budsjettutfordringer

Det fremgår av mandatet at en sentral oppgave er å vurdere tiltak som gir gode, kostnadseffektive løsninger. Forslag om endringer i organisering og finansieringsmodell skal ivareta god kostnadskontroll og etablering av kostnadseffektive løsninger. Utvalget forstår kostnadskontroll som strategier som gjør det mulig å håndtere utgiftene med den høyeste grad av effektivitet. På hjelpemiddelområdet kan dette omfatte både at man bruker ressursene på rette tiltak og tjenester (formålseffektivitet) og at tiltakene og systemet frembringer resultatene uten unødig ressursbruk og sløsing (kostnadseffektivitet).

Det er for utvalget viktig at man også på dette området vurderer kostnader i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Hjelpemidler og tilretteleggingstiltak har en åpenbar kostnad, men denne må veies mot alternativkostnader.

Det har blitt hevdet at dagens system der kommunene utreder, søker og bestiller hjelpemidler, mens staten betaler, gir svake insentiver til å holde kostnadene nede. Sammenholdt med at de økonomiske stønadsordningene regulert i folketrygden i praksis behandles som en overslagsbevilgning, gir dette objektivt sett relativt svak økonomisk kostnadskontroll.

Det kan tenkes mange forskjellige tiltak for å sikre bedre kostnadskontroll i fremtiden. Noen eksempler på slike tiltak kan være:

- Overføring av ansvaret for hjelpemidler (helt eller delvis) fra staten til kommunene
- Overføring av deler av ansvaret til andre (eks. Husbanken)
- Økt bruk av tilskudd
- Innføring av egenandeler
- Innstramming i regelverket (rettighetene)
- Strammere vurdering av utvalget av hjelpemidler
- Indirekte kostnadskontroll

Kommunene har i dag ansvaret for hjelpemidler i forbindelse med korttidsbehov, samt delvis for hjelpemidler i institusjon. Kommunene er underlagt en rammefinansiering gjennom det årlige rammetilskuddet til kommunene. Kommunene har et helhetlig ansvar for habilitering og rehabilitering, der hjelpemidler er et av mange mulige tiltak. Dersom kommunene fikk et helhetlig ansvar for hjelpemidler/ tilretteleggingstiltak som i dag ligger i folketrygden, ville de manglende økonomiske insentivene nevnt ovenfor ikke gjort seg gjeldende. Kommunene ville bli ansvarlig for også dette tiltaket, og således hatt gode insentiver til å velge det mest hensiktsmessige tiltaket – også ut fra et rent økonomisk perspektiv.

I dette kapitlet presenterer vi teorier for økonomiske insentiver, effektivitet og kostnadskontroll på hjelpemiddelområdet, samt drøfting av økt bruk av egenandeler og tilskudd. Utvalget har også foretatt en særskilt vurdering av ansvaret for tildeling av ortopediske hjelpemidler og høreapparat, da dette er områder med relativt raskt økende utgifter, og samtidig et system med relativt svak mulighet for god kostnadskontroll. I tillegg har utvalget vurdert at også andre tiltak må tas med i vurderingen av god kostnadskontroll, herunder overføring av ansvaret for hjelpemidler (helt eller delvis) fra staten til kommunene. Dette drøftes i kapittel 11. Utvalget har også særlig vurdert anskaffelsesprosessen i denne sammenheng, og vil presisere viktigheten av effektive innkjøp i et velfungerende marked. Dette drøftes i kapittel 14. Videre vurderer utvalget at en effektiv forvaltning på dette området vil bidra til å sikre bedret kostnadskontroll, herunder bedre IKT-systemer som understøtter en effektiv forvaltning. Det må legges til rette for at unødige saksbehandlingsprosesser unngås, og at beslutninger kan gjøres på mest mulig effektivt nivå. Dette drøftes i kapittel 13.

10.1 Økonomiske insentiver, effektivitet og kostnadskontroll

Velferdsordningene skal gi økonomisk trygghet og sikkerhet mot tap av inntekt, bidra til utjevning av inntekt og levekår og sikre den enkelte hjelp og omsorg når behovet melder seg. Målet om inntektstrygghet omfatter flere elementer, og innebærer å sikre en minsteinntekt, men også å kompensere for særlige utgifter knyttet til de situasjonene og årsakene som utløser behovet for økonomisk sikring. Filosofen John Rawls' samfunnskontrakt, inngått bak et "uvitenhetens slør", gir en velferdsteoretisk begrunnelse for sosiale forsikringsordninger som det norske trygde- og stønadssystemet. Dette er nærmere omtalt i eget notat utarbeidet for utvalget.[155] En grunnleggende avveining i velferdspolitikken er balansen mellom ønsket om å utforme gode forsikringsordninger for den som blir syk eller står uten arbeid, men samtidig bidra til hjelp til selvhjelp slik at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg best mulig til daglig. På hjelpemiddelområdet kan denne avveiningen være knyttet til at det ofte vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt å kompensere for konsekvensene av medfødte funksjonsnedsettelser og funksjonsnedsettelser som oppstår i forbindelse med ulykker mv. Sammenhengen er, i økonomisk teori, derimot mer uklar dersom behovet for hjelpemidler oppstår som følge av forhold som er helt normale, eksempelvis at man blir eldre.

En effektiv hjelpemiddelforvaltning må bruke ressursene på rette tiltak og tjenester (formålseffektivitet) og tiltakene og systemet må frembringe resultatene uten unødig ressursbruk og sløsing (kostnadseffektivitet).[156] Dette kunne tilsi at en formålseffektiv forvaltning på hjelpemiddelområdet innebærer at ordninger og tiltak som fører til arbeid prioriteres. Et hjelpemiddel kan imidlertid ha like stor samfunnsøkonomisk verdi selv om den ikke realiseres via arbeid og produksjon. Det sentrale er at tiltaket gir berørte individer noe de eller andre verdsetter. Vet man noe om hvor høyt de selv eller andre verdsetter dette "noe", kan verdien av tiltaket uavhengig av virkningene for arbeid og produksjon, tallfestes. Denne verdien kan være høy selv om den ikke inneholder produktivitetsgevinster i arbeidsmarkedet, som vist i Sintef sitt prosjekt om nytte-kostnadsanalyser.[157]

Brukere av hjelpemidler vil imidlertid kunne ha høyst ulike behov og forventninger avhengig ståsted, situasjon og funksjonsnedsettelse. Dette vil også innebære en betydelig variasjon i verdsettingen av ulike hjelpemidler blant brukerne. Et eksempel kan være verdsettingen av en avansert rullestol som gjør bruker i stand til å forflytte seg, sammenliknet med verdien av en sit-ski. En aldrende befolkning øker behovet for hjelpemidler i fremtiden. Den teknologiske utviklingen gir nye muligheter og øker mangfoldet av hjelpemidler. Økt mangfold vil gi større variasjon i verdsettingen av hjelpemidler. Kombinasjonen av en sterk fremtidig vekst i antall brukere, og brukere med svært ulike behov for og verdsetting av hjelpemidler, aktualiserer spørsmålet om både hvilke tiltak og tjenester som bør prioriteres, samt hvordan disse kan frembringes mest mulig kostnadseffektivt. En større andel eldre brukere av hjelpemidler innebærer også et større innslag av brukere med en mer gjennomsnittlig deltakelse i arbeidsmarkedet bak seg. Sammenliknet med yngre brukere har de eldre også hatt en noe sterkere inntektsutvikling over tid, jf. punkt 7.3. Dette reduserer treffsikkerheten av gratis hjelpemidler dersom dette ses på som fordelingspolitisk virkemiddel.

I økonomisk velferdsteori er avveiningen av den samlede nyttevurderingen opp mot kostnader det sentrale spørsmålet og (sammen med en kostnadseffektiv produksjon) en forutsetning for effektiv ressursbruk. Vanligvis gjøres denne avveiningen ved at forbruker veier eget behov opp mot pris. Dersom en vare stilles gratis til disposisjon, vil det gi insentiver til å kreve for mye av varen til for høy kvalitet. For hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne er dette som nevnt ovenfor ikke nødvendigvis noe problem, fordi den samfunnsøkonomiske verdien av hjelpemidler ofte vil være

---

[155] Hilde Bojer (2016) *"Hjelpemidler i moralfilosofisk perspektiv"*, november 2016

[156] NOU 2010:5 Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering – Et helhetlig hjelpemiddeltilbud

[157] Karl-Gerhard Hem og Øystein Dale (2016) *"Nytte-kost analyse av hjelpemidler",* Sintef Teknologi og samfunn, på oppdrag for Arbeids- og sosialdepartementet

høyere enn kostnaden ved selve hjelpemidlet.[158] Brukere av ordningen vil imidlertid i fremtiden i økende grad bestå av også andre grupper, hvor behovet for hjelpemidler i mindre grad kan sies å ha oppstått "bak et uvitenhetens slør". Dette innebærer at den samfunnsøkonomiske lønnsomheten ved å kompensere for utgifter til bedring av funksjonsevnen ikke er like opplagt. I tillegg vil endret sammensetning av brukere som omtalt ovenfor innebære større variasjon i behov og individuell verdsetting av hjelpemidler blant brukere. Når bruker ikke selv bærer kostnaden øker da faren for at det vil kreves mer hjelpemidler enn hva som er samfunnsøkonomisk lønnsomt i en bred forstand. Samlet skaper disse individuelle økonomiske insentivene på hjelpemiddelområdet utfordringer med hensyn til effektivitet og kostnadskontroll på sikt. Sammenholdt med den ovenfor omtalte reduserte treffsikkerheten av gratis hjelpemidler når sammensetningen av brukere endres, taler dette for å styrke de individuelle økonomiske insentivene til å vurdere brukers nytte mot kostnad. Dette kunne gjøres ved å innføre egenbetaling for utvalgte grupper, hvor det ikke er opplagt at brukers verdsetting langt overstiger kostnad. Samtidig er det et dilemma at det kan være vanskelig å innføre egenbetaling kun for utvalgte grupper, og det vil være en fare for at det vil kunne ramme grupper der insentiv- og fordelingshensyn i mindre grad tilsier at det er samfunnsøkonomisk ønskelig med egenbetaling.

Finansieringsformene innen hjelpemiddelområdet er preget av en blanding av rettighetsbaserte refusjonsordninger (folketrygden) og rammefinansiert budsjettstyring. I NOU 2010: 5 fremheves finansieringsmåten når det gjelder å vurdere hvor godt rustet organiseringen av hjelpemiddelområdet vil være til å møte fremtidens utfordringer. Veksten i antall brukere øker behovet for bedre kostnadskontroll. Ikke minst har dette sammenheng med at de økonomiske stønadsordningene regulert i folketrygden i all hovedsak er finansiert gjennom det som i praksis er en åpen ramme (overslagsbevilgning). Finansieringen av dagens utlånsbaserte hjelpemiddelmodell innehar videre klare elementer av det som kan benevnes som tredjepartsfinansiering. For hjelpemidler i dagliglivet er det hovedsakelig førstelinjen i kommunene som vurderer behovet, mens det er staten over folketrygden som betaler. Brukerne får på grunnlag av en behovsvurdering og etter søknad låne et eller flere hjelpemidler. I noen sammenhenger er det staten som utfører tjenesten, andre ganger er det kommunen. I den trekanten som utgjøres av betaler (staten), bestiller (kommunene) og utfører (både stat og kommune), kan det skapes "markedssituasjoner" der hensynet til brukeren ikke nødvendigvis er det mest tungtveiende.

En eventuell kostnadskontroll må i dagens system utøves indirekte gjennom endringer i hvilke hjelpemiddelgrupper det gis stønad til, eller ved forebyggende arbeid for å hindre at rettigheter utløses. Et problem for kostnadskontrollen kan være at refusjonsordningen er knyttet til overslagsbevilgninger (ikke budsjettstyrt), mens det forbyggende arbeidet i form av tilrettelegging, aktiv oppfølging, samarbeid med andre i stor grad vil være rammefinansiert og belaste driftsbudsjettene. Det kan derfor være vanskelig å "investere" i det forebyggende/alternative arbeidet for å høste fruktene i form av reduserte stønadsutgifter. Likeledes vil måten ordningen er organisert på kunne gi prioriteringer av tiltak som ville gitt bedre resultater ved annen organisering.

Funksjonsfordelingen mellom kommune og stat innebærer at kommunene har ansvaret for det meste av pleie- og støttefunksjonene, mens staten tildeler og betaler for tekniske hjelpemidler. Resultatet er at det vil være i kommunenes økonomiske interesse å få mest mulig hjelpemidler – dels for å redusere den fysiske belastningen på pleie- og støtteapparatet; dels for å kunne klare seg med færre folk i apparatet rundt den enkelte bruker. Insentivene i finansieringsordningen kan medføre at kommunene (eller andre instanser) ikke iverksetter generelle tiltak/tilrettelegging og/eller velger organisasjonsmodeller som først og fremst er tilpasset finansieringsordningen. Dette kan bli et større

---

[158] Victor Norman (2009) "Hjelpemidler og hjelpemiddelsystemet. Samfunnsøkonomiske betraktninger", rapport til Holte-utvalget

Karl-Gerhard Hem og Øystein Dale (2016) "Nytte-kost analyse av hjelpemidler", Sintef Teknologi og samfunn, på oppdrag for Arbeids- og sosialdepartementet

problem med økt eldrebefolkning, særlig innenfor organiseringen av tilbudet innen pleie og omsorg.[159] Fremveksten av ny teknologi innenfor området velferdsteknologi kan vi på sikt se gir sterke økonomiske insentiver for kommunene til å ta denne i bruk. Det kan bidra til at flere eldre blir boende lenger hjemme og spare dyre institusjonsplasser, og frigjøre arbeidskraft med å jobbe smartere med ny teknologi og øke kvaliteten på tjenesten for brukerne. Innen pleie og omsorg for eldre vil kommunalt ansvar for slike hjelpemidler gi gode økonomiske insentiver fordi kommunen vil kunne høste en økonomisk gevinst i tillegg til bedre kvalitet i tjenestene til brukerne.[160]

10.2 Bruk av tilskudd

Utvalget har innhentet en rapport fra Rambøll om bruk av tilskudd på hjelpemiddelområdet.[161] I rapporten presenteres viktige prinsipper for når tilskudd kan egne seg og i hvilke tilfeller det ikke vil være hensiktsmessig med bruk av tilskudd. Utvalget tar utgangspunkt i disse prinsippene sine vurderinger.

10.2.1 Bruk av tilskudd i dagens system

Stønad til hjelpemidler gis som hovedregel i form av utlån. Det kan gis tilskudd eller rente- og avdragsfritt lån i visse tilfeller, og lovverket åpner for at stønad kan gis i form av tilskudd i større grad enn det som praktiseres i dag. Per i dag gis det tilskudd til følgende:[162]

- Individuell ombygging/tilrettelegging av maskiner o.l. i forbindelse med tilrettelegging på arbeidsplass
- Tilrettelegging av boligen på ett plan, som alternativ til å gi trappeheis e.l.
- Bil gruppe 1 til arbeid og utdanning
- Kjøreopplæring for bil gruppe 1 og gruppe 2
- PC til elever i grunnskole ved spesifikke lese- og skrivevansker
- Rimelige hjelpemidler som er spesielt utviklet for personer med funksjonsnedsettelse

Arbeids- og velferdsetaten er som hovedregel ikke ansvarlig for vedlikehold, forsikring, reparasjon og service av utstyret det er gitt tilskudd til.

10.2.2 Mulige konsekvenser ved økt bruk av tilskudd

Hvilke konsekvenser innføring av tilskudd vil få avhenger av flere forhold, bl.a. hvordan tilskuddsordningene organiseres og forvaltes, samt rolle- og ansvarsfordeling på feltet.[163]

Å gi et tilskudd i stedet for et hjelpemiddel kan av og til være en hensiktsmessig løsning for bruker og gi en effektiviseringsgevinst for forvaltningen. Tilskudd kan gi større valgfrihet og medbestemmelse for brukerne, og åpne opp for fleksible løsninger. Tilskuddsordninger vil i større grad kunne gi

---

[159] Pricewaterhouse Coopers AS (2009) *"Organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet",* april 2009

[160] Helsedirektoratet (2016) IS-2416 *"Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger – Nasjonalt velferdsteknologiprogram"*

[161] Rambøll (2016) *"Utredning om bruk av tilskudd på hjelpemiddelområdet"*, utredning på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

[162] I tillegg finnes det noen "hybridløsninger", hvor Arbeids- og velferdsetaten utbetaler en form for tilskudd. Disse er bl.a. høreapparater, ortopedisk fottøy og innleggssåler, parykker, brystproteser og øyeproteser. Folketrygden dekker i disse tilfellene hjelpemidlene helt eller delvis etter stønads- eller egenbetalingssatser i regelverket.

[163] Rambøll (2016) *"Utredning om bruk av tilskudd på hjelpemiddelområdet",* utredning på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

insentiver til å velge helhetlige og mer integrerte løsninger som både vil bære rimeligere og mange ganger enklere enn etterinstallering av hjelpemidler. Et eksempel er tilfeller hvor tilskudd benyttes til å skaffe fastmonterte bolighjelpemidler som hev/senk-løsninger for bad og kjøkken. Der vil tilskudd gi bruker større muligheter for å velge en løsning som er integrert i boligen for øvrig, både teknisk og designmessig. Bruker kan benytte samme håndverker både til oppgradering, f.eks. av bad og kjøkken. Bruker trenger derfor ikke å forholde seg til flere ulike firmaer når boligen skal tilpasses.

Dersom Arbeids- og velferdsetaten velger å gi brukerne større mulighet til å få tilskudd til kjøp av hjelpemidler i stedet for utlån fra hjelpemiddelsentralen, vil dette få konsekvenser for brukernes rolle. Rollen endres til en mer aktiv forbrukerrolle. Hjelpemiddelsentralen fungerer som et sikkerhetsnett for brukeren der hvor det utleveres et hjelpemiddel, men denne funksjonen får mindre innhold ved bruk av tilskudd.

Fra et forvaltningsperspektiv vil økt bruk av tilskudd gi Arbeids- og velferdsetaten reduserte kostnader til utlevering, montering, service, reparasjon og demontering. Bruk av tilskudd kan forenkle byråkratiet ved at statlig ansatte ikke foretar bestilling av hjelpemidler, men i stedet utbetaler et beløp. Ved økt bruk av tilskudd blir det mindre behov for lagerplass for de hjelpemidlene som berøres og mindre logistikk for å håndtere gjenbruk. På den annen side sørger hjelpemiddelsentralene gjennom en utlånsordning for at en stor del av hjelpemidlene gjenbrukes. Når stønaden gis i form av et tilskudd, bortfaller Arbeids- og velferdsetatens mulighet til å gjenbruke hjelpemidlene.

Dersom man tenker seg en tilskuddsordning hvor bruker selv velger produkter i et åpent marked, vil Arbeids- og velferdsetaten spare ressurser på å unngå anbudskonkurranser. Samtidig kan det diskuteres om statlige anbudsavtaler fører til priskonkurranse med lavere priser som resultat, hvilket ville føre til høyere priser dersom produktene ikke ble gjenstand for anbudskonkurranser.

For fastmonterte hjelpemidler i omsorgsboliger er det stor sannsynlighet for at neste beboer også har behov for tilsvarende hjelpemiddel. Ved bruk at tilskudd som gis til kommunen for å montere slike hjelpemidler, vil man unngå unødig demontering og eventuelt montering igjen til neste beboer. Utviklingen innen velferdsteknologiområdet, hvor tilskudd vil gi mulighet til å integrere løsninger med leverandører utenfor statlige rammeavtaler, viser til gode argumenter for å innføre tilskuddsordninger på flere områder enn i dag.

Når Arbeids- og velferdsetaten eier hjelpemidlet, er dette en garanti for kvalitet på produktet via rammeavtaler med klare krav til produktene, kvalitet på leverandør og kontinuitet dersom forhandlere legges ned. Hjelpemiddelsentralene bistår når det er feil ved produktet, samhandler med leverandør i garantisaker og reparerer ved behov. Der hvor hjelpemiddelsentralens rådgivere gir råd og veiledning ved valg av produkt, er dette basert på erfaring fra tilsvarende saker, slik at muligheten er stor for at hensiktsmessige løsninger blir valgt.

Ved innføring av tilskudd må i utgangspunktet bruker selv stå til ansvar for vurderingene og ansvaret som nevnt ovenfor. Når bruker mottar tilskudd i stedet for hjelpemidler, vil kommunalt ansatte fortsatt ha ansvar for å bistå bruker med veiledning, utredning og oppfølging. Hjelpemiddelsentralene vil også fortsatt ha rollen som et kompetansesenter med ansvar for råd og veiledning, men selve risikoen vil i større grad tilfalle bruker. Ikke alle vil ha ressurser og kapasitet til å samhandle med forhandlere og selgere ved anskaffelsen. Det kan videre være uheldig å belaste brukerne med kostnader til ettersyn, vedlikehold og reparasjoner, ettersom dette kan føre til at tilgangen på hjelpemidler blir avhengig av brukerens privatøkonomi.[164] Ikke alle brukere vil ha ressurser og kapasitet til å håndtere reparasjon og service, slik at hjelpemidlet etter en stund ikke fungerer. Erfaringer fra Danmark viser imidlertid at

[164] Rambøll (2016) *"Utredning om bruk av tilskudd på hjelpemiddelområdet",* utredning på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

innføring av tilskudd ikke nødvendigvis medfører at ansvaret for reparasjoner eller andre vedlikeholdskostnader tilfaller brukeren selv.[165]

I undersøkelsen til Rambøll[166] vises det også til at innføring av tilskuddsordninger i praksis vil kunne innebære økt bruk av egenandel, noe som kan få uheldige effekter.

10.2.3 Prinsipper for når tilskudd kan være en god løsning

Som beskrevet over, kan det være både fordeler og ulemper ved økt bruk av tilskudd. Det pekes ofte på at fremtidens brukere vil bli mer oppmerksomme på sine rettigheter, og at de vil ha høyere forventninger og krav til seg selv og sine omgivelser. Mer ressurssterke brukere vil kanskje ønske seg tilskudd i større grad enn det dagens system legger opp til, slik at de kan medvirke mer i valg av løsninger og ikke nødvendigvis måtte forholde seg til et begrenset produktspekter slik de statlige rammeavtalene legger opp til. Utvalget legger til grunn at et utlån av hjelpemidler fortsatt vil være hovedsystemet også i tiden fremover. Utvalget mener samtidig det kan bli en økt forventing til valgfrihet blant hjelpemiddelbrukerne, og at bruk av tilskudd som alternativ til utlån i noen tilfeller vil kunne bidra til slik økt valgfrihet. Opprettelse av nye tilskuddsordninger krever grundige vurderinger av fordeler og ulemper, og bør basere på noen grunnleggende prinsipper for når bruk av tilskudd kan være egnet.

Rambøll[167] viser til at det ikke er mulig å gjøre vurderinger av hvilke hjelpemidler som egner seg for bruk av tilskudd basert på kategoriseringen av hjelpemidler i hjelpemiddeldatabasen og at det ikke er selve produktkategorien som avgjør om et hjelpemiddel egner seg for tilskudd eller ikke. Utredningen finner at det er flere ulike kjennetegn eller fellesnevnere for hjelpemidler som egner seg for bruk av tilskudd og gir også eksempler på disse:

- De er faste installasjoner og/eller representerer permanente løsninger, f.eks. løsninger som tilrettelegger for bedre tilgjengelighet, som heis i stedet for rampe, omgivelseskontroll og tilrettelagt belysning
- De har store kostnader forbundet med montering og demontering, f.eks. faste installasjoner som heis og rampe, omgivelseskontroll, takheiser og kjøkken- og baderomsinstallasjoner
- De har liten gjenbruksverdi eller er ikke egnet for gjenbruk, f.eks. kroppsnære hjelpemidler som forflytningslaken, spesialsydde klær, hjelpemidler til personlig stell, briller og linser
- De er lite komplekse hjelpemidler som krever ingen eller liten grad av faglige vurderinger, f.eks. ulike småhjelpemidler
- De er lett tilgjengelige i markedet, som ulike småhjelpemidler
- De er på et område med rask produktutvikling, f.eks. velferdsteknologiske løsninger
- De er produkter mange har behov for (forbruksvarer), som stoler med oppreisningsfunksjon, aktivitetshjelpemidler, el-scooter og småhjelpemidler

Rambøll identifiserer følgende kjennetegn ved hjelpemidler som *ikke* egner seg for bruk av tilskudd med eksempler:

- De krever faglige vurderinger, f.eks. manuelle og elektriske rullestoler, elektromedisinske hjelpemidler, senger, personløftere, kommunikasjonshjelpemidler og hjelpemidler til kognisjon
- De er egnet for gjenbruk, f.eks. rullatorer, rullestoler, senger og spyl/tørk-toaletter
- De har stort behov for periodisk ettersyn/ reparasjoner, f.eks. takheiser og senger

---

[165] Rambøll (2016) *"Utredning om bruk av tilskudd på hjelpemiddelområdet",* utredning på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

[166] Rambøll (2016) *"Utredning om bruk av tilskudd på hjelpemiddelområdet",* utredning på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

[167] Rambøll (2016) *"Utredning om bruk av tilskudd på hjelpemiddelområdet",* utredning på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

Utvalget støtter i stor grad prinsippene som er lagt til grunn av Rambøll for når tilskudd kan være en god løsning. Utvalget legger særlig vekt på at løsninger som tilrettelegger for bedre tilgjengelighet vil egne seg godt som tilskudd. På dette området er det viktig å legge bedre til rette for hensiktsmessige og permanente løsninger. Disse hjelpemidlene vil ofte også medføre store kostnader knyttet til montering og demontering. Utvalget er imidlertid skeptiske til at hjelpemidler på områder hvor det skjer en rask produktutvikling, f.eks. ulike velferdsteknologiske løsninger, gis som tilskudd. Rask teknologisk utvikling gir et større mangfold av hjelpemidler, noe som på den ene siden taler for bruk av tilskudd for å gi fleksibilitet og valgfrihet til bruker. På den annen side vil det være særlig utfordrende for brukerne å være oppdatert på løsninger og gjøre gode valg på områder med rask utvikling. Dette innebærer økt risiko for feilkjøp av hjelpemidler.

Et mindretall, utvalgsmedlem Lars Ødegård, støtter ikke flertallets forslag om innføring av mulige prinsipper for bruk av tilskuddsordninger i hjelpemiddelformidlingen.

