

NOU

Norges offentlige utredninger

2010:5

Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering

Et helhetlig hjelpemiddeltilbud



Norges offentlige utredninger 2010

Seriens redaksjon:
Departementenes servicesenter
Informasjonsforvaltning

1. Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet.
Arbeidsdepartementet.
2. Håndhevelse av offentlige anskaffelser.
Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet.
3. Drap i Norge i perioden 2004–2009.
Helse- og omsorgsdepartementet.
4. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2010.
Arbeidsdepartementet.
5. Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering.
Arbeidsdepartementet.

NOU

Norges offentlige utredninger

2010:5

Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering

Et helhetlig hjelpemiddeltilbud

Utredning fra et offentlig utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 25. april 2008.
Avgitt til Arbeidsdepartementet 4. mai 2010.

Departementenes servicesenter
Informasjonsforvaltning

Oslo 2010

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1054-6

07 Aurskog AS

Til Arbeidsdepartementet

Regjeringen Stoltenberg II oppnevnte ved kongelig resolusjon 25. april 2008 et utvalg som fikk i mandat å foreta en helhetlig gjennomgang av forvaltning, organisering og finansiering på hjelpemiddelområdet. Hovedformålet var å få en vurdering av mulige langsiktige grep som kan gi effektive og langvarige kvalitets- og kompetanseforbedringer i systemet for formidling og forvaltning av hjelpemidler med sikte på å gi brukere av hjelpemidler økt mestring og livskvalitet.

Utvalget legger med dette frem sin innstilling.

Oslo 4. mai 2010

Arnt Holte
leder

Toril Lahnstein

Alice Kjellevold

Lars-Erik Borge

Espen Bratberg

Rannveig H. Pedersen

Audun Østerås

Anita Røraas

Gunnar Tveiten
Marit Helene Mørkved
Ragna Flø
Siv Svardal

Innhold

1	Sammendrag	11	2	Mandat, sammensetning og arbeid	20
1.1	Oversikt over utredningen	11	2.1	Mandatet for utvalget	20
1.2	Innledende kapitler	11	2.2	Utvalgets sammensetning	22
1.3	Bakgrunn og dagens system	11	2.3	Utvalgets arbeid	23
1.4	Sammendrag av utvalgets vurderinger og forslag	11	2.4	Utvalgets forståelse av mandatet ..	24
1.4.1	Utvalgets forslag om lovendringer og å sette ned et lovutvalg	13	2.5	Sentrale begrep og definisjoner i utredningen	25
1.4.2	Tilråding om økt bruk av tilskudd til hjelpemidler	14	3	Grunnleggende verdier og mål for utvalgsarbeidet	30
1.4.3	Forslag om å opprette et rådgivende ekspertorgan	14	4	Forvaltning av hjelpemiddelområdet – og utviklingen frem til i dag	33
1.4.4	Forslag om økt kommunalt ansvar for basishjelpemidler i dagliglivet .	14	4.1	Innledning	33
1.4.5	Forslag som gjelder aktivitetshjelpemidler og utstyr til trening, stimulering og lek	14	4.1.1	Generelt om utviklingen	33
1.4.6	Forslag til opprydding på området tilskudd til opplæringstiltak	15	4.1.2	Utviklingen av de fylkeskommunale hjelpemiddelsentralene	34
1.4.7	Forslag om økt ansvar for hjelpemidler, tilrettelegging og opplæring i barnehage- og opplæringsloven	15	4.1.3	Utviklingen av de statlige hjelpemiddelsentralene	34
1.4.8	Forslag om opprydding i ansvaret for behandlingshjelpemidler	15	4.1.4	Utviklingen av den kommunale hjelpemiddelforvaltningen	37
1.4.9	Forslag i tilknytning til tilrettelegging av bolig	15	4.2	Dagens hjelpemiddelsystem	38
1.4.10	Forslag om opprydding i ansvaret for ortopediske hjelpemidler og høreapparater	16	4.2.1	Hjelpemiddelsentralens ansvar og rolle	38
1.4.11	Forslag om samling av virkemidler i en ny arbeidsmarkedslov	16	4.2.2	Formidlingssystemet	39
1.4.12	Sterkere og mer tilgjengelige kompetansemiljøer – arbeidsliv ...	16	4.2.3	Forvaltning av hjelpemidler	43
1.4.13	Forslag om tilretteleggingstilskudd til alle arbeidsgivere	17	4.2.4	Anskaffelser av hjelpemidler	48
1.4.14	Forslag om hjelpemidler og VTA (varig tilrettelagt arbeid)	17	4.2.5	Arbeids- og velferdsetaten	50
1.4.15	Forslag i tilknytning til forsøksordningen med funksjonsassistent	18	4.2.6	Ansvar, oppgaver og finansiering .	51
1.4.16	Forslag i tilknytning til forsøksordningen med arbeids- og utdanningsreiser	18	4.2.7	Kommunene	59
1.4.17	Behov for et kompetanseløft, satsing på forskning og innovasjon	18	4.2.8	Fylkeskommunene	62
			4.2.9	De regionale helseforetakene	62
			4.2.10	Andre tilleggende områder	63
			4.2.11	Oppsummering	65
			5	Brukerne av hjelpemidler; hva mottar de og hvilke ordninger fanger opp deres behov	67
			5.1	Brukere av hjelpemidler	67
			5.1.1	Om datagrunnlaget	69
			5.1.2	Hva sier statistikken om brukerne?	69
			5.1.3	Oppsummering	73
			5.2	Fra behov til løsning	74
			5.3	Brukermedvirkning	76
			5.3.1	Brukermedvirkning på systemnivå	77

5.3.2	Kommunale helse-, omsorgs- og sosialtjenester	79	8.1.2	Behov for et mer robust og fleksibelt system i lys av demografi, endringer i sykdomsbildet og teknologisk utvikling	112
5.3.3	Brukermedvirkning på individnivå .	79	8.1.3	Behov for en harmonisering av virkemidler for å oppnå mer helhetlige løsninger	113
5.3.4	Kommunale helse-, omsorgs- og sosialtjenester	81	8.1.4	Behov for bedre arbeidsretting av virkemidler på området – flere med funksjonsnedsettelse i arbeid og utdanning	114
5.3.5	Utvalgets vurderinger	82	8.1.5	Behov for satsing på kompetanse, utvikling og innovasjon	114
6	Erfaringer fra andre land	83	8.2	Krav til et fremtidig hjelpemiddel-system	115
6.1	Innledning	83	8.2.1	Hensynet til bruker	115
6.2	Det globale og internasjonale perspektivet	83	8.2.2	Likebehandling og rettsikkerhet ..	116
6.2.1	Et overblikk over situasjonen i Europa	83	8.2.3	Effektivitet	117
6.3	Velferdsmodeller og hjelpemiddel-formidling i Europa og New Zealand	84	8.2.4	Kvalitet og kompetanse	118
6.3.1	Den anglo-saksiske modellen	84	8.2.5	Koordinering, samordning og samhandling	118
6.3.2	Storbritannia	85	8.2.6	Fleksibilitet	119
6.3.3	Hjelpemiddelsystemet i New Zealand	86	8.2.7	Sammenhengen mellom de ulike hensyn	119
6.3.4	Den kontinentale modellen	88	8.2.8	Oppsummering av mulige målkonflikter	121
6.3.5	Hjelpemiddelsystemet i Nederland	88	9	Drøftinger av organisasjonsmodeller	123
6.3.6	Hjelpemiddelsystemet i Tyskland .	89	9.1	Innledning	123
6.3.7	Hjelpemiddelsystemet i Frankrike .	91	9.2	Den statlige modellen	125
6.3.8	Hjelpemiddelsystemet i Italia	91	9.2.1	Beskrivelse av den statlige modellen	125
6.3.9	Hjelpemiddelsystemet i Spania	92	9.2.2	Drøfting av den statlige modellen .	126
6.3.10	Den nordiske modellen	93	9.3	Den kommunale modellen	129
6.3.10.1	Hjelpemiddelsystemet i Danmark .	94	9.3.1	Drøfting av den kommunale modellen	130
6.3.10.2	Hjelpemiddelsystemet i Sverige ...	97	9.4	Den markedsorienterte modellen .	133
6.3.10.3	Hjelpemiddelsystemet i Finland ...	99	9.4.1	Drøfting av den markedsorienterte modellen	134
6.4	Oppsummering	101	9.5	Den frivillighetsbaserte modellen .	134
7	Utviklingstrekk og utfordringer .	103	9.5.1	Drøfting av den frivillighetsbaserte modellen	135
7.1	En aldrende befolkning og endret sykdomsbilde	103	9.6	Utvalgets tilråding	135
7.2	Utfordringer i den øvrige befolkningen	105	9.6.1	Hovedmål og premisser for en fremtidig modell	135
7.3	Deltagelse fra flere med nedsatt funksjonsevne i arbeidslivet	106	10	Sentrale spørsmål for utformingen av et fremtidig hjelpemiddelsystem	138
7.4	Utviklingstrekk og trender innenfor offentlig forvaltning	106	10.1	Hva er et forbruksgode/forbruksgjenstand og hva er et hjelpemiddel – hva skal dekkes av det offentlige?	139
7.5	Universell utforming og tilrettelegging	107	10.1.1	Utvalgets vurderinger	140
7.6	Globalisering og teknologiutvikling	108			
7.7	Utvalgets vurderinger	110			
8	Reformbehov, krav og hensyn til et fremtidig hjelpemiddel-system	111			
8.1	Reformbehovet på hjelpemiddelområdet	111			
8.1.1	Behov for økt hensyn til bruker, større valgfrihet og forenkling	111			

10.2	Er det behov for et mer tilskuddsbasert hjelpemiddel-system?	141	11.10.2	Sterkere sektoransvar	162
10.2.1	Utvalgets vurderinger	142	11.10.3	Områder med overlappende ansvar/gråsoner m.m.	164
10.3	Egenandeler på hjelpemidler eller fortsatt fullfinansiering?	142	11.10.4	Rettigheter og faglig skjønn	173
10.3.1	Skjerming	143	11.10.5	Andre føringer i forhold til behovet for lovendringer	174
10.3.2	Utvalgets vurderinger	144	11.11	Utvalgets tilrådinger	178
10.4	Er det behov for et rådgivende ekspertorgan for fortløpende å vurdere hva som er et hjelpemiddel?	144	12	Hjelpemidler og dagligliv	181
10.4.1	Utvalgets vurderinger	145	12.1	Hva omfattes av hjelpemidler i dagliglivet?	181
10.4.2	Samlet vurdering og tilråding	146	12.2	Overføring av basishjelpemidler til kommunene	182
11	Regelverket på hjelpemiddel-området	147	12.2.1	Formidling av basishjelpemidler ..	182
11.1	Innledning	147	12.2.2	Ulike modeller for overføring av basishjelpemidler til kommunene .	184
11.1.1	Forskningsoppdrag	147	12.2.2.1	Konsekvenser for brukerne	189
11.1.2	Om internasjonale forpliktelser ...	147	12.2.3	Utvalgets vurdering	190
11.2	Historikk	149	12.3	Behov for tilrettelagt bolig	191
11.3	Gjeldende rett – folketrygdloven ..	151	12.3.1	Utvalgets vurderinger	194
11.3.1	Formål	151	12.4	Hjelpemidler og utstyr for deltagelse i lek og sport	194
11.3.2	Særlig om kravet om medlemskap og opphold i Norge	152	12.4.1	Aktivitetshjelpemidler (26-års grense)	195
11.3.3	Nærmere om inngangsvilkårene ..	153	12.4.2	Utstyr til trening og stimulering (26-års grense)	195
11.3.4	Stønadsformene	153	12.4.3	Utvalgets vurderinger	195
11.4	Arbeidsmarkedsloven	154	12.5	Tolking	195
11.5	Kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven	154	12.5.1	Utvalgets vurderinger	196
11.6	Sosialtjenesteloven	156	12.6	Ny teknologi	197
11.7	Arbeidsmiljøloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven	156	12.6.1	Nye muligheter og nye barrierer. .	197
11.7.1	Arbeidsmiljøloven	156	12.6.2	Utvalgets vurderinger	198
11.7.2	Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven	156	13	Hjelpemidler og tilrettelegging for barn og unge	199
11.7.3	Forholdet mellom tilrettelegging på arbeidsplassen etter arbeidsmiljøloven, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven og folketrygdloven	157	13.1	Innledning	199
11.8	Rett til individuell plan og arbeidsevnevurdering	158	13.2	Formidling av hjelpemidler til barn og unge i Arbeids- og velferds-etaten	199
11.8.1	Individuell plan	158	13.2.1	Ulike stønader etter lov om folketrygd til bedring av funksjons-evnen for barn og unge	199
11.8.2	Arbeidsevnevurdering som redskap og metode og aktivitetsplan	158	13.2.2	Hjelpemiddelsentralene	201
11.9	Rettssikkerhet	159	13.3	Kommunenes ansvar for hjelpe-midler og tilrettelegging for barn og unge	203
11.9.1	Innledning	159	13.3.1	Hjelpemidler og tilrettelegging etter barnehageloven	203
11.9.2	Klageorganer	159	13.3.2	Hjelpemidler og tilrettelegging etter lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (Opplæringsloven)	204
11.9.3	Hovedtrekk andre rettssikkerhets-tiltak	160	13.3.3	Habiliterings- og rehabiliterings-tjenester	205
11.10	Utvalgets vurderinger av regelverket	162	13.3.4	Fylkeskommunale tjenester	205
11.10.1	Innledning	162			

13.4	Plikt til tilrettelegging etter fagskoleloven, folkehøgskoleloven, lov om voksenopplæring og universitets- og høyskoleloven	205	15.2.3	Øvrige samarbeidspartnere, Helsedirektoratet, det statlige pedagogiske støttesystemet mv.	233
13.5	Andre offentlige instanser som har ansvar knyttet til tilrettelegging for barn og unge	206	15.2.4	Utvalgets vurderinger	233
13.5.1	Det statlige-pedagogiske støtte-systemet (Statped)	206	15.3	Forskning og utvikling	234
13.5.2	Spesialisthelsetjenesten	206	15.3.1	Norges forskningsråd	235
13.6	Samhandling og koordinering	206	15.3.2	Øvrige kompetansesentre	236
13.6.1	Utvalgets vurdering og tilråding	209	15.3.3	Universitets- og høyskolesektoren	237
			15.3.4	Utvalgets vurderinger	240
14	Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeid	210	15.4	Innovasjon, standarder og produktutvikling	240
14.1	Innledning	210	15.4.1	Innovasjon og teknologisk utvikling på området i Norden	241
14.2	Formidling av hjelpemidler rettet mot arbeidslivet	211	15.4.2	Det norske leverandørmarkedet	241
14.2.1	Ulike stønader etter lov om folketrygd til bedring av funksjons- evnen i arbeid	211	15.4.3	Arbeids- og velferdsetaten arbeid med innovasjon	242
14.2.2	Utgifter til hjelpemidler og tilrettelegging etter lov om folketrygd	212	15.4.4	Bruk av standarder på tilrette- legging og hjelpemiddelområdet	243
14.2.3	Hjelpemiddelsentralene	212	15.4.5	Utvalgets vurderinger	245
14.2.4	Landsdekkende tjenester	214	15.5	En nasjonal strategi for kompetanseutvikling, forskning og innovasjon – en oppsummering av hovedpunktene	245
14.3	Arbeidsgivers plikt til tilrette- legging	214	16	Utvalgets anbefalinger	247
14.3.1	Arbeidsmiljø- og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven	214	16.1	Utvalgets overordnede vurderinger	247
14.4	Bedriftshelsetjenesten	215	16.2	Utvalgets forslag	249
14.5	Andre deler av Arbeids- og velferdsetaten som har betydning for hjelpemidler og tilrettelegging i arbeid	216	16.2.1	Forslag om lovendringer og å sette ned et lovutvalg	249
14.5.1	Arbeids- og velferdsetaten	216	16.2.2	Tilråding om økt bruk av tilskudd til hjelpemidler	249
14.5.2	Virkemidler og arbeidsmåter i arbeids- og velferdsforvaltningen som er relevant for hjelpemidler og tilrettelegging i arbeid	217	16.2.3	Forslag om å opprette et rådgivende ekspertorgan	250
14.6	Utvalgets vurdering og tilråding	222	16.2.4	Forslag om økt kommunalt ansvar for basishjelpemidler i dagliglivet	250
14.6.1	Sterkere og mer tilgjengelige kompetansemiljøer	222	16.2.5	Forslag som gjelder aktivitetshjelpemidler og utstyr til trening, stimulering og lek	250
14.6.2	Bedre økonomiske tilskudds- ordninger til arbeidsgivere	224	16.2.6	Forslag til opprydding på området tilskudd til opplæringstiltak	251
15	Kompetanse, forskning og innovasjon	225	16.2.7	Forslag om økt ansvar for hjelpemidler, tilrettelegging og opplæring i barnehage- og opplæringsloven	251
15.1	Innledning	225	16.2.8	Forslag om opprydding i ansvaret for behandlingshjelpemidler	251
15.1.1	Historikk	226	16.2.9	Forslag i tilknytning til tilrette- legging av bolig	251
15.2	Kompetanse som et ledd i kvalitets- og tjenesteutviklingen	227	16.2.10	Forslag om opprydding i ansvaret for ortopediske hjelpemidler og høreapparater	252
15.2.1	Arbeids- og velferdsetaten	227	16.2.11	Forslag om samling av virkemidler i en ny arbeidsmarkedslov	252
15.2.2	Den kommunale førstelinjen	231	16.2.12	Sterkere og mer tilgjengelige kompetansemiljøer – arbeidsliv	252

16.2.13	Forslag om tilretteleggingstilskudd til alle arbeidsgivere	253	17.3.1	Konsekvenser av forslaget om å utvide tilretteleggingstilskuddet .	258
16.2.14	Forslag om hjelpemidler og VTA (varig tilrettelagt arbeid)	253	17.3.2	Konsekvenser av forslaget om en oppfølging av forsøksordningen med funksjonsassistent i arbeidslivet	258
16.2.15	Forslag i tilknytning til forsøksordningen med funksjonsassistent	253	17.3.3	Konsekvenser av forslaget om en oppfølging av forsøksordningen med arbeids- og utdanningsreiser .	259
16.2.16	Forslag i tilknytning til forsøksordningen med arbeids- og utdanningsreiser	253	17.4	Konsekvenser av forslaget om strategisk nasjonal satsing på kompetanse, forskning og innovasjon	259
16.2.17	Behov for et kompetanseløft, satsing på forskning og innovasjon	254	17.5	Øvrige administrative forslag	259
17	Økonomiske og administrative konsekvenser	256	17.5.1	Forslag om å opprette et bredt, sammensatt ekspertorgan som skal gi innspill til Arbeids- og velferdsetaten når det gjelder nye produkter mm	259
17.1	Særlig om overføring av ansvaret for forvaltning og formidling, herunder finansiering av basishjelpemidler i dagliglivet til kommunene	257	Referanseliste	260	
17.2	Konsekvensene for Arbeids- og velferdsetaten av overføring av ansvar til kommunene	258	Litteraturliste	262	
17.3	Konsekvensene for Arbeids- og velferdsetaten av økt satsing på hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet	258			

Kapittel 1

Sammendrag

1.1 Oversikt over utredningen

Utredningen består hovedsakelig av tre deler. Den innledende delen, kapitlene 1–3, inneholder sammendrag av utredningen, utvalgets mandat, sammensetning og arbeid og en presentasjon av utvalgets verdigrunnlag og begrepsforståelse.

Kapitlene 4–6 utgjør den neste delen av utredningen. Her redegjøres for bakgrunn og dagens system for hjelpemidler, samt for hjelpemiddelforvaltning og regelverk i et utvalg av land.

Den siste delen av utredningen består av utvalgets vurderinger og forslag. Kapitlene 7–8 beskriver utfordringer og reformbehov, mens kapittel 9 inneholder drøftinger når det gjelder organisasjonsmodell. Kapitlene 10–14 inneholder drøftinger og tilrådinger når det gjelder andre sentrale spørsmål, herunder forslag når det gjelder regelverket, hjelpemidler og tilrettelegging i dagliglivet, hjelpemidler for barn og unge, utdanning og arbeid. Kapittel 15 inneholder en gjennomgang av de viktigste konsekvensene av behovet for å satse på kompetanse, forskning og innovasjon. I kapittel 16 gis en samlet fremstilling av utvalgets tilrådinger. I kapittel 17 drøftes administrative og økonomiske konsekvenser. Utredningen inneholder avslutningsvis liste over lov- og forskriftshenvisninger, samt referanse- og litteraturliste.

1.2 Innledende kapitler

I *kapittel 1* gis en kortfattet oversikt over kapitlene i utredningen. *Kapittel 2* beskriver innledningsvis utvalgets mandat, sammensetning og arbeid, for deretter å redegjøre for hva utvalget med utgangspunkt i mandatet har lagt til grunn for sitt arbeid. I *kapittel 3* belyses hvilke verdier utvalget bygger sin utredning på.

1.3 Bakgrunn og dagens system

Kapitlene 4 og 5 beskriver hovedtrekkene i utviklingen av hjelpemiddelområdet og formidlingssystemet frem til hvordan det fungerer i dag, hvem er

brukere, hvordan avklares deres behov og hva mottar de. *Kapittel 6* gir en oversikt over hjelpemiddelsystemet i et utvalg nordiske og europeiske land, samt New Zealand.

1.4 Sammendrag av utvalgets vurderinger og forslag

Utvalget har tatt utgangspunkt i de politiske målene som ligger til grunn for velferds- og funksjonshemmedepolitikken i Norge. Hovedmålet med hjelpemiddelsystemet er å bidra til aktiv deltakelse, likeverd og inkludering for personer med funksjonsnedsettelse i arbeid, utdanning og dagligliv. Disse målene er forankret i den grunnleggende verdien om at alle mennesker er like verdifulle og har samme menneskeverd.

Av dette følger at et viktig formål på hjelpemiddelområdet er å gi brukere av hjelpemidler muligheter til personlig utvikling, aktiv deltakelse og livsutfoldelse på linje med andre samfunnsborgere, og å legge til rette for at den enkelte ut fra sine forutsetninger får like muligheter til å skaffe seg gode levekår

Utvalget mener at hovedmålet om aktiv deltakelse, likeverd og inkludering i arbeid, utdanning og dagligliv for personer med funksjonsnedsettelser ikke kan nås uten et hjelpemiddelsystem der brukernes behov og sikring av tilgang til riktige hjelpemidler og nødvendig tilrettelegging til rett tid er sentrale hensyn.

Utvalget har identifisert fem hovedutfordringer som det er viktig at ansvarlige myndigheter adresserer:

- Brukere av hjelpemidler med sammensatte og komplekse behov
- En aldrende befolkning og endret sykdomsbilde
- Deltakelse og inkludering av flere med funksjonsnedsettelser i arbeidslivet
- Universell utforming og tilrettelegging
- Kompetanse, innovasjon og globalisering

Utvalget har konkludert med at det er behov for å justere dagens hovedmodell. Dette innebærer at

utvalget foreslår forbedringer i dagens organisering, finansiering og regelverk. Det er imidlertid etter utvalgets vurdering først og fremst på lengre sikt at dagens system ikke er tilstrekkelig fleksibelt og robust i forhold til å innfri hovedmålet. Dess raskere man kommer i gang med omstillingene, dess større sjanse er det til å gjøre vellykkede tilpasninger og justeringer. Dette har utvalget lagt til grunn når det gjelder vurderingen av hvilke reformbehov som er de mest presserende å løse.

Utvalget har kommet til at følgende reformbehov er de viktigste:

- Behov for økt brukermedvirkning, større valgfrihet og forenkling
- Behov for et mer robust og fleksibelt system i lys av den demografiske utviklingen, endringer i sykdomsbildet og den teknologiske utviklingen
- Behov for en harmonisering av virkemidler for å oppnå mer helhetlige løsninger
- Behov for en bedre arbeidsretting av virkemidler på hjelpemiddelområdet – flere personer med funksjonsnedsettelse i arbeid og utdanning
- Behov for et kompetanseløft, satsing på forskning, utvikling og innovasjon

Utvalgets forslag til endringer i hjelpemiddelforvaltningen bygger i stor grad på sektoransvarsprinsippet. Dette prinsippet innebærer at ansvaret for hjelpemidler legges til den myndighet som har ansvaret for den sektoren hvor hjelpemiddelet kommer til anvendelse. I praksis betyr dette for eksempel at kommunene får et større ansvar for hjelpemidler i dagliglivet, og at opplæringsmyndighetene får et større ansvar for hjelpemidler innen opplæring, at spesialisthelsetjenesten får et tydeligere ansvar for behandlingshjelpemidler. Denne ansvars plasseringen betyr at behovet for og bruken av hjelpemidler ses i sammenheng med de øvrige virkemidlene i sektorpolitikken og at man unngår uklare ansvarsforhold mellom den myndighet som har sektoransvaret og den myndighet som har ansvaret for hjelpemidlene. Videre er det naturlig at en klarere anvendelse av sektoransvarsprinsippet får konsekvenser for lovreguleringen på hjelpemiddelområdet. Utvalget foreslår at retten til hjelpemidler i større grad enn i dag hjemles i sektorlovgivningen.