Mindretallet mener at bruk av tilskuddsordninger på hjelpemiddelområdet er prinsipielt uønsket fordi det kan true vesentlige sider av hjelpemiddelformidlingens formål, og fordi slike ordninger vil få svært negative effekter for de mest sårbare grupper av hjelpemiddelbrukerne.

Mindretallet mener at en nasjonal utlånsordning gir de beste forutsetninger for en faglig sterk og brukerorientert hjelpemiddelformidling. Tilskuddsordninger svekker det kompensatoriske prinsippet om dekning av merkostnader som følge av funksjonsnedsettelser, og tilskuddsordninger favoriserer personer med god økonomi, som har kognitive forutsetninger for å orientere seg i markedet, samt de som bor i de deler av landet hvor markedsaktørene befinner seg. En annen og svært uheldig effekt av tilskuddsordninger er den økte faren for innkjøp av uhensiktsmessige og dårligere hjelpemidler.

Mindretallet mener at brukererfaringer fra Sverige og Danmark underbygger disse vurderingene, og dessuten er det et vesentlig poeng for mindretallet å understreke at tilskuddsordninger slik flertallet tar til orde for, verken er anbefalt brukt eller ønsket innført fra brukerorganisasjonenes side.

Mindretallet vil også bemerke at de innspill til prinsipper for tilskuddsordninger som er fremført av utvalget framstår som så omfattende at de vil medføre at tilskuddordninger vil kunne bli hovedregelen, og derved fortrenge utlånsordningen som hovedmodell i hjelpemiddelformidlingen.

10.2.4 Tilskudd som erstatning for eller alternativ til utlån?

Dersom man oppretter nye tilskuddsordninger, er det et spørsmål om de skal erstatte dagens utlånsordning eller om tilskudd skal gis på frivillig basis som et alternativ til utlån. Dersom man opprettholder en utlånsordning selv om man innfører tilskudd på enkelte områder, vil man sikre at alle som har rett til hjelpemidler får dette uavhengig av personlige ressurser og livssituasjon.[168] Samtidig vil det være administrativt ressurskrevende å opprettholde to parallelle ordninger, og det kan også bli uoversiktlig for både brukerne og kommunen.

Erfaringer fra Danmark og Sverige viser at ordninger med "fritt valg" hvor man kan velge tilskudd i stedet for utlån blir lite brukt og medfører lengre saksbehandlingstider.[169] Rambøll gjennomførte en evaluering av den danske ordningen med fritt valg i 2014.[170] Her fant man at svært få brukere benytter seg av denne ordningen og at langt de fleste fortsatt valgte å benytte seg av den ordinære utlånsordningen i kommunen. Kun 1 pst. av brukerne velger ifølge kartleggingen å benytte seg av fritt

[168] Rambøll (2016) *"Utredning om bruk av tilskudd på hjelpemiddelområdet",* utredning på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

[169] Rambøll (2016) *"Utredning om bruk av tilskudd på hjelpemiddelområdet",* utredning på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

[170] Rambøll (2014) *"Kortlægning og effektmåling af servicelovens bestemmelser om frit valg af hjælpemidler og boligindretning"*, på oppdrag fra Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold

valg av hjelpemidler. Ordningen med fritt valg benyttes i om lag 7 pst. av sakene som gjelder boligtilpasning.

Evalueringen viste også at det er de mest ressurssterke brukerne, med god økonomi, nettverk og kognitive ressurser, som primært benytter seg av muligheten for å velge tilskudd. Videre benyttes ordningen i større grad av yngre og av foreldre til funksjonshemmede barn, og i mindre grad av eldre.

For å hindre at dagens system blir mer komplekst for brukerne og administrativt krevende, mener utvalget man i størst mulig grad bør unngå to parallelle ordninger. Det vurderes derfor ikke som hensiktsmessig å innføre en modell med "fritt valg", slik som Danmark og Sverige har gjort. I de tilfellene hvor det vurderes hensiktsmessig å innføre tilskuddsordninger, bør disse innføres som alternativ til en utlånsordning.

10.3 Egenandeler på hjelpemidler

10.3.1 Egenandeler i dagens system

Det er i all hovedsak ikke egenandeler på hjelpemidler gitt med hjemmel i folketrygden i dag, men det er visse unntak. Det er et kompensatorisk prinsipp som ligger til grunn for dagens regelverk i folketrygdloven, noe som innebærer at det skal kompenseres for merutgiftene knyttet til den nedsatte funksjonsevnen. Følgende hjelpemidler har i dag en form for egenbetaling:

- Bil
- Visse ortopediske hjelpemidler som fottøy, fotseng og parykk
- Høreapparater og tinnitusmaskerere
- PC for skoleelever med spesifikke lese- og skrivevansker
- Rimelige småhjelpemidler, som bestikk o.l.
- Aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år
- Bygningsmessig tilrettelegging ved installasjon av hjelpemidler i bolig

10.3.2 Økt bruk av egenandeler i fremtidens system?

Brukerbetaling i form av egenandeler kan være begrunnet med at det fremmer effektivitet ved at det har en etterspørselsregulerende effekt, men det kan også begrunnes i et rent fiskalt hensyn, dvs. at det pålegges utelukkende fordi det er en måte å hente inn inntekter for det offentlige.[171] I denne sammenhengen vurderer utvalget egenandeler med tanke på effektivitetshensyn.

En utfordring med egenandeler er at de rammer personer med svak betalingsevne hardest, og kan ha særlig uheldige fordelingseffekter for yngre brukere. Ved for høye egenandeler kan resultatet bli underforbruk av hjelpemidler, noe som kan ha uheldige konsekvenser både for den enkelte bruker og samfunnet i form av forverring av helsetilstand, unødige smerter, redusert arbeidsdeltakelse mv. Dette vil også kunne komme i konflikt med nasjonale målsettinger om at grunnleggende velferdstjenester skal være tilgjengelige for alle uavhengig av inntekt.[172]

Det kan argumenteres for at gratis hjelpemidler har en god fordelingseffekt fordi personer med funksjonsnedsettelser, og særlig yngre, har klart lavere inntekt enn gjennomsnittet. [173] Dette kan bl.a. forklares med at en større andel ikke er innlemmet i arbeidsstyrken. For den store gruppen nye

---

[171] Christian Andersen (2010) *"Hjelpemidler og egenbetaling"*, Arbeidsnotat nr. 18/10, SNF-prosjekt nr. 2452

[172] NOU 1997:8 Om finansiering av kommunesektoren

[173] Christian Andersen (2010) *"Hjelpemidler og egenbetaling"*, Arbeidsnotat nr. 18/10, SNF-prosjekt nr. 2452

brukere som følger av eldrebølgen er imidlertid ikke treffsikkerheten av gratis hjelpemidler som fordelingspolitisk virkemiddel like god.[174]

I NOU 1997:17[175] argumenterer utvalget for at selv om behovssituasjonen knyttet konkret til funksjonsnedsettelsen er den samme for yngre og eldre med funksjonsnedsettelse, er livssituasjonen for yngre og eldre med funksjonsnedsettelse ulik. De mener det derfor i skjermingssammenheng kan være hensiktsmessig å differensiere mellom yngre og eldre brukere. Begrunnelsen er todelt. For det første antas det at yngre som hovedregel kan delta og deltar på flere aktiviteter enn eldre. For det andre vil det i større grad være en normalsituasjon at man som følge av høy alder får mer eller mindre aldersrelaterte funksjonsnedsettelser. Når man er yngre er dette ikke i samme grad normalsituasjonen. De mener derfor rimelighetsbetraktninger kan tale for at samfunnet i større grad i tilfeller der funksjonsnedsettelsen ikke er normalsituasjonen, bør bidra til å normalisere livssituasjoner for denne gruppen.

Andersen (2010)[176] argumenterer for at jo mer vanlige behov som gir grunnlag for et hjelpemiddel, jo mer realistisk er det å kreve en brukerbetaling. Dette gjelder spesielt når behovene som dekkes er sammenliknbare med behov som ellers er et privat ansvar, eller hvis hjelpemidlet er et alternativ til tiltak som ellers ville være et privat ansvar. Et slikt argument er i tråd med det kompensatoriske perspektivet som ligger til grunn for dagens regelverk i folketrygdloven. Det kompensatoriske prinsipp innebærer at det kun skal kompenseres for merutgiftene knyttet til den nedsatte funksjonsevnen. Dermed kan det argumenteres for egenandeler i tilfeller hvor også personer uten nedsatt funksjonsevne ville hatt utgifter, eksempelvis ved kjøp av utstyr til å drive fritidsaktiviteter eller ved kjøp av husholdningsutstyr.

Dagens regelverk er basert på det kompensatoriske prinsippet, som innebærer at hjelpemidlene skal kompensere for merutgifter grunnet funksjonsevne. Utvalget mener dette prinsippet også bør ligge til grunn for bruk av egenandeler i fremtidens hjelpemiddelsystem. Det innebærer at egenandeler først og fremst bør benyttes på hjelpemidler som ligger tett opp mot å være allment tilgjengelige forbruksvarer, dvs. produkter som også personer uten nedsatt funksjonsevne har utgifter til. Eksempler på dette i dagens system er egenandeler på stønad til bil og PC. Det må foretas grundige konsekvensvurderinger før det innføres egenandeler på nye hjelpemidler. Utvalget mener disse vurderingene i størst mulig grad bør foretas av et prioriteringsutvalg, jf. punkt 10.5.

10.4 Høreapparat og ortopediske hjelpemidler

På noen områder hvor Arbeids- og velferdsetaten har finansieringsansvaret, er det spesialisthelsetjenesten som har kompetansen og formidlingsansvaret. Arbeids- og velferdsetaten er kun delaktig ved vedtak og utbetaling. Dette gjelder bl.a. høreapparater og ortopediske hjelpemidler. Saksbehandlingen i Arbeids- og velferdsetaten er lagt til NAV Arbeid og ytelser (tidligere forvaltningsenheter), som ikke har noen fagkompetanse om disse hjelpemidlene.

Det er legespesialister på området som søker om ortopediske hjelpemidler for bruker. Arbeids- og velferdsetaten gjør vedtak om stønad basert på sakkyndig uttalelse og utbetaler stønaden, og i disse sakene har Arbeids- og velferdsetaten i liten grad mulighet til å overprøve de faglige vurderingene som foretas av spesialisthelsetjenesten. Dette medfører at det blir svak kontroll av utbetalingene og at dagens refusjonssystem for ortopediske hjelpemidler i liten grad gir insentiver til kostnadseffektivitet.

---

[174] Christian Andersen (2010) *"Hjelpemidler og egenbetaling"*, Arbeidsnotat nr. 18/10, SNF-prosjekt nr. 2452

[175] NOU 1997:17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester

[176] Christian Andersen (2010) *"Hjelpemidler og egenbetaling"*, Arbeidsnotat nr. 18/10, SNF-prosjekt nr. 2452

En viktig fordel ved systemet er imidlertid at valg av materialer og teknologiske løsninger i all hovedsak blir et resultat av en faglig vurdering fra spesialisthelsetjenesten av brukerens behov, og ikke av økonomiske forhold.

Høreapparater formidles av spesialisthelsetjenesten eller private øre-nese-hals-spesialister. Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for formidling, tilpasning, service og reparasjoner. På samme måte som for ortopediske hjelpemidler, har Arbeids- og velferdsetaten dermed i liten grad mulighet til faglig å overprøve søknadene eller rekvisisjonene, noe som medfører at det er svak kontroll knyttet til utbetalingene. Fordelingen av finansieringsansvaret for disse to ordningene har tidligere vært omtalt og kritisert av Riksrevisjonen.

Den største brukergruppen av ortopediske hjelpemidler er i aldersgruppen 60-69 år. Den sterke befolkningsveksten i denne aldersgruppen det siste tiåret har medført en sterk økning i volum av denne type hjelpemidler (jf. punkt 6.2.2). På grunn av at det er færre brukere av ortopediske hjelpemidler over 70 år vil den demografiske effekten være mindre her enn for en del andre hjelpemidler de nærmeste årene, men utgiftene vil allikevel øke. Økningen i brukere av ortopediske hjelpemidler frem mot 2020 er anslått å være om lag 7,5 pst. og om lag 21 pst. mot 2040. Antall brukere av høreapparater vil forventes å ha en sterk vekst de nærmeste årene med en vekst på mer enn 2 pst. per år frem mot 2030.[177]

Det er grunnleggende at behovsvurderingen gjøres der kompetansen er størst. Med bakgrunn i at de to stønadene har betydelige brukergrupper og at etterspørselen vil øke noe i tråd med den demografiske utviklingen, mener utvalget at det er behov for å vurdere tiltak for bedre kostnadskontroll på dette området.

Utvalget mener det kan stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig at den instansen som besitter kompetansen og som vurderer behovet, ikke har vedtaks- og finansieringsansvaret i saken. Dette gir svak kostnadskontroll. Det er ikke tydelig for utvalget hvilken merverdi Arbeids- og velferdsetatens rolle gir i saken, utenom at dagens ansvarsdeling sikrer brukenes rettigheter i folketrygden. Dagens todelte ansvarsdeling kan derimot medføre ulemper for brukerne gjennom unødig lang *samlet* saksbehandlingstid og uklare informasjonskanaler for alle involverte.

Utvalget foreslår at det gjennomføres en evaluering av dagens system, og at det i denne sammenheng vurderes tiltak for bedre kostnadskontroll. Det kan gjøres enten gjennom å overflytte totalansvaret til spesialisthelsetjenesten, eller alternativt beholde dagens todelte system, men innføre et mer helhetlig system for indirekte kostnadskontroll. Det kan f.eks. gjøres ved å innføre mer egenandeler og maksimalsatser. Utvalget finner det hensiktsmessig at evalueringen også belyser om Arbeids- og velferdsetaten skal ha ansvaret for andre hjelpemidler/tiltak som i dag behandles ved NAV Arbeid og ytelser.

10.5 Prioriteringsutvalg

Holte-utvalget foreslo at det ble etablert et rådgivende ekspertorgan. Utvalget skulle bl.a. vurdere hva som til enhver tid kunne regnes som et hjelpemiddel etter folketrygdloven, samt foreta løpende vurdering av grupper av hjelpemidler egnet for tilskudd.

Utvalget deler Holte-utvalgets vurdering av behovet for et uavhengig organ, og foreslår at det etableres et prioriteringsutvalg. Prioriteringsutvalget får i oppgave å foreta en løpende vurdering av nye produkter og hvorvidt disse skal vurderes som hjelpemidler det skal gis stønad til, samt en vurdering av produkter som etter hvert blir vanlige i befolkningen, og dermed ikke lenger kan sies å være et hjelpemiddel etter folketrygden, samt løpende vurdere bruk av tilskudd og eventuelt egenandeler. Prioriteringsutvalget skal ha fokus på å styrke formåls- og kostnadseffektive løsninger. Utvalget bør få et særskilt ansvar for å utvikle nytte-kost-betraktninger.

[177] Sigurd Gjerde (2016) *"Brukarar av hjelpemidler i åra framover",* Arbeid og velferd nr. 3 2016

Utvalget går ikke nærmere inn i vurderingen av hvem som bør sitte i et slikt prioriteringsutvalg, men legger til grunn at brukerne bør være representert sammen med andre sentrale aktører på området. Utvalget går heller ikke nærmere inn i prioriteringsutvalgets konkrete arbeid utover å peke på sentrale funksjoner som kan legges til et slikt organ.

Prioriteringsutvalgets sekretariat bør etter utvalgets vurdering legges til Arbeids- og velferdsdirektoratet.

10.6 Utvalgets vurderinger

Utvalget har i dette kapitlet drøftet ulike tiltak for å sikre bedre kostnadskontroll i et fremtidig system. Utvalget har ikke valgt å foreslå å ta i bruk flere av de drøftede tiltakene, men viser til at eksempelvis økt bruk av egenandeler *kan* være et mulig tiltak for bedret kostnadskontroll på enkelte typer av hjelpemidler.

Utvalgets flertall foreslår at det legges noen overordnede prinsipper til grunn for hva som eventuelt kan gis i form av et tilskudd, men utvalget foreslår ingen konkrete nye tilskuddsordninger. Utvalget har også vurdert ordninger der brukerne kan velge mellom tilskudd og utlån. Utvalget viser til at slike valgfrie ordninger kan være administrativt krevende å håndtere for forvaltningen, og tilrår at dette i størst mulig grad unngås. Området er i dag preget av mange ulike typer av ordninger, og utvalget mener at dette gjør systemet både uoversiktlig og lite effektivt.

Utvalgets mindretall, utvalgsmedlem Lars Ødegård, støtter ikke flertallets forslag om innføring av mulige prinsipper for bruk av tilskuddsordninger i hjelpemiddelformidlingen. Mindretallet mener at bruk av tilskuddsordninger på hjelpemiddelområdet er prinsipielt uønsket fordi det kan true vesentlige sider av hjelpemiddelformidlingens formål, og fordi slike ordninger vil få svært negative effekter for de mest sårbare grupper av hjelpemiddelbrukerne.

Utvalget understreker viktigheten av effektiviseringstiltakene som foreslås i denne rapporten også i denne sammenhengen. Det er viktig at forvaltningen av dette området blir gjort på mest mulig kostnadseffektiv måte i tiden som kommer. Det er tilsvarende viktig å sikre gode og effektive anskaffelsesprosesser som understøtter et velfungerende marked (se kapittel 14).

Utvalget foreslår at finansieringsansvaret for ortopediske hjelpemidler og høreapparater evalueres. Arbeids- og velferdsetatens bidrag i disse sakene er marginalt slik utvalget ser det, og gir relativt svak kostnadskontroll. Dette har også vist seg å være områder med relativt høy utgiftsvekst de senere årene.

Utvalget foreslår (se kapittel 11) enkelte justeringer i ansvarsdelingen mellom staten og kommunene. Dette kan ses på som tiltak for bedret kostnadskontroll, men utvalget understreker at disse forslagene i utgangspunktet er begrunnet i andre hensyn.

11 Fremtidig ansvarsdeling mellom stat og kommune

Det fremgår av mandatet at utvalget skal foreta en vurdering av den mest hensiktsmessige ansvarsdelingen mellom stat og kommune. Dette gjelder både i forhold til ansvaret for hjelpemidler/ tilrettelegging, og i forhold til kompetansebehov. Utvalget er særskilt utfordret på å foreta en vurdering av hvorvidt ansvaret for såkalte basishjelpemidler bør overføres til større og mer robuste kommuner, jf. Meld. St.14 (2014–2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*.

Som det tidligere er redegjort for, er hjelpemiddelområdet et felt med mange aktører. Flere instanser har et ansvar for formidling av hjelpemidler – både kommunene, staten ved folketrygden, de regionale helseforetakene, fylkeskommunene, mv. De sentrale aktørene må allikevel kunne sies å være kommunene og staten (folketrygden). I dette kapitlet drøftes mulige modeller for disse aktørene – en ren statlig modell, en ren kommunal modell og en modell der ansvaret er delt. Dagens modell har et delt ansvar, men drøftelsen i dette kapitlet vil ta for seg et annet grensesnitt enn dagens.

Det kan tenkes flere andre modeller på dette feltet. Holte-utvalget drøftet også en markedsorientert modell og en frivillig modell. Utvalget har valgt å fokusere på de modellene som vurderes som aktuelle, og drøftelsen avgrenses derfor til de ovenfor nevnte modellene.

I drøftelsene tar utvalget utgangspunkt i sine overordnede perspektiver (se kapittel 2). Sentralt for utvalgets vurderinger, er hensynet til en helhetlig, effektiv, kompetent og brukerrettet tjeneste. Utvalget har et fremtidsrettet perspektiv for sine vurderinger – organiseringen av hjelpemiddelpolitikken må sikre et robust system for fremtiden. Som tidligere nevnt står dette området overfor en økt mengdeproblematikk i takt med den økende andelen eldre, og fremtidig organisering må ses i lys av denne utfordringen. Hensynet til brukerne skal stå helt sentralt i valg av modell. Brukermedvirkning er et bærende prinsipp, og skal kunne ivaretas både på individnivå og på systemnivå.

11.1 Statlig modell

Av de to rene modellene som drøftes, er det en ren statlig modell som har flest likhetstrekk med dagens system. Utvalget tar i denne drøftelsen utgangspunkt i finansieringsansvaret (det juridiske ansvaret). Det er også viktig å merke seg at utvalget tar utgangspunkt i at kommunenes oppgaver som førstelinje ligger fast. Dette innebærer at kommunene fortsatt har det generelle ansvaret for habilitering og rehabilitering – herunder førstelinjeansvar for formidling av hjelpemidler. Det vil si at kommunene også i en ren statlig modell vil ha tilsvarende ansvar som i dag når det gjelder å oppdage behov, utrede situasjon og utforme søknad.

Det kunne også vært tenkt et rent statlig system der staten, ved Arbeids- og velferdsetaten også overtok førstelinjeansvaret som i dag tilligger kommunene, slik Holte-utvalget gjorde. Utvalget vurderer at dagens ansvarsdeling hva gjelder første- og andrelinjeansvar bør opprettholdes som i dag, da dette er helt grunnleggende for kommunenes generelle og helhetlige ansvar for sine brukere. Det er kommunene som møter brukerne, og som dermed avdekker behov. Dette systemet ligger så vidt fast, og har så gode grunner for seg, at utvalget ikke vil vurdere endringer i denne ansvarsdelingen.

Videre går ikke utvalget inn i ansvaret kommunene har etter sektorlovgivningen (eksempelvis for barnehager og skoler), men konsentrerer seg om ansvaret for hjelpemidler/ tilrettelegging for varige og midlertidige behov, nærmere bestemt ansvaret som følger av hhv. folketrygdloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

På individnivå vil en statlig modell trolig få mindre praktisk betydning for brukerne sammenliknet med dagens modell. Brukerne vil få bistand fra kommunen til å vurdere behov og å søke, mens staten vil få det juridiske og finansielle ansvaret for å tilstå hjelpemiddel/ tilrettelegging. Kommunene, i samråd med bruker, vil fortsatt kunne vurdere om det er behov for en tjeneste (som de selv har ansvaret for) eller et hjelpemiddel (både midlertidig og varig), selv om insentivene vil kunne endres noe som følge

av ansvarsoverføringen. Imidlertid kan dagens ordning med et delt ansvar bidra til at bruker må bytte fra et kommunalt til et tilsvarende statlig hjelpemiddel dersom behovet går fra å være kortvarig til langvarig, noe som vil unngås dersom staten får hele ansvaret.

Rett til hjelpemidler er en naturlig del av det norske velferdssystemet som skal bidra til å utjevne forskjeller og skape sosial trygghet. Dagens statlige hjelpemiddelforvaltning er et nasjonalt system, der likhetstanken er fremtredende. Det skal gis like rettigheter uavhengig av hvor i landet man er bosatt. I dagens system tildeles og finansieres hjelpemidler ved varige behov i praksis som en overslagsbevilgning gjennom en rettighet i folketrygdloven. Folketrygden sikrer at rettigheten er absolutt – fyller man vilkårene for en tjeneste eller et hjelpemiddel, får man dette uavhengig av budsjett. Ved å overføre ansvaret for hjelpemidler til midlertidige behov og (delvis) for personer i institusjon til staten, sikrer man at det legges noe bedre til rette for større grad av likebehandling av disse gruppene. Hjemmeboende og personer i institusjon vil ha de samme rettighetene, og tilsvarende vil personer med midlertidige behov ha de samme rettighetene som personer med varige behov. Det vil kunne gjøre at det blir et mer enhetlig tjenestetilbud rundt i landet.

Utvalget presiserer at man i dag ikke har holdepunkter for å si at kommunene ikke ivaretar sitt ansvar for å tildele hjelpemidler til kortvarige behov eller i institusjon. Det er heller ikke gjort undersøkelser som skulle tilsi at rett til hjelpemidler under kommunens ansvarsområde er ulikt på tvers av kommunegrenser.

En overføring av alt ansvar for hjelpemidler til staten vil potensielt kunne minske faren for økt kostnadsovervelting mellom kommune og stat. Det er imidlertid slik at et helhetlig statlig ansvar for hjelpemidler, der kommunene opptrer som "bestiller", gir svake økonomiske insentiver for kommunene, og sånn sett kan skape et ønske om å vurdere hjelpemidler som et mer hensiktsmessig tiltak veiet mot andre mulige tiltak kommunen selv vil ha finansieringsansvaret for. På statlig side eksisterer det i praksis ingen budsjettramme, noe som gir svake insentiver til å holde kostnadene nede.

En statlig modell vil videre sikre at det ikke blir gråsoner mellom dagens kommunale finansieringsansvar og folketrygden – alle typer hjelpemidler finansieres av staten (folketrygden).

Som tidligere påpekt i rapporten, er et helt sentralt element i et fremtidig hjelpemiddelsystem å sikre et kompetent fagmiljø. Selv om staten overtar finansieringsansvaret for midlertidige behov, og hjelpemidler i institusjon, vil det fortsatt være helt sentralt å sikre god kompetanse i førstelinjen (kommunen). Når det gjelder kompetanse hos den som har ansvaret (staten) vil denne trolig kunne sikres på en bedre måte gjennom denne modellen. Det kan enklere etableres større og robuste fagmiljø (hjelpemiddelsentralene), og det vil trolig være enklere å sikre en nasjonal plattform for kompetansekrav og kompetanseheving. Et økt tilfang av saker på hver enhet, sikrer et mer kompetent fagmiljø, og større grad av likebehandling. Når det gjelder komplekse saker, er det gode muligheter for å sikre god kompetanse på større enheter, eventuelt gjennom å etablere enheter med særskilt ansvar på mer begrensede områder.

En potensiell svakhet på kompetansesiden, kan være at brukernærheten blir noe redusert. Dette vil langt på vei ivaretas gjennom at førstelinjeansvaret fortsatt er et kommunalt ansvar.

I en statlig modell vil det være viktig å sikre et effektivt formidlingssystem. Effektivitet i denne sammenheng, dreier seg om tjenestekvalitet, effektiv utnyttelse av personalressurser, og raskest mulig saksbehandling. Et rent statlig system vil ha klare stordriftsfordeler, og gjøre området enklere å styre. Per i dag har kommunene ansvaret for innkjøp, logistikk og lager til midlertidige behov og for en del hjelpemidler i institusjon, noe som vil bli klart enklere dersom staten overtar det helhetlige ansvaret.

Den organisatoriske modellen må videre legge til rette for en effektiv saksbehandlingsprosess, med en hensiktsmessig ansvarsfordeling der unødige "omveier" unngås. Det kan således stilles spørsmålstegn ved hvorvidt et helhetlig statlig ansvar for alt av hjelpemidler – også enklere hjelpemidler til korttidsbehov – legger til rette for at dette unngås. Et statlig totalansvar kan medføre at

det statlige leddet (hjelpemiddelsentralene) må inn i en mengde av saker som i dag håndteres i sin helhet av kommunene (alle korttidsutlån), noe som kan føre til en lengre saksbehandlingsprosess.