Utvalget mener at behovet for hjelpemidler i dagliglivet i stor utstrekning har sammenheng med behovet for helse- og sosialtjenester, særlig rehabilitering og pleie og omsorg. Det er derfor ønskelig at kommunene får et mer helhetlig ansvar for hjelpemidler i dagliglivet, også i de tilfeller hvor

behovet for hjelpemidler antas å være permanent. Innen pleie og omsorg vil et mer helhetlig kommunalt ansvar kunne gi betydelige gevinster. For det første vil kommunene få samme ansvar for hjelpemidler til mottakere av hjemmetjenester som hjelpemidler til beboere i institusjon. Kommunene vil ikke lenger kunne skyve hjelpemiddelansvaret over på folketrygden ved å opprette omsorgsboliger i stedet for sykehjemsplasser. For det andre vil bruken av hjelpemidler i større grad kunne ses i sammenheng med personellinnsatsen. Dette vil trolig bli svært viktig i årene fremover på grunn av utvikling av ny omsorgsteknologi.

Et helhetlig kommunalt ansvar innebærer at kommunene også har finansieringsansvaret. For å legge til rette for formåls- og kostnadseffektive løsninger anbefaler utvalget at de hjelpemidler som blir et kommunalt ansvar legges inn i kommunenes rammefinansiering. Et slikt finansieringsopplegg innebærer en økonomisk risiko for kommunene, spesielt knyttet til personer med behov for svært kostbare hjelpemidler. Kommunene kan heller ikke forventes å opparbeide tilstrekkelig kompetanse på håndtering av kompliserte tilfeller som inntreffer relativt sjelden og krever spesialkompetanse. Utvalget anbefaler derfor at det kommunale ansvaret begrenses til enklere hjelpemidler, såkalte basishjelpemidler. Utvalget legger til grunn at ansvaret for mer komplekse og sammensatte behov fortsatt skal være et statlig ansvar.

Økt kommunalt ansvar for hjelpemidler i dagliglivet vil avlaste hjelpemiddelsentralene. Disse vil etter utvalgets forslag utgjøre en mer rendyrket og fleksibel andrelinjetjeneste. Hjelpemiddelsentralene vil da kunne gi et bedre tilbud til brukere med komplekse behov og bedre bistand til NAV-kontorene i forbindelse med tilrettelegging til arbeid.

Utvalget mener det er dokumentert at dagens hjelpemiddelsystem i for liten grad er innrettet i forhold til behovet for en forsterket innsats når det gjelder å inkludere funksjonsnedsatte i arbeidslivet. I tråd med NAV-reformens og regjeringens målsetting om et mer inkluderende arbeidsliv, bør dette etter utvalgets syn arbeidshjelpemidler ses i sammenheng med Arbeids- og velferdsetatens øvrige arbeidsrettede virkemidler. Det krever at staten fortsatt har et klart og synlig ansvar for virkemiddelapparatet som skal sikre hjelpemidler og nødvendig tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse som står i fare for å falle ut av arbeidslivet eller er arbeidssøkere.

Brukerundersøkelser viser at graden av fornøydhet med hjelpemiddelforvaltningen faller dess yngre og dess mer komplekse behov det er snakk om. Hensynet til å sikre en mer helhetlig og

koordinert bistand til brukere med komplekse behov er derfor etter utvalgets syn et annet viktig premiss for å justere dagens system. Dette tilsier at staten ved hjelpemiddelsentralene fortsatt har forvaltnings- og finansieringsansvaret for stønader til hjelpemidler knyttet til sammensatte og komplekse behov. For utvalget har det vært et viktig og avgjørende krav til et fremtidig hjelpemiddelsystem at det ikke skapes nye gråsoner. For brukere med behov for hjelpemidler fra begge forvaltningsnivåene, eller i gråsonen mellom disse, er det av stor betydning at ansvaret er klart plassert. Utvalget har i sin tilråding på dette punktet valgt å legge vekt på at dette er en arbeidsdeling som kommunene og hjelpemiddelsentralene kjenner godt til gjennom dagens bestillingsordning.

Etter utvalgets syn er et hjelpemiddel et kompensatorisk virkemiddel som skal bidra til å utjevne gapet mellom den funksjonsnedsatte personen og de krav til funksjon samfunnet stiller. Som en generell regel mener utvalget det fortsatt må være samfunnets ansvar å kompensere for nødvendige merutgifter til hjelpemidler. Et forbruksgode er et produkt eller en gjenstand som kjenne-tegnes av å være allemannseie, men der ansvaret for finansiering påhviler den enkelte. Som følge av flere forhold, herunder livsfaseproblematikk og teknologisk utvikling, vil grensesnittet kunne endre seg over tid. Som nærmere drøftet i kapittel 10, mener utvalget jo mer det dreier seg om et behov som kommer som en naturlig følge av aldring og livsfasen man er inne i, desto mer realistisk er det å tenke seg at det vil være snakk om å dekke et mer allment menneskelig behov. Ikke minst avstedkommer den teknologiske utviklingen på dette området et behov for bedre mekanismer for å følge med i og bestemme hva som er et hjelpemiddel og hva som kan anses som et forbruksgode eller som det er rimelig den enkelte tar ansvar for selv.

Utvalget mener også at det på bakgrunn av at kommunene får et mer helhetlig ansvar for hjelpemidler og utfordringer som bla. følger av St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen er behov for en samlet tilnærming til kompetanse, forskning og innovasjon på hjelpemiddelområdet. Utvalget tilrår derfor at det utarbeides en nasjonal strategi for kompetanse, forskning og innovasjon for hjelpemidler.

Hjelpemiddelutvalget er ikke et lovutvalg. I samsvar med tilrådingene i kapittel 11 om regelverket forutsetter utvalget at det nedsettes et lovutvalg som skal gjennomgå lovgivningen med utgangspunkt i at sektoransvaret skal styrkes. Utvalget har blant annet foreslått at fremtidig lov-

givning skal gi rettskrav på ytelser uavhengig av sektor, at rettighetsreguleringen skal gi et stort rom for faglige vurderinger og utøvelse av faglig skjønn og styrket brukermedvirkning og at det må etableres et effektivt og godt klage- og ankesystem med full overprøving av vedtak som påklages.

En overføring av ansvar og oppgaver fra staten til kommunene forutsetter at disponible budsjettmidler avsatt til formålet følger med. Det vil også medføre færre oppgaver og endrede funksjoner i Arbeids- og velferdsetaten. Utvalget forutsetter at det er arbeids- og velferdsdirektørens ansvar å gjennomgå ressursbehov og organisering i lys av foreslåtte endringer.

1.4.1 Utvalgets forslag om lovendringer og å sette ned et lovutvalg

I tråd med mandatet har utvalget vurdert gjeldende regelverk i folketrygdloven med sikte på at det må sikres et fremtidig regelverk som ivaretar behovet for nødvendig fleksibilitet, samtidig som det gir rom for gode, individuelt tilpassede løsninger. Utvalget mener at plasseringen av et særskilt ansvar for stønader til hjelpemidler i folketrygdloven slik det nå er utformet og praktiseres, skaper uklarheter og gråsoner. Utvalget mener at et sterkere og tydeligere sektoransvar vil kunne bidra til mer helhetlige løsninger og mer rasjonell utnyttelse av ressursene. Utvalget har vurdert og foreslått en del lovendringer i kapittel 11, se også kapitlene nedenfor. Det har imidlertid ikke vært mulig for utvalget å foreta en fullstendig gjennomgang og vurdering av regelverket og praktiseringen av det, Trygderettens praksis m.m. Utvalget vil derfor tilrår at det settes ned et lovutvalg som utreder fremtidig lovgivning, jf. vurderingene i kapittel 11.10. Utvalget mener at følgende premisser bør legges til grunn for ny lovgivning:

- Formålsbestemmelse som bygger opp under likeverd, inkludering, aktiv deltakelse og brukermedvirkning
- Rettskrav på ytelser
- Rettighetsregulering med stort rom for faglige vurderinger og utøvelse av faglig skjønn
- Sterk vekt på brukermedvirkning på system- og individnivå for å sikre individuelt tilpassede løsninger for bruker
- Lovfestet rett til å påklage manglende oppfølging av rett til medvirkning og informasjon
- Det stilles ikke krav om årsakssammenheng mellom sykdom, skade og lyte og redusert funksjonsevne som vilkår for rett til stønader
- Lovfesting av krav om forsvarlige tjenester
- Gode tilsyns- og internkontrollordninger

- Effektivt klage- og ankesystem
- Tydeliggjøring av arbeidsgivers ansvar for opplæring (samme krav for statlig og kommunal virksomhet)
- Det offentlige ansvaret for stønad til hjelpemidler begrenses til kompensasjon for de følgende funksjonsnedsettelsen har for den enkelte og som det ikke er rimelig at vedkommende tar ansvar for selv

1.4.2 Tilråding om økt bruk av tilskudd til hjelpemidler

Utvalget vil gi brukerne større valgfrihet og åpne for fleksible løsninger. Det tilrås derfor økt bruk av tilskudd som et formålstjenlig virkemiddel. Dette kan være aktuelt både for forholdsvis enkle og rimelige hjelpemidler og for mer teknologisk avanserte produkter, der utviklingen skjer raskt. Et system som i større grad baseres på tilskudd vil representere fleksibilitet, samtidig som det vil måtte utvikles og justeres i takt med at den løpende faglige og teknologiske utviklingen på feltet og hvilke typer hjelpemidler det etter hvert blir mulig å kjøpe på det åpne marked. Utvalget legger til grunn at brukere som ønsker det, fortsatt skal kunne låne hjelpemidler som i dag.

1.4.3 Forslag om å opprette et rådgivende ekspertorgan

Utvalget tilrår at det opprettes rådgivende ekspertorgan som kan følge utviklingen på området med sikte på bistand knyttet til utforming, utdyping og kvalitetssikring av grunnlaget for beslutninger om når et hjelpemiddel bør vurderes som et basishjelpemiddel, når et hjelpemiddel ikke lenger bør anses som et hjelpemiddel som er det offentliges ansvar og når eventuelle nye produkter bør anses som hjelpemidler. Organet bør også kunne uttale seg om områder hvor det kan være aktuelt å gi tilskudd som alternativ til utlån. Utvalget tilrår at brukerorganisasjonene også er representert i ekspertorganet.

1.4.4 Forslag om økt kommunalt ansvar for basishjelpemidler i dagliglivet

Utvalget legger til grunn at et sterkere sektoransvar vil kunne bidra til mer helhetlige løsninger og mer rasjonell utnyttelse av dagens ressurser på hjelpemiddelområdet og tilrår at i tillegg til utstyr innen rehabilitering og habilitering i dagliglivet, så overføres ansvaret for basishjelpemidler (inkludert pleie- og omsorgshjelpemidler) til kommu-

nene. Etter utvalgets syn må det være en målsetting at en ansvarsoverføring i størst mulig grad reduserer dagens skille mellom hjelpemidler til midlertidige og varige behov, samt skillet mellom basishjelpemidler til brukere i institusjon og hjemmeboende, herunder boende i omsorgsboliger. Overføring av ansvaret for basishjelpemidler til kommunene vil i første rekke medføre endringer med hensyn til finansiering, anskaffelser, lager, logistikk og ansvar for gjenbruk. Kommunene gjennomfører allerede i dag i stor grad formidlingsoppgaver knyttet til disse hjelpemidlene, samt at de i stor grad også foretar reparasjon og gjenbruk på enkle/rimelige hjelpemidler.

Arbeids- og velferdsetaten kan ved en slik overføring fortsatt ha ansvar for å gjennomføre anskaffelsesprosessen og avtaleinngåelse med leverandørene på aktuelle produktkategorier gjennom et innkjøps samarbeid med kommunene, forutsatt at dette er et ønske fra kommunenes side. Kommunene vil da kunne stå som oppdragsgivere overfor den statlige anskaffelsenheten, alternativt kan den enkelte kommune velge å ta ansvaret for anskaffelsesprosessen selv.

Utvalget anbefaler at man ved en overføring må se på de samlede offentlige kostnadene og ikke på folketrygdens utgifter isolert. En ansvarsoverføring bør etter utvalgets mening ses i sammenheng med det ansvaret kommunene allerede har når det gjelder midlertidige behov. En overføring må ikke skape nye gråsoner mellom stat og kommune i forhold til uklarheter i ansvarsforholdene overfor brukerne. En modell rundt innkjøps samarbeidet forutsettes utarbeidet i et nærmere samarbeid mellom staten og representanter for kommunesektoren. En slik justering av dagens modell når det gjelder finansieringsansvaret for basishjelpemidler, står ikke i motsetning til at samarbeidet mellom hjelpemiddelsentraler og kommuner på hjelpemiddelområdet opprettholdes også i et fremtidig system.

Utvalget legger til grunn at ansvaret for mer komplekse og sammensatte behov fortsatt skal være et statlig ansvar. Utvalget mener at det foreslåtte lovutvalget bør gjennomgå lovgivningen med utgangspunkt i at sektoransvaret skal styrkes.

1.4.5 Forslag som gjelder aktivitetshjelpemidler og utstyr til trening, stimulering og lek

God helse og mulighet til aktivitet er etter utvalgets mening en viktig forutsetning for at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne utnytte arbeidsevnen og ha god livskvalitet. Utvalget viser

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

Utvalget forutsetter at aktivitetshjelpemidler fortsatt skal være et statlig ansvar, men foreslår at utstyr til trening, stimulering og lek overføres til kommunene som en del av deres ansvar for forebyggende helsearbeid, habilitering og rehabilitering. Det vil være nødvendig å gjennomgå dagens praksis når det gjelder dette utstyret, særlig med sikte på en vurdering i forhold til hva det er rimelig at det offentlige dekker, men også i forhold til en vurdering av om enkeltutstyr hører til spesialisthelsetjenesten.

1.4.6 Forslag til opprydding på området tilskudd til opplæringstiltak

Etter folketrygdloven gis det tilskudd til opplæringstiltak i dagliglivet, dog slik at denne retten er begrenset gjennom forskrift på ulik måte, blant annet er tilskuddet begrenset til visse typer opplæringstiltak til personer med sansetap. Ansvaret for ulike typer opplæringstiltak i dagliglivet følger imidlertid av sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, og etter folketrygdloven faller rett til ytelser bort når de hører inn under ansvarsområdet i annen lovgivning. Her er det med andre ord overlappende ansvar og fare for ansvarsfraskrivelse, samtidig som det er etablert særordninger for en gruppe. Det er derfor grunn til å rydde opp på dette området og tydeliggjøre at kommunen og spesialisthelsetjenesten har et helhetlig ansvar for opplæring, habilitering og rehabilitering av alle typer funksjonsnedsettelse. Oppryddingen kan skje gjennom at omtalte bestemmelser i folketrygdloven oppheves og at de midlene som Arbeids- og velferdsetaten bruker i dag overføres til tiltak i regi av kommunene og spesialisthelsetjenesten med sikte på å samle og styrke et helhetlig tilbud uavhengig av funksjonsnedsettelse og å hindre ansvarsfraskrivelse mellom sektorer.

1.4.7 Forslag om økt ansvar for hjelpemidler, tilrettelegging og opplæring i barnehage- og opplæringsloven

Det er behov for å tydeliggjøre opplæringsmyndighetenes ansvar for opplæring og tilrettelegging i barnehage- og opplæringsloven. Retten til grunnskoleopplæring gjelder for alle uavhengig av funksjonsnedsettelse, og innebærer tilpasset og like-

verdige opplæring i en inkluderende skole. Dette taler etter utvalgets vurdering for at opplæringsmyndighetene får et sterkere og tydeligere ansvar for tilrettelegging i barnehage og skole.

Ved overføring av finansieringsansvaret for skolehjelpemidler til folketrygden i 1997, ble det i lovframlegget forutsatt at kommunene og fylkeskommunene fortsatt skulle ha alt ansvar for formidling, opplæring og oppfølging av hjelpemidler i undervisningen for personer med funksjonsnedsettelse. Midtlyngutvalget har foreslått at retten til spesialundervisning i opplæringsloven erstattes av en rett til ekstra tilrettelegging som også omfatter ulike typer hjelpemidler.

Utvalget foreslår at et sterkere sektoransvar for opplæringshjelpemidler blir vurdert i sammenheng med oppfølgingen av Midtlyngutvalget. Utvalget legger til grunn at hjelpemidler som krever integrering i den praktiske og pedagogiske sammenheng bør overføres til opplæringsmyndighetene, og mener at ansvaret for opplæring etter at hjelpemidlene er mottatt, bør tydeliggjøres i barnehage- og opplæringsloven.

1.4.8 Forslag om opprydding i ansvaret for behandlingshjelpemidler

Ansvaret for behandlingshjelpemidler ble overført fra folketrygden til spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2003, men Arbeids- og velferdsetaten har likevel beholdt ansvaret for enkelte behandlingshjelpemidler. Utvalget legger til grunn at det av hensyn til brukere, men også spesialisthelsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, er behov for en snarlig opprydding og en tydeliggjøring i spesialisthelsetjenesteloven av ansvaret for behandlingshjelpemidler i og utenfor institusjon.

1.4.9 Forslag i tilknytning til tilrettelegging av bolig

Utvalget mener at tilpasning av bolig er et viktig virkemiddel for å sikre at personer med funksjonsnedsettelse får en egnet bolig, men peker også på at den betydelige veksten i antall eldre i årene fremover, krever at de som selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, må forventes å gjøre dette uten bistand fra myndighetene. Etter utvalgets vurdering er det 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, jf. kapittel 11. Boligrådgivning er i den forbindelse helt avgjørende for hvorvidt brukere får den hjelpen de har krav på. Utvalget foreslår at retten til bistand fra kommunen til de som ikke er i stand til å skaffe seg tilrettelagt bolig selv, skal styrkes. Utvalget viser også til nødvendigheten av at ulike tiltak og tjenester blir koordinert når et tilretteleggingsbehov oppstår, (jf. utvalgets anbefalinger i kapitlene 11 og 13 Individuell plan og bestemmelser om koordinering av tjenester).

Utvalget mener at berørte departementer så snart som mulig bør utrede en mer helhetlig løsning på området. Utvalget erkjenner at personer med funksjonsnedsettelse har langt større utfordringer pga. manglende tilgjengelige boliger enn befolkningen ellers. Det blir viktig å finne fremtidsrettede ordninger som i størst mulig grad legger til rette for varige løsninger fremfor midlertidige.

1.4.10 Forslag om opprydding i ansvaret for ortopediske hjelpemidler og høreapparater

Både når det gjelder høreapparater og ortopediske hjelpemidler, har Arbeids- og velferdsetaten i liten grad mulighet til faglig å overprøve søknadene eller rekvisisjonene, noe som medfører at det er svak kontroll knyttet til utbetalingene. Formidling av høreapparater foregår også som regel før man har vurdert aktuelle hørselshjelpemidler som kan komme i tillegg (teleslynger, varslingssystemer etc.), selv om det kan være behov for å vurdere høreapparater og hjelpemidler i sammenheng.

Utvalgets *flertall* (medlemmene Lars-Erik Borge, Espen Bratberg, Alice Kjellevold, Toril Lahnstein, Rannveig H. Pedersen, Anita Røraas og Audun Østerås) mener at hensynet til kostnadseffektivitet og mest mulig helhetlig ansvar der beslutningene i realiteten treffes, tilsier at vedtaks- og finansieringsansvaret for ortopediske hjelpemidler og høreapparater legges til spesialisthelsetjenesten. Man vil da få én instans med et helhetlig og faglig ansvar for området, som også i større grad kan ta ansvar for at det foretas kvalifiserte vurderinger ved tilståelse av ulike produkter.

Utvalgets *mindretall* (lederen Arnt Holte) kan ikke støtte forslaget om å overføre finansieringsansvaret for ortopediske hjelpemidler samt høreapparater fra folketrygdloven til spesialisthelsetjenesteloven. Mindretallet mener at både høreapparater og ortopediske hjelpemidler klart faller inn under definisjonen av hjelpemidler, og at det derfor

er prinsipielt riktig at disse finansieres over folketrygden på lik linje som andre tekniske hjelpemidler. Mindretallet mener at en overføring av finansieringsansvaret for ortopediske hjelpemidler og høreapparater til helseregionene kan føre til at det primært legges til grunn en vurdering av den helsemessige effekten av hjelpemidlet. Denne kan i enkelte tilfeller tenkes å avvike fra en vurdering der en legger hovedvekten på hvorvidt hjelpemidlet vil redusere funksjonsnedsettelsen for eksempel i en yrkessammenheng eller utdannings situasjon.

1.4.11 Forslag om samling av virkemidler i en ny arbeidsmarkedslov

Formålet med bestemmelsene i folketrygdloven om arbeidshjelpemidler er å bidra til at arbeidssøkere med nedsatt funksjonsevne får arbeid eller beholder arbeid. For å styrke Arbeids- og velferdsetatens arbeid med et mer inkluderende arbeidsliv for personer med funksjonsnedsettelse foreslår utvalget å overføre stønader mv. etter folketrygdloven til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet, tilretteleggingstilskuddet og funksjonsassistentordningen for arbeidslivet til en «ny» arbeidsmarkedslov. Forutsetningen for forslaget er at retten til arbeidshjelpemidler ikke svekkes i forhold til innholdet i rettighetene slik de er utformet i dagens regelverk. Arbeidshjelpemidler bør i så fall hjemles i et eget kapittel i arbeidsmarkedsloven med en egen formålsbestemmelse og utvalget viser særlig til at det forutsettes at dagens klage- og ankeadgangen etter folketrygdloven videreføres i revidert arbeidsmarkedslov. Utvalget mener også at det i forhold til dagens varighetskrav i folketrygdloven bør åpnes for fleksibilitet når et hjelpemiddel etter en konkret vurdering er nødvendig og hensiktsmessig.

Forslaget må ses i sammenheng med NAV-reformen og vil gi Arbeids- og velferdsetaten en ryddig og helhetlig verktøykasse som gjør det enklere og finne frem til egnede tiltak tilpasset hver enkelt brukers behov. Utvalget anser det som viktig at virkemidler knyttet til tilrettelegging i arbeidslivet for personer med funksjonsnedsettelse ses i sammenheng med de øvrige arbeidsrettede virkemidlene.

1.4.12 Sterkere og mer tilgjengelige kompetansemiljøer – arbeidsliv

Utvalget merker seg at oppgaver som krever direkte samhandling med brukere for å få til gode løsninger, skal ligge i de lokale NAV-kontorene.

Førstelinjetjenesten skal gi brukerne en helhetlig avklaring og et samordnet tjenestetilbud, og utvalget legger til grunn at dette også må gjelde for personer med funksjonsnedsettelse som trenger bistand for å få eller forbli i et inntektsgivende arbeidsforhold. Etter utvalgets syn foreligger det klar dokumentasjon for at det er behov for en klarere førstelinje og økt kapasitet når det gjelder hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, i tillegg til at hjelpemiddelsentralene må bli mer virksomhetsnære i sitt arbeid.

Utvalget vil i denne sammenheng understreke betydningen av gode samordnings- og samhandlingsformer innad i Arbeids- og velferdsetaten slik at hjelpemiddelsentralenes kompetanse om hjelpemidler og tilrettelegging inngår i de brukerrettede prosessene for å få flere med funksjonsnedsettelse over i ordinære arbeidsforhold.

Samtidig mener utvalget det er behov for å styrke hjelpemiddelsentralenes innsats rettet mot arbeidslivet slik at de blir aktive aktører i Arbeids- og velferdsetatens arbeid med å øke sysselsettingen for personer med funksjonsnedsettelse.

Utvalget legger vekt på at både NAV-kontorene og arbeidslivssentrene må ha en viss basiskompetanse om fagfeltet hjelpemidler og tilrettelegging knyttet til arbeidsliv.

Utvalget merker seg at dagens tilretteleggingsgaranti er lite brukt i arbeidsplassaker, og vil oppfordre til økt bruk av dette virkemidlet. Utvalget mener dette vil kunne være et viktig virkemiddel for å øke forutsigbarheten knyttet til nødvendig bistand fra Arbeids- og velferdsetaten for å få til gode og raske løsninger for den enkelte bruker.

For at hjelpemiddelsentralene skal få en mer aktiv rolle, mener utvalget at hjelpemiddelsentralenes andrelinjefunksjon i tilknytning til arbeid med enkeltsaker må være fleksibel og tilgjengelig.