Organiseringen bør videre legge til rette for at beslutninger kan tas så enkelt og effektivt som mulig – altså slik at instanser som ikke tilfører saken noen merverdi bør holdes utenfor prosessen. Det kan diskuteres hvorvidt staten ved hjelpemiddelsentralene tilfører saken noen merverdi i en del av sakene (særlig de helt enkle sakene).

Utvalget vurderer at en ren statlig modell vil innebære en enda sterkere rettighetsfesting av brukernes rettigheter – også for hjelpemidler til korttidsbehov og i institusjon. Det vil også ligge bedre til rette for likebehandling på tvers av kommune- og fylkesgrenser.

Utvalget vurderer allikevel at en ren statlig modell ikke vil være det mest effektive systemet i fremtiden. Den forventede økningen i antall brukere av tjenestene på dette feltet fremover gjør det nødvendig med tiltak for å sikre at prosessene blir så enkle som mulig. Det vurderes derfor ikke som mest effektivt å legge hele ansvaret til staten. De enklere sakene håndteres i dag i all hovedsak av kommunene, og det er etter utvalgets vurdering ikke effektivt at et ekstra nivå skal inn i alle saker – også korttidsutlån av eksempelvis krykker eller rollatorer.

En ren statlig modell legger heller ikke optimalt til rette for å sette kommunene i stand til å vurdere fritt hvilke tiltak som er de mest effektive. Utvalget vil også fremheve at modellen ikke legger godt til rette for å sørge for god kostnadskontroll. Ved å frata kommunene det finansielle ansvaret for hjelpemidler de i dag har ansvaret for, gir dette på generelt grunnlag svakere insentiver for kommunene til å holde utgiftene lavest mulig og svekker mulighetene for god kostnadskontroll.

11.2 Kommunal modell

En ren kommunal modell vil innebære at kommunene får et helhetlig ansvar for formidling og forvaltning av hjelpemidler. Per i dag har kommunene et relativt omfattende ansvar for formidlingsprosessen – særlig i det som ikke er kompliserte saker.

Utvalget legger til grunn at en ren kommunal modell innebærer at kommunene får det juridiske og finansielle ansvaret for alle hjelpemidler og tiltak som i dag ligger i folketrygdloven kapittel 10, med unntak av tiltak som er hjemlet i § 10-5 – tiltak for i forbindelse med arbeid og utdanning. Disse tiltakene henger så tett sammen med øvrige tiltak Arbeids- og velferdsetaten forvalter med sikte på å få flere til å stå i/ komme inn i arbeidslivet, at et helhetlig ansvar for dette viktige områder er hensiktsmessig.

Utvalget har besøkt Danmark, og fått innsikt i den danske modellen for hjelpemiddelformidling. Danmark har alltid hatt en ren kommunal modell, og erfaringene har vært nyttige for utvalgets vurdering av modellvalg. Tilsvarende har utvalget innhentet erfaringer fra det svenske systemet, som er en mer blandet modell, der både kommuner og landsting (regionalt nivå) har et ansvar.

I en kommunal modell legger utvalget til grunn at kommunene beholder ansvaret de har i dag hva gjelder formidlingsoppgaver, slik at skillet mellom en statlig og kommunal modell hovedsakelig går på finansieringsansvar, samt ansvar for innkjøp, lager, logistikk, tilpasninger, reparasjoner og gjenbruk.

Kommunene møter brukerne som førstelinje uavhengig av en ren statlig eller kommunal modell. En overføring av ansvaret for hjelpemidler ved varige behov, vil gi kommunene et helhetlig ansvar som gjør at brukerne har krav på all bistand i forbindelse med habilitering, rehabilitering, praktisk bistand og hjelpemidler/ tilrettelegging fra samme instans. Hjelpemiddelsentralene er i dagens system inne i utredningsfasen i et fåtall av sakene (om lag 10 pst.). For langt de fleste sakene vil brukerne således få en forenkling, ved at sakene ikke må via det statlige leddet.

Dagens system med brukermedvirkning forutsettes videreført i en ren kommunal modell – både på system- og individnivå.

Kommunenes budsjett er avhengig av rammetilskuddet over inntektssystemet. Dette er et vesentlig skille fra en statlig modell, ettersom det er en absolutt budsjettramme. Dersom kommunene får et helhetlig ansvar for hjelpemidler/ tilretteleggingstiltak som i dag ligger i folketrygden, ville de manglende økonomiske insentivene nevnt i kapittel 11 ikke gjøre seg gjeldende. Kommunene vil bli ansvarlig for også dette tiltaket, og således ha gode insentiver til å velge det mest hensiktsmessige tiltaket – også ut fra et rent økonomisk perspektiv.

I dagens system har brukerne en såkalt absolutt rettighet som er hjemlet i folketrygdloven. Likebehandling anses å være godt ivaretatt i en slik modell, og det er et klart og overordnet mål at brukerne sikres like rettigheter uavhengig av geografisk tilhørighet. Brukernes rettigheter er også godt sikret gjennom klagemuligheter internt i Arbeids- og velferdsetaten (NAV Klageinstans) og i Trygderetten, med mulighet til å bringe saken videre inn for de ordinære domstolene (lagmannsretten og Høyesterett). Ved en kommunal modell vil beslutningsmyndigheten bli langt mer desentralisert enn i dag – også etter en større endring i kommunestrukturen. Dette vil gjøre det langt mer krevende å sikre likebehandling på tvers av landet. Klageinstans for vedtak gjort av kommunene er i dag Fylkesmannen. Det kan selvsagt vurderes en omlegging av dette – eksempelvis ved at vedtak på dette feltet også skal kunne ankes inn for Trygderetten.

Rettigheter etter den tradisjonelle kommunale lovgivningen, synes svakere enn etter folketrygden. Kommunene har i større grad et skjønn knyttet til hvilke tiltak de vil sette i verk for sine innbyggere, noe som er grunnleggende for kommunenes virksomhet. Det er også her lovbundne krav om faglig forsvarlighet, men rettighetene er noe annerledes enn fra folketrygden. I Danmark er retten til hjelpemidler hjemlet i lovgivning som er relativt lik rettigheten som er hjemlet i folketrygdloven. Det er mulig å se for seg en tilsvarende rett der kommunene har ansvaret, men dette bryter altså noe med de øvrige rettighetene kommunene forvalter.

Kommunene har i dag en koordinerende rolle i de komplekse sakene, men mange kommuner mangler kompetanse til å kunne håndtere komplekse saker i dag, og er således helt avhengige av å kunne få bistand fra både hjelpemiddelsentraler (andrelinjenivå) og særskilte kompetansesentre (tredjelinjenivå). Kommunene har i dag relativt god kompetanse på enklere hjelpemidler, samt god kompetanse på hjelpemidler til midlertidige behov (samsvarer i stor grad med enklere hjelpemidler). En åpenbar utfordring med et kommunalt totalansvar, vil være å sikre tilgang på kompetanse i de mer komplekse sakene. Det vil trolig bli behov for et utstrakt interkommunalt samarbeid, noe som etter utvalgets vurdering kan bli utfordrende å administrere.

En mulig løsning på kompetanseutfordringene, er at hjelpemiddelsentralene videreføres som i dag – altså at ansvaret for spesialkompetanse, innkjøp, lager og logistikk videreføres, men at finansieringsansvaret overtas av kommunene. Dette vil også svare på en mulig utfordring med manglende kompetanse på innkjøpstekniske og logistiske utfordringer. Det vil trolig uansett være behov for at kommunene inngår et samarbeid knyttet til både innkjøp og lager i en ren kommunal modell.

Utvalget legger vekt på hjelpemiddelsentralene som kompetansesentra med sin spesialiserte kompetanse. En ren kommunal modell, der både formidlings- og forvaltningsansvar overføres til kommunene, vil svekke denne rollen ved at hjelpemiddelsentralene i mindre grad vil kunne opprettholde og utvikle sin kompetanse. Det er derfor en risiko for at hjelpemiddelsentralenes funksjon som en kompetent andrelinje svekkes.

En ren kommunal modell, vil på samme måte som en ren statlig modell, gjøre at dagens gråsoner mellom instansene blir borte. Det er langt flere kommuner i dag, og det vil i uoverstigelig fremtid også være langt flere kommuner enn hjelpemiddelsentraler i dagens system. Dette vil potensielt gjøre systemet mindre effektivt, noe som for øvrig kan løses ved en videreføring av hjelpemiddelsentralene nevnt ovenfor.

En overføring av alt ansvar til kommunene vil kunne komplettere kommunenes helhetlige samordning av brukernes totalsituasjon, og gjøre kommunen i stand til å foreta en helhetlig vurdering av hvilket

tiltak brukeren har best nytte av. Et kommunalt ansvar legger til rette for god samordning med hele spekteret av kommunale velferdsordninger, samt en styrking av den direkte dialogen mellom myndigheter, brukere og ansatte om tjenestenes resultater og nytteverdi.[178]

Det er etter utvalgets vurdering særlig i forhold til kompetansen i de komplekse sakene at en ren kommunal modell byr på de største utfordringene. Utvalget vurderer at en ren kommunal modell har klare fordeler ved seg, og trekker frem det helhetlige tjenesteperspektivet i denne sammenheng. Et helhetlig kommunalt ansvar, vil gjøre det mulig for kommunene å velge hvilken tjeneste eller tiltak innbyggerne har behov for.

For utvalget har det imidlertid vært viktigere å sikre tilgangen på kompetanse også i de komplekse sakene, sammenholdt med behovet for å sikre brukernes rettigheter – også her særskilt når det gjelder komplekse og kostbare tilretteleggingsløsninger.

Utvalget har på bakgrunn av dette ikke valgt å foreslå en modell som overfører alt ansvar for formidling av hjelpemidler til kommunene.

11.3 Delt modell

Det fremgår av utvalgets mandat at det skal foretas en særskilt vurdering av hvorvidt ansvaret for basishjelpemidler bør overføres til større og mer robuste kommuner. Utvalget har valgt å omtale forslaget med et annet begrep enn "basishjelpemidler". Begrepet er ikke entydig definert, og gir etter utvalgets vurdering ingen god ramme for hvilke tiltak det er snakk om. Drøftelsen nedenfor tar uavhengig av begrepsbruk for seg dette forslaget eksplisitt, samt også andre mulige løsninger med et delt ansvar mellom stat og kommune.

Utvalget har vurdert hvorvidt det kan være aktuelt med et annet grensesnitt i ansvarsforholdet mellom staten (folketrygden) og kommunene, og drøfter nedenfor en begrenset overføring av ansvar fra stat til kommune også for tilrettelegging av bolig og velferdsteknologi.

11.3.1 Ansvaret for enkle og høyfrekvente hjelpemidler

Holte-utvalget foreslo en begrenset ansvarsoverføring fra stat til kommune. Forslaget var begrunnet med at et sterkere sektoransvar ville kunne bidra til mer helhetlige løsninger og mer rasjonell ressursutnyttelse av dagens ressurser. Utvalget definerte ikke nærmere hva som lå i begrepet basishjelpemidler, men viste til bestillingsordningen. Kommunene har i dag, og hadde den gang, et utvidet ansvar for denne typen hjelpemidler gjennom bestillingsordningen. Holte-utvalget la til grunn at kommunene hadde kompetanse til å håndtere disse sakene, samt at man ville slippe en ekstra sløyfe via hjelpemiddelsentralen.

Begrepet basishjelpemidler sikter ikke til en helt bestemt gruppe av hjelpemidler. Etter utvalgets vurdering vil argumentasjonen være den samme uavhengig av om man snakker om basishjelpemidler, enkle hjelpemidler eller andre tilsvarende begreper. Dersom man skal foreta en begrenset overføring av ansvaret for en type hjelpemidler, må dette uansett defineres og avgrenses nærmere. Utvalget har valgt å operere med begrepet "enkle, høyfrekvente hjelpemidler". Begrepet vil innebære en god del av de hjelpemidler som i dag finnes på bestillingsordningen, men må altså defineres nærmere. Eksempler på slike enkle, høyfrekvente hjelpemidler kan være rollator, dusjkrakk, toalettforhøyer mv. Felles kjennetegn er at de utgjør en relativt stor mengde, og at formidlingen bør kunne håndteres av personell i alle landets kommuner.

[178] PricewaterhouseCoopers (2009) *"Typiske modeller for hjelpemiddelforvaltningen",* notat utarbeidet for Holte-utvalget

Sammenliknet med modellene drøftet foran, vil ikke en begrenset overføring av ansvaret til kommunene ha åpenbare konsekvenser for brukerne når det gjelder brukermedvirkning på individ- og systemnivå.

Bestillingsordningen utgjør i dag i underkant av 10 pst. av de samlede utgiftene på hjelpemiddelområdet. Etter utvalgets vurdering, er en begrenset overføring av ansvar fra stat til kommune dermed ikke særlig godt egnet til å sikre bedret kostnadskontroll på feltet. Utvalget vurderer at en delt modell må vurderes ut fra andre kriterier enn bedret kostnadskontroll. Enklere administrative prosesser som er bedre for brukeren er et slikt kriterium som utvalget vil fremheve.

Dagens system innehar en del relativt krevende administrative prosesser knyttet til hjelpemiddelformidlingen. Dette skyldes bl.a. for dårlige IKT-systemer og mange ledd i saksbehandlingsprosessen. Disse utfordringene er i stor grad også gjeldende ved bestilling av enklere hjelpemidler, inkludert de som finnes på bestillingsordningen.

Utvalget er delt i sitt forslag om å overføre ansvaret for enkle, høyfrekvente hjelpemidler til kommunene. Utvalgets flertall, utvalgsmedlemmene Lars Ødegård, Astrid Gramstad, Frode Selbo og Kristin Standal, mener at dagens ansvarsdeling mellom stat og kommune bør videreføres. Sentralt står det å sikre brukernes rettigheter gjennom folketrygden, samtidig som det vurderes som viktig å videreføre hjelpemiddelsentralenes rolle og ansvar også for disse enklere hjelpemidlene. Utvalgets flertall mener at utfordringene skissert her når det gjelder tidsbruk og kapasitet vil kunne løses best ved å sørge for bedre IKT-systemer, økt bruk av lokale lagre, samt en styrking av dagens bestillingsordning. Flertallet viser for øvrig til drøftelsen om forenklinger i kapittel 13.

Utvalgets mindretall, utvalgsmedlemmene Lene Conradi og Lone Merete Solheim og utvalgsleder Arild Hervik, vurderer at det er mest hensiktsmessig å overføre totalansvaret for denne gruppen hjelpemidler til kommunene.

Etter mindretallets vurdering, er det er grunn til å gå ut fra at en stor del av denne saksbehandlingen ville vært unngått dersom kommunene selv hadde et utvidet ansvar. Flere av leddene i dagens prosess kunne vært unngått. De enklere hjelpemidlene innebærer ikke så store samlede kostnader, men utgjør en mengdeproblematikk som også vil bli betydelig større i tiden fremover. En overføring av ansvaret for disse, vil således kunne frigjøre en del tid hos hjelpemiddelsentralene, noe som vil kunne understøtte hjelpemiddelsentralenes rolle som ressurs- og kompetansesenter, og gi mer tid til å jobbe med mer komplekse saker.

En overføring av ansvaret for enklere hjelpemidler, kombinert med overføring av ressurser, vil etter mindretallets vurdering kunne styrke den kommunale kapasiteten til å bygge opp egne systemer. Kommunen vil da kunne legge helhetlige planer for hjelpemiddelformidlingen som tar utgangspunkt i det samlede kommunale behovet for hjelpemidler til midlertidige behov, enklere hjelpemidler til langvarig behov og hjelpemidlene (den delen av disse som i dag er et kommunalt ansvar) som brukes på sykehjem.

Et system der kommunene får ansvaret for hjelpemidler med sterk relasjon til helse- og omsorgsoppgaver, vil etter mindretallets vurdering kunne føre til at kommunene kan ha en helhetlig tilnærming til hvilket tiltak den enkelte bruker bør gis – uten å tenke på at det er andre som har finansieringsansvaret. Flere kommuner[179] har pekt på at dagens system er tungvint, og at de hadde foretrukket at de selv hadde ansvaret for denne typen hjelpemidler, og dermed sluppet å forholde seg til en annen aktør. Dette vil også komme brukeren til gode gjennom at kommunene har full oversikt over leveringstiden.

[179] Agenda Kaupang (2016) "*Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet*", rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

Som nevnt tidligere er en stor andel av de enklere hjelpemidlene knyttet til eldre brukere. Alle norske kommuner har et betydelig antall eldre brukere, og utgifter til kommunale pleie- og omsorgstjenester utgjør en vesentlig andel av de kommunale budsjettene. De fleste kommuner har derfor god oversikt over antall eldre i kommunen, og anslag for hvordan dette utvikler seg fremover i tid. Kommunene får gjennom rammetilskuddet fra staten kompensasjon for forhold som gjør kommunen mer kostbar å drive, der antall eldre i kommunen er et av forholdene det justeres for. Kostnadene knyttet til eldre brukere er derfor langt på vei forutsigbare kostnader for kommunen.

Det er etter mindretallets vurdering naturlig å anta at kostnadene knyttet til enkle hjelpemidler også vil være forutsigbare kostnader for kommunene, fordi:

- Utgifter til enkle hjelpemidler er relativt beskjedne i forhold til den øvrige ressursinnsatsen kommunen har knyttet til en eldre bruker med et pleie- og omsorgsbehov. Tar man utgangspunkt i bestillingsordningen inneholder den relativt rimelige hjelpemidler. Mange av disse hjelpemidlene koster rundt 1 000 kroner, og de aller fleste under 10 pst. av 1G (dvs. under 9 200 kroner). Til sammenlikning koster en sykehjemsplass i snitt i overkant av 1 mill. kroner per år.[180] Helsetjenester i hjemmet koster anslagsvis 400 til 1 000 kroner per time.[181]
- Man kan gå utfra at behovet for enkle hjelpemidler følger rimelig proporsjonalt med antall eldre i kommunen, siden det er et stort antall eldre som stort sett vil trenge mange av de samme rimelige hjelpemidlene.

Studier som er gjort knyttet til samfunnsøkonomiske effekter av hjelpemidler tegner et bilde av at hjelpemidler har en høy nytteverdi sammenliknet med kostnad. Noe av grunnen til dette er hjelpemidler kan erstatte alternative former for pleie og omsorg som gjerne er dyrere. Som regel vil tiltak som involverer økt personellinnsats være langt mer kostnadsdrivende enn å gi brukeren et enkelt hjelpemiddel. Slik sett er det etter mindretallets vurdering gode insentiver for kommunene til å prioritere å gi de brukerne som trenger det en rollator, dusjkrakk eller toalettforhøyer.

En overføring av ansvaret for hjelpemidler av enklere karakter til kommunene kan etter mindretallets vurdering ha positive effekter i tråd med det som er drøftet under punkt 15.3 om kommunenes kompetanse.

Mindretallet vurderer at kommunene bør ha god kompetanse til å håndtere et slikt nytt ansvar. Dette er enklere produkter som kommunene (også de mindre) har relativt god kompetanse på i dag, og som hjelpemiddelsentralene i svært liten grad er involvert i (i utredningsfasen). Det er allikevel slik at ikke alle kommuner i dag har tilgang på ergoterapeuter. Dersom dette blir en lovpålagt oppgave for alle kommuner fra 2020, vurderes dette som en mindre utfordring på sikt.

Overføring av ansvaret for en del enklere hjelpemidler til kommunen vil etter mindretallets vurdering kunne gjøre formidlingsprosessene raskere og mer brukertilpasset. Det vil kunne frigjøre mye av tiden kommunale fagpersoner bruker på administrativt arbeid, og legge til rette for at kommunen kan arbeide mer helhetlig med hjelpemiddelformidlingen.[182]

Utvalget (både flertall og mindretall) vurderer at også en delt modell vil innebære noen utfordringer. En overføring av deler av ansvaret til kommunene, vil av brukerne kunne oppleves som en svekkelse av rettigheten man i dag har i folketrygden. En delvis overføring av ansvaret for hjelpemidler fra staten

---

[180] KOSTRA: korrigerte brutto driftsutgifter per kommunal plass i institusjon, basert på KOSTRA-grupper 261 Lokaler institusjon og 253 Pleie institusjon. Gjennomsnitt for landet.

[181] Med utgangspunkt i enhetspriser definert av Helsedirektoratet i forbindelse med forsøk knyttet til statlig finansiering av kommunale pleie- og omsorgstjenester (SIO-prosjektet). Kostnad kan variere etter tid på døgnet, geografi og boform.

[182] Agenda Kaupang (2016) "*Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet*", rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

til kommunene vil også kunne bety økt risiko for ulik behandling av like saker, gitt at det er langt flere instanser (kommuner) som skal behandle sakene.

Selv om en eventuell overføring fjerner et utfordrende grensesnitt mellom bestiller og betaler, kan det etableres et nytt. I dag har kommunene ansvaret for hjelpemidler til personer med kortvarige medisinske behov, mens staten har ansvaret for hjelpemidler til varige medisinske behov. Ved en overføring av ansvaret for denne gruppen hjelpemidler for personer med varige medisinske utfordringer, vil både stat og kommune ha et ansvar for dette. Grensesnittet kan bli krevende å håndtere, og kan gi svake insentiver til å velge den rimeligste og mest hensiktsmessige løsning, gitt at staten fortsatt har ansvaret for (presumptivt) dyrere løsninger. Det vil også bli skapt uklarheter i ansvaret som øker risikoen for at brukerne faller mellom to forvaltningsnivå.

Mindretallet vil fremheve at det derfor blir viktig at ansvarsforholdet blir klarest mulig definert og at det utvikles tiltak som kan imøtekomme denne risikoen. Mindretallet legger til grunn at det må utarbeides institusjonelle mekanismer som sikrer at brukerne ikke faller mellom to forvaltningsnivå, samt at systemet ikke legger til rette for en kostnadsovervelting som ikke innebærer god samfunnsøkonomi. Det er her viktig at man på overordnet nivå (departement og direktorat) blir enige om retningslinjer for å imøtegå slike utfordringer.

11.3.2 Ansvaret for hjelpemidler og tilrettelegging i bolig

Antall eldre vil øke betydelig i årene fremover. Det er et mål at alle kan bo i egne hjem. Å bo i eget hjem har stor betydning for den enkeltes livskvalitet, mestring og aktivitet. Godt egnede boliger har dermed positiv betydning for folkehelsen og gir et redusert behov for velferdstjenester. Den enkeltes mulighet til å bo i egen bolig vil også ha stor innvirkning på samfunnets behov for tilrettelagte boliger. Boligpolitikk, hjelpemiddelpolitikk og helse- og omsorgspolitikk må ses i sammenheng. Det vil verken være mulig eller ønskelig å dekke behovet for egnede boliger gjennom bygging av sykehjem og omsorgsboliger alene. Det er i alles interesse at boliger i størst mulig grad er tilrettelagt slik at man kan bo hjemme så lenge som mulig, til tross for at man får nedsatt funksjonsevne.

De krav som stilles til utbyggere av nye boliger gjennom plan- og bygningsloven er etter utvalgets vurdering svært viktige for at størst mulig del av boligmassen i fremtiden skal være tilgjengelig for alle, slik at man unngår særskilte og kostbare tilretteleggingstiltak i etterkant. Utvalget er kjent med at forslag til ny byggteknisk forskrift (TEK 17) er sendt på høring.[183] Det legges i forslaget opp til fjerning, lemping og forenklinger av tekniske krav til nye boliger for å redusere byggekostnadene. Utvalget mener det er svært uheldig dersom dette regelverket endres i en slik retning at det stilles mindre krav til tilgjengelighet og universell utforming for nye boliger enn det som er tilfelle i dag.

Hjelpemidler og tilretteleggingstiltak kan bidra til at den enkelte kan bo lengre i egen bolig. Mens hjelpemidler er innrettet mot individuelle behov og er en individuell rettighet som dermed skal returneres når behovet har opphørt, vil utbedrings-/tilretteleggingstiltak bidra til at boligen i seg selv blir bedre tilrettelagt, også i et lengre perspektiv. Slike varige løsninger vil dermed komme andre til gode på et senere tidspunkt. Selv om hjelpemidler i noen grad kan bidra til å overkomme fysiske hindringer, er det etter utvalgets vurdering viktig å prioritere tilretteleggingstiltak som bidrar til at boligen blir varig tilrettelagt og at samfunnet blir universelt utformet.

I Norge pusset vi opp våre boliger for om lag 70 mrd. kroner i 2015.[184] Det ligger et stort potensial i å gi god rådgiving og gode insentiver til at denne innsatsen i størst mulig grad kan innrettes mot å gjøre boligene mer funksjonelle også i et tilretteleggingsperspektiv. Det er flere eksempler på kommuner

[183] Direktoratet for byggkvalitet (2016) *"Forslag til ny byggteknisk forskrift (TEK17)"*: https://dibk.no/globalassets/aktuelle-horinger/101116_tek17/horingsnotat-forslag-til-ny-byggteknisk-forskrift.pdf

[184] Undersøkelse gjennomført av Prognosesenteret (www.prognosesenteret.no)

som har iverksatt slike rådgivningstiltak for innbyggerne. Funksjonsattesten er et annet eksempel på et slikt tiltak.[185]

Det er en utfordring for den enkelte å få faglig bistand til valg av løsninger i form av boligrådgivning. Det er ingen instans som har et formelt ansvar for å bistå bruker med å koordinere de ulike hensynene som må legges til grunn før en utbedringsløsning velges. Flere utredninger har pekt på at dette er problematisk. Det kan også stilles spørsmål ved om insentivene til å ta et eget ansvar for å gjøre egen bolig bedre tilrettelagt *i forkant av* et eventuelt behov er gode nok. Holte-utvalget viste til nødvendigheten av at ulike tiltak og tjenester blir koordinert når et tilretteleggingsbehov oppstår. De foreslo styrking av retten til bistand fra kommunen til de som ikke er i stand til å skaffe seg tilrettelagt bolig selv. Hagen-utvalget mente det burde opprettes en rådgivningstjeneste for boligtilpasning i et samarbeid mellom Husbanken, kommunene og hjelpemiddelsentralene, og at denne tjenesten burde bygge på erfaringene fra Prosjekt bustadstilpasning.[186]

Som en oppfølging av Prosjekt bustadstilpasning, har Husbanken i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet en eksempelsamling som viser hvordan organiseringen av arbeidet med rådgivning om boligtilpasning kan organiseres i kommunene. Husbankens anbefaling til kommunene i lys av dette er å arbeide tverrfaglig. Både eksempelsamlingen og en evalueringsrapport fra Proba[187] trekker frem tverrfaglig samarbeid og samordning av statlige tilskuddsordninger som gode virkemidler for at man skal kunne bo hjemme lenger i tilrettelagte boliger. Spesielt vil et godt samarbeid mellom kommunalt boligkontor og ergoterapitjenesten/pleie- og omsorgstjenesten bidra til gode løsninger gjennom en aktiv bruk av tilskudd til tilpasning.

Utvalget mener kommunene må ha et tydelig ansvar for å koordinere sakene som gjelder tilrettelegging av bolig, og vil understreke at det er svært viktig at arbeidet med å etablere tverrfaglige boligrådgivningsteam i alle kommuner gis høy prioritet. Dette er avgjørende både for å gi innbyggerne mulighet til, og for å stimulere den enkelte til, å gjøre hensiktsmessige endringer av egen bolig slik at denne blir mest mulig tilrettelagt for eventuelle fremtidige tilretteleggingsbehov. God boligrådgivningstjeneste vil dermed bidra til at virkemidlene fra det offentlige benyttes mest mulig formålseffektivt. Med et tydeligere ansvar til kommunene, gir det også bedre mulighet til å se boligpolitikk og helse- og velferdspolitikk i en sammenheng. Utvalget legger samtidig til grunn av hjelpemiddelsentralene skal ha en viktig rolle som en andrelinjetjeneste for kommunene på boligområdet også i fremtiden.

Utvalgets flertall, utvalgsmedlemmene Kristin Standal, Frode Selbo, Lene Conradi og Lone Merete Solheim og utvalgsleder Arild Hervik, vurderer at det i dag er en ansvarsdeling for stønad til tilrettelegging av bolig som virker lite hensiktsmessig. Husbanken og kommunene, som har et generelt ansvar for at innbyggerne har et tilrettelagt bomiljø og som også forvalter flere av Husbankens ordninger, har et ansvar på dette feltet som i noen grad overlapper med folketrygdens. Utvalgets flertall mener det vil være hensiktsmessig at Husbanken og kommunene får et mer helhetlig ansvar for tilrettelegging av bolig. Dette vil etter flertallets vurdering kunne bidra til mer hensiktsmessige og permanente tilretteleggingsløsninger, og det vil bedre legge til rette for å få mer

---

[185] Husbanken Midt, NAV Hjelpemiddelsentral Sør-Trøndelag, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, Sør-Trøndelag Fylkeskommune og Trondheim kommune har i fellesskap utviklet en mulighet for at den enkelte innbygger kan gjøre en funksjonsattest (www.funksjonsattest.no).

[186] Prosjekt bustadstilpasning ble etablert i januar 2015, og et modellforsøk ble igangsatt i 15 kommuner. Prosjektet hadde mål om å etablere boligrådgivningstjeneste i forsøkskommunene og sikre mer samordnet bruk av økonomiske virkemidler samt prøve ut større fleksibilitet i virkemiddelbruk. Prosjektet er avsluttet som prøveprosjekt, og det er inngått en overordnet samarbeidsavtale mellom Husbanken og Arbeids- og velferdsetaten om boligtilpasning.

[187] Proba (2014) *"Evaluering av tilskudd til tilpasning"*, rapport 2014 - 14

helhet med hensyn til å se bolig, rehabilitering og pleie- og omsorg i en sammenheng. Det vil også være en forenkling for brukerne, ved at færre aktører er involvert i disse sakene. Tilrettelegging av bolig der kommunen yter pleie- og omsorgstjenester, har også en positiv effekt på det fysiske miljøet for kommunens medarbeidere.

Utvalget er kjent med at det i et høringsnotat fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet våren 2016[188] er foreslått at den personrettede delen av Husbankens tilretteleggingstilskudd overføres til kommunene. Dette er foreløpig ikke endelig vedtatt, og utvalget tar derfor i sine drøftinger utgangspunkt i gjeldende ansvarsdeling.

Tilskudd til bygging av omsorgsboliger og flerleilighetsbygg sikrer i dag ikke i tilstrekkelig grad at disse boligene er godt nok tilrettelagt. Det må ofte ettermonteres løsninger som bør være universelle i slike bygg. Dette er dårlig samfunnsøkonomi. I tillegg er det ikke samsvar mellom de kravene som stilles ved ettermontering og de kravene som stilles til bygningen i første instans. Dette kan f.eks. være at omsorgsleiligheter ikke er tilstrekkelig forberedt for installering av takmonterte heiser, at leilighetene har modulbygde bad som ikke muliggjør ettermontering av utstyr uten at det bryter vannmembran, eller at installerte dører ikke er godkjent for ettermontering av dørautomatikk mht. brannsikkerhet.

Utvalgets flertall mener ansvaret for tilrettelegging som sikrer adkomst til boligen bør overføres til Husbanken. Det gis i dag stønad gjennom folketrygden til tilrettelegging av adkomst til boliger i form av ulike typer ramper, dørautomatikk, sjakt- og plattformheiser. Også Husbankens tilretteleggingstilskudd kan benyttes til tiltak for å bedre adkomsten til boligen. Det gis videre stønad til tilrettelegging av fellesareal i hus med flere boenheter i form av trappeheiser og automatiske døråpnere. Arbeids- og velferdsetaten skal velge den rimeligste, hensiktsmessige løsningen som dekker enkeltpersonens behov, og kan derfor ikke gi stønad til fellesløsninger, slik som ordinær heis. Individuelle løsninger som innebærer tilrettelegging av fellesareal i hus med flere boenheter vil ofte være lite funksjonelle for andre beboere i oppgangen. Løsningen er midlertidig og spesialtilpasset, og må demonteres når brukeren flytter ut eller dør. Når enkeltbrukerens behov opphører, f.eks. for en trappeheis, påløper kostnader for å fjerne trappeheisen og sette trappen tilbake i original stand. Den demonterte trappeheisen er spesialtilpasset trappen i blokken, og kan derfor ikke benyttes på nytt fullt ut.

I Meld. St. 17 (2012–2013) *Byggje – bu – leve* ble det foreslått å legge om finansieringen for tilrettelegging av fellesareal i hus med flere boenheter fra folketrygden til Husbankens tilskuddsordninger. Utvalgets flertall mener en slik overføring vil kunne bidra til bedre og mer permanente tilretteleggingsløsninger, og at en slik ansvarsoverføring derfor bør gjennomføres. Det kan skje ved at Husbankens ramme til heistilskudd får et permanent påslag som svarer til det som årlig brukes på å montere individuelle trappeheiser. Ordningen kan også utvides til å omfatte andre tiltak for tilrettelagt adkomst til bolig som dørautomatikk. Utvalgets flertall legger til grunn at Husbankens ramme styrkes tilsvarende.

Ombygging og tilrettelegging som krever fastmontering, slik som hev-/senk-kjøkken og fastmontert bad- og toalettutstyr bør i større grad finansieres gjennom tilskudd, jf. punkt 10.2. Husbankens tilretteleggingstilskudd kan gis til både enkle tiltak og større ombygginger. Utvalgets flertall mener det vil være hensiktsmessig at midlene til slik tilrettelegging samles hos en aktør. Dette innebærer at hovedansvaret for den stønaden til ombygging og tilrettelegging som krever fastmontering som i dag ligger i folketrygden overføres til Husbanken. Det må likevel etter utvalgets flertalls vurdering foretas en nærmere utredning knyttet til grensedragningen mellom individuelle hjelpemidler etter folketrygden og Husbankens/kommunens ansvar for tilrettelegging. Tilskuddets må også innrettes slik at man i størst mulig grad fremmer bygging av universelt tilrettelagte boliger. Omsorgsboliger bør allerede i

[188] Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016) *"Høringsnotat om nye oppgaver til større kommuner":* https://www.regjeringen.no/contentassets/a5e831ee73104532b04db18faee7bae1/horingsnotat-nye-oppgaver-til-storre-kommuner-til-publisering-korrigert.pdf

utgangspunktet være tilrettelagt med f.eks. dørautomatikk, skinneløsninger for takmonterte heiser og hensiktsmessige bad-/toalettløsninger.

Utvalgets flertall forutsetter at Husbanken tilføres tilstrekkelige midler til å ivareta et økt ansvar for tilrettelegging av bolig.

Et mindretall, utvalgsmedlemmene Lars Ødegård og Astrid Gramstad, støtter ikke flertallets forslag om å overføre til Husbanken de virkemidler som kan utløses gjennom folketrygdlovens bestemmelser om nødvendige og hensiktsmessige hjelpemidler eller utbedringstiltak i bolig.

Mindretallet deler flertallets beskrivelser av de store utfordringene på boligområdet, både hva angår mangelen på tilrettelagte boliger, behovet for å styrke lov- og forskrifters krav om universell utforming, samt ønsket om å forsterke innsatsen på boligområdet fra Husbanken, kommunene og hjelpemiddelsentralene. Det er helt nødvendig å tilrettelegge eksisterende og fremtidig boligmasse slik at folk kan bo hjemme lengst mulig, utsette behovet for pleie- og omsorgstiltak lengst mulig, øke den enkeltes evne til å delta i arbeid og frivillighet, og å gi økte muligheter til egenmestring og selvstendig livsførsel gjennom nødvendige og hensiktsmessige hjelpemidler og tilrettelegging av omgivelsene.

Mindretallet mener derfor at en svekkelse av de individuelle rettighetene som ligger i folketrygden, også vil svekke mulighetene til å oppnå de samfunnsmessige og personlige gevinster av å gi folk mulighet og evne til å bli boende i egen bolig så lenge som mulig. Folketrygdloven og hjelpemiddelformidlingen har etter mindretallets mening vist seg som det beste og mest effektive virkemidlet for å styrke funksjonshemmedes muligheter til å bo selvstendig i egen bolig, og ser det derfor som svært uheldig om dette blir endret.

11.3.3 Ansvaret for velferdsteknologi

Formidling og finansiering av velferdsteknologi er en tverrsektoriell oppgave som involverer spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten. Finansieringen bestemmes av hva som er formålet med teknologien.

Berøringspunktene mellom velferdsteknologi og hjelpemiddelområdet har skapt en noe utydelig og til dels lite hensiktsmessig grense mellom hjelpemiddelsentralenes og kommunenes ansvarsområde, gitt den teknologiske utviklingen som vil komme. Dette aktualiserer bl.a. behovet for gjennomgang av den mest mulig hensiktsmessige finansieringsform for ulik velferdsteknologi.

NOU 2011:11 fremhever at "formålet med velferdsteknologiløsningene er å styrke selvhjulpenhet, hjelp til pårørende, forbygge behov for tjenester og unngå innleggelse på institusjon".

Velferdsteknologi er i stor grad innrettet mot omsorgstjenester og er dermed hovedsakelig et kommunalt ansvar. Eksempler på teknologi som kommunen i dag finansierer, er stasjonære eller mobile trygghetsalarmer. Enkelte tilbyr også lokaliseringsløsninger (GPS), digitalt tilsyn og medisindispensere. Hvorvidt kommunene finansierer dette fullt ut eller om løsningen finansieres via egenbetaling fra bruker er avhengig av om den gis som helsehjelp eller praktisk bistand. Dette er gjenstand for individuell vurdering.

Grensesnittet mot individuelt tilpassede hjelpemidler som skal finansieres via folketrygden må defineres og justeres løpende. Utvalget mener at noen hjelpemidler som i dag er et statlig ansvar og som grenser tett opp mot velferdsteknologiske løsninger som benyttes i de kommunale omsorgstjenestene, bør vurderes overført til kommunene på sikt. Utvalget ser det som hensiktsmessig å overføre et helhetlig finansieringsansvar til kommunen for teknologi som har en tydelig omsorgs- og tjenestedimensjon i seg og som samtidig kan knyttes opp mot fremtidens kommunale trygghetsalarmer. Dette innebærer all varsling ved fall, epileptiske anfall, vandring og sporing (GPS-teknologi), uavhengig av alarmens tilknytningsform.

Innføring av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene vil ha ulikt tempo og tilbudet vil variere fra kommune til kommune. Kommunene har etter helse- og omsorgstjenesteloven plikt til å yte

forsvarlige tjenester. Hvorvidt velferdsteknologi inngår i tjenestene er opp til kommunene å avgjøre og vil vurderes utfra lokale forhold og gevinstpotensial. Det betyr at flytting av ansvar for enkelte hjelpemidler som nevnt over i prinsippet kan medføre ulikt tilbud, og brukerne vil ikke lenger ha en rettighet knyttet til konkrete produkter. Rettighetene til å motta hjelpemidler etter den kommunale lovgivningen fremstår ikke like sterke som etter folketrygden. Kommunene har i større grad et skjønn knyttet til hvilke tiltak de vil sette i verk for sine innbyggere, noe som er grunnleggende for kommunenes virksomhet. Utvalget vurderer det imidlertid som sannsynlig at kommunen vil finne det kostnadseffektivt å tilby varslings- og lokaliseringsteknologi der hvor det er et behov, da alternativkostnadene for kommunen vil være større.

Dersom kommunene skal kunne tilby velferdsteknologi utover digitale trygghetsalarmer kan det medføre investeringer i systemer som sørger for integrasjon mot andre systemer, eksempelvis elektronisk pasientjournal siden disse teknologiene kan utløse et behov for helsehjelp som igjen utløser dokumentasjonsplikten. Det kan være behov for finansiering til kommunene for å ivareta denne økte kompleksiteten.

Det analoge nettet vil fases ut i tiden fremover og trygghetsalarmene vil digitaliseres. Dette medfører at alarmmottakene (responssenter) vil kunne få nye tjenester i tillegg til den tradisjonelle trygghetsalarmen. De nye tjenestene kan bli knyttet opp mot en serie hendelser som kan utløse et signal som går til responssenteret. Signalet kan utløse ulike tjenester som f.eks. akutt hjelp, teknisk assistanse, dialog, rådgivning og sosial hjelp.

Når det gjelder varslings- og lokaliseringshjelpemidler, er det i dag et skille for finansieringsansvaret avhengig av alarmens tilknytningsform. Et eksempel er varsling ved fall. Dersom kun pårørende i samme boenhet skal varsles, er dette i dag et statlig ansvar. Hvis derimot kommunen skal varsles ved fall, blir det et kommunalt ansvar å finansiere utstyret. Dette gir liten fleksibilitet. Varslingshjelpemidlet bør innrettes slik at det på enkel måte kan kobles mot ulike mottakere, slik at det er fleksibelt om det er pårørende, en nabo eller kommunen som skal varsles.

Når ulik type velferdsteknologi dekkes fra ulike finansieringskilder, gir dette svake insentiver til å utvikle utstyr med et kompatibelt grensesnitt sammen. Direktoratet for e-Helse er i ferd med å etablere en felles nasjonal infrastruktur/arkitektur på velferdsteknologiområdet slik at ulike elementer kan kobles sammen til en felles løsning. Det bør vurderes om det skal være et krav i fremtiden at det statlige hjelpemiddelsystemet forpliktes til å følge de samme kravene.

Utvalget mener at finansieringen av hjelpemidler til varsling og sporing bør samles hos kommunen på sikt. Dette vil sørge for et helhetlig ansvar for denne typen teknologisk tilretteleggingstiltak, og for å fjerne utfordringer man har i dag med manglende standardisering av teknologiske grensesnitt.

Utvalget har vurdert om også andre typer velferdsteknologi som nå er et statlig ansvar, burde overføres til kommunen. Ovenfor er det beskrevet teknologi som har et tydelig tjenesteperspektiv og som naturlig kan knyttes til den kommunale trygghetsalarmen. Annen velferdsteknologi som finansieres av staten, og som ikke har et like tydelig tjenesteperspektiv, er bl.a. omgivelseskontroll og varsling for hørselshemmede (dørklokke, brann, telefon m.m.). Her er perspektivet mer rettet mot enkeltindividets mestring av daglige aktiviteter og å klare seg selv uten bistand. Utvalget vurderer at derav at finansiering av slikt utstyr fortsatt bør være et statlig ansvar.

Hverdagsteknologi og tjenester til boliger vil i større grad kunne inngå i smarthusløsninger når strømmålerne blir digitalisert innen 2019. Mobiltelefoner, nettbrett, pc og apper vil delvis ta over som fjernkontroller og kommunikasjonshjelpemidler. Selv om målsettingene med bruk av velferdsteknologi kan være ulike, kan selve teknologien ofte være den samme. Det innebærer f.eks. at "smartteknologi" kan benyttes både som hjelpemiddel i hjemmet (omgivelseskontroll), som alarm og varsling til kommunenes trygghetssentral, som hjelp til sosial kontakt og forebygge ensomhet, og som hjelp til bostøtte og medisinering mv.

Standardiseringsarbeidet som foregår på velferdsteknologiområdet er sentralt for å avdekke og avklare utfordringer rundt ansvarsforholdene mellom stat og kommune. Sentrale aktører er Standard

Norge og E-helsedirektoratet. Standardiseringsarbeidet har påvist mange dilemmaer. De tradisjonelle hjelpemidlene (innvilget via folketrygden) er ikke alltid beste, enkleste og rimeligste løsning. Staten innvilger hjelpemidler til en relativt høy kostnad. Noen av disse hjelpemidlene er tilgjengelig gratis eller til en lav pris som applikasjoner eller som en innstilling på nettbrett eller pc. Kommunene vil i nær fremtid kunne gi nye fjerntilbud over nettet. Noen av disse tilbudene kan erstatte og bli en bedre løsning enn et hjelpemiddel som innvilges av staten i dag. Dermed kan det være aktuelt på sikt å vurdere et enda mer helhetlig finansieringsansvar lagt til kommunen, med tanke på å bedre utnytte den rivende teknologiske utviklingen som vil komme. En slik overføring av økt finansieringsansvar til kommunene må vurderes nøye med tanke på ulikt tilbud i kommunene, og en mindre tydelig rettighet til konkrete hjelpemidler enn under en statlig ordning. Vi har bare sett starten på en rask teknologiutvikling innen velferdsteknologi. Det vil kreves fleksible løsninger som kan møte individuelle behov.

11.4 Utvalgets vurderinger

Utvalget er delt hva gjelder å overføre ansvaret for enkle og høyfrekvente hjelpemidler til kommunene. Utvalgets flertall vil ikke fremme et forslag om en slik ansvarsoverføring.

Et flertall i utvalget foreslår en justering av grensesnittet mellom staten (folketrygden) og Husbanken når det gjelder tilrettelegging av bolig. Utvalget foreslår videre en justering av grensesnittet mellom staten (folketrygden) og kommunen hva gjelder teknologiske hjelpemidler/ løsninger som grenser tett opp mot løsninger som benyttes i de kommunale omsorgstjenestene (velferdsteknologi).

Utvalget legger til grunn at de nye grensesnittene må defineres nærmere, og at det må legges opp til at det etableres institusjonelle mekanismer som sørger for at rettighetene til brukerne er avklart, og at det ikke fører til kostnadsovervelting og krevende gråsoner.

12 Organisering av hjelpemiddelsentralene

Utvalget tilrår at hjelpemiddelforvaltningen og -formidlingen fortsatt i hovedsak skal være statlig, hjemlet i folketrygdloven og forvaltet av hjelpemiddelsentralene, jf. kapittel 11. I lys av dette er det naturlig å vurdere organiseringen og styringen av hjelpemiddelsentralene med sikte på et enda mer velfungerende og brukervennlig system. I dette kapitlet drøftes det om hjelpemiddelformidlingen og –forvaltningen som ligger under hjelpemiddelsentralenes ansvar fortsatt bør tilhøre Arbeids- og velferdsetaten, eller annen statlig instans. Videre vurderes behovet for regionalisering av hjelpemiddelsentralene og tiltak som kan bidra til at brukerne i større grad kan motta like gode tjenester ved hjelpemiddelsentralene uavhengig av bosted.

12.1 Hjelpemiddelsentralenes organisatoriske tilhørighet

Det er Arbeids- og velferdsdirektoratet som har det overordnede ansvaret for forvaltningen av hjelpemidler på statlig side. Hjelpemiddelsentralene er lagt under NAV Hjelpemidler og tilrettelegging, som igjen er organisert som en enhet underlagt Arbeids- og tjenestelinjen i Arbeids- og velferdsdirektoratet. Hjelpemiddelsentralene var opprinnelig administrativt tilknyttet fylkeskommunene. Saksbehandlingen av søknader og refusjon av hjelpemidlene lå til trygdekontorene. Fra 1. januar 1994 ble ansvaret for hjelpemiddelsentralene overført fra fylkeskommunene til staten og forankret i trygdeetaten, senere Arbeids- og velferdsetaten.

Hoveddelen av ytelser og tjenester som er hjemlet i folketrygdloven i dag forvaltes av Arbeids- og velferdsetaten. De har således god kompetanse og erfaring knyttet til dette. Også Helseøkonomiforvaltningen (Helfo), som er en statlig etat under Helsedirektoratet, forvalter stønader etter denne loven (kapittel 5 om helsetjenester). Dette er imidlertid i hovedsak rene refusjonsordninger som ikke krever særlig grad av brukerkontakt. Det er kun Arbeids- og velferdsetaten som per i dag håndterer folketrygdytelser som innebærer brukeroppfølging og andre tjenester mer direkte overfor bruker.

Et sterkt argument for at hjelpemiddelformidlingen bør tilhøre Arbeids- og velferdsetaten er at det er viktig å sikre god samordning mellom hjelpemidler, tilrettelegging og øvrige arbeidsrettede tjenester og tiltak i etaten. Selv om dette kun utgjør en liten del av hjelpemiddelsentralenes arbeid, både når det gjelder tjenester og utgifter til hjelpemidler, er det viktig at denne samordningen er god. Som følge av NAV-reformen og sammenslåingen av trygdetaten og Aetat, har man fått økt mulighetene for mer enhetlig bistand til funksjonshemmede der flere virkemidler innrettet mot å få personer med nedsatt funksjonsevne over i arbeid kan ses mer i sammenheng. Hjelpemidler og tilrettelegging er en viktig del av dette arbeidsrettede tilbudet.

Utvalget mener at hjelpemiddelformidlingen fortsatt bør tilhøre Arbeids- og velferdsetaten for å sikre at dette området er godt integrert med de øvrige arbeidsrettede virkemidlene i etaten.

12.2 Bør hjelpemiddelsentralene regionaliseres?

Agenda Kaupang konkluderer i sin rapport[189] med at det kan være behov for å se på en regionalisering av den statlige hjelpemiddelformidlingen for å sikre mer robuste fagmiljøer, systematisk tjenesteutvikling, standardisering og digitalisering. De skriver at med mange små hjelpemiddelsentraler, blir fagmiljøene ved den enkelte hjelpemiddelsentral små og sårbare.

[189] Agenda Kaupang (2016) "*Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet*", rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

Det er flere pågående strukturreformer både i kommunal og statlig sektor. I tillegg til kommunereformen (se omtale i punkt 3.4), har Regjeringen foreslått en regionreform for å skape sterkere regioner.[190] Større regioner ses som en forutsetning både for håndtering av viktige samfunnsutfordringer og tilførsel av nye oppgaver. En av begrunnelsene for dette er at større regioner har potensial for å utvikle sterkere fagmiljøer på flere områder, og dermed styrke sin kapasitet og kompetanse. Det vil videre redusere utgiftene til administrasjon.[191]

Videre pågår det et arbeid med å se på ny struktur for fylkesmannsembetene. I en rapport fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet vises det til at en halvering av antall embeter vil kunne legge til rette for en styrking av fagmiljøer og mulig mer rasjonell bruk av spesialiserte ressurser.[192] En slik modell kan gi god utnyttelse av sannsynlige økonomiske stordriftsfordeler. Med større enheter vil virksomhetsvolumet øke og legge til rette for at medarbeidere i større grad kan spesialisere seg. Større fagmiljøer og et større virksomhetsvolum antas også å styrke muligheten for rekruttering og opprettholdelse av kompetanse. Større fagavdelinger kan videre legge til rette for økt robusthet for å håndtere variasjoner og topper i saksmengde, samt fravær av personale. En slik regionalisering vil på den annen side øke avstanden til embetet for innbyggere og næringsliv. Dette kan ha negative konsekvenser for fylkesmannens mulighet til å få oversikt over lokale forhold og mindre muligheter for direkte kontakt med innbyggerne som skal betjenes.

Hjelpemiddelsentralene er i dag organisert fylkesvis (med unntak av Oslo og Akershus), noe som er i tråd med prinsippet om at fylkene skal utgjøre grunnenheten for inndelingen av regionale statlige virksomheter – et prinsipp Stortinget ved flere anledninger har bekreftet.[193] Det har vært forutsatt at alle statsetater med behov for regional forvaltning skal følge fylkesinndelingen og at ingen inndelinger skal gå på tvers av fylkene. Den faktiske utviklingen de siste tiårene har imidlertid vært preget av at regionale statsetater i stor utstrekning har forlatt fylkesinndelingen som inndelingsenhet. I dag har 38 regionale statsetater valgt 36 forskjellige administrative inndelinger.[194]

Også innenfor Arbeids- og velferdsetaten generelt, herunder på hjelpemiddelområdet, har utviklingen gått i retning av økt spesialisering av fagområder og færre enheter. Det har foregått en omfattende spesialisering av ytelsesforvaltningen de senere årene. Målet er å legge til rette for økt effektivitet og større likhet ved å behandle hver ytelse ved færre enheter slik at fagmiljøene blir større og mer kompetente. Per i dag er saksbehandlingen av om lag en tredjedel av ytelsene organisert i færre enheter. I løpet av 2016 ble ytterligere en tredjedel av ytelsene organisert i færre enheter. Denne andre puljen i spesialiseringsløpet omfatter bl.a. hjelpemidler som behandles i forvaltningsenhetene (hovedsakelig ortopediske hjelpemidler, høreapparat og tilpasningskurs for personer med sansetap). Arbeids- og velferdsdirektoratet skriver i sin årsrapport for 2015 at spesialiseringen så langt har ført til mer likhet i faglig praksis og saksbehandlingstid på tvers av geografiske områder.[195] Organiseringen gir videre langt større fleksibilitet og mulighet til å utnytte produksjonskapasitet på tvers.