Hjelpemiddelsentralenes arbeid for økt sysselsetting for personer med funksjonsnedsettelse må tilpasses både arbeidsgivers og arbeidstakers/søkers behov for bistand. Hjelpemiddelsentralenes innsats må organiseres som en ambulansetjeneste og ytes lokalt ved behov, og innrettes slik at nødvendige hjelpemidler og tilrettelegging er på plass så raskt som overhodet mulig. For å redusere saksbehandlingstiden i hjelpemiddelforvaltningen, foreslår utvalget økt bruk av «Her og nå formidling» av arbeidshjelpemidler som finnes på lager. Økt mulighet for umiddelbare utlån må også gjelde ved midlertidige og kortere engasjementer.

Etter utvalgets vurdering bør hjelpemiddelsentralene rolle som et ressurs- og kompetansemiljø

overfor arbeidslivet styrkes. En sentral oppgave vil være kompetansefremmende tiltak for både arbeidsgivere og bedriftshelsetjenesten for å sette disse bedre i stand til å legge til rette for personer med funksjonsnedsettelse. Ved mer komplekse tilrettelegginger må hjelpemiddelsentralene involveres og bidra sammen med både brukere og arbeidsgivere, herunder også tiltaksarrangører for arbeidsrettede tiltak, for å finne gode løsninger. Utvalget vil også fremheve betydningen av økt satsing på kunnskaps- og metodeutvikling knyttet til arbeidsliv, og mener at arbeidsområdet må bli en sentral oppgave for det nasjonale kompetansemiljøet, jf. forslaget i kapittel 15.

1.4.13 Forslag om tilretteleggingstilskudd til alle arbeidsgivere

Det er behov for gode økonomiske støtteordninger til arbeidsgivere ved ansettelser av personer med funksjonsnedsettelse. Utvalget foreslår å utvide målgruppen for tilretteleggingstilskuddet slik at det kan gis til alle virksomheter uavhengig av om de er IA-virksomheter eller ikke. Utvalget legger også vekt på at det må kunne gis tilretteleggingstilskudd ved ansettelser av personer med funksjonsnedsettelse. Dette vil gi Arbeids- og velferdsetaten et bedre og etter utvalgets vurdering nødvendig virkemiddel i arbeidet med å øke sysselsettingen blant personer med funksjonsnedsettelse. Tilskuddet foreslås overført til en ny arbeidsmarkedslov, slik at det inngår som en del av de samlede arbeidsrettede tiltakene i Arbeids- og velferdsetaten.

1.4.14 Forslag om hjelpemidler og VTA (varig tilrettelagt arbeid)

Etter folketrygdloven ytes det ikke stønad til arbeidshjelpemidler til person som mottar uførepensjon med mindre det er sannsynlig at stønaden vil føre til at slike ytelser faller bort eller blir redusert. Utvalget peker på at deltakelse i VTA i en del tilfeller kan bidra til overgang til ordinære arbeidsforhold og ser derfor nytten av at hjelpemidler vurderes som en del av det helhetlige tilbudet som skjermede virksomheter skal tilby brukerne. Utvalget vil likevel overlate dette spørsmålet til det offentlige utvalget som skal vurdere arbeidsmarkedstiltakene overfor personer med nedsatt arbeidsevne. Tiltaksarrangørene mottar offentlig støtte og stønad til hjelpemidler bør vurderes i en helhetlig sammenheng.

1.4.15 Forslag i tilknytning til forsøksordningen med funksjonsassistent

En oppfølging av prøveordningen med funksjonsassistent i arbeidslivet med sikte på å utvide og lovfeste en slik ordning sammen med andre arbeids-hjelpemidler i en ny arbeidsmarkedslov må prioriteres høyt.

1.4.16 Forslag i tilknytning til forsøksordningen med arbeids- og utdanningsreiser

Etter utvalgets vurdering er det også behov for at denne forsøksordningen blir fulgt opp og at det blir vurdert om den bør gjøres permanent (lovfestes).

1.4.17 Behov for et kompetanseløft, satsing på forskning og innovasjon

Utvalget mener at det som ledd i å videreutvikle området er behov for en samlet tilnærming til kompetanse, forskning og innovasjon på hjelpemiddelområdet. Utvalget tilrår at det utarbeides en nasjonal strategi for kompetanse, forskning og innovasjon for hjelpemidler bestående av følgende hovedkomponenter:

- Satsing på kompetanse som et sentralt ledd i kvalitets- og tjenesteutviklingen
- Satsing på forskning og utvikling
- Satsing på innovasjon og produktutvikling

Satsing på kompetanse som et sentralt ledd i kvalitets- og tjenesteutviklingen

Etter utvalgets vurdering er det behov for en langsiktig og strategisk innrettet kunnskapsoppbygging på alle nivåer innen hjelpemiddelsystemet (jf. 15.2), som forankres i en partnerskapsavtale mellom de viktigste aktørene. En slik satsing begrunnes ut i fra tre forhold:

- Utvalgets tilråding om å overføre et helhetlig ansvar for basishjelpemidler til kommunene utløser behov for en forsterket satsing på kompetanse på førstelinjenivå. Det innebærer at kommunenes ansvar for opplæring av eget personell, samkjøres og koordineres med hjelpemiddelsen-tralenes, spesialisthelsetjenesten/statlige pedagogiske tjenester.
- Utvalgets tilråding om styrking av hjelpemiddelsen-tralenes arbeid med de komplekse sakene vil kreve større grad av samordning og spesialisering på andrelinjenivå og på nasjonalt nivå.

- Utvalget tilrår å styrke Arbeids- og velferdsetatens innsats rettet mot hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidsliv og utdanning.

Det vil i tillegg til en ressurs- og kompetansemes-sig styrking, kreve en langt mer fleksibel, utadret-tet og virksomhetsnær organisering med fokus på arbeidslivets og NAV-kontorets behov for kompe-tanse om hjelpemidler og tilrettelegging.

Det er i den forbindelse viktig at samarbeidet mellom arbeidslivssentrene og hjelpemiddelsen-tralene videreutvikles.

Etter utvalgets vurdering fremstår Arbeids- og velferdsetatens og ulike andre kompetansesenter-funksjoner på hjelpemiddel- og tilretteleggingsom-rådet som fragmentert. Utvalget anbefaler at disse miljøene som ledd i at utarbeides en nasjonal stra-tegi, samordnes med sikte å få et bredere, mer syn-lig og tilgjengelig nasjonalt kunnskapsmiljø.

Forskning og utvikling

Utvalget mener at det i lys av fremtidige utfordrin-ger er behov for en styrking av anvendt forskning om hjelpemidler og tilrettelegging. Hjelpemiddel-feltet er tverrfaglig, uten enkeltstående miljøer eller fagfelt som har et spesielt ansvar for forskning og utvikling knyttet til dette fagområdet. For å imø-tekomme behovet for en systematisk og målrettet kunnskapsoppbygging tilrår utvalget at det avset-tes midler til et forskningsprogram i regi av Nor-ges forskningsråd i to perioder (8 år) med hoved-mål å styrke det anvendte kunnskapsgrunnlaget på området.

Som et ledd i utviklingen av en overordnet stra-tegi mener utvalget det bør vurderes nærmere om det er aktuelt med en mer kortsiktig, men målret-tet innsats for profesjonsutdanningenes praksis-nære forskningsinnsats, som eventuelt kan legges til et universitet eller en høgskole med relevant profesjonsutdanning. Etter utvalgets vurdering må midler til dette formålet ses i sammenheng med fagmyndighetens øvrige FoU-innsats og innarbeides i forbindelse med behandlingen av de årlige statsbudsjettene.

Utvalget mener at det innenfor rammen av en overordnet satsing på kunnskapsoppbygging, er behov for å samordne det nasjonale kunnskapsmil-jøet på området sterkere. Som ledd i å styrke Arbeids- og velferdsdirektoratets rolle som kunn-skapsorganisasjon, mener utvalget at det bør vur-deres nærmere om det er behov for å avsette FoU-midler også i Arbeids- og velferdsdirektoratet knyt-tet til bestilling av forskningsprosjekter på hjelpe-middelområdet.

Innovasjon og produktutvikling

Den globale og teknologiske utviklingen fordrer etter utvalgets mening økt fokus på overordnede strategier på innovasjon innen hjelpemiddelområdet. Etter utvalgets syn bør en overordnet og målrettet satsing på innovasjon inneholde følgende elementer:

- Videreutvikle bruken av forsknings- og utviklingskontrakter
- Etablere bedre ordninger for å kunne øke tilgjengelighet og kunnskap om nyutviklede pro-

dukter og teknologi, herunder en forsøksordning der Arbeids- og velferdsetaten kan kjøpe inn, for systematisk å prøve ut/dokumentere erfaring med/utarbeide informasjon om nyutviklede produkter/hjelpemidler som kommer på markedet.

- Vurdere nærmere behovet for større satsinger på ulike sektors ansvarsområder, jf. her for eksempel 3-årig programsatsing i Sverige på hjelpemidler for eldre.

Kapittel 2

Mandat, sammensetning og arbeid

2.1 Mandatet for utvalget

Kapitlet beskriver kort innledningsvis bakgrunnen for opprettelsen av utvalget. Deretter å redegjøres for utvalgets mandat, sammensetning og hva utvalget har lagt til grunn i sitt arbeid. I tillegg foretas en nærmere forklaring av sentrale begrep og definisjoner brukt i meldingen.

Utvalgets mandat

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) varslet regjeringen Stoltenberg II at den bl.a. i lys av NAV-reformen og St.meld. nr. 9 (2006–2007) Arbeid, velferd og inkludering ville sette ned et offentlig utvalg som skulle foreta en helhetlig gjennomgang av forvaltning, organisering og finansiering på hjelpemiddelområdet.

Utvalget ble nedsatt ved kongelig resolusjon av 25. april 2008 og fikk følgende mandat:

Det vises til omtale i St.prp. nr. 1 (2007–2008) om at regjeringen vil nedsette et offentlig utvalg som skal foreta en helhetlig gjennomgang av hjelpemiddelområdet.

Bakgrunn

Dagens ansvarsfordeling og rettighetsbaserte system skal gi sikkerhet for at brukergruppene mottar nødvendige hjelpemidler.

Finansieringen av hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne er delt mellom stat, kommune og arbeidsgivere.

Statens ansvar er primært hjemlet i folketrygdloven. Gjennom ulike virkemidler og tiltak, herunder et landsdekkende system av 19 hjelpemiddelsentraler og en lang rekke stønader til kompensering av merutgifter på grunn av sykdom, skade eller lyte, er det fra samfunnets side lagt til rette for at mennesker med nedsatt funksjonsevne inkluderes i skole, utdanning, arbeids- og dagligliv. Hjelpemiddelsentralene skal sørge for en likeverdig og helhetlig problemløsning for brukere med varige funksjonelle hjelpebehov (mer enn 2 år) av teknisk eller ergonomisk art. De skal fungere som en andrelinjetjeneste, med et særskilt veilednings- og

rådgivningsansvar overfor kommunene. Det har over tid vært en betydelig vekst i statens utgifter til hjelpemidler, samtidig som det fra ulike hold er reist kritikk når det gjelder tilgjengelighet, organisering og forvaltningspraksis. Staten har i tillegg, gjennom de regionale helseforetakene, ansvaret for behandlingshjelpemidler i og utenfor institusjon etter spesialisthelsetjenesteloven. Likeledes har Husbanken ansvaret for boligpolitiske virkemidler for utbedring og tilpasning av bolig.

Kommunene har et økonomisk ansvar for hjelpemidler som skal dekke *midlertidige* behov (mindre enn 2–3 år), samt hjelpemidler til brukere som er innlagt i *kommunale institusjoner* (unntatt forflytningshjelpemidler og syns- og hørselshjelpemidler). *Omsorgsboliger* defineres derimot som private hjem og beboerne kommer derfor inn under folketrygdens (statlig) ansvar når det gjelder stønad til hjelpemidler. Videre har kommunene et faglig ansvar som omfatter alle ledd i formidlingsprosessen og skal stille personell til disposisjon som kan avdekke og utrede behovet for hjelpemidler, samt drive opplæring i bruk.

Arbeidsgiverne har et ansvar for tilrettelegging av arbeidsplassen etter arbeidsmiljøloven.

Dagens organisering, ansvarsdeling og samarbeidsflater mellom stat, kommune og andre aktører kan skape uklarheter og gråsoner som resulterer i arbeids- og tidskrevende saksbehandling. Det kan også føre til andre uklarheter for brukerne og forvaltningen. Manglende samordning kan også bidra til forhøyet kostnadsnivå. Uavhengig av den formelle ansvarsdelingen, er det viktig at håndteringen av samarbeidsflatene mellom de ulike aktørene i tilstrekkelig grad ivaretar hensynet til helhetlig og rask saksbehandling. Samtidig er systemet for forvaltning og formidling av hjelpemidler et område som er utsatt for til dels mye kritikk. Problemstillingene synliggjøres særlig innenfor pleie og omsorg, men også innenfor områdene hjelpemidler i arbeid, skole, bolig, fritid og transport. Det bør derfor vurderes om dagens ansvarsdeling gir gode nok insentiver til kostnadseffektive og brukervennlige løsninger i skjæringspunktet mellom forvaltningsnivåene.

Velferdsordningenes legitimitet er avhengig både av at grunnleggende rettigheter sikres, og at individuelle forhold ivaretas. Videre er det viktig at det er en hensiktsmessig balanse mellom overordnet myndighetsstyring og forvaltningens mulighet til å utøve skjønn i enkeltsaker. I dag er området regulert dels gjennom individuelle rettigheter, gjennom til dels detaljert regelverksstyring og gjennom bruk av rammebevilgninger. I tillegg er støtten på hjelpemiddelområdet i en del tilfeller basert på tilskudd, mens det i andre tilfeller er basert på utlån. Dagens system er ikke en konsekvens av en helhetlig vurdering, men av et sett med enkeltbeslutninger. Området samlet sett framstår etter hvert som komplisert og uoversiktlig. Det er behov for å foreta en helhetlig gjennomgang og vurdering av forholdet mellom bruk av tilskuddsordninger og utlån av hjelpemidler, forholdet mellom regelstyring, individuelle rettigheter og skjønnsanvendelse. Videre er det behov for en gjennomgang av finansieringsstrukturen som omfatter forholdet mellom rettighetsstyring (med overslagsbevilgning) og budsjettstyring (gjennom rammer og kvantumsbegrensninger). Dette fordi det har konsekvenser for overordnet myndighetsstyring av hjelpemiddelområdet. Et viktig formål må være å vurdere om dagens system gir en tilstrekkelig god og håndterbar balanse mellom likebehandling, rettighets- og regelverksstyring på den ene siden og skjønnsmessige og individuelt tilpassede løsninger for brukerne på den annen side.

Systemet for forvaltning og formidling av hjelpemidler må også ses i sammenheng med den forsterkede innsatsen for at flere skal kunne forsørge seg selv gjennom eget arbeid, jf. blant annet NAV-reformen, St.meld. nr. 9 (2006–2007) Arbeid, velferd og inkludering og samarbeidet mellom regjeringen og arbeidslivets parter knyttet til delmål 2 i IA-avtalen. Dette kan også ses i lys av fremtidens omsorgsutfordringer lagt til grunn i bl.a. St.meld. nr. 25 (2005–2006). Det bør vurderes om innretningen av ordningene samlet sett har et tilstrekkelig fokus på og bygger opp under arbeids- og aktivitetsrelatert innsats, herunder systemet for forvaltning og formidling av hjelpemidler opp mot Arbeids- og velferdsetatens virkemidler med sikte på å styrke yrkeshemmedes deltakelse i arbeidslivet og arbeidsgivers ansvar etter arbeidsmiljøloven. Skillet mellom hjelpemidler i skole og arbeid og hjelpemidler til bruk i hjem, dagligliv og fritid bør også vurderes.

Dette innebærer at det er behov for en bred gjennomgang av forvaltning, organisering og finansiering av dette området.

Oppdrag

Hovedformålet vil være å få en vurdering av mulige langsiktige grep som kan gi effektive og langvarige kvalitets- og kompetanseforbedringer i systemet for forvaltning og formidling av hjelpemidler. Dette kan gi brukere med behov for hjelpemidler/tilrettelegging økt mestring og livskvalitet og bidra til å øke deltakelsen i samfunns- og arbeidsliv. Valg av framtidig organisering og finansieringsmodell skal ivareta behovet for kostnadskontroll og etablering av kostnadseffektive løsninger. Et viktig formål på hjelpemiddelområdet er å gi brukerne muligheter til personlig utvikling, aktiv deltakelse og livsutfoldelse på linje med andre samfunnsborgere, og legge til rette for at den enkelte ut fra sine forutsetninger får like muligheter til å skaffe seg gode levekår. Med dette utgangspunktet skal utvalget gjøre rede for og vurdere hvilke andre sentrale prinsipper som bør legges til grunn for en vurdering av virkemiddelbruken på hjelpemiddelområdet sett i et samfunnsmessig perspektiv. Med hjelpemiddelområdet menes her det samlede sett av kompensierende virkemidler som blir stilt til rådighet fra samfunnets side for å bedre den enkelte brukers funksjonsevne i arbeids- og dagligliv.

Beskrive og vurdere hovedtrekk i dagens organisering, regelverk og finansieringsstruktur for hjelpemiddelområdet, blant annet med utgangspunkt i sektoransvarsprinsippet. Vurderingen av organisering må inkludere:

- Ansvars- og rollefordelingen mellom kommune og stat
- Arbeids- og velferdsetatens og hjelpemiddelcentralenes ansvar og arbeidsmåte
- Spesialisthelsetjenesten og Husbankens ansvar
- Arbeidsgivers ansvar etter arbeidsmiljøloven

Vurderingen av hovedtrekk i regelverket må omfatte forholdet mellom bruk av tilskuddsordninger og utlån av hjelpemidler og forholdet mellom regelstyring, individuelle rettigheter og skjønnsanvendelse. Vurderingen av finansieringsstruktur må omfatte forholdet mellom rettighetsstyring (med overslagsbevilgning) og budsjettstyring (gjennom rammer og kvantumsbegrensninger), blant annet fordi det har konsekvenser for overordnet myndighetsstyring av hjelpemiddelområdet. Vurderingen må legge vekt på å identifisere årsaker til ineffektivitet og kostnadsdrivende faktorer i systemet. Videre skal utvalget:

- Beskrive og vurdere sentrale utviklingstrekk i målgruppene, behov for forskning, innovasjon og teknologisk utvikling på området i lys av tilgjengelig forskning, statistikk og situasjonen i

utvalgte land det er naturlig å sammenligne seg med.

- Utrede og komme med tilrådinge om fremtidige organisasjons-, regelverks- og finansieringsmodeller som ivaretar følgende hensyn:
- Sikre et juridisk ramme- og regelverk som ivaretar behovet for nødvendig fleksibilitet og som gir rom for gode, individuelt tilpassede løsninger for brukerne
- Sikre effektive og robuste løsninger som håndterer krav til kvalitet, tilgjengelighet, rettsikkerhet og likebehandling, herunder logistiske løsninger som sikrer at innkjøps- og produktstrukturer med tilhørende leverings- og lagerfunksjoner har kortest mulig ventetid
- Sikre nødvendig kostnadskontroll og -effektivitet, herunder unngå kostnadsoverveltning mellom forvaltningsnivåene
- Avstemme brukernes forventninger og opplevelse av nivå, service og kvalitet på ytelser og tjenester med tilgjengelige ressursrammer

Eventuelle endringsforslag må gi en mer hensiktsmessig og brukervennlig funksjonsdeling mellom forvaltningsnivåer og aktører, og legge bedre til rette for helhetlige løsninger som også ivaretar brukernes rettigheter og interesser.

Utvalget skal spesielt se nærmere på om ordningene samlet sett har et tilstrekkelig fokus på arbeids- og aktivitetsrelatert innsats, herunder om det er hensiktsmessig å opprettholde dagens skille mellom hjelpemidler i skole og arbeid og hjelpemidler til bruk i hjem, dagligliv og fritid. Utvalget skal også vurdere ev. endringer i forholdet mellom bruk av tilskuddsordninger og utlån av hjelpemiddelapparat

Formålet er å gi en helhetlig vurdering av brukersamhandling og -innflytelse, samfunnsmessig gevinst og måloppnåelse, men utvalget kan også vurdere utvalgte delområder og enkeltordninger innen hjelpemiddelområdet der dette anses som hensiktsmessig

Det forutsettes at tilrådingene i utgangspunktet baserer seg på uendret ressursbruk. I den grad det fremmes forslag med økonomiske konsekvenser, må disse utredes

Gjennom høringer og på andre måter, sørge for en fortløpende og aktiv forankringsprosess og dialog med en bredt, sammensatt referansegruppe og øvrige representanter for brukere og aktører om prinsipielle spørsmål og veivalg.

Utvalgets frist til å slutføre var opprinnelig satt til 1. desember 2009, men ble i oktober 2009 utvidet til 30. april 2010.

2.2 Utvalgets sammensetning

Utvalget hadde ved oppnevningen følgende sammensetning:

Assisterende generalsekretær Arnt Holte, Oslo, leder
 Professor Espen Bratberg, Bergen
 Professor Lars-Erik Borge, Trondheim
 Førsteamanuensis Alice Kjellevoid, Stavanger
 Generalsekretær Aud Blankholm, Oslo
 Rådmann Toril Lahnstein, Askim
 Doktorgradstudent Ashfaq Sadiq, Narvik
 Daglig leder Rannveig H. Pedersen, Trondheim
 Pensjonist Audun Østerås, Høylandet
 HMS-rådgiver ergoterapeut Anita Røraas, Kongsberg

Medlemmene Blankholm og Sadiq har måttet fra tre utvalget av personlige årsaker i løpet av utvalgsperioden.

Utvalget har hatt en referansegruppe med representanter fra brukerorganisasjoner, organisasjoner i arbeidslivet, bransjeforeninger, direktorat og helseforetak, KS og forsknings- og kompetansmiljøer. Referansegruppen har hatt 7 møter, og hadde ved konstitueringen følgende sammensetning:

Rebecca Tvedt Skarberg og Anne Wigera, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
 Lars Ødegård og Toril Heggen Munk, Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
 Einar Jørstad, Unge funksjonshemmede
 Unni Overskeid, Norsk Pensjonistforbund
 Rudolph Brynn, Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne (til 1.1. 2009)
 Toril Bergerud Buene, Deltasenteret
 Hilde Hauland, Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
 Maja Arnestad, Norges Forskningsråd, IT funksjonshemmede
 Sissel Widerøe Bredesen, Frambu senter for sjeldne funksjonshemminger
 Guro Lilleås, Norsk Ergoterapeutforbund
 Knut Løvdal, Leverandørforeningen for helsesektoren
 Odd Ivar Øvregård, Kommunenes Sentralforbund (KS)
 Jan Kåre Berglid, Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) (fra august 2009: Siri Møllerud)
 Sølvi Holmgren, Helseledningskontoret
 Torill Bjørnsen, Arbeids- og velferdsdirektoratet
 Øystein Nilsen, Landsorganisasjonen (LO)
 Inger Marie Tofthagen, Helseforetakene (fra august 2009: Knut Tjeldnes)

Utvalget har i forbindelse med arbeidet mottatt en rekke innspill både fra referansegruppens medlemmer og andre enkeltpersoner og organisasjoner. Det har vært avholdt fire felles møter med utvalget og referansegruppen hvor man har drøftet sentrale problemstillinger og mottatt innspill i forbindelse med arbeidet.

Utvalget har hatt et sekretariat med representanter fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet har følgende deltatt: underdirektør Gunnar Tveiten, seniorrådgiver Marit Helene Mørkved, rådgiver Yngvild Munch Olsen (til juni 2009), seniorrådgiver Siv Svardal (på engasjement fra HOD til 31. desember 2008). Arbeids- og velferdsdirektoratet har vært representert ved seniorrådgiver Ragna Flø. Videre har tidligere avdelingsdirektør Inger Gran, seniorrådgiver Bjørn Dølvik og rådgiver Katrine Røren deltatt i sekretariatet i kortere perioder. Rådgiver Inger Elsa Lømo, konsulent Marit Norevik og førstekonsulent Elin Høifoss har bidratt med teknisk bistand i avslutningsfasen av arbeidet. I tillegg har Fornyings- og administrasjonsdepartementet, Finansdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet bidratt med innspill til sekretariatet. Gunnar Tveiten har ledet arbeidet i sekretariatet.

2.3 Utvalgets arbeid

Utvalget har i alt hatt 13 møter i perioden fra mai 2008 til april 2010, hvorav 6 har vært over to dager. En rekke forskere, etater og institusjoner har vært invitert til å holde innlegg på utvalgsmøtene: Følgende tema er tatt opp:

- Arbeids- og velferdsdirektør Tor Saglie; «*Mange aktører – delt ansvar*» (27.05.2008)
- Avdelingsdirektør NAV Hjelpemiddelsentralene Liv Welde Johansen, «*Ny hjelpemiddelorganisering i Oslo og Akershus*» (15.10.2008)
- Professor NHH, Victor Norman, «*Hjelpemidler og hjelpemiddelforvaltning – Noen samfunnsøkonomiske betraktninger*» (15.10.2008)
- Forsker ved FAFO, Inger Lise Skog Hansen «*Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet - utnytter vi mulighetene?*»
- Seniorrådgiver i Arbeids- og velferdsdirektoratet Ragna Flø, «*Hjelpemidler og tilrettelegging på arbeidsplassen*» (14.01.2009)
- Seniorrådgiver i Likestillings- og diskrimineringsombudet Ragnar Lie, «*Den nye tilgjengelig-*

hets- og diskrimineringsloven – tilrettelegging i arbeidslivet»

- Direktør i Telenor Open Mind Ingrid Ihme, «*Du trenger ikke gå på jobben, bare du kommer*» (14.01.2009) »
- Direktør for Helsetilsynet, Lars E. Hanssen, «*Kan kommunene ta et større ansvar for hjelpemidler og tilrettelegging – Statens styring av sosial- og helsetjenestene*» (13.10.2009)

På todagersmøter i Trondheim i desember 2008 og i Oslo i mars 2009 var det følgende innledninger:

- Avdelingsdirektør Frode Selbo, NAV Hjelpemiddelsentral Sør-Trøndelag (05.12.2008)
- *Arbeidsplassstilrettelegging* v/rådgiver på tolkeområdet (05.12.2008)
- *Tilrettelegging av bolig* v/Eli Nordvik (05.12.2008)
- *St. Olavsprosjektet* v/Elin Svendsen (05.12.2008)
- «*Kommuneperspektivet – Samhandling med hjelpemiddelsentralen*» v/Tove Mørkved, leder – enhet for ergoterapitjenesten, Trondheim kommune og Inger Therese Holm, kommuneergoterapeut, Røros kommune (05.12.2008)
- Forsker Beate S. Birkenfeldt og professor dr. juris Jan Fridtjof Bernt ved Juridisk fakultet, Universitetet i Bergen, «*En juridisk betenkning – rettighetslovgivning, rettigheter og skjønnsanvendelse som virkemidler på hjelpemiddelområdet*» (11.03. og 16.06.2009)
- Ekspedisjonssjef Vidar Oma Steine, Helse- og omsorgsdepartementet, *Samhandlingsreformen* (11.03.2009)
- Prosjektleder Åse Kari Haugeto i Teknologirådet, «*Hva kan teknologi gjøre for eldreomsorgen? Hvilken politikk trenger vi for å møte fremtidens utfordringer* »
- Direktør Espen Opjordsmoen, Price Waterhouse Coopers (PwC) (11.03.2009)

Utvalget har fått bistand fra konsultentselskapet PricewaterhouseCoopers til å gjøre en organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet. Videre har forsker Beate S. Birkenfeldt i samarbeid med professor dr. juris Jan Fridtjof Bernt ved Juridisk fakultet, Universitetet i Bergen levert en juridisk betenkning når det gjelder «*En juridisk betenkning – rettighetslovgivning, rettigheter og skjønnsanvendelse som virkemidler på hjelpemiddelområdet*». Professor NHH, Victor Norman har på bestilling fra utvalget gjort en samfunnsøkonomisk betenkning om «*Hjelpemidler og hjelpemiddelforvaltning – Noen samfunnsøkonomiske betraktninger*». I tillegg har forskningsstiftelsen FAFO og SINTEF, samt Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) levert utredninger på henholdsvis «*Hjelpemidler og*

tilrettelegging i arbeidslivet», «Kartlegging av FoU på hjelpemiddelområdet» og «Kartlegging av kommunenes og fylkeskommunenes hjelpemiddelforvaltning».

Forsker Christian D. Andersen fra Samfunns- og næringslivsforskning AS (SNF) har levert notat om «Hjelpemidler og egenbetaling».

Arbeids- og velferdsdirektoratet har bistått utvalget med beregninger og analyser, og Statistisk sentralbyrå har gjort spesialkjøringer for utvalget i forbindelse med oppdrag for SNF.

Utvalget og sekretariatet har besøkt Sosialdepartementet og aktuelle institusjoner i Sverige og tilsvarende institusjoner i Danmark for å få kunnskap om disse landenes hjelpemiddelsystem, utviklingstrekk og erfaringer. Rådgiver Rudolph Brynn, tidligere Standard Norge, nå Likestillings- og diskrimineringsombudet, har levert bidrag når det gjelder å beskrive hjelpemiddelsystemet i et utvalg andre land, samt i en europeisk kontekst.

2.4 Utvalgets forståelse av mandatet

Utvalget har fått i oppgave å gjennomgå organisering, finansiering og regelverk på hjelpemiddelområdet for å vurdere mulige langsiktige grep som kan gi effektive og langvarige kvalitets- og kompetanseforbedringer i systemet for forvaltning og formidling av hjelpemidler, og komme med anbefalinger og eventuelle forslag til endringer. Utvalget erkjenner fullt at dagens hjelpemiddelsystem er et komplisert system med mange nyanser og mekanismer. Det er utfordrende, både å få full oversikt over hvordan systemet fungerer i dag, hva som er utfordringene framover og ikke minst fullt ut å kunne forutse konsekvensene av eventuelle forslag til endringer av dagens system. Det er et generelt problem, at man sjelden kan forutse alle effekter av et tiltak, før man eventuelt gjør justeringer. Utvalget har imidlertid funnet dette spesielt krevende på grunn av hjelpemiddelområdets kompleksitet. Når utvalget velger å komme med anbefalinger og forslag til endringer har dette sammenheng med flere forhold:

For det første mener utvalget at det er avgjørende for et fremtidig velfungerende og robust hjelpemiddelsystem at man i lys av utfordringene nevnt i kapittel 7, evner å ta med seg det som fungerer bra i dagens system og foretar nødvendige justeringer på et så tidlig tidspunkt som mulig. Utvalget vurderer at passivitet de nærmeste årene vil gi en langt større risiko, enn å foreta endringer for å møte disse utfordringene. Slike endringer bør være trinnvise, basert på oversikt, systematikk og

en overordnet forståelse og strategi som har som målsetning at dagens og fremtidige brukere av hjelpemidler får rett hjelpemiddel til rett tid.

For det andre mener utvalget at man har fått tilstrekkelige og viktige innspill fra så vel referansegruppens medlemmer, som fra andre eksterne eksperter, brukere og myndighetspersoner med lang erfaring til å belyse både utfordringene og løsningene. Også den kompetanse og erfaring utvalgets egne medlemmer besitter har i denne sammenheng vært viktig.

Utvalget er innforstått med at det statlige hjelpemiddelsystemet i dag er underlagt Arbeids- og velferdsetatens og Arbeidsdepartementets styringsansvar. Utvalget har ikke sett det som sin oppgave å foreslå eventuelle endringer på dette. Utvalget vil likevel påpeke at hjelpemiddelsystemet kjennetegnes av at flere departementer og etater har overlappende oppgaver og ansvarsområder. Dette gjelder ikke minst i forhold til barn og unges oppvekst og brukere av helse- og omsorgstjenester med behov for hjelpemidler og tilrettelegging for å kunne bo og fungere i sitt normale miljø. Utvalget har derfor hatt et behov for å påpeke andre sektormyndigheters ansvar og oppgaver, ikke minst når det gjelder behovet for en klarere lovmessig forankring av ansvaret for hjelpemidler og tilrettelegging i respektive sektors regelverk. I likhet med prinsippene lagt til grunn i St.meld nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer legger dette utvalget sektoransvarsprinsippet til grunn. Dette innebærer at statlige, lokale og regionale myndigheter og privat sektor, herunder også private og offentlige arbeidsgivere har selvstendig ansvar for å sørge for å avklare behovet for hjelpemidler og nødvendig tilrettelegging innen sine ansvarsområder.

Utvalget er bedt om å vurdere forslag som skal sikre et juridisk ramme- og regelverk som ivaretar behovet for nødvendig fleksibilitet. Dette er etter utvalgets vurdering et sentralt spørsmål som berører hva som skal være det overordnede formålet med virkemidler og tiltak på hjelpemiddelområdet. I tråd med dette oppfatter utvalget at man står fritt til å vurdere endringer i dagens regelverk, lovtekniske løsninger og hvilke forhold som bør vektlegges og omfattes av et nytt regelsett. Utvalget ser det særlig som sin oppgave å vurdere dagens forankring av retten til hjelpemidler i folketrygden i en bredere kontekst og med bakgrunn i senere års utvikling, herunder vurdere en hensiktsmessig plassering av regelverket. Utvalget er klar over, med bakgrunn i den tiden som er gått siden hjelpemiddelbestemmelsene ble tatt inn i folketrygden, at det kan være behov for en tekstmessig og lovteknisk

nisk revisjon av bestemmelsene. Utvalget velger på dette punktet ikke å drøfte spørsmål som det vil være naturlig å behandle i et senere lovarbeid.

Utvalget tar utgangspunkt i det ansvar og de oppgaver kommunene og fylkeskommunene har i dag, i egenskap av å være førstelinje på hjelpemiddelområdet. Det innebærer at kommunens ansvar for hjelpemidler er regulert i sektorlovgivningen, herunder i forskrift om habilitering og rehabilitering (FOR 2001-06-28 nr 765). Det innebærer at kommunale myndigheter har et selvstendig ansvar for forebygging, herunder å sikre hjelpemidler og tilrettelegging til personer med funksjonsnedsettelser som ikke innfrir folketrygdens krav om vesentlighet og varighet. Utvalget legger til grunn at kompensasjonsprinsippet fortsatt skal gjelde, med hensyn til å definere hva som er samfunnets ansvar for hjelpemidler etter folketrygden, dvs. et ansvar som begrenser seg til virkemidler og tiltak som er innrettet på å redusere følgene av funksjonsnedsettelse for den enkelte.

Mange oppgaver på hjelpemiddelområdet ligger i grenselandet mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og de statlige hjelpemiddel-sentralene. Mange av disse oppgavene må løses ut i fra lokale forhold, hvor nødvendig faglig kompetanse, fleksibilitet og løsningsorientering er noen av hovednøkklene. Utvalget er kjent med at det i St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen foreslås en fornyet og forsterket kommunerolle med større vekt på forebygging og helhetlig behandling lokalt, gjennom blant annet økt interkommunalt samarbeid. Avhengig av utfallet av Stortingets behandling av saken, vil dette også kunne ha konsekvenser for samarbeidet kommune – stat på hjelpemiddelområdet. Utvalget mener det er vanskelig å forskuttere Stortingets behandling av saken og velger å ta utgangspunkt i dagens ansvarsdeling og organisering. På enkelte punkter vil det imidlertid være naturlig å diskutere hvordan Samhandlingsreformen vil kunne påvirke konklusjonene.

Utvalget skal spesielt se nærmere på om ordningene samlet sett har et tilstrekkelig fokus på arbeids- og aktivitetsrelatert innsats og vil i sitt arbeid ha et særlig fokus på insentiver og virkemidler som støtter opp arbeidsgivers ansvar for tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelser. Utvalget mener at NAV-reformens intensjoner og mål om flere i arbeid og aktiv virksomhet og en mer brukerrettet og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning også må legges til grunn for utformingen av det framtidige hjelpemiddelsystemet.

Sist, men ikke minst er det i mandatet forutsatt at tilrådingene i utgangspunktet baserer seg på

uendret ressursbruk. Utvalget har lagt til grunn en relativt lang planleggingshorisont og det vil ta noe tid før den enkelte bruker og selve systemet vil dra nytte av endringene som foreslås. Gitt tidshorisonten for utredningen vil flere av de økonomiske konsekvensene av utvalgets tilrådinger være knyttet til langsiktige behov og ambisjoner, som må vurderes og tas stilling til i senere budsjettprosesser. I den grad det fremmes forslag med mer kortsiktige økonomiske konsekvenser, må disse utredes nærmere. Samtidig vil utvalget påpeke at en utredning av økonomiske konsekvenser må basere seg på en samfunnsøkonomisk analyse. En helhetlig og effektiv politikk på hjelpemiddelområdet er avhengig av at de ulike myndighetene med sektoransvar for hjelpemidler og tilrettelegging evner å se sin innsats i sammenheng. Målene for utvikling av hjelpemiddelområdet er ikke overordnet andre politiske målsettinger i velferdspolitikken, men innsatsen på ulike områder bør så langt det er mulig innrettes slik at alle aktører trekker i samme retning.

2.5 Sentrale begrep og definisjoner i utredningen

I det følgende gis en oversikt som forklarer nærmere innholdet av en del ord og begreper som er sentrale i utredningen:

Bestillingsordningen

En ordning som innebærer at utvalgt fagpersonell i kommunene kan rekvirere hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen i samsvar med brukers behov uten å sende søknad. Denne ordningen omfatter vel 40 prosent av alle hjelpemidler, men bare 11,6 prosent av den samlede utlånsverdien av alle hjelpemidler.

Brukere – med enkle behov og med komplekse behov

Mange brukere har behov for enkle hjelpemidler for å kompensere for funksjonstap både på kort og lengre sikt. For andre brukere handler det om bistand til å dekke mer komplekse behov og som krever oppfølging over tid.

Brukermedvirkning- å ivareta hensynet til bruker

Brukermedvirkning handler om å sette brukerens behov i fokus. Det innebærer aktivt å etterspørre og inkludere brukerens erfaringer og synspunkter

gjennom alle trinn i formidlingsprosessen av hjelpemidler med sikte på at bruker skal bli hørt og for å oppnå treffsikkerhet og kvalitet når hjelpemidlet skal tilpasses den enkelte.

Brukerpass

Ordningen er en form for tjenestegaranti fra hjelpemiddelsentralen, men er ikke en rettighet. Et brukerpas erstatter vedtak for de områdene passet gjelder for og gir den enkelte en fullmakt med økt innflytelse på valget av hjelpemiddel, ved at den det gjelder får enklere tilgang til utprøving, utskifting og reparasjon, og behandlingstiden blir kortere.

Diskrimineringsgrunnlag

I NOU 2009: 14 Et helhetlig diskrimineringsvern drøftes hvilke diskrimineringsgrunnlag som skal gjelde etter diskrimineringsloven. Dvs. på hva slags grunnlag eller hvilke former for diskriminering det skal være mulig å påberope seg etter å ha blitt utsatt for forskjellsbehandling.

Ergonomisk tiltak

Et ergonomisk tiltak er enhver tilrettelegging av det fysiske miljø som kan bidra til å redusere avstanden mellom personens forutsetning og miljøets funksjonskrav.

Finansieringsstruktur

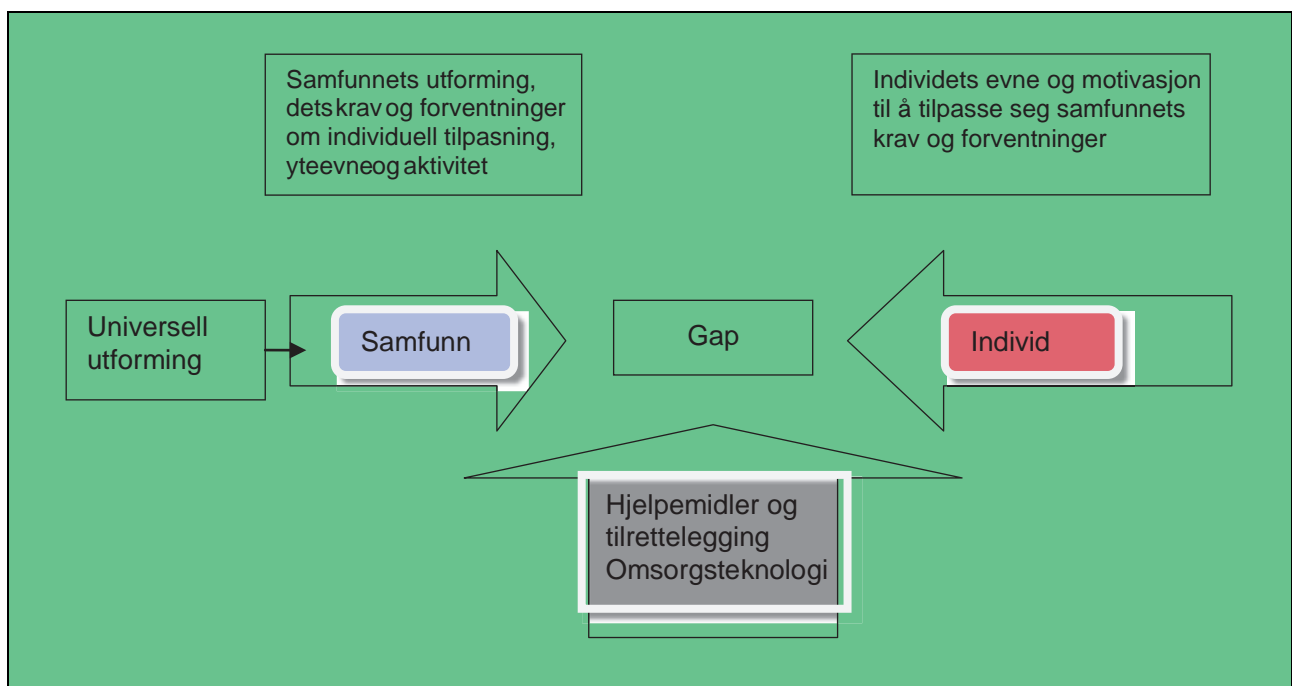
Handler i denne sammenhengen om hvilke typer elementer som inngår i en samlet bevilgning til en offentlig virksomhet. De vanligste formene for finansiering som inngår i finansieringsstrukturen på hjelpemiddelområdet er rammefinansiering (kommune) og overslagbevilgning med åpen ramme (stat).

Formålseffektivitet

Evnen til å oppnå de faktiske målene som er satt for ressursinnsatsen

Funksjonsnedsettelse

Funksjonsnedsettelse er å oppfatte som et gap mellom personens funksjonsnedsettelse og det krav til funksjon som personens omgivelser stiller. En funksjonsnedsettelse er både et resultat av hvordan den enkeltes miljø og omliggende samfunn er utformet og personens funksjonsnedsettelse. Gapet eller misforholdet som kan oppstå mellom individets forutsetninger og nærmiljøets og samfunnets tilrettelegging og krav, fører til funksjonsnedsettelse og kan beskrives grafisk innenfor en «gapmodell». Gapet viser avstanden (funksjonstapet) mellom individets personlige forutsetninger på den ene siden og omgivelsenes krav og tilgjengelighet på den andre siden. Ved hjelp av tilretteleg-



Figur 2.1 Etter modell utarbeidet av Rudolph Brynn, Likestillings- og diskrimineringsombudet

ging av miljøet og individuelle tiltak i form av hjelpemidler kan gapet reduseres.

Modellen foran er ment som en dynamisk modell, i betydningen av at funksjonsnedsettelse ikke er statiske, men dreier seg om funksjoner og faktorer som ved hjelp av ulike virkemidler, herunder hjelpemidler, samvirker og endrer seg over tid. Det innebærer at det skjer en utvikling med gjensidig påvirkning og tilpasning mellom individ og miljø over tid, slik at miljøet endrer individet og individet endrer miljøet. En kritikk mot denne modellen er at samfunnets krav beskrives som noe konstant, dessuten at den ikke sier noe om hvor ansvaret ligger for at ikke alle kan delta aktivt i samfunnet. Noen kan hevde at manglende deltakelse i all hovedsak skyldes at samfunnet ikke tar hensyn til funksjonshemmedes behov, mens andre kan hevde det skyldes enkeltindividers manglende evne og motivasjon. Utvalget legger til grunn følgende definisjon (Jf. Ot.prp. nr. 44 (2007–2008) punkt 9.4.8 side 91–92 og kapittel 18 side 251, St.meld. nr. 40 (2002–2003) punkt 1.5 side 8 og NOU 2001:22 «Fra bruker til borger» s. 17.

«Nedsatt funksjonsevne omfatter fysiske, psykiske og kognitive funksjoner. Fysiske funksjoner er for eksempel bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon. Med nedsatt psykisk funksjonsevne menes sykdommer og tilstander som regnes som psykiske lidelser. Nedsatt kognitiv funksjonsevne innebærer redusert evne til mentale prosesser som hukommelse, språk, informasjonsbearbeidelse, problemløsning og ervervelse av kunnskap og erfaring. Det må i hvert tilfelle gjøres en vurdering av om diskriminering har funnet sted på grunn av nedsatt funksjonsevne. Til grunn for vurderingen må en ta hensyn til den aktuelle funksjonsnedsettelsen. Det er ikke oppstilt krav til varighet eller alvorlighetsgrad, men det forutsettes en avgrensning mot forbigående og/eller bagatellmessige forhold som ikke påvirker funksjonsevnen i nevneverdig grad.»

I noen sammenhenger begrepet *funksjonshemning* til å beskrive misforholdet eller avstanden mellom personens nedsatte arbeids- eller funksjonsevne på grunn av psykiske, fysiske eller sosiale årsaker (skader, sykdommer, ulemper, mangler) og omgivelsene. Funksjonsvanskene kan ha sin årsak i individets forutsetninger (individnivå) og kalles da gjerne funksjonsnedsettelse, eller i omgivelsenes manglende evne eller vilje til tilpasning (samfunnsnivå).

Individuell plan

Retten til å få utarbeidet en individuell plan er regulert i arbeids- og velferdsforvaltningsloven, helse- og sosiallovgivningen og barnevernloven. Formålet med en individuell plan er å etablere et systematisk samarbeid mellom bruker og hjelpeapparat med det for øye å forbedre livskvalitet og realisere ressurser. En slik plan er basert på prinsippet om brukermedvirkning, og det er avgjørende at innholdet utformes på brukerens premisser. Alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få iverksatt en individuell plan. Den enkelte deltjeneste skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. I NOU 2010: 22 Flatøutvalget foreslås det at individuell plan også skal forankres i opplærings- og barnehagelovene. Alle mottakere av en individuell plan skal videre ha rett til en personlig koordinator. Det framgår ikke av gjeldende regelverk.

Hjelpemiddel

En gjenstand som reduserer et praktisk problem. I Norge kan det i tillegg til gjenstander også være tjenester som døvetolkning, førerhund m.m. Tiltakene skal inngå som en del av en helhetlig plan.

Hjelpemiddelformidling

En metode for å løse praktiske problemer for personer med nedsatt funksjonsevne ved hjelp av gjenstander eller ergonomiske tiltak.

Hjelpemiddelformidling må gjøres ut fra en helhetsvurdering av brukerens situasjon og den må foregå ut fra brukerens forutsetninger og behov.

Hjelpemiddelsentral

En instans for formidling og forvaltning av hjelpemidler til personer med funksjonsnedsettelse i alle fylker. En del av Arbeids- og velferdsetaten.

Håndhevingsapparat

Et frittstående forvaltningsorgan som skal overvåke og sørge for at gjeldende regelverk etterleves og håndheves.

Individuell tilrettelegging

En tilnæringsmåte som har som mål at behovet for hjelpemidler skal tilpasses den enkeltes livssitua-

sjon, evner og forutsetninger med sikte på oppnå likestilling, inkludering og deltakelse

Ikke-diskrimineringsprinsippet

Ikke-diskriminering er et alminnelig menneskerettslig prinsipp som er nedfelt i en rekke menneskerettighetskonvensjoner. Prinsippet legger til grunn at handlinger som har som formål eller virkning at noen på grunn av et eller flere diskrimineringsgrunnlag blir behandlet dårligere enn andre i en tilsvarende situasjon er lovstridige. Slike konvensjoner er FNs konvensjon om sosiale og politiske rettigheter artikkel 26, FNs barnekonvensjon, FNs kvinnekonvensjon, FNs rasediskrimineringskonvensjon, FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne og ILO-konvensjon nr. 111 om diskriminering i arbeidsforhold. På europeisk nivå er det Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 14. Norske myndigheter har så langt ikke ratifisert FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne.

Kompensasjonsprinsippet

Utvalget legger til grunn en forståelse av begrepet som er i samsvar med NOU 2001: 22 – Fra bruker til borger. Det innebærer at samfunnet skal gjøre det som er mulig for å redusere følgene av funksjonsnedsettelsen for den enkelte.

Kompensatorisk innretning

Målretting av virkemidler, herunder hjelpemidler med sikte på å redusere gapet mellom individets forutsetninger for likestilling og deltakelse og samfunnets utforming.