Forvaltningsenhetene driver saksbehandling som i hovedsak ikke innebærer behov for brukerkontakt. Dette skiller seg fra hjelpemiddelsentralenes virksomhet. Hjelpemiddelsentralene er i stor grad en

---

[190] Meld. St. 22 (2015–2016) Nye folkevalgte regioner – rolle, struktur og oppgaver

[191] Meld. St. 22 (2015–2016) Nye folkevalgte regioner – rolle, struktur og oppgaver

[192] Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016) *"Utredning av fylkesmannens fremtidige struktur"*, foreløpig rapport fra prosjektgruppen, juli 2016

[193] Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016) *"Utredning av fylkesmannens fremtidige struktur"*, foreløpig rapport fra prosjektgruppen, juli 2016

[194] Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016) *"Utredning av fylkesmannens fremtidige struktur"*, foreløpig rapport fra prosjektgruppen, juli 2016

[195] Årsrapport 2015 Arbeids- og velferdsdirektoratet, april 2016

leverandør av tjenester og har et relativt omfattende behov for brukerkontakt, særlig når det gjelder utprøving av hjelpemidler.

Man har imidlertid også innenfor hjelpemiddelsentralenes portefølje i de senere år regionalisert og sentralisert oppgaver. I perioden 2009-2013 ble saksbehandlingen på bilområdet flyttet fra hjelpemiddelsentralene til fem nye bilsentre. Hovedbegrunnelsen for dette var å få likere praksis, samt at man på grunnlag av et relativt få saker ville styrke kompetansen gjennom å legge saksbehandlingen til færre og større enheter. Saksbehandlingen av ordningen med funksjonsassistanse har blitt lagt til én hjelpemiddelsentral, og det samme gjelder førerhundordningen. Videre har man etablert en sentral forsyningsenhet som fremforhandler alle rammeavtaler og effektuerer alle bestillinger fra hjelpemiddelsentralene. Det er gjort både av effektivitetshensyn og for å sikre at produktsortimentet er likt over hele landet.

Den viktigste innvendingen mot regionalisering og sentralisering er at tjenesten blir liggende lenger fra brukerne, noe som kan gi brukerne dårligere tilgjengelighet på tjenester og lang reisevei. Det kan tenkes at hensynet til tilgjengelighet på sikt vil kunne ivaretas på en annen måte gjennom digitale løsninger. På hjelpemiddelområdet vil det imidlertid alltid være et behov for brukeroppmøte for å kunne prøve ut ulike hjelpemiddelløsninger, i tillegg til at hjelpemiddelsentralene må kunne yte ambulante tjenester. Det kan likevel tenkes løsninger som legger til rette for brukernære tjenester selv om hjelpemiddelsentralen blir liggende lenger unna brukerne. Ambulant virksomhet der formidlerne reiser ut til brukerne benyttes i dag – bl.a. på bilområdet som er lagt til fem regioner.

Hjelpemiddelsentralene fungerer også som et kompetansesenter for kommunen som førstelinjetjeneste. Dersom avstanden mellom kommunene og hjelpemiddelsentralene blir større, vil dette kunne medføre svakere kompetansedeling og gi dårligere forutsetninger for samhandling. På den annen side er det viktig at hjelpemiddelsentralene har store nok kompetansemiljøer til å kunne dekke det brede spekteret av kompliserte saker hvor de skal kunne veilede bruker og kommune.

Regionalisering kan bidra til effektivisering og styrkede kompetansemiljøer. Dette må veies opp mot behovet for nærhet til brukerne og førstelinjetjenesten i kommunen. Dersom man lykkes med å digitalisere veiledning, kunnskapsdeling og informasjon til brukerne og kommunene i større grad enn i dag, vil dette etter utvalgets vurdering kunne få konsekvenser for hva som er den mest hensiktsmessige organiseringen på lengre sikt. Slik situasjonen er i dag, mener utvalget likevel hensynet til nærhet til bruker og kommunen taler for at antallet hjelpemiddelsentraler ikke bør reduseres. Det kan imidlertid være hensiktsmessig å vurdere regionalisering eller sentralisering av saksbehandlingen av noen særskilte ordninger som krever spesiell kompetanse, slik det allerede er gjort på noen områder. I en slik vurdering må det tas hensyn til behovet for brukeroppmøte og mulighet for ambulante tjenester.

12.3 Styring av hjelpemiddelsentralene

I Agenda Kaupangs gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen[196] finner de at hver av de 18 hjelpemiddelsentralene i dag nesten dekker hele spennet av oppgaver, med unntak av noen få funksjoner som er regionalisert eller sentralisert. Organiseringen av hjelpemiddelsentralene varierer sterkt. De aller minste hjelpemiddelsentralene har jevnt over to avdelinger, og de aller største hjelpemiddelsentralene har fem til seks avdelinger. Agenda Kaupang finner at hjelpemiddelsentralene har stor frihet til selv å utforme hvordan tjenesten skal utføres. Eksempler på slik forskjell er praktiseringen av brukerpasset. Kun fem hjelpemiddelsentraler opplyser om ordningen på sine nettsider. Noen hjelpemiddelsentraler velger å gi brukerne brukerpassbehandling i praksis, dvs. muligheten for direkte kontakt med hjelpemiddelsentral og leverandør, uten å gjøre brukeren til formell

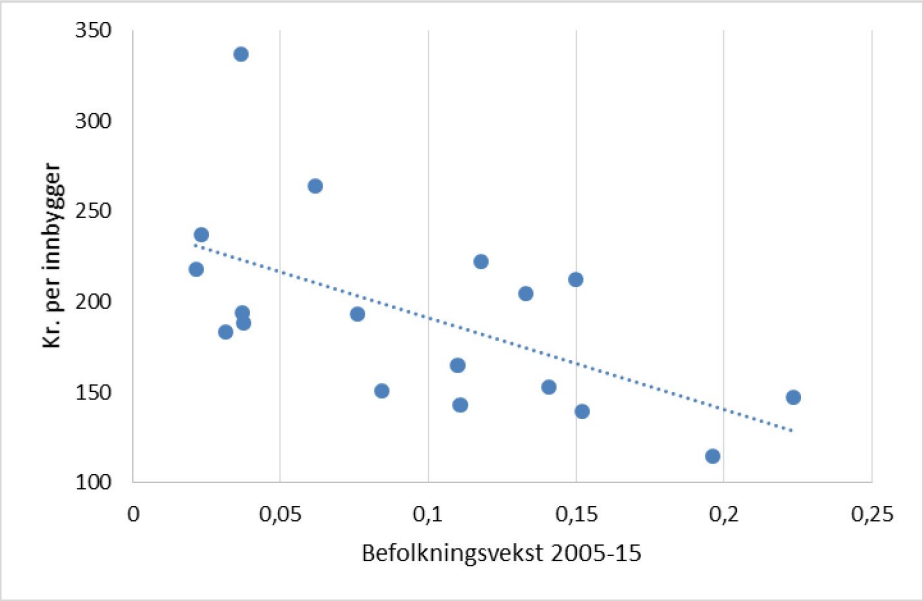
[196] Agenda Kaupang (2016) "*Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet*", rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

brukerpass-bruker. Agenda Kaupang finner videre at det er stor fleksibilitet med hensyn til hvordan de ulike sentralene selv velger å praktisere sin rolle som andrelinjetjeneste. Noen lar brukerne henvende seg direkte til hjelpemiddelsentralen, mens andre har en strengere praktisering der de som regel viser brukeren til kommunen først. De finner også ulikheter i praktisering av bestillingsordningen. Det er fylkesvise forskjeller mellom hvor omfattende denne ordningen er. Tilgjengelig informasjon om ordningen og hvilke produkter som finnes på den varierer stort i både innhold og format mellom hver hjelpemiddelsentral. Selv om disse forskjellene isolert sett kan ha gode begrunnelser, stiller Agenda Kaupang spørsmål til om det er hensiktsmessig å ha så store ulikheter mellom sentralene.

Mål- og disponeringsbrevene som sendes til de 18 hjelpemiddelsentralene vektlegger i liten grad utvikling av felles nasjonal praksis for organisering av tjenester og enheter. Det er dermed et stort handlingsrom for den enkelte leder av en hjelpemiddelsentral til å velge hvordan arbeidet skal organiseres. Agenda Kaupang mener at en klarere nasjonal styring av hjelpemiddelområdet vil kreve styringsparametere som supplerer de parametere som NAV Hjelpemidler og tilrettelegging nå blir styrt på. Agenda Kaupang vurderer at det per i dag blir ikke tilgjengelige kvantitative data godt nok benyttet i å utvikle tjenesten.

Agenda Kaupang påpeker videre at det er store forskjeller mellom driftsmidlene hver enkelt sentral får tildelt. Med utgangspunkt i driftsbudsjettet til hver hjelpemiddelsentral i 2015, fratrukket kostnader til regionale/nasjonale oppgaver noen sentraler har ansvar for (bilsenter, førerhund, funksjonsassistent, bildetolk og akutt-tolk), tegner det seg et bilde av at det er relativt store forskjeller mellom sentralene. Disse forskjellene ser også ut til å forsterkes over tid i mangelen av objektive fordelingskriterier. Agenda Kaupang påpeker at forhold som antall eldre, antall brukere med komplekse behov og reiseavstander bør inngå i et grunnlag for å fordele driftsmidlene. Budsjettfordelingen mellom sentralene er basert på den fordelingen som gjaldt da hjelpemiddelsentralene ble innlemmet i Arbeids- og velferdsetaten i 2006, og har ikke blitt endret siden da. Fordelingen tar f.eks. ikke hensyn til befolkningsutviklingen i hvert fylke der veksten i stor grad har skjedd i de store byene. Figur 12.1 viser at det er det er de sentralene som har hatt den høyeste befolkningsveksten som også kommer dårligst ut budsjettmessig.

Figur 12.1 Befolkningsvekst i de ulike sentralenes innbyggerbase, og kroner per innbygger over driftsbudsjett 2015, ekskl. nasjonale oppgaver og tolk.

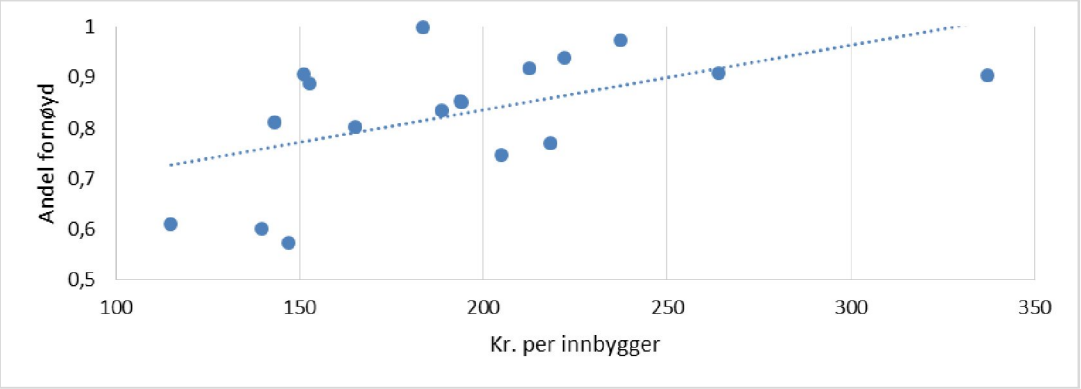


Kilde: Agenda Kaupang, basert på data fra SSB og NAV

I en undersøkelse som ble gjennomført blant hjelpemiddelsentralenes kommunale samarbeidspartnere i 2015 ble respondentene spurt om "Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du

med hjelpemiddelsentralen?". Agenda Kaupang sammenstiller disse resultatene med fylkenes driftsbudsjetter og finner at hjelpemiddelsentraler med mindre driftsbudsjetter per innbygger generelt scorer dårligere på tilfredshet blant sine samarbeidspartnere, slik det fremgår av figur 12.2. De understreker at selv om dette ikke nødvendigvis indikerer en kausal sammenheng, er det en indikasjon på at tilgjengelige ressurser kan påvirke hvordan samhandlingen fungerer.

Figur 12.2 Andel respondenter (N=1755) som er ganske eller svært fornøyd med hjelpemiddelsentralen, og kroner per innbygger over driftsbudsjett 2015, ekskl. nasjonale oppgaver og tolk.



Kilde: Agenda Kaupang, basert på NAVs spørreundersøkelse til kommunale samarbeidspartnere

Utvalget mener at det bør legges til rette for at brukerne i større grad skal motta like gode tjenester ved hjelpemiddelsentralene uavhengig av bosted. Et virkemiddel i så måte er å fordele driftsmidler basert på en modell med mer objektive kriterier enn tilfellet er i dag. Utvalget mener også at det kan være hensiktsmessig å utvikle bedre styringsstatistikk slik at en får mer robuste og sammenliknbare data for å måle effekter og resultater av hjelpemiddelsentralenes arbeid. Dataene kan også gi grunnlag for å utvikle "best practice" ved hjelpemiddelsentralene og sammen med bedre data fra brukerundersøkelser legge til rette for kunnskapsdeling og erfaringslæring mellom hjelpemiddelsentralene. Utenom noen generelle spørsmål knyttet til brukertilfredshet, har vi i dag lite dybdekunnskap om hvordan brukerne opplever hjelpemiddelformidlingen. Særskilt gjelder dette brukere med kompliserte behov. Vi vet f.eks. lite om hvorvidt brukerne opplever å mangle hjelpemidler, eller eventuelt opplever at de ikke har nytte av de hjelpemidlene de har mottatt. Utvalget mener at det bør gjennomføres en slik dybdeundersøkelse blant hjelpemiddelbrukerne.

12.4 Utvalgets vurderinger

Utvalget mener hjelpemiddelsentralene fortsatt bør tilhøre Arbeids- og velferdsetaten for å sikre god samordning mellom hjelpemidler, tilrettelegging og øvrige arbeidsrettede tjenester og tiltak i etaten.

Utvalget har også vurdert om antall hjelpemiddelsentraler bør reduseres for å oppnå effektivisering og styrkede kompetansemiljøer. Dersom man lykkes med å digitalisere veiledningen av brukerne og samhandlingen mellom kommunene og hjelpemiddelsentralene i større grad, mener utvalget at dette vil kunne få konsekvenser for hva som er den mest hensiktsmessige organiseringen på lengre sikt. Slik situasjonen er i dag, mener utvalget likevel hensynet til nærhet til bruker og kommunen som førstelinje taler for at antallet hjelpemiddelsentraler ikke bør reduseres. Det kan likevel være hensiktsmessig å vurdere regionalisering eller sentralisering av saksbehandlingen av noen særskilte ordninger som krever spesiell kompetanse. I en slik vurdering må det tas hensyn til behovet for brukeroppmøte og ambulante tjenester.

Utvalget mener videre at det bør legges til rette for at brukerne i større grad skal motta like gode tjenester ved hjelpemiddelsentralene uavhengig av bosted, og at det er nødvendig å utvikle bedre styringsdata som belyser resultater og effekter av hjelpemiddelsentralenes innsats. Det bør vurderes

å utvikle en bedre budsjettmodell for fordeling av driftsmidler basert på objektive kriterier, og det bør innhentes mer dybdekunnskap om brukernes opplevelser av hjelpemiddelsystemet.

13 En helhetlig, forenklet og mer effektiv hjelpemiddelformidling for brukeren

Dette kapitlet tar utgangspunkt i brukernes behov for en helhetlig, forenklet og mer effektiv hjelpemiddelformidling. Utvalget har valgt å fokusere på formidlingen av de hjelpemidlene og tjenestene hvor hjelpemiddelsentralene inngår i formidlingskjeden. Brukerundersøkelsene som beskrives i kapittel 7 viser at hjelpemiddelbrukerne generelt sett er relativt fornøyde med hjelpemiddelformidlingen i dag. Brukerne mener at hjelpemiddelsentralene bidrar med høy faglig kompetanse, at de ansatte stort sett er serviceinnstilte og løsningsorienterte, at det gis gode muligheter til utprøving av hjelpemidler, og at det sjelden gis avslag på søknader. Tidsbruk og manglende informasjon om både søknadsprosess og tilgjengelige hjelpemidler trekkes derimot frem som svakheter i hjelpemiddelformidlingen. Det er store lokale variasjoner mellom kommunene, bl.a. knyttet til kompetanse og tilgjengelighet. I tillegg pekes det på manglende digitale løsninger og manglende valgfrihet knyttet til hjelpemiddel. Mange brukere opplever lange prosesser for å få tilgang til hjelpemidlene. Dette kapitlet tar for seg hvordan formidlingsprosessen fungerer for bruker, og utvalget foreslår tiltak for å sikre kvaliteten på hjelpemiddelformidlingen i fremtiden.

13.1 Kapasitet og kompetanse i formidlingskjeden

Hjelpemiddelformidling er spesialisert virksomhet som krever tverrfaglig kompetanse. Helhetlig kunnskap om funksjonstap, om tekniske hjelpemidler og andre ergonomiske tiltak, om formidlingsprosesser og metoder, er en grunnleggende forutsetning for hjelpemiddelformidlingen, så vel som effektiv forvaltning av hjelpemidler.[197] Faglig kompetanse hos hjelpemiddelsentralene og i kommunene er avgjørende for at brukerne skal kunne få gode løsninger tilpasset den enkeltes behov. Faglig kompetanse kan også gjøre at behovet løses raskere og med mindre risiko for feil.

Mange brukere trekker frem at de ansatte ved hjelpemiddelsentralene har høy faglig og teknisk kompetanse. Norges Handikapforbunds brukerundersøkelse i 2015[198] viser at dette er viktig for brukerne, slik at sakene blir løst raskt og med god kvalitet. Flere brukere har positive erfaringer med kompetansen ved hjelpemiddelsentralene. Undersøkelsen viser samtidig at det er stor variasjon i brukernes vurdering av kompetansen hos fagpersonene. Dette gjelder både holdninger, kunnskaper om ulike hjelpemidler og formidling av løsninger.

Kompetanse, kapasitet og tilgjengelighet varierer både i kommunene og ved hver hjelpemiddelsentral. Dette gir brukerne ulikt tilbud avhengig av bosted. Som nevnt i kapittel 8, er det mange kommuner som mangler ergoterapeuter. I mange kommuner er det for liten kapasitet i forhold til behovet, slik at det blir lang ventetid for å få sitt behov for hjelpemidler og tilrettelegging vurdert.

Selv om hjelpemiddelsentralene årlig utfører mange kompetansehevende tiltak for samarbeidspartnere, opplever brukerne mangel på kompetanse hos dem som skal bistå dem lokalt. Dette gjelder fagpersoner både innen helserelaterte og tekniske fagområder. Flere informanter i Agenda Kaupang sin kommuneundersøkelse[199] trekker frem at den interne kompetanseutviklingen i kommunen er krevende. Utfordringer er bl.a. hyppig utskiftning av ansatte, mange som har deltidsstillinger og høyt tidspress som gjør det vanskelig å prioritere kompetansehevende tiltak.

---

[197] Statskonsult (1992) *"Utredning av alternativ modell for organisering og finansiering av hjelpemiddelformidlingen"*

[198] Norsk Handikapforbund (2015) "*Rett hjelpemiddel til rett tid"*

[199] Agenda Kaupang (2016) "*Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet"*, rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

Det er kommunen som har hovedansvaret for å gi brukerne nødvendig opplæring i bruk av hjelpemidlet. Kommunen har også ansvar for å følge opp bruken av hjelpemidlet for å vurdere behov for justeringer, mer opplæring, om hjelpemidlet dekker behovet m.m. Hjelpemiddelsentralen gir kommunene bistand og veiledning ved behov.

Som nevnt i kapittel 7, viser brukerundersøkelser at en stor andel brukere er misfornøyde med oppfølgingen etter at hjelpemidlene er levert. Det kan være vanskelig for brukere å forutsi hvilke behov de kan ha for oppfølging når de skal ta hjelpemidlet i bruk i sin hverdag. Derfor bør oppfølging og evaluering prioriteres, og være tilpasset den enkelte. Manglende kapasitet og tilgang til fagpersonell i kommunene er et hinder for å få til en individualisert oppfølging.[200]

Utvalget mener det er viktig å sørge for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i kommunene. Ved å gi kommunene et økt ansvar for hjelpemiddelforvaltningen, slik utvalgets mindretall foreslår i kapittel 11, vil det etter mindretallets vurdering kunne forventes at kommunene gir økt prioritet til hjelpemiddelformidlingen. Ergoterapeuter utgjør en svært viktig ressurs i førstelinjetjenesten, og det er en stor utfordring at det er for få ergoterapeuter tilgjengelig i kommunene i dag. Knapphet på ergoterapeuter i kommunene medfører både lange ventetider for bruker i prosessen med å søke hjelpemidler, og mangel på oppfølging og opptrening i bruk av hjelpemidler. Stortinget har bedt regjeringen komme tilbake med forslag til lovendring som inkluderer ergoterapikompetanse som en lovpålagt tjeneste i kommunene fra 2020.

I forbindelse med statsbudsjettet for 2017 ble det etablert et kommunalt stimuleringstilskudd på 91 mill. kroner.[201] Målet med tilskuddet er bl.a. at kommunene skaffer seg nødvendig fagkompetanse, herunder ergoterapikompetanse. Utvalget støtter dette tiltaket og understreker behovet for ytterligere satsinger som bidrar til at det ansettes flere ergoterapeuter i kommunene.

Hjelpemiddelsentralenes ansvar som kunnskapsaktør må fortsatt utvikles. Med stadig mer avansert teknologi på hjelpemiddelområdet er det viktig for å kunne ivareta innovasjon, funksjon og sikkerhet. Informasjon, kunnskapsdeling og læring på digitale plattformer vil fremover kunne bidra til at flere samarbeidsparter og hjelpere i brukers nærmiljø får økt sin kompetanse. Hjelpemidler og tilrettelegging som fagfelt er integrert i hele det kommunale tjenestilbudet – ergoterapeutene utgjør bare en liten del. Pleieassistenter og annet omsorgspersonell må bl.a. ha tilstrekkelig kunnskap til å betjene hjelpemidlene. Utvalget mener hjelpemiddelsentralene fremover må se på kompetanse i bred forstand og tenke nytt rundt digital læring, og det må utvikles systemer som ivaretar digital kompetansedeling mellom hjelpemiddelsentral, kommune og bruker.

13.2 Behov for utvikling av bedre digitale løsninger

13.2.1 Elektronisk samhandling mellom hjelpemiddelsentralene og kommunene

Hjelpemiddelsentralene og kommunene samhandler på en lang rekke områder og har i den sammenheng omfattende kommunikasjon. Kommunikasjonen omhandler bl.a. generell informasjon, råd og veiledning og henvendelser knyttet til bestemte hjelpemiddelsaker, slik som søknad, utlevering, retur, vedlikehold og reparasjon.

På hjelpemiddelområdet er det et krevende grensesnitt mellom stat, kommune, andre samarbeidsparter og bruker når det gjelder elektronisk samhandling. Samhandlingen mot leverandørene er også til dels ressurskrevende. Det er som oftest en lokal formidler som opptrer på vegne av bruker ved å fylle ut søknad og foretar andre henvendelser slik som bestillinger og

[200] Agenda Kaupang (2016) "*Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet*", rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

[201] Jf. Prop. 1 S (2016–2017) Helse- og omsorgsdepartementet og Innst. 11 S (2016–2017)

serviceordre. Formelt sett er det bruker selv som søker, og underskrift fra bruker selv er nødvendig på søknadsskjema. Dette kompliserer og forsinker utvikling av eventuelle elektroniske løsninger. Per i dag finnes ikke mulighet for elektronisk innsending av søknader og bestillinger, og for bruker til å følge sin egen sak elektronisk. Både kommunene og hjelpemiddelsentralene påpeker at det mangler IKT-systemer som støtter og fremmer effektiv og sikker samhandling mellom partene. Det mangler innsynsløsninger og enkle muligheter for å bestille service og reparasjon. Det er også begrenset tilgang til gode systemer for informasjons- og kunnskapsinnhenting.

I dag fylles søknader om tekniske hjelpemidler som skal behandles av hjelpemiddelsentralene inn i en elektronisk løsning på nav.no. Søknadsskjemaet skal imidlertid skrives ut og sendes som papirpost til et sentralt skanning-sentral, slik at det blir registrert inn i Arbeids- og velferdsetatens saksbehandlingssystem. Et unntak er søknad om bil, hvor det ble innført en hel-elektronisk løsning i 2015.

En stor andel av kommunikasjonen mellom hjelpemiddelsentral og kommune skjer via telefon eller epost. Store deler av denne dialogen kunne vært unngått dersom det hadde eksistert bedre digitale systemer for samhandling. For eksempel har ikke kommunene anledning til å sjekke elektronisk hva som er status og leveringstid på hjelpemidlene de har bidratt til søknad for bruker på.

Fremtidens hjelpemiddelsystem må være effektivt. Det må være korte veier fra søknad til utlevering, det må legges til rette for god samhandling, og behovet for effektive verktøy for kunnskaps- og informasjonsdeling vil være stort. Mange prosesser som i dag er manuelle kan automatiseres. Dette vil gi raskere og sikrere prosesser samtidig som det vil bidra til at den menneskelige ressursen – kompetansen – kan brukes på en bedre måte. Mange brukere vil og kan selv ta ansvar. Med gode digitale løsninger vil dette være mulig.

Utvalget mener det er helt nødvendig med modernisering og forbedringer som kan komme hele formidlingskjeden til gode. Utvalget mener at effektiviseringspotensialet med effektive IKT-systemer innen hjelpemiddelområdet er betydelig. Det må utvikles elektroniske søknadsprosesser, og hjelpemiddelsentralene og kommunene må få felles systemer som bl.a. legger til rette for informasjons- og kunnskapsdeling, både mellom hjelpemiddelsentral, kommune og leverandør, og ikke minst slik at bruker kan medvirke i egen sak.

13.2.2 Digital informasjonsdeling og innsyn i egen sak

En forutsetning for brukermedvirkning er at brukere selvstendig kan få tilgang til informasjon om hjelpemidler. Agenda Kaupang peker i sin rapport på at dette er et problemområde. Brukerne skal orientere seg i et landskap som omfatter både en stor produktbredde av hjelpemidler og ulike måter å forholde seg til forvaltningsapparatet på i alle deler av prosessen (søknad, utprøving, reparasjon osv.). Dette er et av områdene hvor brukerundersøkelsene avdekker størst potensial for forbedring. Her fremgår det at yngre brukere er mer misfornøyd enn eldre brukere. En mulig tolkning av dette kan være at yngre brukere stiller høyere krav til informasjon. Yngre brukere vil også kunne ha mer sammensatte behov knyttet til utdanning og arbeidsliv som øker behovet for informasjon.

En del av brukerne synes det er vanskelig å finne frem til relevant informasjon på nett, og etterspør i større grad digitale løsninger. Flere nevner at det ikke er god nok kunnskap i kommunen til å gi den informasjonen man trenger.

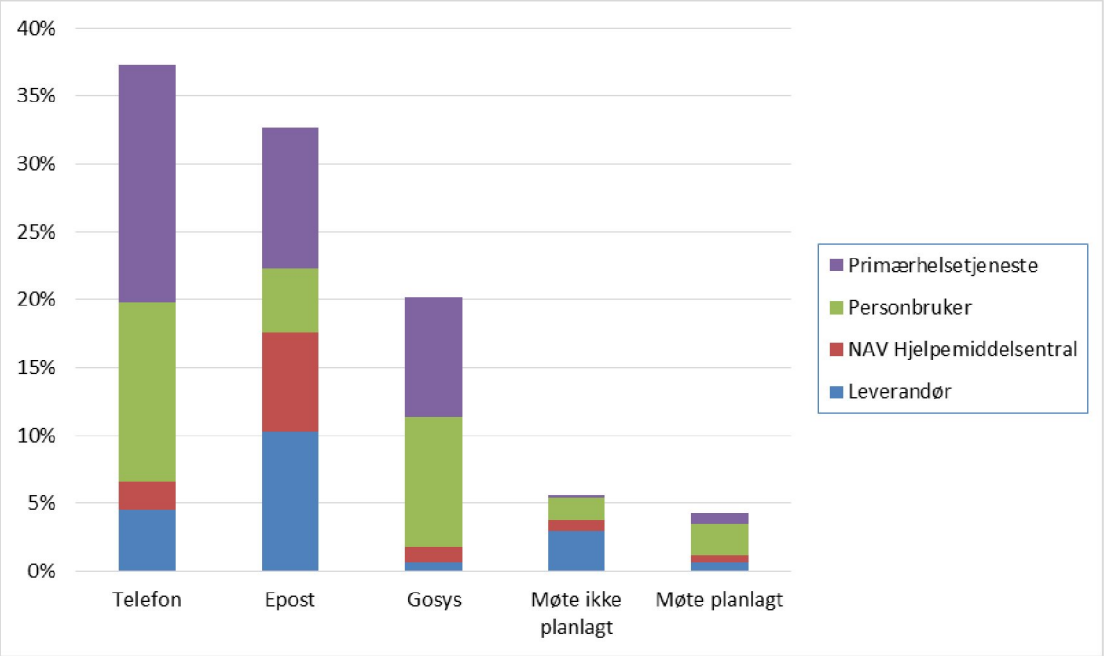
Vi kan anta at i tråd med samfunnsutviklingen generelt så vil fremtidens brukere ha større forventinger om effektive og raske tjenester, selvbetjeningsløsninger, innsyn og deltakelse i egen sak og de vil benytte nettbasert informasjons- og kunnskapsinnhenting. Det finnes i dag kun begrenset mulighet for bruker å følge sin egen sak elektronisk via nettstedet *nav.no/Mitt NAV*. Løsningen egner seg heller ikke som en kanal bruker kan henvende seg gjennom. Dette oppleves som problematisk blant brukere. På *Mitt NAV* kan bruker få innsyn i om søknad på hjelpemiddel er innvilget eller behandlet, men hvis brukeren har flere søknader inne samtidig er det ikke mulig å skille på disse sakene. For saksgangen før innsendelse til hjelpemiddelsentralen eller etter vedtaket på hjelpemidlet, er det ingen

elektroniske innsynsmuligheter. Det er et manglende grensesnitt mellom hjelpemiddelsentralenes utlånsregister og *Mitt NAV*, og dermed kan bruker ikke få innsyn i opplysninger som handler om f.eks. bestilling og utlevering av hjelpemidlene. Konsekvensen av dette blir ofte telefonhenvendelser til lokal formidler, hjelpemiddelsentral eller leverandør for å få vite status i egen sak.

Ekspertgruppen som gjennomgikk NAV[202] mente at dagens brukere av arbeids- og velferdsforvaltningen har mer kontakt med forvaltningen på trygde- og stønadsområdet enn det de ønsker og trenger. Dette mente ekspertgruppen skyldtes både usikkerhet om innholdet i tilsendt informasjon og tilgangen på informasjon. Denne utfordringen, som ble trukket frem som generell for NAVs brukere av ekspertgruppen, gjelder trolig også hjelpemiddelbrukerne.

Ifølge en undersøkelse utført på hjelpemiddelsentralene i 2015, er telefon den desidert mest brukte kanalen for samhandling mellom hjelpemiddelsentralen og bruker/primærhelsetjenesten, slik det fremgår av figur 13.1. E-post var den nest mest brukte kanalen. Vanlige spørsmål fra bruker er om søknad har blitt innvilget eller når hjelpemidlet blir levert. Det oppleves som tungvint og tidkrevende for bruker å måtte ringe inn for å få svar på slike spørsmål, og det er lite effektivt for kommunene og hjelpemiddelsentralene å bruke tid på henvendelser som kunne vært unngått med innsynsløsninger. Flere informanter i undersøkelsen Agenda Kaupang har gjort, trekker frem at denne lite effektive informasjonsflyten kunne vært unngått med bedre digitale systemer.

Figur 13.1 Kanalvalg i kommunikasjonen mellom hjelpemiddelsentralene og de vanligste samhandlingsaktørene



Kilde: NAV Trafikkflytundersøkelse 2015

Arbeids- og velferdsetatens kanalstrategi innebærer at brukerne etter hvert som digitale tjenester bygges ut, skal ha flere muligheter til kontakt og samhandling med etaten.[203] Kontakten skal i større grad kunne skje på nett. Målet for etatens kanalstrategi er at brukerne skal få tilpasset informasjon, selvbetjeningsløsninger som gir en fullverdig brukerdialog, forhåndsutfylt informasjon etaten allerede

[202] *"Et NAV med muligheter",* sluttrapport fra ekspertgruppen som har gjennomgått NAV, april 2015

[203] Meld. St. 33 (2015–2016) NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet

har om brukeren, veiledning gjennom dialogen, og i mange tilfeller umiddelbare svar på henvendelsen eller søknaden.

Utvalget mener kanalstrategien bør følges opp for brukerne av hjelpemidler, og føre til utvikling av digitale løsninger for informasjons- og kunnskapsdeling og dialog. Dette vil gi en mer effektiv ressursbruk for Arbeids- og velferdsetaten og vil gi bedre muligheter for brukermedvirkning og gode brukeropplevelser.

13.3 Effektiv saksbehandling og rask levering

Det påpekes stadig at det er for mange flaskehalser i dagens system for hjelpemiddelformidling. Tidsbruk er et av områdene brukerne er minst tilfreds med. I henhold til Norges Handikapforbunds brukerundersøkelse i 2015 erfarer hjelpemiddelbrukere ofte at formidlingen tar lang tid. Dette gjelder den samlede tiden fra behovet er oppdaget i kommunen, søknad er sendt og frem til hjelpemidlet er utlevert til brukeren. Hvorvidt årsaken er lang ventetid i kommunen, lang saksbehandlingstid eller lang leveringstid er ikke nærmere kartlagt i undersøkelsen.[204]

Samhandlingen mellom hjelpemiddelsentralene og samarbeidspartnere er basert på en kombinasjon av manuelle og digitale prosesser. Sakene må gå gjennom mange ledd, mye av saksbehandlingen skjer på papir og en del operasjoner gjøres flere ganger. Selv for enkle saker som ikke krever særskilt kompetanse, gjelder disse prosessene.

Bestillingsordningen omfatter enkle og rimelige hjelpemidler. Ordningen er nærmere omtalt i kapittel 8. Målet med ordningen er enklere saksbehandling og kortere leveringstider. Agenda Kaupang viser til at selv om bestillingsordningen forkorter formidlingsprosessen noe ved at sakene ikke skal søknadsbehandles, er det fortsatt svært mange ledd i prosessen. Ordningen er i mange tilfeller ikke tilstrekkelig for å dekke akutte behov i kommunene. Informanter i en kommune har trukket frem at de har opplevd å måtte gi personer utskrevet fra sykehuset korttidsplass på sykehjem fremfor hjemmebaserte tjenester, fordi det ikke har vært tilgjengelige hjelpemidler i kommunen. Noen hjelpemiddelsentraler og kommuner har løst dette ved å ha fremskutte/eksterne lagre ute i noen av kommunene, slik at behovet kan løses der og da. I andre tilfeller kjører hjelpemiddelsentralen ut med særskilte leveranser for å dekke akutte behov i kommunen. I en del tilfeller kan det også være at kommunen har det nødvendige produktet tilgjengelig på det kommunale korttidslageret.

Det er usikkert om bestillingsordningen gir en tilstrekkelig grad av forenkling. Et mindretall i utvalget har derfor foreslått at det vurderes en annen innretning og ansvarsdeling for hjelpemidler som kan kategoriseres som enkle og høyfrekvente hjelpemidler tett knyttet til tjenestene i kommunen. Dette forslaget er omtalt i punkt 11.3.

Dersom mindretallets forslag om å overføre ansvaret for enkle og høyfrekvente hjelpemidler til kommunene ikke blir gjennomført, vurderer utvalget det som viktig at det gjøres endringer i bestillingsordningen. De administrative rutinene for ordningen bør gjennomgås med sikte på forenkling. Videre mener utvalget det bør vurderes om sortimentet som inngår i bestillingsordningen bør utvides. Det bør etter utvalgets vurdering søkes å etablere flere lokale lagre i kommunene som sikrer rask tilgang på de vanligste hjelpemidlene. Det er viktig at det sikres god tilgang til disse hjelpemidlene nær brukeren. Ved å ha disse hjelpemidlene plassert ute i kommunene, kan kommunalt ansatte raskt og enkelt ta med seg ulike hjelpemidler hjem til brukeren for å prøve ut og dermed gi brukerne en bedre mulighet til å delta i valget av disse hjelpemidlene. En slik form for utprøving er mer effektiv enn utprøvingslån fra hjelpemiddelsentralenes lager, og vil mest sannsynlig også medføre større treffsikkerhet i valg av høyfrekvente hjelpemidler.

[204] Hjelpemiddelsentralenes saksbehandlings- og leveringstider er presentert i punkt 8.3.

Utvikling av gode IKT-verktøy, slik det er omtalt i punkt 13.2, vil ha stor betydning for en forenklet behandling av disse sakene. IKT-verktøyene må tilpasses slik at det sikrer en enkel, effektiv og god samhandling mellom det kommunale og statlige apparatet.

13.4 Brukermedvirkning og brukerpass

Hjelpemiddelformidling er en prosess bestående av mange ledd som er knyttet sammen i en kjede. For å oppnå et godt resultat er det av stor betydning at det gjennom hele formidlingsprosessen er en nær og aktiv samhandling mellom bruker og formidler. Gjennom formidlingsprosessen skal bruker, og eventuelt pårørende og hjelper, sammen med fagpersoner finne gode og hensiktsmessige løsninger. Det skal legges vekt på brukeres egen kompetanse og behov.

En brukerundersøkelse på hjelpemiddelområdet fra 2014 viste at 87,5 pst. av informantene var enten "svært fornøyd" eller "fornøyd" med mulighetene til å medvirke i valget av hjelpemiddelløsning. I Norges Handikapforbunds undersøkelse fra 2015 gis det et mer variert bilde av brukeres erfaringer.[205] Det fremgår på den ene siden at god dialog med serviceinnstilte og løsningsorienterte fagfolk på hjelpemiddelsentralen og i kommunen verdsettes høyt blant brukerne. Samtidig vises det til at flere brukere erfarer at de ikke blir trodd, respektert eller lyttet til, ikke har innflytelse på valg av hjelpemiddel, og opplever at fagfolk ikke forstår hvor viktig hjelpemidlene er for dem. Slike erfaringer er knyttet både til hjelpemiddelsentraler og kommuner.[206]

Utprøving av mange ulike hjelpemidler er ressurskrevende, både for de lokale formidlerne og eventuelt hjelpemiddelsentralene i de sakene hvor førstelinjen trenger bistand i utprøvingen. Brukerinnflytelsen kan derfor sies å være avhengig av ressurssituasjonen både i førstelinjen og på hjelpemiddelsentralene. Kompetansen i formidlingen vil også medvirke til ulik grad av brukerinnflytelse. Jo mer kompetanse formidler har om ulike løsninger, desto større er sjansen for at bruker blir presentert for ulike valgmuligheter.

Muligheter for utprøving og innflytelse på valg av hjelpemiddel er viktig for mange brukere. Valg av produkt skal først og fremst begrunnes i brukers behov og ut fra lovverkets bestemmelse om rimeligste, hensiktsmessige løsning. Med det som utgangspunkt er rammeavtalene styrende for hvilke produkter som først skal vurderes. Der hvor flere produkter er rangert innen samme post, må det begrunnes i søknaden hvorfor det eventuelt søkes om et lavere rangert produkt. En godt utfylt søknad med gode begrunnelser er viktig for å oppfylle brukers behov for valg av løsning når denne ikke er førstevalg i rammeavtalen. Norges Handikapforbunds undersøkelse viser imidlertid at mange brukere har negative erfaringer når det gjelder valg av hjelpemiddel. Noen brukere erfarer at hjelpemiddelsentralen leverer ut førsterangert produkt, selv om dette ikke dekker behovet. Brukermedvirkningen i valg av hjelpemiddel er nærmere omtalt i kapittel 14 om anskaffelsene av hjelpemidler.

Brukerpass er et viktig virkemiddel for å sikre brukermedvirkning. Dette er en avtale som hjelpemiddelsentralen kan inngå med brukere som ønsker og er i stand til å ta et større ansvar for sitt hjelpemiddelbehov. Ordningen er nærmere beskrevet i kapittel 8.

Brukerpasset ble innført i 2005 som ledd i et brukermedvirkningsprosjekt i NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. Ordningen har blitt evaluert som en positiv ordning ved to anledninger.[207] Norges

---

[205] Norges Handikapforbund (2015) *"Rett hjelpemiddel til rett tid"*

[206] Agenda Kaupang (2016) "*Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet"*, rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

[207] Lisbet Grut, Reidun Skøyen, Jan Wilhelm Lippestad og Karl-Gerhard Hem (2005) *"Evaluering av prosjektet Oppgaveløsning og aktiv brukermedvirkning på hjelpemiddelområdet"*, SINTEF

Handikapforbunds undersøkelse fra 2015[208] viser at brukerpasset er en god løsning for mange brukere. Dette gir økt kontroll over egen hjelpemiddelsituasjon og ventetiden kortes ned. Flere brukere har erfart at brukerpasset er nyttig ved utskifting av hjelpemiddel og reparasjoner, og at man kan bruke firma ved utprøving og tilpasning fremfor å gå via kommune og/eller hjelpemiddelsentralen.

Det er til tross for dette mye som tyder at brukerpasset i liten grad blir satset på som ordning. Undersøkelsen fra Agenda Kaupang viser at mange aktuelle brukere får lite informasjon om hvordan man skaffer seg og tar i bruk brukerpass. Mange brukere vet ikke om de har brukerpass eller ikke, og informasjon om hvordan brukerpasset kan benyttes varierer fra fylke til fylke. Tidligere evalueringer peker på at ikke alle hjelpemiddelsentraler legger til rette for og informerer om brukerpassordningen. Undersøkelsen fra Agenda Kaupang bekrefter dette inntrykket, og det kan fremstå som om brukerpasset bevisst underprioriteres.

Ifølge Agenda Kaupang er det flere forhold både ved rammevilkår og innretning av ordningen som gjør at den ikke fungerer optimalt, verken for hjelpemiddelsentralene eller brukerne. De hjelpemiddelsentralene som Agenda Kaupang har intervjuet forteller om ulik praksis når det gjelder brukerpass. De fleste hjelpemiddelsentralene gir inntrykk av at de gjør lite for å opplyse om eller utbre ordningen. Videre oppgis det ved enkelte hjelpemiddelsentraler at brukerpass er en kostnadsdriver og et fordyrende element, da brukerne genererer uforutsigbare kostnader i leverandørleddet. Dette skjer gjerne i forbindelse med service og reparasjon, som angivelig kunne blitt utført billigere og mer effektivt av hjelpemiddelsentralen eller kommunen. Et annet argument er at brukerpasset ikke nødvendigvis er i brukernes beste interesse, fordi brukere ved å gå direkte til leverandør kan gå glipp av verdifull faglig veiledning, støtte og kvalitetssikring fra kommunen og/eller hjelpemiddelsentralen. Til sist opplyser noen hjelpemiddelsentraler at de mener brukers mulighet til å medvirke i egen sak i tråd med brukerpassets intensjoner ligger til grunn for tjenesten og brukermedvirkningen og at behovet for et konkret brukerpass og en egen brukerpassordning dermed er overflødig.

Videre har det blitt trukket frem endringer i rammebetingelser som vanskeliggjør at brukerpasset kan fungere effektivt. For det første har Riksrevisjonen bemerket at brukere ikke skal ha anledning til selv å utløse kostnader for det offentlige. Dette har blitt løst med at brukere må kontakte hjelpemiddelsentralen først for et bestillingsnummer før de kan kontakte leverandøren for reparasjon og service.

Den andre rammebetingelsen er et pålegg fra Direktoratet fra samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) om å sørge for tilfredsstillende opplæring av brukere av elektromedisinsk utstyr, jf. Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr, som trådde i kraft 1. januar 2014. Som en følge av dette har hjelpemiddelsentralene innført rutiner om at de som skal formidle elektromedisinsk utstyr, f.eks. elektriske rullestoler og personløftere, skal ha tilfredsstillende opplæring før hjelpemidlet blir søkt om. Brukere med brukerpass har i dag ikke mulighet til selv å søke om elektromedisinsk utstyr. Dette oppleves som problematisk for brukere som har høy kompetanse om sitt hjelpemiddelbehov og har lang erfaring i å benytte elektromedisinsk utstyr.

Utvalget mener det bør vurderes om ordningen med brukerpass har et større potensiale. Brukerpasset er en ordning som kan gi store fordeler for en del brukere. Undersøkelser de siste årene peker på at ordningen ikke justeres eller forbedres, og at den ikke tilbys ved alle hjelpemiddelsentraler. Utvalget påpeker også at utvikling av bedre digitale løsninger på hjelpemiddelområdet kan legge til rette for en digital brukerpassordning som i stor grad kan gi bruker større mulighet til å være selvstendig i formidlingen enn i dag.

Sett i lys av de positive sidene ved brukerpassordningen som har blitt påvist både i tidligere evalueringer, i Norges Handikapforbunds kartlegging av brukererfaringer og i Agenda Kaupangs

---

Else Marie Høyen og Jan Tøssebro (2009) *"Brukerpass i hjelpemiddelformidlingen – En evaluering"*, NTNU Samfunnsforskning AS

[208] Norges Handikapforbund (2015) *"Rett hjelpemiddel til rett tid"*

intervjuer med brukerorganisasjoner og brukere, foreslår utvalget at brukerpassordningen består og videreutvikles. En viktig komponent i dette vil som nevnt være utvikling av enkle, digitale selvbetjeningsløsninger.

Utvalget mener det må arbeides mer målrettet med informasjon og kommunikasjon knyttet til ordningen, og det må defineres tydeligere prosesser slik at brukerne vet hva de skal forholde seg til. Det bør også, slik Agenda Kaupang påpeker[209], vurderes om det er riktig og hensiktsmessig å la hver enkelt hjelpemiddelsentral selv få avgjøre om de ønsker å tilby brukerpass, og hvordan de ønsker å gjøre det.

Videre bør det vurderes hvordan informasjons- og opplæringsløsningene kan gjøres mer brukervennlige. Arbeids- og velferdsetaten må forholde seg til rammebetingelser som krav om opplæring knyttet til elektromedisinsk utstyr og statens økonomiregelverk, men utvalget mener likevel det kan være rom for mer fleksible løsninger enn de som er gjeldende i dag. Også på dette området vil digitale løsninger være en betydelig faktor for forenkling og forbedring.

13.5 Utvalgets vurderinger

God tilgang til riktige hjelpemidler og tjenester til rett tid er avgjørende for at personer med nedsatt funksjonsevne skal leve et selvstendig liv og delta i samfunnet. Det er en del faktorer i dagens hjelpemiddelformidling som kan være til hinder for dette. Utvalget foreslår flere tiltak som kan gi brukerne en helhetlig, forenklet og mer effektiv hjelpemiddelformidling i fremtiden. Utvalget mener det er særlig viktig at prioriterte områder, slik som hjelpemiddelformidling til barn og unge, og mennesker som har behov for hjelpemidler eller tilrettelegging for å komme i arbeid eller stå i arbeid, skal få gevinster av de forslagene som blir løftet frem i dette kapitlet.

Utvalget mener at kommunene må prioriteres med økt kompetanse og kapasitet som førstelinje. Et mindretall i utvalget foreslår at et totalansvar for enkle, høyfrekvente hjelpemidler legges til kommunene, jf. omtale i kapittel 11.

I forbindelse med statsbudsjettet for 2017 ble det etablert et kommunalt stimuleringstilskudd på 91 mill. kroner, som bl.a. skal bidra til at kommunene skaffer seg nødvendig fagkompetanse, herunder ergoterapikompetanse. Utvalget støtter dette tiltaket og understreker behovet for ytterligere satsinger som bidrar til at det ansettes flere ergoterapeuter i kommunene.

Det er svært viktig at det utvikles bedre IKT-løsninger på hjelpemiddelområdet, både for å bedre samhandling, informasjonsflyt og kunnskapsdeling mellom stat og kommune, og for å ivareta brukernes behov for informasjon og medvirkning på en bedre måte. Bedre IKT-løsninger kan gi en mer effektiv forvaltning, bedre kostnadskontroll, raskere levering, bedre faglig samhandling, sterkere brukermedvirkning og muligheter for innsyn i egen sak.

Lange formidlings- og saksbehandlingskjeder kan medføre lang ventetid for bruker. Et mindretall i utvalget mener en overføring av totalansvaret for enkle og høyfrekvente hjelpemidler til kommunene vil gjøre hjelpemiddelformidlingen mer effektiv og gi kortere ventetider for brukerne. Dersom forslaget om å overføre ansvaret for denne gruppen av hjelpemidler ikke blir gjennomført, vurderer utvalget det som viktig at det gjøres endringer i bestillingsordningen. Både de administrative rutinene for ordningen og sortimentet av hjelpemidler som inngår i ordningen bør vurderes. Det bør videre søkes å etablere flere lokale lagre i kommunene som sikrer rask tilgang på hjelpemidler som tildeles med høy frekvens. IKT-modernisering er helt nødvendig for å møte fremtidige utfordringer. Dette vil være spesielt viktig dersom ansvaret for enkle og høyfrekvente hjelpemidler ikke overføres til kommunene. Utvalget erkjenner samtidig at en slik modernisering kan ta tid å få på plass, slik at dette ikke vil være

[209] Agenda Kaupang (2016) "*Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet*", rapport utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet

en løsning med fullgode effekter på kort sikt. Utvalget mener likevel at IKT må prioriteres slik at bedre løsninger kommer på plass så snart som mulig.

Ordningen med brukerpass bør etter utvalgets vurdering videreutvikles og styrkes for å bedre brukermedvirkningen i hjelpemiddelformidlingen. Brukerpass bør være et tilbud ved alle hjelpemiddelsentralene. Det må arbeides mer målrettet med informasjon og kommunikasjon knyttet til ordningen, og det må defineres tydeligere prosesser slik at brukerne vet hva de skal forholde seg til.

14 Anskaffelser som virkemiddel for en effektiv hjelpemiddelpolitikk

14.1 Anskaffelser av hjelpemidler

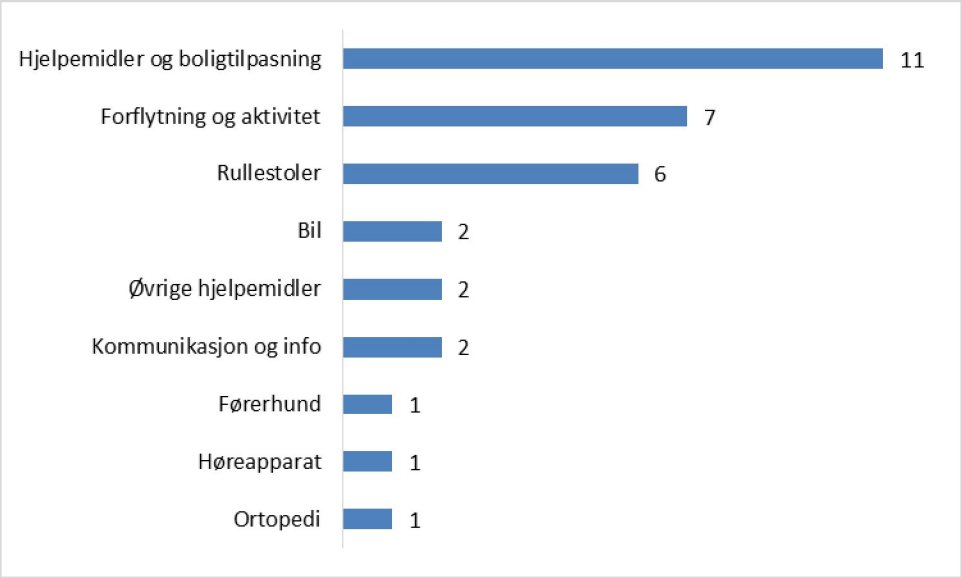
Arbeids- og velferdsetaten inngår avtaler om anskaffelse av varer og tjenester for om lag 10 mrd. kroner hvert år. Kjøp på hjelpemiddelområdet utgjør over 5 mrd. kroner av dette beløpet. Ansvaret for anskaffelser i Arbeids- og velferdsetaten er lagt til Økonomi- og styringsavdelingen ved Kontor for brukeranskaffelser. Kontoret gjennomfører etatsdekkende anbudsprosesser på vegne av NAV Hjelpemidler og tilrettelegging og Arbeids- og velferdsdirektoratet etter en bestiller/utfører-modell.

En anskaffelse i Arbeids- og velferdsetaten er underlagt lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Oslo Economics har fått i oppdrag av ekspertutvalget å vurdere praksisen for offentlige anskaffelser av hjelpemidler.[210] Deres undersøkelse viser at reglene for offentlige anskaffelser blir fulgt innen anskaffelser av tekniske hjelpemidler. Dette blir understøttet av det faktum at formelle klager på anskaffelsesprosessene ev avgjort i favør av Arbeids- og velferdsetaten.