Likebehandling

En grunnleggende verdi i den norske velferdsmodellen og diskriminerings- og tilgjengelighetsregelverket om at alle, uansett funksjonsnedsettelse, kjønn, bakgrunn, eller etnisitet, skal ha samme muligheter og behandles likt.

Likestilling

En grunnleggende og overordnet verdi i diskrimineringsregelverket som handler om like rettigheter, plikter og muligheter på alle samfunnsområder, uavhengig av blant annet funksjonsnedsettelse, kjønn, rase, religion, og seksuell orientering

Overslagsbevilgning

Utgiftsbevilgninger med åpen ramme som bygger på foreløpige kalkyler, og som kan overskrides om nødvendig.

Rammebudsjettering

Prinsippet som innebærer at den enkelte bedrift/organ/etat (budsjettansvarlige) som utgangspunkt fritt kan fordele de fastsatte budsjettammene til ulike formål innenfor de enkelte programområder. Videre kan den enkelte bedrift/organ/etat (budsjettansvarlige) som har flere programområder, i utgangspunktet fritt omdisponere mellom dem.

Rehabilitering og habilitering

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensende, planlagte prosesser med klare mål, virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.», jf. forskrift om habilitering og rehabilitering. Rehabiliteringsbegrepet benyttes gjerne i forbindelse med tiltak for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet etter sykdom eller skade, mens habiliteringsbegrepet benyttes gjerne ved omtale av tiltak hvor ulike typer tjenester og tilbud gis/formidles til personer med medfødt eller tidlig ervervet sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse.

Sektoransvarsprinsippet

Innebærer at hver enkelt sektor i samfunnet tar ansvar for tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne innenfor sitt virkefelt, jfr. at den enkelte sektormyndighet har ansvar for at prinsippet om universell utforming skal legges til grunn for all samfunnsplanlegging på sitt ansvarsområde. Sektoransvarsprinsippet står ikke i motsetning til at noen oppgaver og funksjoner i sin natur har en sektorovergripende utforming

NAV Spesialenheter

Nasjonal styringslinje i Arbeids- og velferdsdirektoratet der NAV Hjelpemidler og tilrettelegging inngår. I denne styringslinje inngår også hjelpemiddelsentralene og de nasjonale kompetanseenheterne innenfor hjelpemidler og tilrettelegging. Området har totalt ca. 1250 medarbeidere.

Spesialtilpasning

Spesialtilpasning er konstruksjon av nye, individuelle løsninger når standardløsninger med tilpasning/tilbehørsprogram ikke er tilstrekkelig

Tilgjengelighet

Tilrettelegging med sikte på tilgjengelighet for mennesker med funksjonsnedsettelse, og berører blant annet områdene informasjon- og kommunikasjonsteknologi, samferdsel og transport, byggverk og uteområder, og tilgang til tjenester og produkter.

Universell utforming

Universell utforming betyr at IKT produkter, byggverk og uteområder som er i alminnelig bruk skal utformes slik at alle mennesker skal kunne bruke dem på en likestilt måte så langt det er mulig, uten spesielle tilpasninger eller hjelpemidler.

Øremerking

Finansieringsmåte som sikrer at tildelte midler/ressurser kun kan brukes til ett bestemt formål

Kapittel 3

Grunnleggende verdier og mål for utvalgsarbeidet

Formålet med kapitlet er å belyse hvilke verdier utvalget bygger sin utredning på. Å forankre utvalgets oppgave til visse grunnleggende verdier setter arbeidet inn i en større sammenheng.

Utvalget ønsker måten å vise at politikk og verdivalg på hjelpemiddelområdet framstår som en viktig del av den helhetlige velferdspolitikken. Kapitlet skisserer hvilke kjerneverdier som har vært utgangspunkt for utvalgets arbeid, slike som aktiv deltakelse, likeverd og inkludering. Til sammen danner dette grunnlaget for utredningen. Den verdimeslige forankringen for utvalgets tilrådinger utgår fra utvalgets mandat, og reflekterer verdier og prinsipper for hva utvalget mener bør inngå i grunnlaget for et overordnet og framtidsrettet rammeverk for utviklingen av politikken på hjelpemiddelområdet i årene som kommer. En slik verdisetting gir uttrykk for den eller de standarder som utvalget mener bør være styrende og som både myndigheter og sivilsamfunn bør kunne evaluere seg selv og sin innsats i forhold til.

Retten til inkludering er grunnleggende for at borgerne har ulike måter å fungere på i samfunnet. Utvalget ser i dette perspektivet den nye diskriminerings- og tilgjengelighetsloven som trådte i kraft 1. januar 2009 som en ny rettsorden når det gjelder samfunnets plikt til å legge til rette for likestilling, inkludering og aktiv deltakelse. Denne loven gir sterke føringer for at personer med funksjonsnedsettelse får et rettslig vern mot diskriminering. Den inneholder også en tilgjengelighetsdel som gir både en plikt til universell utforming av felles fysiske møteplasser og et krav om individuell tilrettelegging når det er nødvendig. Loven vil bidra til nedbygging av samfunnsskapt funksjonshemmende barrierer og forhindre nye hindringer. Retten til inkludering gjennom universell utforming blir hovedregelen og ikke lenger unntaket. Dette vil ha konsekvenser når det gjelder behovet for kompensatoriske tiltak, herunder hjelpemidler. Noen brukere vil ikke lenger ha behov for hjelpemidler og særlig tilrettelegging for å føle seg inkludert, mens andre får tilgang til nye arenaer med hjelpemidler. Utvalget vil samtidig understreke at et bedre lovverk kun er ett av flere virkemidler for å bekjempe diskriminering på grunn av nedsatt

funksjonsevne. Ikke minst er holdnings- og påvirkningsarbeid viktig for å gi økt kunnskap.

Prinsippet om alle menneskers likeverd er grunnleggende for vårt demokratiske velferdssamfunn. Dette bygger på ideen om at alle mennesker har en iboende verdighet og at alle mennesker har samme grunnleggende menneskerettigheter. Det kommer blant annet til uttrykk i regler om rett til likebehandling, integritet og autonomi og deltakelse og forbud mot diskriminering. Slike regler er forankret i en rekke bindende menneskerettskonvensjoner, blant annet Den europeiske menneskerettskonvensjon og sentrale FN-konvensjoner. Personer med nedsatt funksjonsevne, herunder barn og unge, personer i arbeidsfør alder og eldre, som opplever at det er avstand mellom eget funksjonsnivå og samfunnets utforming og krav, skal i tråd med den nye FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse kunne delta på alle samfunnsområder. Konvensjonen ble undertegnet av Norge i 2007, men er ennå ikke ratifisert. Det tas sikte på at en proposisjon om ratifisering skal kunne behandles i Stortinget i vårseksjonen 2010 og konvensjonen vil da også bli rettslig bindende. Ratifikasjonen vil være en svært viktig milepæl når det gjelder å stadfeste norske myndigheters ansvar for å treffe alle lovgivningsmessige, administrative og andre tiltak som er nødvendige for å sikre og virkeliggjøre de rettigheter som er nedfelt i konvensjonen.

Selv om noe er oppnådd med hensyn til å utforme samfunnet slik at det sikrer likestilling og full deltakelse for alle, er det ennå langt igjen til at disse målene er nådd. Full deltakelse og likestilling kan oppnås hovedsakelig ved å benytte enten individuelle eller generelle virkemidler. Generelle virkemidler innebærer en tilrettelegging av samfunnet for alle. Disse føringene er brakt inn i annen lovgivning som plan- og bygningsloven, arbeidsmiljøloven m.m. På samme tid er hjelpemidler og individuell tilrettelegging nødvendig og fungerer som en kompensasjon for den enkeltes funksjonshemming. Utgangspunktet for utvalget er at en person med funksjonsnedsettelse i videst mulig omfang får kompensasjon for konsekvensene av funksjonsnedsettelsene.

Som uthevet i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse er alle mennesker skapende og kreative individer som ønsker å bidra til fellesskapet ut i fra sine evner og forutsetninger. Hva samfunnet må ta ansvar for og hva som er den enkeltes ansvar er ikke statisk, men varierer fra land til land og over tid. Dette påvirker også synet på hva den enkelte ser som mulig og hva samfunnet som helhet legger til grunn for i sin oppfatning av muligheter og begrensninger. Dette handler om forhold mellom enkeltindivid og samfunn, som har konsekvenser for den enkeltes ansvar for egne valg og livssituasjon versus samfunnets ansvar for å legge til rette og inkludere. I vår tidsepoke og vårt samfunn er grunnleggende begreper som selvtillit, selvrespekt og følelse av egenverd helt grunnleggende for forståelsen av å se mennesker med funksjonsnedsettelse som likestilte, selvstendige og handlingsdyktige individer. Derfor er det et overordnet mål å bidra til utvikling av et hjelpemiddelsystem som oppmuntrer, legger til rette og belønner og myndiggjør den enkelte til å ta ansvar for eget liv og situasjon. Samfunnets ansvar innebærer å sørge for et tilgjengelig, effektivt og mer brukertilpasset system som med aktive virkemidler realiserer målene om likestilling, inkludering og sosial trygghet, parallelt med at den enkelte gis økt ansvar for å skape sin egen identitet og dermed større frihet til å leve sitt liv i overensstemmelse med egne behov. Retten til å gjøre egne valg og medbestemmelse er en viktig del av verdigrunnet som bør ligge til grunn for politikken på hjelpemiddelområdet i årene som kommer.

Som påpekt i Manneråkutvalgets innstilling (NOU 2001:22) finnes det begrensende holdninger og handlinger i arbeidslivet, skole- og utdanningssektoren, tjenesteapparatet og på dagliglivets øvrige arenaer som krever målbevisst og planmessig innsats over tid. Dette understreker betydningen av å legge til grunn et langsiktig og helhetlig perspektiv og tilnærming når det gjelder å se sammenhengen mellom å bygge ned samfunnsskapte barrierer og behovet for kompensatoriske virkemidler.

Den enkelte brukers rett til selvbestemmelse, personlig integritet og individuelle behov er et grunnleggende og overordnet verdimeslig utgangspunkt som ikke handler om veldedighet, men om en menneskerett. Derfor må hjelpemiddelforvaltningen, både på individ- og systemplan, vise vilje og evne til å fange opp og forstå enkeltbrukeres behov. I lys av brukererfaringer kan det utvikles en mer tilgjengelig brukerrettet hjelpemiddelforvaltning.

Mange brukere erfarer at det tar mye tid og krefter å forholde seg til tjenesteapparatet, og kan oppleve dette som en påkjenning. Særlig gjelder dette brukere med sammensatte behov. Et viktig utgangspunkt for arbeidet er prinsippene i rehabiliteringspolitikken hvor tjenestene skal tilbys og ytes ut fra et brukerperspektiv, være samordnet både tverrfaglig og planmessig, ytes i eller nærmest mulig brukerens dagligliv og vante miljø, og i en for brukeren meningsfylt sammenheng. Habilitering og rehabilitering er en individuell prosess med et innhold som bestemmes av den enkelte brukers behov, ønsker og mål. Utvalget er særlig opptatt av at mennesker med komplekse og omfattende funksjonsnedsettelse har et særskilt behov for at ulike fagpersoner og deltjenester samhandler. Barn, voksne med funksjonsnedsettelse som gjør at de har vansker med å hevde egne interesser, samt de med kognitiv svikt, er avhengig av foreldrene eller andre talsmenn. Særlig utsatt er de som ikke kan tale sin egen sak, og heller ikke har andre til å gjøre det for seg. I dette perspektivet er god samhandling et vesentlig element når det gjelder å bidra til sosial likhet.

Dette er i tråd med prinsippene for den norske velferdsmodellen hvor universalitet (dvs. retten til tjenester og ytelse til alle), offentlig styring og arbeid for alle legges til grunn for arbeidet.

Å satse på hjelpemidler vil gi samfunnsøkonomiske verdier ved at brukere kan være aktiv i arbeid og dagligliv så lenge som mulig. Retten til å kunne leve et likeverdig liv, med tilgang på velferdsgoder som for eksempel bolig- og fritidstilbud, arbeid og utdanning gjelder i like stor grad for personer med funksjonsnedsettelse, som for funksjonsfriske i samfunnet.

Overordnede mål

Mennesker med funksjonsnedsettelse skal ha muligheter til personlig utvikling, deltakelse og livsutfoldelse på linje med andre samfunnsborgere. Jf. St.meld. nr. 40 (2001–2002) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer.

Utvalget legger, med utgangspunkt i regjeringens politikk, til grunn at målene for hjelpemiddelområdet vil være knyttet til å utforme rammebetingelser som sikrer mennesker med funksjonsnedsettelse muligheter til personlig vekst og utvikling og samfunnsmessig deltakelse. Utvalget slutter seg til målene slik de er formulert St.meld. nr. 40 (2001–2002):

- Brukeren skal få rett løsning til rett tid

- Brukeren skal bli møtt av fagfolk med tilfredsstillende kompetanse, og få det samme tilbudet uavhengig av bosted
- Kommunen skal ha hovedansvaret for, og være den viktigste koordinerende aktør i hjelpemiddelformidlingen. Kommunen skal få bistand fra hjelpemiddelsentralene på områder der de ikke har tilstrekkelig kompetanse
- Arbeid: Inkludering, tilrettelegging, aktivisering, selvforsørgelse, egenverd
- Helse, pleie og omsorg: Verdighet, integritet, selvhjelp, egenomsorg, forebygging og kommunalt helhetsansvar
- Bolig/transport: Dagligliv, familieliv: mobilitet, egenomsorg, selvhjelp
- Skole/utdanning/barnehage og fritid: Kompetanse, kvalifisering, inkludering, deltakelse og aktivitet

Hjelpemiddelsystemet har en sektorovergripende funksjon og understøtter sentrale politiske mål innen ulike sektorer:

Kapittel 4

Forvaltning av hjelpemiddelområdet – og utviklingen frem til i dag

4.1 Innledning

Dette kapitlet gir en oversikt over hovedtrekkene i utviklingen av hjelpemiddelområdet og formidlingssystemet frem til i dag.

Beskrivelsene fokuserer på formidlingssystemet og de områder som ligger innenfor hjelpemiddelsentralenes ansvarsområde, samt deres rolle og ansvar i formidlingsprosessen i relasjon til andre aktører, fortrinnsvis kommunene.

Under 4.1 beskrives bakgrunn, historikk og viktige utviklingstrekk for det som i dag er en del av hjelpemiddelsentralenes ansvarsområde. Utviklingen av kommunenes ansvar på området omtales også.

Under 4.2 gis en oversikt over hvordan hjelpemiddelområdet fremstår i dag. I denne delen beskrives også tilliggende hjelpemiddelområder som organisatorisk er plassert i andre enheter i Arbeids- og velferdsetaten. Det redegjøres for ansvarsfordeling og finansiering av tjenester og oppgaver mellom Arbeids- og velferdsetaten, kommuner og de regionale helseforetakene. Det gis tilslutt en oversikt over tilliggende områder som påvirker hjelpemiddelområdet.

4.1.1 Generelt om utviklingen

Mens det fra gammelt av var familiens, fattighusene og legdordningenes ansvar å ta seg av personer med funksjonsnedsettelse, har dette i stadig større grad blitt et offentlig ansvar. Det har også skjedd en gradvis utvikling fra bruk av institusjoner, spesialskoler og lignende til integrering av personer med funksjonsnedsettelse i ordinært samfunnsliv. Dette krever tilrettelegging og ressurser i form av både tjenester og hjelpemidler.

Vi fikk etterhvert flere lover som innebar en stadig større rettsliggjøring av sosial- og helsepolitikken. Myndighetene tok i bruk styringsvirkemidler for å oppnå nasjonale mål som likhet, likeverd, kvalitet og effektiv bruk av ressurser.

Synet på mennesker med funksjonsnedsettelser endret seg gradvis fra å se på funksjonshem-

ning som en egenskap ved individet, til å se funksjonshemning som et relasjonelt forhold mellom individ og omgivelser. Politikken fokuserte på likeverd for den enkelte, noe som innebar at det offentlige fikk ansvaret for å tilrettelegge for alle, ut fra deres forutsetninger. Likeverd innebærer at alle medlemmer skal ha mulighet for å skaffe seg gode, like levekår i form av livskvalitet, deltagelse og like muligheter, samt å kunne ivareta sine rettigheter og plikter som samfunnsborgere.

Siden FN's internasjonale år for funksjonshemmede i 1981 har det overordnede mål for politikken vært full deltakelse og likestilling i samfunnet. Tanken er at alle skal ha rett til å delta i samfunnslivet på egne premisser. Til grunn for dette ligger erkjennelsen av alle menneskers iboende menneskerverd.

Et tilgjengelig samfunn ble valgt som ett av fire satsingsområder i St.meld. nr. 8 (1998–99) *Om handlingsplan for funksjonshemma 1998–2001*. Det ble gjort til et overordnet mål å redusere funksjonshemmende forhold som hindrer deltakelse, slik at alle skal ha lik mulighet til å delta på alle samfunnets områder. Et samfunn som er godt tilrettelagt for alle vil redusere behovet for spesialløsninger. Ut fra denne tankegangen er prinsippene om universell utforming blitt utviklet. Universell utforming er en formgivnings- og planleggingsstrategi som introduserer likestilling som et viktig element i fysisk utforming av samfunnet. Strategien angir at produkter, bygninger, utemiljøer og kommunikasjonsmidler skal være utformet slik at løsningene er anvendelige og brukbare for alle.

På tross av større fokus på universell utforming vil rettigheten til hjelpemidler oppleves som særdeles viktig, da tilgangen til hjelpemidler er av avgjørende betydning for selvstendighet og deltakelse. Spesielle brukerbehov har frem til i dag ofte blitt løst ved spesialløsninger som kommer i tillegg til de ordinære løsningene. Universell utforming vil aldri kunne fjerne behov for hjelpemidler, men vil kunne redusere behovet for spesialløsninger.

Målet er et mer inkluderende samfunn hvor personer med funksjonsnedsettelse sikres mulig-

hetene til å leve som andre og ha et verdig liv. Regjeringen ønsker å redusere gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav. Utgangspunktet er regjeringens visjon om at personer med funksjonsnedsettelse skal ha muligheter til personlig utvikling, deltakelse og livsutførelse på linje med andre samfunnsborgere. Det tas sikte på realisering av verdier som likeverd, selvbestemmelse, aktiv deltakelse og personlig og sosialt ansvar.

4.1.2 Utviklingen av de fylkeskommunale hjelpemiddelsentralene

Opprinnelig skulle folketrygden i hovedsak ha som oppgave å gi stønad til hjelpemidler, men det ble likevel tatt eiendomsforbehold i hjelpemidlene. Dette medførte raskt problemer for trygdeetaten da det ikke var etablert noe system for lagring og gjenbruk av hjelpemidler. Opprettelsen av lagre for brukte hjelpemidler tvang seg derfor frem. Rikstrygdeverket besluttet i 1978 at det skulle opprettes lagre i fylkene.

I desember 1975 etablerte Sosialdepartementet Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede (RTF) «for bedre å kunne følge opp det som skjer innenfor forskjellige fagområder når det gjelder tekniske hjelpemidler og for å dekke behovet for kommunikasjon og samordning ved iverksetting av tiltak»¹. En større utredning publisert i 1975 viste at hjelpemiddelformidlingen var ustrukturert og tilfeldig. Alt som var, var noen lagerfunksjoner. Fagkunnskapen var mangelfull og det manglet et faglig totalansvar for området.

I 1979 igangsatte RTF et 3-årig forsøksprosjekt med en egen hjelpemiddelsentral i Telemark. Hensikten var å sikre tilgang på hjelpemidler for alle grupper og for å få en mer effektiv ressursutnyttelse av investerte midler blant annet gjennom mer rasjonelle innkjøp og resirkulering av hjelpemidler. Sentralen skulle også bidra til en bedre koordinering av formidlingssystemet for hjelpemidler til personer med funksjonsnedsettelse. Målet var å sikre at brukerne fikk riktig individuelt tilpassede hjelpemidler. Videre ønsket man å redusere køene og korte ned ventetiden. Prosjektet ble etablert ut fra «én dør prinsippet» og brukerne skulle komme til sentralen for å få utredet behovet og finne frem til rett hjelpemiddel. Hjelpemiddelsentralen var fylkeseid og fylkesdrevet, men med statlig støtte.

1. Brev av 4. desember 1975 fra Sosialdepartementet ved oppnevning av medlemmer til Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede (ref. 27876/75 H.dir. 3gg/IK).

I perioden 1979–1993 ble det etablert 16 hjelpemiddelsentraler. Hjelpemiddelsentralene var administrativt tilknyttet fylkeskommunene. Driften ble finansiert med 75 prosent dekning fra staten og 25 prosent dekning av fylkeskommunen. Saksbehandlingen av søknader og refusjon av hjelpemidlene lå til trygdekontorene. Hjelpemidlene som sådan ble i sin helhet finansiert av folketrygden. Utgifter til tekniske hjelpemidler finansiert over folketrygden økte i denne perioden fra om lag 150 000 til 1.163 mill. kr. Antall brukere som fikk hjelpemidler i denne perioden økte fra 1385 til 97 826. Etter hvert som hjelpemiddelsentralene kom i drift ble det inngått oppgjørsavtaler mellom den enkelte sentral og Rikstrygdeverket. Avtalene ga sentralene adgang til å kjøpe inn hjelpemidler på lager for folketrygdens regning. Rikstrygdeverket startet opp med prisforhandling og samordning av innkjøp for tekniske hjelpemidler i 1988.

En prosjektrapport om nytt innkjøps- og formidlingssystem for tekniske hjelpemidler ble lagt frem i januar 1988. På bakgrunn av denne ble det i folketrygdloven § 5–8 nr. 3 tatt inn en bestemmelse som gir hjemmel for departementet til å fastsette forskrifter om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar i forhold til trygdeetaten. I folketrygdloven § 5–8 nr. 2 ble det gitt hjemmel for departementet til å bestemme at utlån av hjelpemidler skulle skje gjennom hjelpemiddelsentral omfattet av fylkeskommunal plan.

For fylkeskommunene var etablering og drift av hjelpemiddelsentralene en frivillig oppgave idet den ikke var lovpålagt. Dette medvirket til at det var store forskjeller sentralene imellom både hva angikk disponible ressurser og prioritering av oppgaver. Ifølge Sosial- og helsedepartementet, St.prp. nr. 1 (1993–1994), manglet flere av de 16 sentralene som var i drift eller under oppbygging, kompetanse og personell på områder som det var forventet at hjelpemiddelsentralene skulle dekke.

Sosialdepartementet² foreslo etter utredning av hjelpemiddelformidlingen, en modell der staten overtar ansvaret for både drift av hjelpemiddelsentralene og finansiering av hjelpemidler og hvor hjelpemiddelsentralene i tillegg skulle ha formidlingsfaglig kompetanse.

4.1.3 Utviklingen av de statlige hjelpemiddelsentralene

Fra 1. januar 1994 ble ansvaret for hjelpemiddelsentralene overført fra fylkeskommunene til staten og forankret i trygdeetaten. Ved utgangen av 1996

2. St.prp. nr. 1 Sosialdepartementet (1992-1993)

var det opprettet hjelpemiddelsentraler i de tre gjenstående fylkene. Sentralene var administrativt underlagt fylkestrygdekontorene og faglig underlagt Rikstrygdeverket. Fra 1. januar 1998 inngikk hjelpemiddelsentralene som en avdeling på fylkestrygdekontorene, mens Rikstrygdeverket hadde ansvaret for faglig koordinering og utvikling av hjelpemiddelsentralene og det statlige formidlings-systemet.

Nye områder til hjelpemiddelsentralene

Fra 1990 ble det igangsatt prøveprosjekter med tolketjenester, noen i tilknytning til fylkeskommunen eller hjelpemiddelsentralen, andre i tilknytning til kommunen. Da ansvaret for hjelpemiddelsentralene ble overført til trygdeetaten, ble det bestemt at tolketjenesten for døve og døvblinde skulle bli statlig og legges inn under de administrative lederne for hjelpemiddelsentralene³. Rikstrygdeverket ble samtidig bedt om å påta seg ansvaret for å få i gang tolketjeneste i nye fylker. I 1998 var det etablert tolketjeneste i alle fylker⁴. Tolketjenesten har fra 1998 og frem til i dag hatt flere utvidelser i forhold til stønadsområder. Det er i dag ansatt om lag 170 tolker på hjelpemiddelsentralene. I tillegg har sentralene avtaler med ca. 370 frilanstolker⁵.

I 1995 ble ansvaret for rådgivning, innkjøp og gjenbruksformidling på bilområdet lagt til hjelpemiddelsentralene, mens vedtaksmyndigheten forble på fylkestrygdekontoret (bilkontoret). Høsten 2008 ble det besluttet å omorganisere bilområdet og samle vedtak og formidling i spesiallinja⁶ på fem regionale bilsentre for å sikre bedre likebehandling og sterkere fagmiljøer. Omorganiseringen er påbegynt i 2009 og skal fortsette i 2010.

I 1996⁷ ble det foreslått opprettet ni stillinger til fordeling på hjelpemiddelsentralene som skulle få et særskilt ansvar for arbeidsplassstilrettelegging. I 1997 ble det foreslått opprettet ti stillinger for å få en landsdekkende tjeneste på området arbeidsplassstilrettelegging⁸.

Fra og med 1. januar 1997 ble finansieringsansvaret for tekniske hjelpemidler til funksjonshemmede skoleelever overført fra kommuner og fylkeskommuner til folketrygden (omfattet ikke tolkehjelp). Formålet var å utnytte de samlede ressursene på en bedre måte og sikre funksjonshem-

mede skoleelever lik og enklere behandling. Tidligere var ansvaret fordelt på flere forvaltningsnivåer, noe som skapte uheldige gråsoner, lite rasjonell utnyttelse av de samlede ressurser til hjelpemidler og ulik behandling av funksjonshemmede skoleelever, jf. Ot.prp. nr. 4 (1996–1997). I Ot.prp. nr. 8 (1996–1997) ble det presisert at kommunene og fylkeskommunene fortsatt skulle ha alt ansvar for diagnostisering og tilrettelegging av undervisningen. Overføring av ansvar for skolehjelpemidler medførte ingen tilførsel av ressurser til sentralene.

I løpet av 1997 ble vedtaksmyndighet på hjelpemidler som hjelpemiddelsentralene formidlet overført fra trygdekontorene til sentralene etter en forsøksordning i 2 fylker. Vedtak på hjelpemiddelområder der sentralene ikke hadde et formidlings- og forvaltningsansvar forble på trygdekontorene⁹. Overføringen ble stipulert til en arbeidsbesparelse for trygdekontorene tilsvarende 140 stillinger. Hjelpemiddelsentralene fikk overført ressurser tilsvarende 70 stillinger. Ressursene ble beregnet ut fra målet om å oppnå effektivisering ved å samle saksområdet og tilgang til kunnskap i det tverrfaglige miljøet på sentralene.

I 2003 ble vedtaksmyndigheten i saker om tilskudd og lån for tilrettelegging av arbeidsplass lagt til hjelpemiddelsentralene. Ordningen lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte ble overført til hjelpemiddelsentralene. Ordningen funksjonsassistanse ble overført fra Helse- og sosialdirektoratet til Rikstrygdeverket i 2005 og lagt til hjelpemiddelsentralene.

Da ansvaret for sykehusene ble overført til staten, ble behandlingshjelpemidler overført fra folketrygden til de statlige helseforetakene fra 1. januar 2003 (jf. 4.2.7)

2009 ble ansvaret for briller til barn og irislinser overført fra bidragsbestemmelsene i folketrygdloven § 5–22 og lagt til kap. 10. Området ble lagt til NAV Hjelpemiddelsentral i Vest-Agder.

Oppbygging av tekniske tjenester og mer effektiv hjelpemiddelforvaltning

På 1990 tallet var utgiftsveksten til hjelpemidler på vel 10 prosent pr. år. Det var store fylkesvise variasjoner i utgiftene, blant annet på grunn av etablering av nye hjelpemiddelsentraler. Hovedårsaken

3. St.prp. nr. 1 Sosial- og helsedepartementet (1993-1994)

4. Brukere i Finnmark blir i dag betjent fra NAV Hjelpemiddelsentral i Troms

5. Tolkeutredningen 2008

6. I resultatområdet NAV Hjelpemidler og tilrettelegging

7. St.prp. nr. 1 Sosial- og helsedepartementet (1995-1996)

8. St.prp. nr. 1 Sosial- og helsedepartementet (1996-1997)

9. Områdene ortopediske hjelpemidler, høreapparat, førerhund, grunnmønster til søm av klær, tilpasningskurs for synshemmede, hørselshemmede og døvblinde, opphold på folkehøyskole forble på trygdekontorene. Funksjonen ligger i dag hos NAV lokalt/de fylkesvise forvaltningsenhetene.

til den store utgiftsveksten var likevel at antall brukere økte. I 1990 var det ca. 64 500 brukere som fikk ett eller flere hjelpemidler, mens i 1997 hadde antallet økt til nesten 130 000. Økningen fortsatte de påfølgende årene. Med et økende antall brukere har også tjenestene rundt hjelpemidlene økt i omfang og kostnader. Stadig flere hjelpemidler skulle transporteres, lagres, installeres, spesialtilpasses, repareres og klargjøres for gjenbruk.

Hjelpemiddelsentralene var ved den statlige overtagelsen i 1994 ikke bemannet for å løse disse oppgavene selv og kjøpte derfor i stor grad disse tjenestene fra eksterne samarbeidspartnere, fortrinnsvis leverandører av hjelpemidler. Alle utgiftene til tjenestekjøp ble belastet stønadsbudsjettet. Det ble ikke skilt mellom utgifter til innkjøp av selve hjelpemidlene, installering, spesialtilpasning, service, reparasjoner og gjenbruk. Noen fylker hadde ansatt teknisk personell som kunne sørge for at noe reparasjoner ble utført på sentralene, mens andre fylker baserte seg på å kjøpe disse tjenestene og belaste utgiftene på stønadsbudsjettet. Kostnader for istandsetting av hjelpemidler i forbindelse med gjenbruk ble også belastet stønadsbudsjettet når tjenestene ble utført av eksterne. På oppdrag fra Finansdepartementet foretok derfor Statskonsult i 1996 en evaluering av hjelpemiddelsentralenes virksomhet i forhold til utgiftsutviklingen for stønad til hjelpemidler¹⁰. Statskonsult anbefalte at det ble gjennomført en prøveordning med overføring av midler fra stønadsbudsjettet til hjelpemiddelsentralenes driftsbudsjett¹¹. Midlene som ble berørt, var knyttet til kjøp av tjenester til opplæring av bruker¹², transport, installering, service/reparasjon, spesialtilpasning og klargjøring for gjenbruk. Hensikten var at sentralene skulle vurdere kostnadseffektiviteten ved å foreta oppgavene selv eller få dem utført gjennom tjenestekjøp. Sosial- og helsedepartementet¹³ foreslo å gjennomføre en prøveordning i 4 fylker i perioden 1998 til 1999. Etter evaluering av forsøksperioden fastholdt Statskonsult anbefalingen. I 2001 ble prosjektet utvidet med ni nye hjelpemiddelsentraler, og i 2002 ble de seks siste sentralene innlemmet i prosjektet. Econ Analysis evaluerte prosjektet høsten 2003. I sin konklusjon skriver Econ at prosjektet har:

«bidratt til å rydde i gråsoner mellom stønadsbudsjettet og administrasjonsbudsjettet, redu-

sere veksten i utgiftene (gitt volumveksten i perioden), til å oppnå en mer effektiv forvaltning av hjelpemidler og til å gjøre systemet mer enhetlig i forhold til forvaltning og formidling av hjelpemidler.»

Som en del av prosjektet fikk hjelpemiddelsentralene tildelt 216 stillinger for at de i større grad kunne løse oppgavene med eget personell. Hjelpemiddelsentralene bygget i den forbindelse opp en hensiktsmessig maskin- og utstyrspark for å utføre reparasjoner, spesialtilpasning og effektiv rengjøring for klargjøring ved gjenbruk. Egnede biler ble også kjøpt inn for å overta deler av transporten, samt drive ambulansetjenester som service og rådgivning. Denne omleggingen medførte blant annet at sentralene skaffet seg teknisk personell med samtykke utstedt av DSB¹⁴ for å kunne utføre service og reparasjon av elektromedisinsk utstyr. Direktivet for medisinsk utstyr¹⁵ som ble innført i 1998, satte også nye krav til hjelpemiddelsentralene når det gjaldt prosedyrer og dokumentasjon ved spesialtilpasninger¹⁶. Når kommersielt tilgjengelige hjelpemidler ikke dekker de faktiske behovene til bruker må det konstrueres individuelle løsninger. Det stilles da krav til hvordan spesialtilpasningen skal utføres for at bruker ikke skal utsettes for annen og større risiko fordi en annen enn den opprinnelige produsenten har endret produktet. Tverrfaglig samarbeid mellom terapeuter og teknikere er nødvendig for å sikre at spesialtilpasningen er i henhold til de behov som bruker måtte ha, samtidig som de endringene som gjøres i produktet er teknisk forsvarlig i forhold til eventuell risiko.

Den teknologiske utviklingen på hjelpemiddelområdet er som på andre områder i utvikling. Det gjør at sentralens ansatte hele tiden må vurdere hvilke tjenester det er hensiktsmessig å kjøpe kontra det å utvikle egen kompetanse. Det er da flere forhold som må tas i betraktning. På noen områder kan det være nødvendig å bygge opp teknisk kompetanse på sentralene for å kunne gi en mer helhetlig tjeneste i forbindelse med rådgivningen, selv om det sett fra et rent økonomisk perspektiv kan synes å gi lite avkastning fordi sentralen har få saker. På noen lavfrekvente og kompetansekrevene områder kan man se for seg at den økonomiske gevinsten kunne blitt større ved et utvidet regionalt samarbeid mellom sentralene.

10. Rapport 1997:5 Formidling og forvaltning av tekniske hjelpemidler, Statskonsult

11. Prosjektet Mer effektiv hjelpemiddelforvaltning (Mehf)

12. Opplæring i bruk av teknologisk avanserte hjelpemidler som man ikke kan forvente at kommunen eller arbeidsgiver har.

13. St.prp. nr. 1 (1997-98) Sosial- og helsedepartementet

14. Et samtykke fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DBS) krever en kombinasjon av formal- og realkompetanse

15. 93/42/EØF- Direktivet for medisinsk utstyr

16. Individuelle tilpasninger av medisinsk og elektromedisinsk utstyr, Rikstrykdeverket

Det vil alltid være kompetanseområder og tjenester som ikke anses hensiktsmessig at sentralene har. Installering av trappeheiser, plattformheiser og sjaktheiser er et typisk område i så måte. Et annet område er for eksempel støping av spesialseater som krever spesialistkompetanse. Sentralens ansatte kan imidlertid utføre ettersyn av denne type utstyr hvis de finner det formålstjenlig. Boligtilpasninger som fordrer bruk av håndverkstjenester som snekker, rørlegger og elektriker, er også oppgaver som faller utenfor sentralens virkeområde. Tjenester som kjøpes hos eksterne leverandører, belastes sentralenes driftsbudsjett.

Administrative forenklinger

Overføringen av skolehjelpemidler og vedtaksmyndigheten på hjelpemidler til hjelpemiddelsenentralene 1997 førte til stor økning på antall søknader samtidig som færre personer jobbet med vedtaksbehandling (jf. 4.1.3.1). Det var derfor nødvendig å se på forenklingsordninger. Mange hjelpemiddelsenentraler gjennomførte differensiert saksbehandling, der rimelige og standardiserte hjelpemidler fikk en enklere og raskere behandling enn de mer komplekse. Mange sentraler integrerte vedtak/ordre- og lagerrutiner i disse sakene for å få rask utlevering. En undersøkelse i 2001 viste at denne typen søknader svært sjelden ble avslått. En arbeidsgruppe foreslo i 2001¹⁷ med bakgrunn i dette å innføre *bestillingsordningen* for samtidig å kvalitetssikre at kommunale rekvirenter måtte gjennom en opplæring før de kunne godkjennes.

Bestillingsordningen ble innført i 2002 og omfatter enkle hjelpemidler til en verdi under 10 prosent av 1 G og som ikke krever individuelle tilpasninger. Ordningen ble utvidet i 2007 til også å gjelde fire produktgrupper med en verdi over 10 prosent av G¹⁸. Det kreves et inngangsvedtak på at brukeren fyller inngangsvilkårene i folketrygden før man kan benytte seg av ordningen. I 2008 benyttet 65 508 brukere seg av bestillingsordningen.

I 2002¹⁹ ble det også innført en ordning der individuell plan kan erstatte søknad om hjelpemidler. Hjelpemidler som en del av en individuell plan ble først prøvd ut i fire fylker med noen utvalgte kommuner i hvert fylke. Målgruppen for denne ordningen er barn og voksne med sammensatte behov der god kjennskap til brukeren og

hans/hennes livssituasjon er viktig for god behandling av saken. Særlig aktuell for brukere der behovet for hjelpemidler endrer seg raskt (for eksempel barn som vokser eller personer med progredierende sykdommer).

4.1.4 Utviklingen av den kommunale hjelpemiddelforvaltningen

Kommunene har med hjemmel i lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66 (kommunehelsetjenesteloven) basisansvaret for medisinsk habilitering og rehabilitering, herunder formidling av hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av brukerens samlede behov. Ansvar på hjelpemiddelområdet er presisert i § 11 i forskrift om habilitering og rehabilitering som trådte i kraft 1. juli 2001. I forskriften er kommunene pålagt et koordinerings- og samhandlingsansvar, blant annet ved at det skal finnes en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen. Videre er kommunehelsetjenesten pålagt å samarbeide med sosialtjenesten og andre samarbeidende enheter. Kommunens ansvar for formidling og tilrettelegging er uavhengig av behovet, og 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 ansvar.

Forskrift om individuell plan gir føringer for et planmessig og systematisk arbeid knyttet til den enkelte, og er et virkemiddel for å få til samhandling mellom brukeren, kommunale tjenester og øvrig hjelpeapparat. Kommunen har ansvar for individuell tilrettelegging av opplæringstiltak, jf. bestemmelser i opplæringsloven. Kommunene har dermed ansvar for pedagogiske læremidler til skolebruk, inklusive utstyr som læreren/førskolelæreren bruker i sin undervisning eller opplegg for eleven/førskolebarnet. Ansvar i kommunen vil derfor ligge innen helse- og omsorgssektoren eller skolesektoren, avhengig av hvilke livsområder hjelpemidler og tilrettelegging skal inngå i.

Ansvarsfordelingen mellom hjelpemiddelsenentralen og kommunen er nedfelt i egne samarbeidsavtaler mellom hjelpemiddelsenentralen og kommunene i det aktuelle fylket. 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 (jf. 4.2.2 og boks 4.1). Kommunene kan også opprette kontaktpersoner på hjelpe-

17. Rapport om Vedtaksmyndighet, klageordning og forslag til forenklinger på hjelpemiddelområdet

18. Senger, personløftere, standard manuell rullestol med kryssramme og elektriske hjertebrett

19. Sosial- og helsedepartementet fastsatte forskrift om Individuelle planer i juni 2001

Boks 4.1 Om synskontaktordningen

En undersøkelse om hjelpemiddelsentralenes synskontaktordning i regi av Sosial- og helsedirektoratet¹ viste at et stort flertall av kommunene (79 prosent) har etablert synskontakter. I følge Synovate er det tydelig at en stor majoritet av kommunene ser seg tjent med en slik ordning som binder samarbeidet med hjelpemiddelsentralen på området synshemming bedre sammen. Det ser ut til å være en noe lavere forekomst av synskontakter i *små* kommuner sammenlignet med *store* og *mellomstore* kommuner. I de *store* og *mellomstore* kommunene er det flest ergoterapeuter som er synskontakter (henholdsvis 66 og 52 prosent), mens det i de *små* kommunene er omtrent like mange synskontakter som er hjelpepleiere (29 prosent) som ergoterapeuter (28 prosent). Det er også eksempler på kommuner som har vaktmester som synskontakt. Når det gjelder stillingsprosenter er det mange tilfeller der arbeidet som synskontakt utgjør en meget liten stillingsprosent. 47 prosent av synskontaktene har et stillingsforhold der synskontaktstillingen utgjør mindre enn 15 prosent. Noen synskontakter er også kontaktpersoner for hjelpemiddelsentralene i forhold til andre brukergrupper. For eksempel viser en oversikt fra NAV Hjelpemiddelsentral Østfold at ni av fylkets 15 synskontakter også er kontakter på hørselsområdet. For NAV Hjelpemiddelsentral Finnmark dekker alle kontaktpersonene både syn- og hørselsområdet, mens de i de minste kommunene også dekker bevegelsesområdet.²

1. Kartlegging av synskontaktordningen, Synovate 2008
2. Rehabilitering av synshemming. Kommunale synskontakter på hjelpemiddelområdet – en statusbeskrivelse i 2008. Lise Fjeldvik, NAV Hjelpemidler og tilrettelegging

middelområdet innen andre spesielle fagområder eller funksjoner.

Som en del av samarbeidsavtalen med hjelpemiddelsentralene, er det innført forenklet saksbehandling på enkle og rimelige hjelpemidler (bestillingsordningen). For å forenkle forvaltningen har hver kommune utpekt ansatte som etter å ha gått på kurs hos hjelpemiddelsentralene, blir sertifisert til å være hjelpemiddelrekvirenter. De kan i samarbeid med bruker rekvirere visse hjelpemidler som ikke vedtaksbehandles. Når det er aktuelt med

mer avanserte hjelpemidler samarbeider kommunens ansatte med hjelpemiddelsentralene om å få til et godt resultat for brukeren.

Kommunene har ansvar for enklere montering og distribusjon av hjelpemidler som hjelpemiddelsentralene skaffer til veie, og leverer til de kommunale lagrene. Kommunene skal også sørge for retur fra brukerne når hjelpemidlene ikke lenger brukes²⁰.

4.2 Dagens hjelpemiddelsystem

4.2.1 Hjelpemiddelsentralens ansvar og rolle

I forbindelse med NAV-reformen ble Arbeids- og velferdsetaten opprettet 1. juli 2006. Fra samme dato ble tidligere trygdeetaten og Aetat lagt ned, og Arbeids- og velferdsetaten overtok det ansvar og de oppgaver som de tidligere etatene hadde hatt. Hjelpemiddelsentralene ble samlet, både administrativt og faglig, i én organisasjon og under én felles, nasjonal ledelse i NAV Hjelpemidler og tilrettelegging.

Hjelpemiddelsentralene har et overordnet og koordinerende ansvar for hjelpemidler i sitt fylke. Hjelpemiddelsentralen er en andrelinjetjeneste og et ressurs- og kompetansesenter både for brukere og det øvrige fagapparatet i formidlingssystemet. Sentralene har kompetanse om hvordan hjelpemidler, tolk og ergonomiske tiltak kan kompensere eller avhjelpe funksjonstap. Sentralene gir faglig bistand og informasjon til sine samarbeidspartnere.

Hjelpemiddelsentralene har et forvaltningsansvar for de hjelpemidlene som er folketrygdens eiendom og skal påse at disse blir utnyttet mest mulig effektivt og i samsvar med folketrygdloven. De har ansvar for større reparasjoner, akuttreparasjoner og service på utlånte hjelpemidler.

Rådgivning om tilretteleggingsløsninger er således ikke bare knyttet til virkemidler som finansieres via folketrygden. Hjelpemiddelsentralenes kompetanse er også overførbar til hjelpemidler og tilrettelegging der finansieringen ivaretas av andre; for eksempel arbeidsgiver, studiested eller kommunen. Hjelpemiddelsentralenes kompetanse kan også være et viktig bidrag til kommunene når det gjelder planlegging og tilrettelegging av omgivelsene for personer som benytter hjelpemidler jf. prinsipper om tilgjengelighet og universell utforming. Sentralenes kompetanse i forhold til bruker-

20. Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) – september 2009 – Kartlegging av kommunenes og fylkeskommunenes hjelpemiddelansvar

Boks 4.2 Hjelpemiddelsentralenes funksjonsområder

- Hjelpemiddelsentralenes bemanning dekker følgende funksjonsområder:
- Hørsel (tolker, konsulenter for døvblinde, hørselspedagoger, audiografer)
- Syn (optikere, synspedagoger)
- Bevegelse (ergoterapeuter, fysioterapeuter)
- Kognitiv svikt
- Talehemning (spesialpedagoger/logopedter)
- Teknisk (ingeniører med EDB-kompetanse, teknikere)
- Innkjøp
- Lagerforvaltning (herunder lagerstyring, distribusjon, rengjøring, service og transport)
- Administrasjon

rettede og systemrettede tiltak er beskrevet i nasjonale standarder på området.²¹ I praksis vil vektleggingen av individrettede og systemrettede tiltak, rådgivning knyttet til etatens egne finansielle virkemidler eller andre økonomiske kilder, variere mellom hjelpemiddelsentralene. Prioriteringene er avhengig av situasjonen i det enkelte fylke og ressurser og kompetanse ved den enkelte hjelpemiddelsentral og i kommunen. Hjelpemiddelsentralene skal yte tjeneste ved ulike typer funksjonsnedsettelse, i alle aldre og uavhengig av arena og de må derfor i sin grunnbemanning sikre at sentralen disponerer nødvendig fagkompetanse.

4.2.2 Formidlingssystemet

I det følgende beskrives formidlingssystemet på et mer overordnet nivå. En nærmere beskrivelse av enkeltområder gjøres i kapittel 12 Hjelpemidler i dagliglivet, kapittel 13 Hjelpemidler og tilrettelegging for barn og unge, samt kapittel 14 Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeid.

Hjelpemiddeltilbudet favner bredt og rommer mange spesialiserte kompetanseområder. Systemet skal være tilpasset brukere i alle aldersgrupper og livsfaser. Systemet skal ivareta både brukere med enklere behov, og brukere med omfat-

tende og komplekse utfordringer. Det er både ønske om og krav til aktiv brukermedvirkning.

Et mer enhetlig formidlingssystem og andrelinjerollen

Med overføring av ansvaret for hjelpemiddelsentralene til staten var det forventet et mer likeverdig tilbud til brukeren og en bedre utnyttelse av ressursene i systemet enn det som hadde vært mulig med fylkeskommunal administrasjon. Målet med den statlige modellen var blant annet å utvikle et enhetlig formidlingssystem. Dette innebar blant annet å lage et system med hjelpemiddelsentralene som ressurs- og kompetansesenter for alle typer funksjonsnedsettelse. Det var ønskelig å øke tilgangen til bistand og informasjon fra fagfolk for å sikre at brukerne fikk de hjelpemidlene de hadde behov for. Overføringen til staten innebar ikke at hjelpemiddelsentralene nå ble likt organisert. Forskjellig organisering og arbeidsmåte har vært nødvendig fordi sentralene har ulik størrelse og ulike utfordringer knyttet til geografi, befolkning, alderssammensetning m.m.

Sentralt i utviklingen av de statlige hjelpemiddelsentralene var rollen som ressurs- og kompetansesenter. Utvikling av en felles rolleforståelse for hjelpemiddelsentralene og deres samarbeidspartnere sto sentralt i oppbyggingen av formidlingssystemet. En mer rendyrket andrelinjefunksjon for hjelpemiddelsentralene ble vektlagt i denne perioden, der hjelpemiddelsentralene styrket sin veilederrolle og rolle som kompetansebygger innen hjelpemidler og tilrettelegging i kommunen. Brukerne ble i sterkere grad oppfordret til å henvende seg til kommunen. En slik rendyrket andrelinjefunksjon viste seg å være problematisk der kommunen manglet grunnleggende kompetanse eller ressurser, og ble møtt med kritikk fra fagfolk og brukere.²²

Etter hvert ble det utviklet større grad av fleksibilitet i forhold til direkte brukerkontakt med hjelpemiddelsentralene, blant annet gjennom ordningene med individuell plan, kontaktperson, brukerplass, opprettelse av bestillingsordning for sertifiserte medarbeidere i kommunen, mer fleksible henvisningsrutiner og gjennom skulder ved skulder samarbeid med kommunen og andre samarbeidspartnere der dette er hensiktsmessig. Det ble også i større grad tatt hensyn til fleksibilitet i den

21. www.nav.no/hjelpemidler-nasjonale-standarder

22. Helgøy, Ravneberg, Solvang og Lundeberg: Tjenesteyting for et selvbestemt dagligliv? Funksjonshemmede mellom individuell frihet, faglig vurdering og byråkratisk regulering. Sefos rapport nr. 9, 2000.

praktiske oppgavefordelingen, avhengig av kommunens ressurser og kompetanse i forhold til ulike brukerbehov, og det ble satset sterkt på kompetansebygging i kommunen fra hjelpemiddelsentralenes side.

Hjelpemiddelområdet framstår i dag som komplekst. Brukergruppene er svært forskjellige både med hensyn til alder, funksjonsnedsettelse og oppfølgingsbehov, i tillegg til stor bredde i løsningsmuligheter. I dagens system kan hjelpemidler være alt fra enkle produkter som spesialbestikk til en verdi av et par hundre kroner, til avanserte teknologiske produkter eller ombygde kassebiler i millionklassen. I tillegg kommer rene tjenester som tolking, funksjonsassistanse og lese- og sekretærhjelp. Det er et område som har stor bredde i fag- og tilretteleggingskompetanse, med mange involverte fagmiljøer både på kommunalt og statlig nivå. I tillegg er det et område som har stor betydning for brukeren, og et viktig område for brukerorganisasjonene. Rådgivings- og veiledningsoppgavene som utføres av de ansatte ved hjelpemiddelsentralene, er en kompetanserolle som omfatter langt mer enn å gi ytelse etter folketrygden.