Det oppnevnes anskaffelsesteam for hver anskaffelse hvor ansatte fra hjelpemiddelsentralene deltar sammen med kontor for brukeranskaffelser. Hjelpemiddelsentralene oppnevner selv personer som skal delta i teamene med erfaring fra produktområdet. De samme fagpersonene deltar over flere avtaleperioder for å ivareta kontinuitet. Fagpersonene fra hjelpemiddelsentralene har ansvar for å innhente produkterfaringer fra hjelpemiddelsentralene og brukerarbeidet og bringe disse erfaringene inn i teamet.

Arbeids- og velferdsetaten har sentrale landsdekkende avtaler på 33 ulike produktgrupper på hjelpemiddelområdet. Figur 14.1 viser fordelingen på produktgrupper for disse avtalene. På noen produktområder er det ikke inngått sentrale rammeavtaler, fordi størrelsene på avtalene er under terskelverdien. Eksempler på slike produkter er visse kognitive hjelpemidler slik som elektroniske kalendere.

Figur 14.1 Anbudskonkurransenes fordeling på produktgrupper



Kilde: Oslo Economics

[210] Oslo Economics (2016) *"Vurdering av praksis for offentlige anskaffelser av tekniske hjelpemidler"*, utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet

Avtalene på hjelpemiddelområdet har vanligvis en varighet på to år med mulighet for forlengelse i ett år pluss ett år. På de fleste områdene forlenges avtalene, slik at de i praksis varer i fire år.

En anskaffelse innfor hjelpemiddelområdet består som regel av mange underliggende konkurranser. 26 av de 33 anbudskonkurransene har vært delt inn i ulike poster.

Ulike typer rammeavtaler kan benyttes i henhold til forskrift om offentlige anskaffelser. På en del poster er det inngått avtale med kun en leverandør. For mange poster blir det derimot inngått avtaler med flere leverandører (parallelle avtaler) om det samme produktet. Rammeavtalen gir da en fordelingsnøkkel mellom leverandørene og produktene rangeres.

14.2 Hjelpemidler tilpasset brukernes behov

Oslo Economics peker i sin utredning på at det er viktig at det offentlige legger til rette for at brukernes individuelle behov blir ivaretatt ved anskaffelsene. Et viktig tema er i hvilken grad det er mulig å ta hensyn til brukernes personlige preferanser.

Det er et mål at de nasjonale rammeavtalene inneholder produkter som dekker de fleste brukerbehov. For å sikre et godt utvalg, deles hver konkurranse innenfor en hovedproduktgruppe opp i mange produktposter. Det tildeles da en avtale per produktpost, eller flere parallelle avtaler per produktpost. Når parallelle avtaler benyttes, blir produktene rangert. Brukers behov skal legges til grunn for valg av produkt og behovet må begrunnes og dokumenteres dersom det høyest rangerte produktet ikke velges.

Brukerorganisasjonene har uttalt[211] at anskaffelsesprosessene kan føre til et smalere produktspekter å velge i, bl.a. fordi det innen visse produktgrupper er færre hjelpemidler å velge mellom. Oslo Economics peker på at det ikke finnes undersøkelser som direkte måler brukernes oppfatning av om brukerbehov dekkes. Undersøkelser som berører temaet avslører ikke stor grad av misnøye blant brukerne. Tilbakemeldinger fra brukersiden gjennom intervjuer gjør bildet noe mer nyansert. Ifølge tilbakemeldingene begrenses tilgangen på hjelpemidler på en uhensiktsmessig måte av anskaffelsesregimet sammenliknet med en situasjon med en konsesjonsordning, hvor alle produktene som godkjennes av Arbeids- og velferdsetaten tilbys til brukerne uten rangering. Etaten er forpliktet til å følge reglene om offentlige anskaffelser. Anskaffelsesregelverkets grunnleggende prinsipper gjør at " fritt brukervalg" ikke kan brukes som fordelingsnøkkel i parallelle avtaler.[212]

Dersom det ikke finnes noen hjelpemidler med rammeavtale som dekker brukers behov, kan hjelpemiddelsentralen søke om dispensasjon for å kjøpe inn andre hjelpemidler som hører til innenfor samme produktgruppe. Hjelpemiddelsentralen har da ansvar for å undersøke om produktet tilfredsstiller nødvendige tekniske krav. Egen logistikkrutine for hjelpemiddelsentralene beskriver hvordan produktkrav skal vurderes, bl.a. ved å se på hvilke krav som ble stilt i anskaffelsen for sammenliknbare produkter. Brukerne mener at dispensasjonsordningen er lite kjent og i liten grad kommuniseres til brukerne.

Tabellen nedenfor viser årlig omfang av dispensasjonssøknader for hjelpemidlene som hjelpemiddelsentralene håndterer.

[211] NOU 2010:5 Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering – Et helhetlig hjelpemiddeltilbud

[212] Oslo Economics (2016) *"Vurdering av praksis for offentlige anskaffelser av tekniske hjelpemidler"*, utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet

Tabell 14.1 Omfang av dispensasjonssøknader

	2012	2015	Endring
Antall brukere	130 000	135 000	4 pst.
Totalt antall hjelpemidler formidlet	202 532	292 110	44 pst.
Antall hjelpemidler formidlet per bruker	1,6	2,2	39 pst.
Antall innvilgede dispensasjonssøknader	843	1 306	55 pst.
Antall innvilgede søknader per bruker	0,6 pst.	1,0 pst.	

Kilde: Oslo Economics, basert på data fra Arbeids- og velferdsdirektoratet

I teorien vil rammeavtalene og dispensasjonsmuligheten gi "full" dekning av brukerbehov. En relativt lav grad av dispensasjonssøknader tilsier at rammeavtalene gir god dekning av brukerbehov. Oslo Economics viser imidlertid til at dispensasjonsmuligheten er lite kjent, og det bør derfor vurderes om hjelpemiddelsentralene og fagfolk i førstelinjen i større grad bør ta initiativ til bruk av dette og informere brukerne om denne muligheten i utredningsfasen, i de tilfeller hvor brukerens behov ikke blir tilstrekkelig godt dekket i de prisforhandlede alternativene.

Statistikk viser at produktet som er rangert først i parallelle rammeavtaler i høy grad blir valgt, og bruk av annet enn førsterangert produkt skjer kun i 2-5 pst. av innkjøpene. Utvalget har ikke kunnskap om at dette er problematisk og om dette er et signal på at brukers individuelle behov ikke er ivaretatt. Det kan tenkes at den førsterangerte avtalen oppfyller brukernes behov, men det kan også tenkes at brukerne "tvinges" til å velge dette produktet. Uansett bør det være enklest mulig å velge annet enn førsterangert produkt.

14.3 Effektiv priskonkurranse

14.3.1 Kvalitet kontra pris – gir prispress dårligere løsninger for brukerne?

Tildeling av kontrakt skjer på bakgrunn av det økonomisk mest fordelaktige tilbudet. Det er anskaffelsesteamene som utarbeider konkurransegrunnlagene, og oppfyllelse av brukerbehov står sentralt. Forholdet mellom pris og kvalitet varierer, bl.a. på bakgrunn av produkttypene som anskaffes og de foreliggende brukerbehovene. For avanserte hjelpemidler som skal dekke komplekse brukerbehov vektlegges kvalitet vist gjennom oppfyllelse av brukerbehov høyt, i noen konkurranser så høyt som 80 pst.

Arbeids- og velferdsetaten evaluerer ikke spesifikt livsløpskostnadene i anskaffelsen, men konkurransene innrettes på en slik måte at etatens fastsatte mål for gjenbruk kan nås. For å sikre god kvalitet på produktene stilles det bl.a. krav til at produktene er testet og tilfredsstiller kravene i relevante produktstandarder. Dette har vist seg å være en god måte å sikre at man får produkter med god kvalitet. Videre stilles spesifikke minimumskrav til kvalitet i de enkeltstående anskaffelsene. Kravene er basert på kunnskap om produkttypen og erfaringer om hva som er viktige kvalitetskrav. Tilbehør og reservedeler skal kunne leveres etter kontraktsperioden slik at hjelpemidlene kan repareres, tilpasses og gjenbrukes ved behov.

Anskaffelsesteamene innhenter erfaringer fra brukerarbeidet og de hjelpemidlene som har vært på avtale den siste perioden, og tar med seg denne kunnskapen inn i nye anskaffelser slik at det stilles relevante krav og evalueringskriterier i neste konkurranse.

Utvalget kjenner ikke til at det har vært gjort forskning eller undersøkelser som har hatt fokus på kvalitet på hjelpemidlene som forhandles av Arbeids- og velferdsetaten. Utvalget mener at innretningen i anskaffelsene i seg selv mest sannsynlig medfører at kvalitetsnivået holdes høyt.

Bransjeorganisasjonen Medtek Norge hevder at det er et økt prispress på leverandørene, og at dette har bidratt til at brukerne har fått enklere og mindre individuelt tilpassede hjelpemidler.[213] Arbeids- og velferdsetatens priskrav har ifølge organisasjonen ført til forenkling og stripping av utstyr fremfor innovasjon og produktutvikling.

Oslo Economics mener at konkurransen i hjelpemiddelmarkedet generelt ser ut til å være tilstrekkelig og at den bidrar til å holde prisene nede. Konkurranseintensiteten er i stor grad korrelert med den kontraktsmessige verdien til avtalene. Parallelle rammeavtaler sikrer at flere leverandører overlever i markedet. Samtidig er det hard konkurranse om å bli rangert som nummer 1 i avtalene.

14.3.2 Forutsigbarhet, kompetanse og mangfold hos leverandørene

De fleste avtalene inngås med en varighet på to år med opsjon på forlengelse av avtalene i ett år to ganger. Hvis man unnlater å bruke opsjonene vil leverandørene oftere få mulighet til å påvirke sin posisjon i markedet. Samtidig gjør hyppige produktskifter at hjelpemiddelsentralene og deres samarbeidspartnere i mindre grad klarer å bygge opp kompetanse på produktene før nye kommer inn, og det blir brukt mer ressurser på opplæring internt og av samarbeidspartnere og videre på utskifting av delelagre.

Anskaffelsene skal sikre effektiv ressursbruk av offentlige midler og rettferdig konkurranse i markedet. Arbeids- og velferdsetaten er ofte i en monopolsituasjon på hjelpemiddelområdet. De leverandørene som ikke når opp i konkurransen og samtidig ikke er med på et spekter av avtaler, er i en sårbar posisjon og risikerer å måtte omstille seg eller nedbemanne virksomheten sin. Bemanningsundersøkelser[214] blant leverandører har vist at det nedbemannes blant personell som bidrar til tilpasning og opplæring i bruk av hjelpemidler, service og kompetanseoverføring. Det kan være en utfordring dersom kompetansen hos leverandørene står i fare for å reduseres. Hjelpemiddelsentralenes ansatte har mange ulike produkter å forholde seg til, så det kreves mer av disse for å holde høy produktkunnskap.

Oslo Economics viser til at det er et stort mangfold i leverandørnæringen på hjelpemiddelområdet. Rammeavtalene blir inngått med både små og store leverandører. Majoriteten av leverandørene som det inngås avtaler med, har lang fartstid, idet 70 pst. av leverandørene har mer enn ti års erfaring. Rundt 10 pst. av leverandørene er etablert i løpet av de to siste årene før avtaleinngåelse. Det siste tyder på at det ikke er et sementert leverandørbilde. Leverandørnæringen mener selv at konkurransen er hard, men statistikk viser at det er relativt enkelt å få en avtale. I snitt er det 3,5 tilbydere per post, og i snitt tildeles det nesten to leverandøravtaler per post. I 30 pst. av anbudskonkurransene er det ingen tapere. Arbeids- og velferdsetaten er tilfreds med antall leverandører og konkurransen på markedet.[215]

14.3.3 Regionalisering av anskaffelsene

Rammeavtalene er hovedsakelig landsdekkende, dvs. at valgt leverandør skal kunne forsyne alle hjelpemiddelsentralene i Norge. Et unntak er på bilområdet (bilombygging), hvor hjelpemiddelsentralene organiserer regionale mini-konkurranser.

Fordelene ved landsdekkende rammeavtaler er bl.a. at brukerne får tilgang til de samme produktene uavhengig av bosted, og at det er stordriftsfordeler i administrasjon og logistikk. Landsdekkende rammeavtaler kan virke både innovasjonsfremmende og innovasjonshemmende. Større kontrakter gir

---

[213] Medtek Norge(2016) *"Hjelpemiddelformidling i Norge"*

[214] Medtek Norge (2016) *"Hjelpemiddelformidling i Norge"*

[215] Oslo Economics (2016) *"Vurdering av praksis for offentlige anskaffelser av tekniske hjelpemidler"*, utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet

potensielt større avkastning på nyutvikling av produkter, samtidig som mindre leverandører uten landsdekkende tilstedeværelse kan ekskluderes fra konkurransen.[216]

Mange leverandører mener at bruk av regionale rammeavtaler ville bidratt til mer innovasjon og produktutvikling, og ønsker seg mer av dette.[217] Sett fra Arbeids- og velferdsetatens side, ville flere regionale rammeavtaler medført større administrasjons- og logistikk-kostnader, samtidig som brukerne ikke på en enkel måte ville få tilgang til de samme produktene over hele landet.

14.4 Innovasjon og nye løsninger

Fornying og innovasjon er viktig for å dekke brukerbehov. Sentrale anskaffelser gjør det mulig for Arbeids- og velferdsetaten å jobbe med leverandørutvikling og være en pådriver overfor leverandørmarkedet i forhold til innovasjon og produktutvikling. Dette gjøres ved å stille konkrete krav til produktgrupper som påvirker og forbedrer kvaliteten på hjelpemidlene.

Regjeringen har satt økt fokus på anskaffelser i offentlig sektor, bl.a. i "Strategi for økt innovasjonseffekt av offentlige anskaffelser" fra 2013. Hensikten med strategien er å forbedre hvordan offentlig sektor foretar innkjøp innenfor rammene av gjeldende regelverk, i form av bedre behovsforankring, mer effektiv markedsdialog og økt vekt på livssykluskostnader.

Nasjonalt program for leverandørutvikling ble etablert som et femårig program 1. januar 2010 med mål om å øke kunnskapen om og gjennomføringen av innovative anskaffelser. Programmet videreføres i fem nye år, og Arbeids- og velferdsetaten vil fortsette å være partner i programmet frem til 2019. Programmet eies av NHO, KS og Difi.

Nye regler i lov om offentlige anskaffelser fra 1. januar 2017 presiserer adgangen til markedsdialog. Oppdragsgiver kan bruke markedsundersøkelser for å forberede anskaffelsen og motta råd som kan brukes i planleggingen eller gjennomføringen. En forutsetning for å arbeide på denne måten, er at aktivitetene ikke skal ha konkurransevridende effekt og at det sikres likebehandling.

Metodikken for innovative anskaffelser er videreutviklet og implementert som arbeidsmetodikk i alle anskaffelsesprosesser på hjelpemiddelområdet. Dette innebærer bl.a. utstrakt dialog med leverandørmarkedet og kravspesifikasjoner som er basert på brukerbehov fremfor tekniske spesifikasjoner og krav. Før utlysning av anbud, foregår flere aktiviteter i regi av anskaffelsesteamet for å kartlegge markedet, slik at eventuelle relevante nyvinninger på markedet ikke blir utestengt fra konkurransen.

Nye produkter som utvikles i avtaleperioden, vil derimot møte utfordringer der det allerede er tilsvarende prisforhandlede produkter på avtale. Det har vært pekt på, både fra brukernes organisasjoner og leverandørene, at dagens system begrenser tilgangen på gode hjelpemidler, og hemmer utviklingen av nye. På de fleste avtalene benyttes mulighetene for prolongering. På noen produktområder hvor den teknologiske utviklingen skjer raskt, kan intervaller på fire år bli lite hensiktsmessig. Det kan spørres om det i større grad burde vært lagt opp til innovasjon i form av å ta inn nye produkter i eksisterende avtaler.

Innovasjon i offentlige anskaffelser dreier seg ofte om anskaffelse av produkter og tjenester som enda ikke eksisterer. Innovasjon kan skje på ulike måter. Mye innovasjon på hjelpemiddelområdet vil skje internasjonalt uavhengig av hvordan norske anskaffelser gjennomføres. Noe innovasjon vil også kunne skje i Norge. På enkeltområder kan det være viktig at Arbeids- og velferdsetaten stimulerer innovasjon særskilt der hvor behovene er særnorske, f.eks. der språk eller klima er viktige faktorer.

---

[216] Oslo Economics (2016) *"Vurdering av praksis for offentlige anskaffelser av tekniske hjelpemidler"*, utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet

[217] Medtek Norge(2016) *"Hjelpemiddelformidling i Norge"*

14.5 Administrasjonskostnader

Hver ny anskaffelse medfører administrasjonsutgifter. Oslo Economics viser til at på hjelpemiddelområdet er administrasjonsutgiftene knyttet til innkjøp totalt sett lavere enn snittet i Norge, til tross for at det legges ned betydelige ressurser i bruker- og markedsinvolvering og på å forebygge og håndtere konflikter.

PWC har vist at transaksjonskostnader på anskaffelser i Norge generelt sett er 4,1 pst. av kontraktsverdien, hvorav 0,7 pst. hos oppdragsgiver og 3,4 pst. hos tilbydere.[218]

Arbeids- og velferdsetaten benytter om lag 30-40 årsverk på sitt arbeid med anskaffelser. Dette har en anslått kostnad på 26-36 mill. kroner. Tilbyderne har samlet en estimert kostnad på 38 mill. kroner årlig, ved 150 timer som gjennomsnittlig timeforbruk per konkurranse. Fordelt på en anskaffelsesverdi for hjelpemidler på 5 mrd. kroner årlig, gir dette transaksjonskostnader på under 1,5 pst. av kontraktsverdien.

Tilbydernes administrasjonskostnader synes å være vesentlig lavere på hjelpemiddelområdet sammenliknet med andre markeder i Norge. Dette kan skyldes at mange kontrakter er store, og at mange leverer flere tilbud, og dermed realiserer stordriftsfordeler av dette. Leverandørene peker likevel på at de oppfatter at utarbeidelsen av tilbudsmateriell krever "unødvendig mye" tidsbruk.[219]

Alle overganger til nye rammeavtaler krever mye også av hjelpemiddelsentralene og samarbeidspartnere. Det forventes at hjelpemiddelsentralene har tilstrekkelig kompetanse om alle hjelpemidler på avtale, og innføring av nye produkter medfører opplæring i alle ledd, både internt og eksternt. På logistikksiden er det en utfordring å ha både nye deler tilgjengelige, samtidig som deler til gjenbrukte og utgåtte hjelpemidler også må være tilgjengelig.

14.6 Utvalgets vurderinger

Utvalget vurderer at de sentrale målene i anskaffelsene er god dekning av brukerbehov og høy innovasjonstakt, samtidig som statens ressurser utnyttes effektivt, både ved lav pris på innkjøpte produkter og tjenester i tillegg til lave administrasjonskostnader.

Det er ikke mulig å nå alle mål fullt ut i anskaffelsene. I stor grad vil det eksistere konflikter mellom ulike mål og hensyn. Oslo Economics viser i sin rapport til at dagens anskaffelser av tekniske hjelpemidler skjer på en hensiktsmessig måte. I all hovedsak synes det som om Arbeids- og velferdsetaten lykkes i å avveie ulike mål mot hverandre på en god måte, samtidig som de holder seg trygt innenfor anskaffelsesreglementet.

Utvalget vurderer at det ikke er vesentlig effektiviseringspotensial knyttet til anskaffelser av hjelpemidler, og vil ikke foreslå endringer knyttet til hvordan de statlig finansierte hjelpemidlene skal anskaffes i fremtiden. Utvalget anbefaler fortsatt bruk av parallelle rammeavtaler i så stor grad som mulig for å gi brukerne et stort spekter å velge blant.

Hjelpemiddelsentralene bør vurdere om de har en praksis som godt nok legger til rette for å imøtekomme brukeres behov for å velge ikke-førsterangert produkt når situasjonen tilsier det. Det bør utvikles klarere kriterier, veiledere og verktøy og det bør gis signaler fra hjelpemiddelsentralene til lokale formidlere om at brukere i større grad kan velge produkter fra annet enn førsterangert avtale når utredningen peker i den retningen. Det er også viktig at muligheten for dispensasjonssøknader blir

[218] PricewaterhouseCoopers (2011) *"Public Procurement in Europe: Cost and Effectiveness",* utarbeidet for EU-kommisjonen mars 2011

[219] Oslo Economics (2016) *"Vurdering av praksis for offentlige anskaffelser av tekniske hjelpemidler"*, utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet

informert om i de aktuelle formidlingssituasjonene. I opplæring av førstelinjen er det viktig å belyse at brukerens individuelle behov for riktig hjelpemiddel skal vektlegges i formidlingsprosessen.

Videre ønsker utvalget å peke på at det bør vurderes å videreutvikle og øke omfanget av innovasjonspartnerskapet med norske leverandører innenfor rådende regelverk.

Utvalget foreslår at det gjøres undersøkelser over tid som har til mål å avdekke hvordan kvaliteten på hjelpemidler påvirkes av innretningene av rammeavtalene.

15 Kompetanse- og kunnskapsutvikling som harmonerer med fremtidens krav

15.1 Kompetanse i hjelpemiddelsystemet

Hjelpemidler skal sikre like muligheter til å delta for alle, uavhengig av funksjon og omgivelser. Norske og internasjonale fagmiljø er enige i at formidling av tekniske hjelpemidler bør ses på som en prosess hvor bl.a. følgende tema skal inngå: kartlegging, vurdering, bestilling/ anskaffelser, oppfølging og evaluering.[220] Det er også bred enighet om at hjelpemiddelformidling skal være brukerorientert, ved at brukerens ønsker og behov skal være styrende gjennom hele formidlingsprosessen.[221] Tilgang på kompetente og brukerorienterte fagfolk er essensielt for å nå målet om rett hjelpemiddel til rett tid.

15.1.1 Kompetanse i kommunene

Som kjent omfatter kommunenes ansvar alle ledd av formidlingsprosessen, herunder ansvaret for hjelpemidler til korttidsbruk og i institusjon (som hovedregel). God kompetanse i kommunene er helt avgjørende for en effektiv og robust hjelpemiddelformidling, og for å sikre at brukerne får en god tjeneste. Det ble i 2015 tildelt hjelpemidler til om lag 134 500 personer fra hjelpemiddelsentralene. Av disse personene var kun om lag 11 pst. i direkte kontakt med en hjelpemiddelsentral i utredningsfasen. I tillegg kommer brukere av hjelpemidler som er et kommunalt ansvar.

Kommunene har i noe ulik grad kompetanse på hjelpemiddelområdet. Som omtalt i kapittel 8 er det en del kommuner som ikke har ergoterapeut knyttet til sin virksomhet. Kommunene må kunne sies å ha relativt god kompetanse på enklere hjelpemidler – både gjennom sitt generelle formidlingsansvar, samt sitt finansieringsansvar for hjelpemidler til korttidsbehov. Hagen-utvalget foreslo en tredobling av ergoterapeuter i kommunene for å styrke arbeidet med aktiv omsorg, rehabilitering, velferdsteknologi og tekniske hjelpemiddel.[222] Som nevnt er Regjeringen nå i en prosess med å innføre kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven, og det er anbefalt at bl.a. ergoterapi blir en lovpålagt kommunal tjeneste.[223] Regjeringen ønsker også å styrke rekruttering, kompetanse og

---

[220] AAATE og EASTIN (2012) *"Service delivery systems for assistive technology in Europe",* Position paper, Association for the advancement of assistive technology in Europe (AAATE) and European assistive technology information network (EASTIN)

Norsk Ergoterapeutforbund (2011) *"Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling"*

[221] Socialstyrelsen (2014) *"Formidling av hjelpemidler til voksne borgere*. *Sociale indsatser, der virker"*

AAATE og EASTIN (2012) *"Service delivery systems for assistive technology in Europe",* Position paper, Association for the advancement of assistive technology in Europe (AAATE) and European assistive technology information network (EASTIN)

Norsk Ergoterapeutforbund (2011) *"Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling"*

Albert M. Cook og Janice Miller Polgar (2008) *"Assistive technologies. Principles and practice",* Third edition, St. Louis, Missouri, Mosby Elsevier

Else Marie Jensen (2003) *"Metodebog i hjælepmiddelformidling",* København, Munksgaard

[222] NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

[223] Se Innst. 40 S (2015–2016)

fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgssektoren gjennom Kompetanseløft 2020 for å møte de fremtidige behovene for kompetanse i kommunene.[224]

Samhandlingsreformen var et viktig statlig virkemiddel for å møte omsorgsutfordringene i fremtiden.[225] Det pågår nå en kommunereform for å styrke det lokale selvstyret og gjøre det mulig å løse flere oppgaver nærmere innbyggerne. Kompetansebygging er et av mange tiltak i kommunesektoren for å møte omsorgsutfordringene som kommer. Samhandlingsreformen legger vekt på tidlig intervensjon for å unngå, utsette eller redusere sykdom, og med den nye folkehelseloven er kommunens ansvar for å arbeide med nettopp dette nedfelt i lov. Det er et mål at den enkelte skal bli mest mulig selvhjulpen i daglige gjøremål.[226] Helsetjenesten skal også innebære opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål dersom det er formålstjenlig.

En økende tverrfaglighet i kommunehelsetjenesten, sammen med vektlegging av brukermedvirkning og helhetlig forståelse av brukers situasjon, vil bidra til gode tilretteleggingsløsninger, men dette kan være vanskelig å få til i praksis. Der hjelpemidler skal brukes og følges opp av flere, bør de ulike aktørene dele forståelse og arbeide mot samme mål. Gode kommunikasjonsarenaer er sentralt for å sikre gode arbeidsprosesser.

Ved godt tilrettelagte omgivelser kan behovet for individuelle tilrettelegginger reduseres. Mange kommuner jobber godt og systematisk med tematikken universell utforming, og har en godt fungerende boligrådgivningstjeneste. Dette arbeidet bør fortsette og styrkes.

15.1.2 NAV Hjelpemiddelsentral

Kommunene mottar relativt utstrakt opplæring fra hjelpemiddelsentralene. Det avholdes årlig om lag 450 kurs. Det utvikles stadig flere e-læringskurs som når mange fagpersoner, og i tillegg skjer det en stor grad av skulder-til-skulder-opplæring både under utprøving av hjelpemidler og ved tilpasning og reparasjon av hjelpemidler.