Samhandling og praktisk arbeidsdeling mellom kommunene og hjelpemiddelsentralene

For å bidra til styrket samhandling mellom kommunene og hjelpemiddelsentralene, ble det tatt initiativ fra den enkelte hjelpemiddelsentral om å utarbeide samarbeidsavtaler med hver enkelt kommune innen det aktuelle fylket. Disse avtalene ble inngått etter en felles mal på landsbasis²³, og med muligheter for lokale tilpasninger. Alle kommunene har inngått en slik avtale med hjelpemiddelsentralen i sitt fylke. Avtalene omhandler alle deler av formidlingsprosessen, men kan variere noe i forhold til innhold og detaljeringsgrad.

På samme måte som det er en praktisk arbeidsfordeling mellom kommune og hjelpemiddelsentral når det gjelder formidlingsprosessen, så er det en tilsvarende arbeidsfordeling mellom enkle og mer komplekse saker når det gjelder montering, service og reparasjon av hjelpemidler. Enkel montering og demontering som ikke krever særskilt kompetanse gjøres av teknisk personell/vaktmestere i kommunen. At kommunen ivaretar enkle reparasjoner og vedlikehold fører til raskere service til brukerne. Hjelpemiddelsentralens tekniske personell sørger for opplæring og stiller med nødvendig utstyr og reservedeler (kommunale delela-

gre etter avtale). Hjelpemiddelsentralen har ansvar for montering/demontering, reparasjon og service som krever kompetanse som kommunen ikke har. Hjelpemiddelsentralen har ansvar for spesialtilpasning av hjelpemidler²⁴. Det vil alltid oppstå situasjoner der de kommersielt tilgjengelige produktene ikke dekker brukerens faktiske behov.

På tross av avtaler, rolleavklaringer og kompetanseutvikling, erfarer hjelpemiddelsentralene at kommunenes ressurser og kompetanse til å kunne ivareta oppgavene innen hjelpemidler og tilrettelegging varierer sterkt. Dette gjelder både mellom kommunene og innad i den enkelte kommune over tid. Bytte av nøkkelpersonale med formidlingsfaglig eller teknisk kompetanse i kommunen er også avgjørende for hvor mye kommunene kan utføre med egne ressurser. Kompetansen innen hjelpemiddelsentralene kan også variere. Det er derfor viktig med et samspill mellom kommunen og hjelpemiddelsentralen som er fleksibelt i forhold til endringer i kompetanse og ressurser.

Hjelpemiddelsentralens samarbeidspartnere i kommunene

Tiltak i kommunen gjennomføres innen ulike tjenesteområder avhengig av blant annet alder og behov til den det gjelder og foregår oftest på de vanlige arenaene hvor brukerne oppholder seg. Kommunenes oppgaver og ansvar er omfattende på området hjelpemidelformidling. Ansatte i de kommunale tjenestene har ulik fagbakgrunn, funksjoner og erfaring i forhold til hjelpemidler og tilrettelegging, og vil dermed i ulik grad være i samhandling med hjelpemiddelsentralen.

Et sentralt virkemiddel for samhandling og kompetanseutvikling knyttet til kommuneavtalene, er kontaktpersonordningen. Dette er en ordning der kommunene på frivillig basis oppretter kontaktpersoner innen spesielle fagområder, noe som er gjennomført i de fleste kommuner. Kontaktpersoner på fagområdene bevege, syn og hørsel er de mest vanlige. Kontaktpersoner i forhold til funksjonsområder som kognisjon og kommunikasjon er sjelden. Kommunene har også kontaktpersoner i forhold til tekniske tjenester som montering, reparasjoner og levering av hjelpemidler.

Ordningen er frivillig for kommunene. De instanser i kommunen som får tildelt denne rollen, får ikke tildelt ekstra ressurser. For noen kan denne funksjonen sies å komme i tillegg til de oppgavene de er ansatt for, mens for andre er kontakt-

23. www.nav.no/hjelpemidler - nasjonale standarder - Kommuneneavtalen

24. Individuelle tilpasninger av medisinsk og elektromedisinsk utstyr (veileder for hjelpemiddelsentralene).

personrollen en naturlig del av stillingens ordinære funksjoner. Ansatte innen hjemmetjenestene vil i størst grad kunne oppleve å få tildelt ekstraoppgaver gjennom å formidle hjelpemidler til både brukere og ikke-brukere av hjemmetjenesten. For ansatte innen habilitering og rehabilitering, vil imidlertid hjelpemidler og tilrettelegging inngå som en mer naturlig del av virksomheten²⁵.

Til tross for at kommunens ansvar for hjelpemidler og ergonomiske tiltak er hjemlet i forskrift, er den konkrete satsningen i varierende grad nedfelt i kommunenes satsninger og prioriteringer. Kontaktpersoner i forhold til hjelpemidler og tilrettelegging er i varierende grad definert i stillingsbeskrivelsene til de kommunalt ansatte og oppleves derfor sårbare i forhold til omprioriteringer av stillinger og funksjoner i kommunen.

Når kommunen ikke har god nok kompetanse, må hjelpemiddelsentralen eller andre kompetansemiljøer ta et større ansvar. Dette kan gjelde for eksempel for personer med kognitive utfall, syns- og/eller hørselsproblematikk. Diagnostikk og utredninger vil i stor grad gjennomføres i spesialisthelsetjenesten. Men på disse områdene må også hjelpemiddelsentralene ofte ta et større ansvar i forhold til utredning av behov. Kontaktpersonene vil da i større grad henvise til andre instanser for utredning når de oppdager et behov. Hjelpemiddelsentralene samhandler ikke bare med kontaktpersonene i kommunen. Relevante samarbeidspartnere både i forhold til brukerrettet arbeid og kompetanseutvikling, kan være fagpersoner fra ulike sektorer i kommunen, pleie- og omsorg, rehabilitering, skolesektor, teknisk etat m.m. Kontaktpersonene er ment å sikre at det finnes definerte kontakter og tydelig adresse i forhold til samhandlingen.

Kompetansestrategier

Ved den statlige overtagelsen av hjelpemiddelsentralene i 1994, manglet mange kommuner kompetanse i å utrede, prøve ut og tilpasse hjelpemidler til brukerne. Som andrelinjetjeneste ble hjelpemiddelsentralene derfor pålagt å bidra til å heve kompetansen om hjelpemidler og tilrettelegging i førstelinjen, men også hos andre samarbeidspartnere. I tillegg til skulder ved skulder-samarbeid i brukerkonsultasjoner, så skulle sentralene drive kompetanseutvikling gjennom kursvirksomhet, etablering av fagnettverk for eksempel for syns- og

hørselskontakter m.m., og annet systemrettet veiledningsarbeid. Hensikten var økt kunnskap om hjelpemidler i nettverkene rundt brukerne og dermed bedre tilgjengelighet til gode tilretteleggingsløsninger.

I 1999 ble opplæringsansvaret konkretisert i en nasjonal standard²⁶ som hadde til hensikt å sikre at hjelpemiddelsentralene drev en systematisk og differensiert opplæring av førstelinjen og andre samarbeidspartnere. Mange hjelpemiddelsentraler har differensiert sine kurs i tre nivåer; innføringskurs, grunnkurs og videregående fagkurs²⁷. På systemnivå er det etablert grunnleggende kurs om formidlingssystemet, og videregående kurs for kommuneansatte som skal godkjennes som rekvisitter innen bestillingsordningen²⁸. Når det gjelder brukerrettet fagkompetanse, er det etablert grunnleggende og videregående kurs knyttet til kommunenes kontaktpersoner på de ulike fagområdene²⁹, og det holdes erfarings- og nettverksamlinger på ulike fagfelt. Det er spesielle kurs rettet mot teknisk personell i kommunene som skal vedlikeholde og reparere utstyr, og det er mer produktrettede kurs rettet mot ulike målgrupper.

I en organisasjonsanalyse fra 2009³⁰ finner PwC at hjelpemiddelsentralene som kompetansebygger og kompetanseoverfører er av vesentlig betydning for (mange) kommuners evne til å utføre sitt førstelinjeansvar. Mange kommuner uttrykker at denne støtten er helt nødvendig for en god brukeropfølging i mer komplekse saker. Særlig mindre kommuner vil mangle full bredde i kompetanse til å løse sammensatte og komplekse saker. Videre finner PwC at hjelpemiddelsentralenes kompetanseutviklingsprogram i stor grad er basert på lokal erfaring med kommunenes behov, og det varierer derfor fra fylke til fylke. PwC anbefaler derfor at sentralene i større grad tilpasser sine kurs og seminarer til det som er kommunenes problemstillinger og behov på kompetansesiden.

For å understøtte hjelpemiddelsentralenes opplæringsarbeid, utarbeidet Rikstrygdeverket opplæringspakker på ulike fagområder som sentralene kunne ta i bruk og tilpasse lokalt. Videoer, som

25. Rehabilitering av synshemming. Kommunale synskontakter på hjelpemiddelområdet – en statusbeskrivelse i 2008. Lise Fjeldvik, NAV Hjelpemidler og tilrettelegging

26. Kvalitet i formidlingen av hjelpemidler. Nasjonal standard for opplæring av førstelinjetjenesten, Rikstrygdeverket 1999.

27. Dette er i henhold til: Nasjonal standard for opplæring av førstelinjetjenesten, www.nav.no/page?id=908

28. Bestillingsordningen gir ansatte i kommunene rett til direkte bestilling innen utvalgte hjelpemiddelområder.

29. Kontaktpersonene er ofte knyttet til fagområdene syn, hørsel og bevegelse. Kontaktpersonen kan også være bindeledd mellom kommunen og sentralen uten at funksjonen er knyttet til et spesielt fagområde.

30. Pricewaterhouse Coopers AS (2009) Organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet, rapport.

viste utredningsprosesser i skolen og på arbeidsplassen m.m. og ulike løsninger, ble laget som en del av opplæringspakkene. Det ble laget veiledere og temahefter³¹ Det ble dessuten igangsatt faglige utviklingsprogram for utvalgte faggrupper på hjelpemiddelsentralene fra Rikstrygdeverket.

Kompetansestrategien var at hjelpemiddelsentralene skulle ha opplæringsansvaret overfor kommunene og andre samarbeidspartnere innen fylket, mens Rikstrygdeverket skulle understøtte det faglige arbeidet til sentralene gjennom fagsamlinger og ved utarbeidelse av veiledere m.m.

Den samme strategien er i stor grad videreført etter etableringen av Arbeids- og velferdsetaten i 2006. Hovedmålgruppen for kompetansetiltakene fra det nasjonale kompetansemiljøet³² er fortsatt hjelpemiddelsentralene. Men flere av de landsdekkende kompetansetiltakene rettes nå også mot hjelpemiddelsentralenes samarbeidspartnere. Fra 2009 ble muligheten for prosjektrettet utviklingsarbeid styrket ved at sentralene kan søke sentrale prosjektmidler for å stimulere til konkrete utviklingsprosjekt i fylkene. Etter at hjelpemiddelsentralene ble samlet i en felles styringslinje i forbindelse med NAV reformen, arbeides det dessuten med å finne synergieffekter og kompetanseområder som kan styrkes på tvers av fylkene. Dette inkluderer også en vurdering av hvordan kompetansen i de nasjonale kompetansesentrene på hjelpemiddelområdet skal kunne utnyttes mer effektivt og gi større synergieffekter i formidlingsarbeidet ute i fylkene, spesielt på området arbeidsplassstilrettelegging.

Nasjonale kompetansesentre på hjelpemiddelområdet

Det er fire spesialiserte kompetansesentre på hjelpemiddelområdet. Tre av sentrene bistår også i komplekse brukersaker. Disse er Landsdekkende bilsenter, Senter for yrkesrettet attføring (NAV Sya) og Senter for IKT-hjelpemidler (NAV Sikte). Nordnorsk IKT-senter (NAV Nonite) jobber prosjektbasert og bistår ikke i det brukerrettede arbeidet.

Landsdekkende bilsenter

NAV Landsdekkende bilsenter er et ressurs- og kompetansesenter for spesialtilpasning av bil for personer med funksjonsnedsettelse. Senteret skal

Boks 4.3 Landsdekkende bilsenter

Det landsdekkende bilsenter ble etablert i 1995 som en tredjelinjetjeneste innen trygdeetaten. Senterets medarbeidere ble overført fra det tidligere bilsenteret som ble drevet av Norges Handikapforbund og fra kjøreskolen ved Sophies Minde (drevet siden 1959). Landsdekkende bilsenter ble ved oppstart lokalisert til Hjelpemiddelsentralen i Oslo og administrativt underlagt leder ved sentralen, men faglig sett knyttet til Rikstrygdeverket. En slik plassering gjorde det vanskelig å skille 2. og 3. linjefunksjonen ved senteret. I 2001 ble enheten delt. Tre stillinger ble skilt ut i en landsdekkende enhet og ble fysisk plassert i Rikstrygdverket, med egnede lokaler til bilutprøving.

bistå formidlingsapparatet med spisskompetanse om gode løsninger i komplekse saker. Bilsenteret er lokalisert i Oslo.

Senter for yrkesrettet attføring (NAV Sya)

SYA sitt tilbud er rettet mot yrkeshemmede. Tilbudet er todelt. Det ene tilbudet er til arbeidssøkere som er hørselshemmet, synshemmet eller som har skade eller sykdom som har rammet hjernen. Dette tilbudet ytes til arbeidssøkere hjemmeboende på Sør-Østlandet. Tre spesialiserte arbeidsrådgivningskontor (ARK) i Bergen, Trondheim og Tromsø dekker de resterende fylkene i forhold til synshemmede og hørselshemmede arbeidssøkere. Arbeidsrådgivningskontorene er organisert i Arbeids- og velferdsetatens, fylkeslinja (jf. figur 4.1 Organisasjonskartet). Det andre tilbudet fra SYA gis til yrkeshemmede generelt som er bosatt i Oslo eller Akershus. SYA har i tillegg et landsdekkende ansvar for å initiere og drive forsøks- og utviklingsarbeid innen ansvarsområdet.

Senter for IKT-hjelpemidler (NAV Sikte)

NAV Sikte er et landsdekkende kompetansesenter som (se boks 4.5) har i oppgave å utvikle og formidle kunnskap om IKT hjelpemidler, samt jobbe med tilrettelegging av spesialiserte IKT løsninger. Senteret har et særlig ansvar for tilrettelegging av IKT for personer med; sterkt reduserte bevegelsesfunksjoner, medfødte eller ervervede kommunikasjonsvansker og alvorlig grad av kombinerte

31. www.nav.no/Helsetjenester/Hjelpemidler/Temahefter+og+nasjonale+standarder

32. NAV Hjelpemidler og tilrettelegging

Boks 4.4 Senter for yrkesrettet attføring (SYA) og Arbeidsrådgivningskontor (ARK)

SYA ble opprettet i 1992, men senterets historikk går tilbake til 1945. Da ble Statens attføringsinstitutt i Oslo (SAO) opprettet, blant annet som et tilbud til sjøfolk som hadde pådratt seg sykdom eller skader under krigen. Etter hvert ble instituttets virksomhet utvidet til å være et tilbud til ulike grupper med behov for rehabilitering/attføring. Det ble opprettet institutter i Bergen og Trondheim (senere også i Tromsø). SAO var organisert med eget styre under Kommunaldepartementet. Fra 1983 ble det underlagt Arbeidsdirektoratet, noe som medførte navneendring til Arbeidsmarkedsinstituttet. Fra 1989 startet en reorganisering av tjenesten som innebar opprettelse av fylkesvise arbeidsrådgivningskontor. Den nye modellen med fylkesvise arbeidsrådgivningskontor var klar i 1992. Senter for yrkesrettet attføring (SYA) og de tre spesi-

serte arbeidsrådgivningskontorene (ARK) i Bergen, Trondheim og Tromsø, utgjorde andrelinjetjenesten i arbeidsmarkedssetaten. Ansvarsområde ble endret til å skulle være et tilbud til arbeidssøkere med syns- og hørselshemming, kognitive vansker samt personer med behov for mer omfattende avklaring og veiledning enn det de fylkesvise arbeidskontorene kunne bistå med. SYA skulle dekke disse tjenestene for søkere fra 10 fylker (Sør-Østlandet). De tre ARKene i Bergen, Trondheim og Tromsø skulle dekke de resterende fylkene. Ved etablering av Arbeids- og velferdsetaten i 2006 ble SYA organisert i samme resultatområdet som hjelpemiddelsentralene og de andre spesialenhetene på hjelpemiddelområdet mens de tre ARKene ble organisert i fylkeslinjen.

sansetap. SIKTE bistår hjelpemiddelsentralene og andre samarbeidspartnere med utredning i saker med behov for komplekse og spesialiserte IKT-løsninger. Ifølge Fafo³³ virker det som at SIKTE i liten grad blir brukt i arbeidsplassaker.

Nordnorsk IKT-enhet (NAV Nonite)

NAV Nonite er et kompetansesenter (se boks 4.6) som gjennom prosjekter skal bidra til utvikling av nye teknologibaserte løsninger eller arbeidsmetoder. NONITE har en prosjektbasert arbeidsform og forvalter prosjektmidler som kan søkes av brukerorganisasjoner og fagmiljø, som et insitament for å stimulere til kompetanse- og nettverksutvikling fortrinnsvis i de fire nordligste fylkene. Prosjekt som tildeles midler skal bidra til å gjøre teknologibaserte løsninger tilgjengelig for personer med funksjonsnedsettelse, og baseres på brukermedvirkning, behovsanalyse og brukernytte. Enheten med fem stillinger er lokalisert ved Hjelpemiddelsentralen i Nordland.

Etter 1. juli 2006 ble den nasjonale enheten NAV Hjelpemidler og tilrettelegging organisert i en styringsenhet og en fagenhet. Styringsenheten har den nasjonale ledelsen for hele resultatområdet (hjelpemiddelsentralene og kompetansesentrene), mens fagenheten har ansvar for å styrke og

koordinere det faglige utviklingsarbeidet. Fagenheten har ansvar for å følge opp den nasjonale kompetansestrategien på hjelpemiddelområdet. De skal blant annet samordne kompetansetiltak, lede utviklingsprosjekter innen resultatområdet og koordinere den norske deltakelsen i det nordiske samarbeidet.

4.2.3 Forvaltning av hjelpemidler

Hjelpemiddelsentralene skal påse at folketrygdens midler blir utnyttet mest mulig effektivt og i samsvar med bestemmelsene i folketrygdloven. Sentralene skal sørge for at de funksjonelle behovene avhjelpes på beste måte for brukeren og på lavest mulige effektive kostnadsnivå. Det krever et tverrfaglig samarbeid mellom de ulike faggruppene innen formidling, teknikk og materialadministrasjon gjennom valg av produkter basert på funksjonelle, tekniske, driftsmessige og prismessige egenskaper. Hensikten her er å sikre bruker rask tilgang på gode, driftssikre hjelpemidler.

I formidlingsprosessen inngår også et økonomisk element ved valg av løsning, noe som setter krav til sentralens rådgivere og teknisk personell, knyttet til kunnskap om ulike hjelpemidler og løsningsalternativer, ofte i tett samarbeid. Innkjøp og distribusjon av hjelpemidlene krever profesjonell kompetanse på innkjøp og logistikk for å ivareta krav til økonomistyring og leveringstider. Samlet er forbruket på hjelpemidler formidlet gjennom

33. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, I.L.S.Hansen, C.Hyggen og B.R.Nuland, Fafo-rapport 2009:40

Boks 4.5 NAV Sikte

NAV Sikte er en sammenslåing av to sentra med hver sin historie. Det ene senteret var Sunnaas IT-enhet (SUITE) som ble opprettet som et prosjekt under Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede i 1992. Sosial- og helsedepartementet ga Sunnaas sykehus ansvaret for et treårig prosjekt under Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede – for å utvikle en modell for en slik IT-enhet. Målgruppen for Sunnaas IT-enhet (SUITE) skulle være personer med bevegelseshemninger og/eller hjerneska-der – og hjelpemiddelområdene rettet mot kommunikasjon, mobilitet og omgivelseskontroll. SUITE ble opprettet som et permanent tilbud fra 1. januar 1998. Senteret ble organisatorisk tilknyttet Rikstrygdeverket – og geografisk plassert ved Sunnaas sykehus av faglige hensyn. Modellen som var utviklet i prosjektperioden ble videreført.

Det andre senteret var en landsdekkende tjeneste for døvblinde som ble lagt til Hjelpemiddelsentralen i Buskerud i 1986. Tjenesten ble ivaretatt av en konsulent for døvblinde. Bakgrunnen for å legge tjenesten til Buskerud var opprettelsen av Eikholt senter for døvblinde i 1980. Senteret gir tilbud om kurs og rekreasjonsopphold for døvblinde fra hele landet. En nær geografisk plassering til Eikholt gjorde det mulig å treffe mange døvblinde uten et reisebudsjett. I 1986 fantes det få hjelpemiddelsentraler, og det ble ikke forventet at kommunen, kunne ivareta døvblindes behov. I 1991 ble stillingen omgjort til et treårig prosjekt under Helsedirektoratet men fortsatt lokalisert til Hjelpemiddelsentralen i Buskerud. Det ble etablert et

samarbeid med hjelpemiddelsentraler som nå var opprettet i mange fylker. Stillingen fikk et informasjons- og rådgivningsansvar i tillegg til direkte formidlingsarbeid. Etter hvert som tilbudet ble kjent, økte behovet for bistand fra brukere, hjelpemiddelsentraler og andre samarbeidspartnere. Prosjektet resulterte i en permanent tjeneste, administrativt og faglig underlagt hjelpemiddelsentralen i Buskerud. Da hjelpemiddelsentralene ble statlige i 1994, ble Landsdekkende tjeneste for døvblinde faglig underlagt Rikstrygdeverket. Landsdekkende tjeneste for døvblinde inngikk som en samarbeidspartner for det Nasjonale kompetansesystemet for døvblinde som ble etablert 1. januar 1999. De fire spesialpedagogiske regionsentrene for døvblinde, Huseby kompetansesenter for synshemmede, Andebu Kompetanse og skolesenter og Eikholt senter for døvblinde utgjør hovedstrukturen i kompetansesystemet. Fra 2001 ble det opprettet en sentral koordinerende instans for kompetansesystemet i tilknytning til det Statlige spesialpedagogiske støttesystem. Koordineringen ble senere lagt til Helsedirektoratet. Opprettelsen av kompetansesystemet for døvblinde, førte til at Landsdekkende tjeneste for døvblindes tjenester ble spisset i retning av informasjonsteknologiske hjelpemidler. Landsdekkende tjeneste for døvblinde fikk således samme funksjon som SUITE, men med en annen målgruppe. Landsdekkende tjeneste for døvblinde og SUITE ble slått sammen i 2003 til SIKTE. SIKTE flyttet etter hvert til Rikstrygdeverkets lokaler.

hjelpemiddelsentralene om lag 2,8 mrd. kr på landsplan. Det ble i 2009 opprettet en sentral forsyningsenhet (SFE) for å styrke og effektivisere lager- og logistikkfunksjonen. Hensikten med dette er bedre lagerstyring av lagerførte varer. For å møte Riksrevisjonens krav om bedre styring og kontroll er det blant annet utviklet et nytt IKT-system for lager og logistikk. Sistnevnte har vært viktig for å sikre et godt sammenligningsgrunnlag mellom hjelpemiddelsentralene. I forbindelse med prosjektet *Mer effektiv hjelpemiddelforvaltning* ble det utarbeidet felles logistikkrutiner (leveringstider, krav til reparasjon, gjenbrukskrav) og en registreringsinstruks som hjelpemiddelsentralene er pålagt å

følge. Resultatindikatorene, sammen med registreringsinstruksen, skal gi bedre muligheter for sammenligning og oppfølging av sentralene.

Teknisk vedlikehold, reparasjon og gjenbruk av hjelpemidler er sentralt i arbeidet med å utnytte folketrygdens midler mest mulig effektivt. Godt vedlikehold er med på å forlenge brukstiden for hjelpemidlene. Sentralenes tekniske kompetanse sammen med det etablerte servicenettverk i kommunene skal bidra til at brukerne får hjelp når feil oppstår. Gjenbruk av brukte hjelpemidler reduserte behovet for nykjøp med om lag 750 mill. kr i 2008. For å få dette til kreves et godt samspill mellom formidlings-, teknisk- og logistikkkompetanse.