Hjelpemiddelsentralene er de sentrale ressurs- og kompetansemiljøene i Arbeids- og velferdsetaten. En av utfordringene for hjelpemiddelsentralene er å holde seg oppdatert på den teknologiske utviklingen og ha oversikt over løsningsmuligheter for aktuelle brukergrupper til enhver tid. Ved økt bruk av velferdsteknologi i kommunene, vil det sannsynligvis bli en økt etterspørsel etter støtte og veiledning knyttet til brukergrensesnitt, muligheter og begrensinger ved ulike løsninger.

Det er god teknologisk kompetanse i de tverrfaglige miljøene på hjelpemiddelområdet som kan videreutvikles og styrkes i en nasjonal satsing både på kort og lengre sikt. Det kan tenkes at kompetanse om mer avansert teknologi vil bli etterspurt i enda høyere grad enn det er i dag.

15.1.3 Leverandørene

Hjelpemiddelleverandørene besitter sentral kompetanse i dagens hjelpemiddelsystem. Det har de senere år vært en viss dreining fra kjøp av tjenester fra leverandører mot at hjelpemiddelsentralene heller utfører tjenestene selv. Det har vært en styrking av driftsbudsjettene for å få til denne dreiningen. Samtidig har dette gitt en vesentlig reduksjon av tjenestekjøpskostnadene slik at det totalt sett har gitt en netto kostnadsmessig gevinst. Dette har fått konsekvenser for leverandørene, men har samtidig ført til at hjelpemiddelsentralene får et høyere kompetansenivå selv, noe som har vært en ønsket utvikling. Det er særlig for de mest kompliserte hjelpemidlene at hjelpemiddelsentralene kjøper

[224] Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet

[225] St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid

[226] Jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

tjenester til tilpasning, montering og opplæring. Manglende kapasitet ved hjelpemiddelsentralene skal ikke være et argument for å kjøpe tjenesten fra leverandør.

Hjelpemiddelsentralene samarbeider med leverandørene om å holde kurs for andre samarbeidspartnere. Når det f.eks. inngås nye rammeavtaler, avholdes det messer eller kurs hvor leverandørene kommer for å vise frem de nye produktene som er på avtale. Det avholdes også mange andre typer kurs hvor leverandørene er en viktig bidragsyter.

Ved mange utprøvinger, enten på hjelpemiddelsentralen eller i brukers nærmiljø, hender det svært ofte at både leverandør, rådgiver og tekniker fra hjelpemiddelsentralen er til stede sammen med bruker og formidler fra førstelinjen. Dette er viktige arenaer for kompetansedeling mellom leverandør, hjelpemiddelsentralens ansatte, bruker og formidler.

Leverandørene er naturlig nok også sentrale aktører i utvikling av nye produkter – ofte i et samspill med hjelpemiddelsentralene, som gjennom sitt arbeid med konkrete saker får kompetanse på brukernes behov.

15.1.4 Nasjonale kompetansemiljø

Arbeids- og velferdsetaten
Arbeids- og velferdsetaten etablerte i 2011 et nytt kompetansesenter på hjelpemiddel- og tilretteleggingsområdet. Byggesteinene i senteret er bl.a. tidligere spesialenheter for IKT-hjelpemidler og NAV Senter for yrkesrettet attføring (SYA). Det overordnede målet med å opprette NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse var å imøtekomme krav og utfordringer i Arbeids- og velferdsetaten knyttet til større grad av arbeidsretting. Det var nødvendig med økt innsats på områdene arbeid og utdanning både i det brukerrettede og det systemrettede arbeidet. Kompetansesenteret skulle være en støtte for både hjelpemiddelsentralenes og NAV-kontorenes kompetanseutvikling innen fagområdet. Stimulering til økt tverrfaglig samarbeid med andre enheter i Arbeids- og velferdsetaten (NAV-kontor, arbeidslivssentrene, arbeidsrådgivningskontorene og hjelpemiddelsentralene) var sentrale oppgaver for kompetansesenteret.

Fra 1. september 2016 ble fagsekretariatet i NAV Hjelpemidler og tilrettelegging og avdeling Innsats ved kompetansesenteret formelt slått sammen til en ny nasjonal fagenhet. Den nye enheten skal kun arbeide systemrettet og understøtte arbeidet på hjelpemiddelsentralene og i resultatområdet. Enheten skal fremme og understøtte utviklingsarbeid i NAV Hjelpemidler og tilrettelegging, koordinere informasjonsarbeid, legge til rette for kunnskapsdeling og erfaringsutveksling, legge til rette for samhandling og være en kunnskapsrik samfunnsaktør. Enheten vil bestå av 22-25 medarbeidere. Alle brukerrettede tjenester er faset ut av kompetansesenteret og lagt ut til hjelpemiddelsentralene fra 1. januar 2017. Målet med dette er bl.a. å styrke den spesialiserte kompetansen lokalt og gjennom dette styrke de brukernære tjenestene.

Helsedirektoratet
Helsedirektoratet har ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelsen, samt å følge med på utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. På dette grunnlaget skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen. Helsedirektoratet skal sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder.

Direktoratet for e-helse
Direktoratet for e-helse skal sørge for nasjonal koordinering og styring av e-helseområdet. Dette skal gjøres i samarbeid med helseforetak, kommuner, myndigheter og interesseorganisasjoner. Oppdraget er å realisere digitale løsninger som forenkler og forbedrer helse- og omsorgssektoren. Nasjonalt velferdsteknologiprogram er et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og KS.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram
Det er et stort potensial i å se på utviklingen av innovative løsninger for å møte fremtidens omsorgsutfordringer i sammenheng med hjelpemiddelsystemet. Velferdsteknologi har etter hvert blitt stadig mer inkorporert i de kommunale tjenestene gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram – Samveis. Programmet har et kommunalt perspektiv, og tjenesteinnovasjon er et sentralt virkemiddel. Det er foreløpig noe variasjon mellom kommunene i hvilken grad de har tatt velferdsteknologiske løsninger i bruk, men kompetansen i kommunene blir stadig styrket knyttet til bruk av nye, teknologiske løsninger. Enkelte kommuner har kommet relativt langt på dette feltet, og det er grunn til å tro at kompetansen på dette området vil bli vesentlig styrket i kommunene mer generelt i årene som kommer. Det er et mål at velferdsteknologi skal være en integrert del av helse- og omsorgstjenestetilbudet innen 2020.

Regelverk og offentlige støtteordninger setter ofte grenser i forhold til sektorovergripende tjenester og løsninger. I fremtiden blir det trolig viktigere å se muligheter og utnytte teknologien på flere arenaer. Det er viktig at sektorgrenser ikke begrenser utviklingspotensialet.

Statped
Det statlig pedagogiske støttesystemet er et nasjonalt nettverk av spesialpedagogiske kompetansesentra som skal bistå kommuner/ fylkeskommuner med å legge til rette for opplæring av barn, unge og voksne med særskilte opplæringsbehov. Statped består bl.a. av elleve ulike kompetansesentra som arbeider med fagområdene syn, hørsel, språk/ tale kommunikasjon, ervervet hjerneskade, læringsmiljø/ problematferd og sammensatte læringsvansker. Kompetansesentrene har hjelpemidler og tilrettelegging som en del av sitt ansvarsområde, og det er inngått en intensjonsavtale mellom Statped og hjelpemiddelsentralene om samarbeid.

15.2 Kompetansekrav i fremtiden

Når man snakker om behovet for et kompetent formidlingssystem for hjelpemidler og tilrettelegging i fremtiden, dreier dette seg ofte om antakelsen om at den rivende teknologiske utviklingen utfordrer kompetansen i dagens system. Samtidig vet vi at det vil bli flere brukere av hjelpemidler og hjelpemiddelsystemets tjenester i fremtiden. Dette setter nye krav til dagens system, og hvordan man sørger for å være i forkant av utviklingen. Det er grunn til å tro at både kommuner og hjelpemiddelsentraler vil måtte løse fremtidens utfordringer med mindre ressurser per bruker enn i dag, samtidig som tilgangen på ny teknologi bare vil øke, og slik sett gi et langt mer komplekst tilbud av løsninger. Det vil trolig også være en klar forventning fra fremtidens brukere at man møter et kompetent formidlingsmiljø som har god oversikt over alle potensielle løsninger – både i form av løsninger man har et finansieringsansvar for, men også løsninger som kan gi en god effekt for brukeren uten at det kan klassifiseres som et hjelpemiddel, eller et produkt/ løsning det skal gis stønad til. Med stadig mer avansert teknologi på hjelpemiddelområdet er det dessuten viktig å kunne ivareta innovasjon, funksjon og sikkerhet.

Hjelpemiddelområdet er et sammensatt og tverrfaglig felt, der flere aktører har ansvar. Når man snakker om kompetanse, og fremtidens kompetansekrav, handler dette om kompetanse flere steder – ikke bare i hjelpemiddelsentralene. Som nevnt i kapittel 13 kan informasjon, kunnskapsdeling og læring på digitale plattformer fremover bidra til at flere samarbeidsparter og hjelpere i brukers nærmiljø får økt sin kompetanse. Pleieassistenter og annet omsorgspersonell må bl.a. ha tilstrekkelig kunnskap til å betjene hjelpemidlene. Utvalget mener hjelpemiddelsentralene fremover må se på kompetanse i bred forstand og tenke nytt rundt digital læring, og det må utvikles systemer som ivaretar digital kompetansedeling mellom hjelpemiddelsentral, kommune og bruker.

Hjelpemiddelformidling er et komplekst samspill mellom menneske, aktivitet og omgivelser. God hjelpemiddelformidling innebærer forståelse for dette samspillet og for endringsprosessene som settes i gang når en innfører ny teknologi. På dette feltet er det behov for mange typer kunnskap og ferdigheter. Et helt sentralt element for å sikre et robust og godt formidlingssystem for hjelpemidler og tilrettelegging i fremtiden, er å sikre en *kunnskapsbasert* formidlingskjede.

15.3 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og "pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen".[227] Å arbeide kunnskapsbasert betyr derfor å integrere flere kunnskapsformer.

For å få til gode tilretteleggingsløsninger, er det nødvendig å gi rom for, anerkjenne og bygge videre på kunnskapene, erfaringene og kompetansen til brukere av hjelpemidler og deres nærstående på egne behov og egen situasjon. Som tidligere nevnt, bør det vurderes om brukerpassordningen kan gi større mulighetsrom enn det dagens ordning legger opp til, slik at kompetente brukere i enda større grad kan ivareta egne behov. Retten til å ta valg og medbestemme i hjelpemiddelformidlingsprosesser må likevel ikke utelukke rett til faglig veiledning og formidling. Tverrfaglig samarbeid med bruker gir grunnlag for å forstå brukers unike situasjon og aktivitetsproblemet som man skal løse. Fagpersoner bruker sine erfaringer fra tidligere praksissituasjoner, men også faglige modeller, teorier og referanserammer. Skjønn og vurderinger er vesentlig i kliniske vurderinger.

Fagpersoner skal arbeide kunnskapsbasert, og arbeidsgiver er pålagt å gi de ansatte mulighet til å delta på nødvendige kurs eller oppdatere seg på andre måter. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 presiserer at kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse blir sikret. Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 tydeliggjør kommunens ansvar for å legge til rette for at de ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning.

De siste tiårene har det skjedd en økt vektlegging av systematisk forskingskunnskap som grunnlag for praksis. Innen hjelpemiddelområdet har det likevel vært lite forskning, selv om den internasjonale forskningen på feltet har økt kraftig i omfang de siste årene. [228]

15.4 Forskning og innovasjon

Det finnes i dag ingen egen enhet med et overordnet og helhetlig ansvar for forskning og innovasjon på hjelpemiddelområdet. Mange ulike aktører har ansvar for forskning innen hjelpemiddelområdet og tilgrensende områder. I dette avsnittet beskrives de viktigste miljøene, programmene og overordnede strategiene.

Et viktig prosjekt som er gjort i Norge de siste årene er Sintef-undersøkelsen som oppsummerer forskning på området. Undersøkelsen slår fast at forskning på tekniske hjelpemidler er manglende og fragmentert.[229]

Et annet relevant arbeid på området er Norsk Ergoterapiforbunds *Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling*. Arbeidet baserer seg på aktuell forskning og erfaringer. Retningslinjene er utviklet sammen med eksperter på området, brukerorganisasjoner og samarbeidspartnere ut i fra internasjonale standarder.[230]

---

[227] Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester og Høgskolen i Bergen (2010), i Nils Erik Ness (2011) *"Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse: Et kunnskapsbasert grunnlag*", Trondheim, Tapir akademisk

[228] Nils Erik Ness (2011) *"Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse: Et kunnskapsbasert grunnlag",* Trondheim, Tapir akademisk

Lise Fjeldvik (2009) *"Kunnskapsbasert praksis på hjelpemiddelområdet"*, Ergoterapeuten (7)

[229] Nanna Kurtze og Karl-Gerhard Hem (2009) *"Utrednings- og forskningsprosjekt om hjelpemiddelformidling, tilrettelegging og rehabilitering som fag- og forskningsfelt"*, Sintef Teknologi og samfunn

[230] Norsk Ergoterapiforbund (2010) *"Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling"*

15.4.1 Arbeids- og sosialdepartementet og Arbeids- og velferdsetaten

Det er per i dag ingen overordnet plan for forskning eller innovasjon i Arbeids- og velferdsetaten eller Arbeids- og sosialdepartementet. Holte-utvalget foreslo en strategi for kompetanse, forskning og innovasjon, men forslaget er ikke fulgt opp utover at det tidligere har vært diskutert muligheter for en slik felles strategi mellom Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Det nasjonale fagenheten under NAV Hjelpemidler og tilrettelegging kan sies å ha et nasjonalt pådriveransvar for kompetanseutvikling, og har mange ulike aktiviteter knyttet til dette. Fagenheten arbeider selv i liten grad med aktiviteter som kan kalles forskning og innovasjon. Det er imidlertid satt av midler til innovasjon av nye produkter og tjenester under NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. For 2016 var satsingsområdene "Mestring og deltakelse for barn og unge" og "Tilrettelegging i arbeidslivet".

15.4.2 Helse- og omsorgsdepartementet

HelseOmsorg21-strategien er en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi utarbeidet av sentrale aktører fra pasientorganisasjoner, sykehus, kommuner, universitets- og høyskolemiljøer og næringsliv. Strategien ble overlevert regjeringen 25. juni 2014. Målet med strategien er å skape en målrettet og helhetlig innsats for det 21. århundre i verdikjeden fra forskning til innovasjon og kommersialisering. Hovedansvaret for oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien ligger på aktørene selv gjennom å dra utviklingen fremover og understøtte implementering av strategien i egen sektor eller bransje. Helse- og omsorgsdepartementet har oppnevnt HelseOmsorg21-rådet, som skal bidra til en samkjørt og helhetlig oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Rådet skal bidra til å sikre dialog og etablere møteplasser for de ulike aktørene. Rådet består av sentrale personer fra brukerorganisasjoner, kommunesektoren, sykehus, universitetene og høyskolene, offentlig forvaltning og næringsliv. Rådet bidrar til at offentlige og private aktører og brukere arbeider for å nå målsettingene fra strategien.

I november 2015 la Regjeringen frem en handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien som inneholder 40 tiltak på til sammen ti områder. Noen av disse områdene skisseres under.

Brukermedvirkning i alle ledd av forsknings- og innovasjonsprosessen er satt på dagsorden i strategien og handlingsplanen. I tillegg vil Regjeringen la pasienter og brukere få en styrket rolle i å identifisere og prioritere hva det skal forskes på gjennom det som er omtalt som "behovsidentifisert forskning". De programmene som Helse- og omsorgsdepartementet finansierer gjennom Norges forskningsråd skal benytte dette virkemidlet. Alle prosjekter skal også vurderes både for forskningskvalitet og nytte for sluttbruker.

Et annet prioritert område i handlingsplanen er å legge til rette for forskning og innovasjon inn mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunene skal i større grad medvirke til og legge til rette for forskning og innovasjon, bl.a. innen velferdsteknologi. Departementet har gitt kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten et nytt samfunnsoppdrag som bl.a. innebærer et ansvar for å delta i praksisnær forskning og i relevante forskningsnettverk.

Det er opprettet fem regionale sentre for omsorgsforskning som har som mandat å styrke praksisnær forskning og utvikling, drive forskningsformidling overfor kommunene og utdanningssektoren og bidra til kompetanseheving i omsorgssektoren. Sentrene skal være en nasjonal, regional og lokal ressurs innen forsknings- og utviklingsarbeid. Det er et mål at praksisnære forskningsresultater skal komme til nytte i kommunene. Sentrene er etablert i Nord-Norge, Midt-Norge, Vestlandet, Sørlandet og Østlandet. De utgjør et nasjonalt nettverk som koordineres fra Gjøvik (Østlandet).

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse ble etablert i 1997 med særskilt fokus på demens. Senteret er statlig finansiert og er organisert i Helse Sør-Øst under Sykehuset i Vestfold og Oslo universitetssykehus. Fagområdene er utvidet, og inneholder nå demens, funksjonshemming og aldring, utviklingshemming og aldring og alderspsykiatri. Senteret har bl.a. forsket på kognitive hjelpemidler til yngre personer med demens.

15.4.3 Forskningsrådet

Gjennom de regionale helseforetakene og Norges forskningsråd finansierer Helse- og omsorgsdepartementet forskning gjennom øremerkede midler. Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet finansierer programmet *Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester* (HELSEVEL), som er et tjenesteprogram som finansierer forskningen innenfor velferdstjenestene, barnevernstjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Gjennom dette programmet skal en legge til rette for en helhetlig tenkning på forskning og innovasjon mellom de ulike tjenesteområdene.

Active and Assisted Living Joint Programme (AAL JP, 2014-2020) er en videreføring av det europeiske forsknings- og innovasjonsprogrammet *Ambient Assisted Living JP* (2008-2013). Norske myndigheter har besluttet at Norge skal delta i den nye AAL-programperioden. Den norske deltakelsen vil forvaltes av Norges forskningsråd.

AAL-programmets mål er å:

- Øke tilgjengeligheten til IKT-baserte produkter og tjenester som kan bidra til en aktiv og sunn aldring, bedre livskvalitet for eldre og pårørende og økt kvalitet i helse- og omsorgssystemene
- Sikre kritisk masse av europeiske virksomheter som driver anvendt forskning og innovasjon av IKT-baserte produkter og tjenester for eldre
- Stimulere til privat investering og bedre mulighetene for industrialisering og kommersialisering gjennom å utvikle felles rammeverk, standarder og retningslinjer

AAL-programmet er opptatt av sterk brukerinvolvering i prosjektene og god deltakelse fra små og mellomstore bedrifter.

I de tre nye helseforskningsprogrammene som Helse- og omsorgsdepartementet finansierer gjennom Norges forskningsråd er det lagt vekt på forskning og innovasjon i kommunene. I tillegg understreker handlingsplanen behovet for samarbeid om innovasjon og næringsutvikling.

15.4.4 Universitet- og høyskolesektoren

Universitets- og høyskolesektoren er involvert i hjelpemiddelområdet på ulike måter. I tilknytning til disse miljøene foregår FoU-arbeid med relevans for hjelpemiddelfeltet. Eksempler på dette er utvikling av teknologi til bruk for personer med funksjonsnedsettelse, samfunnsvitenskapelig forskning som belyser og utvider forståelse av funksjonsnedsettelse, deltakelse og aktivitet og brukererfaringer med hjelpemidler og hjelpemiddelformidling. Implementering og organisering av velferdsteknologiske løsninger er andre relevante eksempler. Universitets- og høyskolesektoren bidrar også til å dekke kommunenes, hjelpemiddelsentralenes, spesialisthelsetjenestens og andre relevante arbeidssteders behov for kompetent fagpersonell. Universitetene og høyskolene utdanner brukerorienterte fagpersoner som skal arbeide tverrfaglig. Mange ulike typer kompetanse er relevant på feltet hjelpemidler og tilrettelegging. Ytterligere bidrag gjennom relevante master- og videreutdanningstilbud vil være med på å heve kompetansen på området.

15.5 Utvalgets vurderinger

Utvalget mener at tilgang på kompetente og brukerorienterte fagfolk er essensielt for å nå målet om rett hjelpemiddel til rett tid. Utvalget foreslår en satsing på kompetanse som et sentralt ledd i kvalitets- og tjenesteutvikling i førstelinjen. Kommunene bør stimuleres til å ansette flere ergoterapeuter. Utvalget støtter Regjeringens arbeid på dette området, og understreker viktigheten av ytterligere satsinger.

Med stadig mer avansert teknologi på hjelpemiddelområdet er det viktig å kunne ivareta innovasjon, funksjon og sikkerhet. Hjelpemiddelformidling er et komplekst samspill mellom menneske, aktivitet og omgivelser. Informasjon, kunnskapsdeling og læring på digitale plattformer vil fremover kunne bidra til

at flere samarbeidsparter og hjelpere i brukers nærmiljø får økt sin kompetanse. Utvalget mener hjelpemiddelsentralene fremover må se på kompetanse i bred forstand og tenke nytt rundt digital læring, og det må utvikles systemer som ivaretar digital kompetansedeling mellom hjelpemiddelsentral, kommune og bruker.

For å få til gode tilretteleggingsløsninger, er det nødvendig å gi rom for, anerkjenne og bygge videre på kunnskap og erfaringer. Fagfeltet hjelpemidler og tilrettelegging har etter utvalgets vurdering behov for et løft i form av forskning og utvikling i tiden fremover. Dette er et tverrfaglig og tverretatlig område med stort potensiale til å få frem ny og nyttig kunnskap. Medisinske og teknologiske perspektiver er nødvendige, men ikke tilstrekkelig til å få løftet forståelse for dette feltet. Det er også behov for samfunnsvitenskapelig og humanistisk forskning for å synliggjøre og ivareta samspillet mellom menneske, teknologi, omgivelse, kultur, samfunn, økonomi og politikk. Dersom en skal fremme aktivitet og deltakelse, er det ikke nok å arbeide opp mot enkeltindividet, men en må også rette blikket mot samfunnsstrukturer, kultur, sosiokulturelle holdninger, verdier og normer.

Det er behov for kartlegging av miljøene i Norge som arbeider med teknologi, hjelpemidler, universell utforming og velferdsteknologi for å lage en helhetlig plan for å dekke behovet for forskning og kunnskap fremover. Det er viktig å få oversikt over hvilke kunnskapshull som finnes på området. Ut fra denne kunnskapen bør det utvikles et eget forskningsprogram, eventuelt kan hjelpemiddelområdet være en del av et større forskningsprogram.

Utvalget ønsker å trekke frem flere områder hvor det er aktuelt å stimulere til forskning:

- Dybdekunnskap om hvordan formidlingssystemet fungerer for brukerne
- Gode grunnlagsdata/ kvantitative data som måler resultater og effekter (benchmarking)
- Betydningen av hjelpemidler/ tilrettelegging for å få flere i arbeid
- Kunnskapsoppsummering av forskning på hjelpemiddelområdet

Forskningen skal ha et mestrings- og deltakelsesperspektiv, og det kan også være hensiktsmessig at det forskes på myter og holdninger på bl.a. temaene funksjonshemming, aldring og teknologi.

Gode IKT-systemer i hele formidlingskjeden vil som tidligere nevnt bl.a. legge til rette for god informasjons- og kunnskapsdeling mellom aktørene. Digital samhandling vil være viktig for kunnskapsutviklingen på hjelpemiddelområdet, både gjennom digitale læringsprogrammer, umiddelbarhet til informasjon og kunnskap, og ved at brukere kan evaluere prosess og løsning digitalt, og på den måten tilføre formidlingssystemet verdifull kunnskap.

Det må satses på innovasjon og produktutvikling ved å høste av den innovasjonen, produktutviklingen og forskningen som foregår internasjonalt, samtidig som nasjonale initiativ og muligheter stimuleres og ivaretas.

16 Økonomiske og administrative konsekvenser

Det fremgår av mandatet at utvalget skal vurdere de økonomiske og administrative konsekvensene på kort og lang sikt av forslagene man fremmer. Minst ett av forslagene til utvalget skal baseres på uendret ressursbruk.

Utvalget vil påpeke at en vurdering av disse konsekvenser må basere seg på en bred samfunnsøkonomisk analyse. Som det fremgår, legger utvalget til grunn at det i fremtiden vil bli langt flere brukere av hjelpemidler og tilretteleggingstjenester som følge av en aldrende befolkning. Det vil således bli en økning i de kommunale og statlige utgiftene i tiden fremover, gitt at det ikke gjøres kostnadsdempende grep. Utvalget vil igjen få påpeke viktigheten av at det investeres i hjelpemidler og tilrettelegging i årene som kommer. Det vil etter utvalgets vurdering åpenbart være god samfunnsøkonomi å øke innsatsen på dette området sammenliknet med dagens nivå. Samtidig vil det også være en utfordring å møte det økte kostnadspresset som en aldrende befolkning gir.

Utvalget foreslår en justering av ansvarsdelingen mellom staten (folketrygden) og kommunene/ Husbanken. Gjennom disse forslagene legger utvalget til grunn at kostnadene blir tilsvarende som i dagens system, men med en annen ansvarsdeling. Utvalget legger til grunn at kommunene/Husbanken kompenseres tilsvarende for det økte ansvaret. Utvalget har ikke funnet grunnlag for å kvantifisere størrelsene ved en slik ansvarsoverføring. Forslagene er altså basert på at dette vil gi en mer effektiv formidling/ forvaltning, og kan således på sikt gi mindre innsparinger av administrativ karakter. Utvalget legger også til grunn at det kan påløpe visse kostnader i etableringsfasen, men mener at disse vil spares inn igjen på lengre sikt.

Utvalget legger videre til grunn at frigjøring av administrative ressurser gjennom mer effektive formidlingsprosesser i Arbeids- og velferdsetaten vil gi mer ressurser i etaten til å gi en bedre tjeneste til brukere med mer komplekse og sammensatte behov.

Utvalget har vektlagt betydningen av effektive IKT-systemer. Gode IKT-systemer på hjelpemiddelområdet vil ha stor betydning på ressursbruk og målretting av ressurser og de vil kunne gi kvalitativt gode styrings- og evalueringsdata som igjen vil være viktig for hjelpemiddelpolitikken i fremtiden.

Utvalget har foreslått at det opprettes et prioriteringsutvalg som skal følge utviklingen på området tett – herunder vurdere tiltak som sikrer god kostnadskontroll. Utvalget legger til grunn at utgifter til organet dekkes innenfor gjeldende budsjettrammer.

På vegne av utvalget bistår Arbeids- og sosialdepartementet med utgivelse av rapporten.

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 222 40 000
Publikasjonskode: A-0043 B
Forsideillustrasjon: Arthimedes / Shutterstock / NTB scanpix
Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon 02/2017 – opplag 200