Boks 4.6 NAV Nonite

NONITE ble etablert i 1994 som et av prosjektene under Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede. I handlingsplanens første periode (1990–1993) ble det vektlagt et behov for økt kunnskap om hvordan utviklingen innen informasjons- og kommunikasjonsteknologi kunne benyttes til beste for sterkt funksjonshemmede. IT-satsningen ble videreført i etterfølgende handlingsplanperioder. NONITE ble organisert som et nettverksprosjekt ved Finnmarksforskning, under Programmet for NordNorge (PNN).¹ Finnmarksforskning i Alta ledet prosjektet som hadde deltakere fra habiliteringstjenestene for barn, hjelpemiddelsentralene og det statlige spesialpedagogiske støttesystemet i Nordland, Troms og Finnmark. Sosial- og helsedepartementet opprettet en arbeidsgruppe som skulle vurdere fremtidig organisering. Med bakgrunn i arbeidsgruppens forslag ble det besluttet at NONITE skulle gjøres permanent. Organisatorisk ble senteret tilknyttet Rikstrygdeverket og lokalisert til Hjelpemiddelsentralen i Nordland.

1. Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1990-1993

Først ved gjennomgang av tilbakeleverte hjelpemidler hvor teknisk tilstand og økonomisk analyse av utgiftene ved istandsetting vurderes. Selve produksjonsdelen med istandsetting av hjelpemidlene kan betraktes som en ordinær industriproduksjon. Så må de gjenbrukte hjelpemidlene bringes inn i formidlingsprosessen til nye aktuelle brukere, noe som krever et godt samarbeid mellom forvaltning og formidling på sentralen, samt lokale formidlere for å lykkes.

Saksbehandlingstid på hjelpemiddelsentralene

I følge Arbeids- og velferdsetatens interne retningslinjer skal 75 prosent av søknadene bli avgjort innen 3 uker. Maksimal behandlingstid er fire måneder. Dette er krav som gjelder for hele etaten. Saksbehandlingstiden defineres som tidsperioden fra søknaden ankommer etaten til vedtaksdato. Den tiden det tar for bruker å få utredet sitt hjelpemiddelbehov i kommunen kommer i tillegg til sentralens saksbehandlingstid. I tillegg til saksbehandlingstiden kommer den tiden det tar å

få levert hjelpemidlet. For å få ned saksbehandlingstiden og forenkle administrasjonen er det innført flere forenklinger der hjelpemiddelbehovene ikke gjennomgår en formell søknadsbehandling. Disse er *bestillingsordningen*, der kommunene i samråd med bruker rekvirerer enklere hjelpemidler, samt hjelpemidler som bestilles i henhold til *individuell plan* eller *brukerpass*. Det er vanligvis heller ingen søknadsbehandling når det gjelder *fornyelse av hjelpemidler* som må skiftes ut. Disse hjelpemiddelbehovene går direkte til effektivering (utlevering eller bestilling fra leverandør) eller til rådgiverne hvis det er behov for utredning eller utprøving for å finne riktig løsning. Det var over 144 000 søknader om *hjelpemidler i dagliglivet* som ble vedtaksbehandlet på hjelpemiddelsentralen i 2008 (inkluderer hjelpemidler i skole). 93 prosent av sakene ble innvilget, mens 4 prosent fikk avslag. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for 2008 var 1,8 uker.³⁴

Når det gjelder tilrettelegging av arbeidsplass er saksbehandlingstiden noe lenger. I 2008 ble om lag 3 400 søknader om tilrettelegging av arbeidsplass behandlet ved hjelpemiddelsentralene. Gjennomsnittlig behandlingstid var 5 uker. 69 prosent av søknadene ble innvilget, mens 26 prosent fikk avslag. 63 prosent av søknadene ble behandlet innen 3 uker. Det var tre hjelpemiddelsentraler som hadde gjennomsnittlig saksbehandlingstid under 3 uker.³⁵ Arbeids- og velfredsdirektoratet oppgir at årsaken til at saksbehandling for tilrettelegging på arbeidsplass tar lengre tid enn andre saker, blant annet er behovet for uttalelser fra andre samarbeidspartnere (fylkesmannens landbruksavdeling eller avdelinger som ivaretar annen næringsvirksomhet, fiskeridirektoratet, arbeidstilsynet m.m.). Dette er særlig aktuelt når det gjelder søknader på moderniserings- og effektiviserings tiltak for selvstendig næringsdrivende. Det kreves også oftere og mer utredning i forhold til behov og løsningsmuligheter fra sentralens side, før avgjørelser kan fattes.

Det var totalt 1717 klage- og ankesaker på hjelpemiddelområdet i 2008. Dette inkluderer både klager til hjelpemiddelsentralene, klager til NAV Klageinstans og anker til Trygderetten. Klage- og ankesaker utgjør en liten andel av den totale saksmengden. En del klagesaker blir omgjort av hjelpemiddelsentralene etter at de får inn ytterligere opplysninger i saken. 866 saker ble i 2008 klaget videre til NAV Klageinstans, 93 av disse sakene ble omgjort.

34. Virksomhetsrapport for NAV 2008

35. Virksomhetsrapport for NAV 2008

Tabell 4.1 Antall formelle søknader og klage- og ankesaker i 2008

	Nye søknader	Klage- og anke	Klage- og anke i pst av alle søknader
Hjelpemidler i dagliglivet	127 655	1 044	0,8
Hjelpemidler i arbeid	3 406	213	6,3
Hjelpemidler i skole og lærlingordning	16 443	460	2,8
Sum	147 504	1 717	

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Leveringstid

Hjelpemiddelsentralen leverer vanligvis hjelpemidlene til kommunalt mottakssted, og kommunen foretar den endelige utlevering og om nødvendig montering og opplæring. Når det gjelder større hjelpemidler fraktes disse ofte direkte hjem til bruker. Det er gjerne hjelpemidler som må installeres av leverandør som for eksempel trappeheiser og løfteplattformer m.m., eller større hjelpemidler som krever spesialbil for å kunne fraktes mellom hjelpemiddelsentral og brukers hjem.

Kravet til sentralene er at hjelpemidlene skal leveres til kommunalt mottakssted i løpet av 3 uker i 75 prosent av tilfellene. Kravet gjelder både lagervarer og varer som må bestilles for den enkelte. En grunn til at kravet ikke er 100 prosent, er at en del hjelpemidler må spesialtilpasses til den enkelte bruker eller bestilles fra utlandet og at dette ofte tar noe lenger tid. Kravet til levering av bestillingsvarer er redusert fra fem til tre uker. Krav til levering fra leverandører med avtale er derfor redusert tilsvarende.

I 2008 ble det utlånt i alt 572 820 hjelpemidler som var 13 prosent økning fra året før. 15 hjelpemiddelsentraler hadde måloppnåelse. 77 prosent av hjelpemidlene ble levert innen 3 uker (90 prosent av lagervarene og 59 prosent av varene som måtte bestilles fra leverandør). Tallene varierte for de ulike hjelpemiddelsentralene på mellom 53 og 88 prosent. Mye av variasjonene skyldes ulikheter i lagerbeholdning og utleveringsrutiner. Gjennomsnittlig leveringstid på bestillingsordningen i 2008 var 5,9 dager.³⁶

Det ble i alt utlevert 2475 hjelpemidler til tilrettelegging av arbeidsplass til en samlet verdi av om lag 13 mill. kr i 2008. I gjennomsnitt var 47 prosent av alle hjelpemidler til arbeid levert innen 3 uker (mot 60 prosent i 2007). Hjelpemidler til arbeidsplassstilrettelegging inngår oftest ikke i rammeavta-

lene som Arbeids- og velferdsetaten har med hjelpemiddelleverandørene, og må derfor bestilles i hvert enkelt tilfelle. De fleste sakene innen dette området utbetales forøvrig som tilskudd og rente- og avdragsfrie lån og er derfor ikke med i utleveringsstatistikken.

Service og reparasjoner

Brukere som har fått stønad til hjelpemidler, er selv ansvarlig for vanlig vedlikehold.

På samme måte som det er en praktisk arbeidsfordeling fortrinnsvis mellom kommune og hjelpemiddelsentral når det gjelder formidlingsprosessen, så er det gjort en tilsvarende arbeidsfordeling mellom enkle og mer komplekse saker når det gjelder montering, service og reparasjon av hjelpemidler. Enkel montering og demontering som ikke krever særskilt kompetanse gjøres av teknisk personell/vaktmestere i kommunen. Kommunen ivaretar også enkle reparasjoner og vedlikehold av hjelpemidler. Hjelpemiddelsentralens tekniske personell skal sørge for opplæring og stille med nødvendig utstyr og reservedeler (kommunale delelagre etter avtale). Hjelpemiddelsentralen har ansvar for montering/demontering, reparasjon og service som krever kompetanse som kommunen ikke har.

De fleste reparasjoner som utføres av hjelpemiddelsentralene gjøres i løpet av 2–14 dager. Der som feil ved hjelpemidlet setter bruker i en nødssituasjon, er det opprettet en ordning med akutt reparasjon. Hvert fylke har en egen vakttelefon til dette formålet som er betjent utenom arbeidstid. Ordningen gjelder fra kl. 08.00–24.00 alle dager, inklusive helg og høytidsdager.

Kravene for service/reparasjonstider er delt inn i ulike prioriteter:

- Prioritet 1: akutt reparasjon: innen 24 timer (gjelder alle typer hjelpemidler, og det er brukernes situasjon når hjelpemidlet går i stykker

36. Virksomhetsrapport for NAV 2008

som er bestemmende for om det skal utløses en akutt reparasjon)

- Prioritet 2: innen 7 dager (de fleste av hjelpemidlene) i 75 prosent av tilfellene
- Prioritet 3: innen 14 dager i 75 prosent av tilfellene
- Prioritet 4: etter avtale (benyttes i tilfeller der bruker er på ferie, innlagt på sykehus mv.)

I 2008 ble akutte reparasjonstilfeller håndtert fortløpende. Måloppnåelsen i prioritet 2- og prioritet 3-sakene var på henholdsvis 79 prosent og 85 prosent. Om lag 55 prosent av reparasjonsoppdragene ble utført med hjelpemiddelsentralenes egne folk, og om lag 45 prosent av oppdragene ble satt ut til eksterne samarbeidspartnere. Avstand fra hjelpemiddelsentralene er ofte bestemmende for når eksterne samarbeidspartnere benyttes.

Periodisk ettersyn

Som en konsekvens av *Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr*³⁷ er hjelpemiddelsentralene fra 2008 pålagt å gjennomføre periodisk ettersyn av det elektromedisinske utstyret etaten er eier av. Ordningen omfatter elektriske rullestoler, elektriske senger, takmonterte personløftere, mobile personløftere, løfteplattformer, trappe- og sjaktheiser med ulike ettersynsintervaller. Målet med ettersyn er å avdekke feil og mangler ved de utlånte hjelpemidlene slik at unødig bruksfeil, slitasje eller fare for uhell ikke oppstår. Det er ikke bevilget midler til gjennomføring av ettersynet.

Frem til 1. desember 2007 lå ettersynet inne som en del av klargjøringen av hjelpemidlene for gjenbruk. Bortsett fra utgifter til ettersyn av trappeheiser og heiser (egne krav til ettersyn), så var utgiftene til dette små. Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB), som forvalter *Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr*, påpekte imidlertid at ettersyn ved gjenbruk ikke var tilstrekkelig og at periodisk ettersyn måtte innføres også for hjelpemidler utover trappeheis/heis.

Hjelpemiddelsentralene er ikke tilført ekstra ressurser for å utføre periodisk ettersyn. For at gjennomføring av periodisk ettersyn ikke skal gå på bekostning av annen service og reparasjon, har sentralene fortrinnsvis gjennomført ettersyn når de allikevel er i kontakt med hjelpemidlet. Det er i perioden 1. januar 2009–31. august 2009 utført til sammen 7420 ettersyn. Det ligger an til at sentra-

Boks 4.7 Periodisk ettersyn

I samarbeid med DSB ble følgende ettersynsintervaller pålagt:

- | | |
|--|------------------|
| – Elektriske rullestoler: | Årlig |
| – Mobile personløftere: | Annet hvert år |
| – Elektriske senger: | Hvert fjerde år. |
| – Takmonterte personløftere: | Årlig |
| – Løfteplattformer, trappe- og sjaktheiser | Årlig |

lene får utført om lag 1/5 del av de ettersynene som skulle ha vært gjort i 2009.

Gjenbruk av hjelpemidler

Verdi av utlån av hjelpemidler er høyere enn utgifter til innkjøp av hjelpemidler. Det skyldes at mange hjelpemidler gjenbrukes. Verdi av gjenbruk beregnes ut fra verdi av utlån minus verdi av innkjøp i prosent av utlånsverdien. I beregningen av utlånsverdi får gjenbrukte hjelpemidler en verdi tilsvarende nyprisverdi.

Høsten 2007 foretok konsulentselskapet Agenda en gjennomgang av hjelpemiddelsentralene på oppdrag fra styringsenheten ved NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge arbeidsprosesser, kompetanse og ressursbruk. Resultatet fra kartleggingen har blitt brukt til å planlegge nødvendig utviklingsarbeid på området.

Et av tiltakene som ble gjennomført var å endre og tydeliggjøre målkravene om gjenbruk. Dette ble gjort etter en gjennomgang av hvilke typer hjelpemidler som det faktisk lønner seg å gjenbruke, dvs. at de ikke skal koste mer å sette i stand for utlevering til nye brukere enn det koster å kjøpe inn nytt hjelpemiddel. Fra 2008 ble det derfor innført en differensiering for å få et mer målrettet og hensiktsmessig gjenbruk ut fra hvilke hjelpemidler det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å gjenbruke. Tidligere var kravene satt til 40 prosent av alle hjelpemidler. For å spisse gjenbruksaktiviteten ble kravene satt til 50 prosent for de dyrere hjelpemidlene det lånes ut mye av. For de øvrige hjelpemidlene ble kravet satt til 10 prosent.

I 2008 ble 50 prosent av hjelpemidlene innenfor de definerte hovedgruppene gjenbrukt, mens gjenbruksprosenten for de resterende hjelpemidlene var 17 prosent. Gjenbruksverdien var i 2008 på 756 mill. kr (regnet etter nypris på hjelpemidlene). Når det gjelder gjenbruk av hjelpemidler i bestillingsordningen med verdi under 10 prosent

37. Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) har tilsynsmyndighet for elektromedisinsk utstyr

av G, så anslås gjenbruket fra hjelpemiddelsentralen som lavt. I stedet for at disse returneres til hjelpemiddelsentralene, så overtas de i stor grad av kommunene som inkluderer disse i sine midlertidige korttidslagre, jf. RO-rapporten³⁸ som sier at innkjøpskostnadene til kommunenes hjelpemiddellagre var redusert for kommuner som kunne overta hjelpemidler som hjelpemiddelsentralen ikke selv skulle gjenbruke. I tillegg har hjelpemiddelsentralene registrert at i perioden fra 1. juli 2005 til 31. desember 2009 er hjelpemidler til en nyprisverdi av om lag 640 mill. kr gitt til kommuner, institusjoner og frivillige organisasjoner. Kommunene er den største mottaker av brukte hjelpemidler. Det har i 2009 blitt reist kritikk fra bedrifter med avtale om klargjøring for gjenbruk, om at sentralene kjøper færre gjenbruksoppdrag og at brukbare hjelpemidler derfor kastes. På grunn av strammere budsjettsituasjon har hjelpemiddelsentralene i større grad løst disse oppgavene selv fremfor å kjøpe tjenestene. Endringen på tjenestekjøp har ikke ført til økning på stønadsbudsjettet.

4.2.4 Anskaffelser av hjelpemidler

Det er etablert en egen anskaffelsesenhet i Arbeids- og velferdsetaten som har ansvar for å inngå sentrale avtaler med leverandører om hjelpemidler. Av ulike årsaker har etaten valgt å sentralisere dette arbeidet i stedet for å legge oppgaven til hver enkelt hjelpemiddelsentral:

Det har i Norge vært uttalt politikk at det skal være det samme tilbudet til alle brukerne av hjelpemidler på landsbasis. Det sortimentet det inngås avtaler på skal dekke de fleste brukerbehov og være landsdekkende. Dette ivaretas ved at det inngås sentrale rammeavtaler som alle hjelpemiddelsentralene benytter.

Anskaffelse på hjelpemiddelområdet er kompetansekrevene. Sentrale anskaffelser gjør det mulig å opprettholde et anskaffelsesmiljø med høy kompetanse, både på anskaffelsesfag og produktfag. Det er dessuten ressursbesparende og mer effektivt å gjennomføre en anskaffelsesprosess i stedet for anbudskonkurranser på hver enkelt hjelpemiddelsentral.

Sentrale anskaffelser bidrar til at etatens innkjøpsstyrke i markedet kan utnyttes når det gjelder priser og betingelser for øvrig. Sentrale anskaffelser gjør det også enklere for etaten å jobbe med leverandørutvikling og være en pådriver ovenfor leverandørmarkedet i forhold til innovasjon og pro-

duktutvikling. Dette gjøres ved å stille konkrete kjøpskrav til produktgrupper som påvirker og forbedrer kvaliteten og/eller sikkerheten på hjelpemidlene.

Regelverk om offentlige anskaffelser

Gjennom EØS-avtalen og WTO-avtalen er Norge internasjonalt forpliktet til å følge visse fremgangsmåter ved offentlige anskaffelser over fastsatte terskelverdier. Disse fremgangsmåtene fremgår av lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Det vil si at alle offentlige anskaffelser må følge disse bestemmelsene, og eventuelle brudd eller avvik kan klages inn til Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA). Ved overtredelser av regelverket kan også leverandører og andre med rettslig interesse reise sak for tingretten. Alle anskaffelser av hjelpemidler skal skje gjennom konkurranse, og konkurranseutsettes dersom de overskrider nasjonal terskelverdi eller EØS-terskelverdier. Per dags dato utgjør den nasjonale terskelverdien 500 000 kr ekskl. mva.³⁹. Regelverket for offentlige anskaffelser gjelder for offentlige oppdragsgivere. Bakgrunnen for det er at det offentlige ikke i samme grad som private er utsatt for markedskreftene når det tar sine avgjørelser. Regelverket skal derfor sikre at det offentlige velger leverandører på en måte som sikrer mest mulig effektiv ressursbruk, samtidig som leverandørene blir behandlet likt.

For over 25 produktkategorier innen hjelpemiddelområdet overstiges EØS-terskelverdiene, og det foretas anbudsutlysning i hele EØS-området. Dette gjelder både hjelpemidler med svært høye stykkpriser, som for eksempel biler og trappeheiser, og hjelpemidler med forholdsvis lav stykkpris men der etaten kjøper inn så store kvanta. Eksempler på dette er rullatorer og hygienehjelpemidler. For mindre hjelpemiddelgrupper inngås det ikke sentrale avtaler.

Ny forskrift om offentlige anskaffelser og konsekvenser for hjelpemiddelområdet

Den 1. januar 2007 trådte ny forskrift om offentlige anskaffelser i kraft. Den nye forskriften inneholder nye reguleringer om inngåelse av rammeavtaler og om prosedyrer for tildeling av kontrakt innenfor rammeavtaler, som ikke var regulert i den gamle forskriften.

Anskaffelsesprosedyre i Arbeids- og velferdsetaten før nåværende regelverk trådte i kraft, var å

38. Kartlegging av kommunenes og fylkekommunenes hjelpemiddellansvar, (RO) – september 2009

39. jf. forskrift om offentlige anskaffelser § 2-1

spesifisere produkter på et overordnet nivå, for deretter å inngå et større antall avtaler innen den gitte produktkategorien. Denne praksisen ble vurdert til ikke å oppfylle lov og forskrift om offentlige anskaffelsers krav til konkurranse og forutberegnelighet for leverandørene. Den nye forskriften fra 2007 førte derfor til at Arbeids- og velferdsetaten måtte gjøre endringer i sin innkjøpspraksis. I den grad etaten inngår rammeavtaler med flere leverandører (parallele rammeavtaler), er fordelingsmekanisme og dokumentasjonskrav fastsatt i avtalen.

Tre forskjellige typer rammeavtaler kan benyttes i henhold til forskrift om offentlige anskaffelser.

1. Rammeavtale med en leverandør.
 - Leverandøren tildeles kontrakt på grunnlag av vilkårene fastlagt i rammeavtalen.
2. Rammeavtale med flere leverandører (parallele avtaler) om den samme ytelsen der alle vilkårene er fastlagt i rammeavtalen.
 - Leverandørene tildeles kontrakt på grunnlag av vilkårene fastlagt i rammeavtalen. Rammeavtalen gir anvisning på en eller annen fordelingsnøkkel mellom leverandørene, ettersom det er krav om forutberegnelighet, gjennomskiktighet og etterprøvbarehet for at det skal anses at det er gjennomført en slutført konkurranse.
3. Rammeavtale med flere leverandører (parallele avtaler) om den samme ytelsen der ikke alle vilkårene er fastsatt i rammeavtalen.
 - Leverandørene tildeles kontrakt etter avholdt «minikonkurranse». Vilkaene for minikonkurranse må fremgå av konkurransegrunnlaget.

Arbeids- og velferdsetaten benytter i dag rammeavtalene beskrevet under de to første punktene ovenfor på hjelpemiddelområdet. Etaten har foreløpig ansett det lite hensiktsmessig av praktiske årsaker å inngå parallele rammeavtaler med tildeling av kontrakt etter minikonkurranse (bortsett fra innen tilpasning av bil), fordi dette anses som svært arbeidskrevende og vanskelig å gjennomføre i praksis med de store mengder avrop dette ville innebære på hjelpemiddelområdet. For de fleste produktområdene er avtaleperiodene 2 år, med mulighet for ett pluss ett års forlengelse. Dette i henhold til rammene i regelverket om offentlige anskaffer.

Ved inngåelse av rammeavtaler konkurreres det både på produktenes kvalitet og pris. I tillegg stilles det bestemte krav til leverandørforhold som må være oppfylt for å kunne delta i konkurransen. Avtaleinngåelse skjer som oftest på basis av hvilket

tilbud som er det mest økonomisk fordelaktige⁴⁰. Dette innebærer at man vurderer både pris og kvalitet for å finne fram til det økonomisk mest fordelaktige tilbudet. Funksjonalitet og brukervennlighet er ofte brukte parametre for å vurdere kvaliteten. God design kan i noen tilfeller vektlegges under funksjonalitet.

Mer om praktisering av offentlig anskaffelse på hjelpemiddelområdet

Det er en målsetting at de nasjonale rammeavtalene skal innholde produkter som dekker en majoritet av brukerbehovene. For å sikre et tilstrekkelig utvalg av produkter på avtale deles hver konkurranse innenfor en hovedproduktgruppe opp i mange produktposter, og det tildeles en avtale pr. produktpost eller flere parallele avtaler pr. produktpost. Når parallele rammeavtaler benyttes inngås avtaler med minimum tre leverandører der produktene blir rangert. Brukers behov skal legges til grunn for valg av produkt og behovet må begrunnes dersom det høyest rangerte produktet ikke velges. Slik fremmes også konkurransen i markedet fordi det er mulig for flere leverandører å få tildelt kontrakt innenfor en hovedproduktgruppe, i stedet for å tildele én stor kontrakt til én leverandør.

I konkurranseutlysningen krever dette at det utarbeides produktspesifikasjoner med svært konkrete krav, inndeling i underkonkurranser og klare tildelingskriterier. Innleverte tilbud må være i henhold til disse produktspesifikasjonene. Den nye forskriften krever at det utarbeides en vektingsmodell som kan vekte de oppsatte tildelingskriteriene. Tildelingskriteriene er for eksempel pris, funksjonalitet og brukervennlighet. Følgende vektingsmodell er hittil den mest benyttede ved anskaffelser av hjelpemidler: pris (35 prosent), funksjonalitet (30 prosent) og brukervennlighet (35 prosent). Det innebærer at hjelpemidler med god kvalitet kan vinne konkurranser selv om de har høyere pris enn konkurrerende produkter.

Det har vist seg forenlig å konkurranseutsette hjelpemidler i henhold til loven og forskriften og likevel opprettholde en bredde på sortimentet som dekker ulike brukerbehov.

For noen hjelpemiddelgrupper er det ikke mulig å skille funksjonalitet i mer spesifikke underkonkurranser. For disse inngås det parallele avtaler med flere leverandører for slik å sikre produktbredden. Vilkaene fastsettes i henhold til en rangordning eller en fordelingsnøkkel, og hjelpemid-

⁴⁰. jf. Forskrift om offentlige anskaffelser § 13-2.

delsentralene er i utgangspunktet forpliktet til å kjøpe hjelpemidlet som er rangert som førstevalg. Sentralene kan kun avvike fra førstevalget når det ikke dekker brukerens behov.

Drøfting av konsekvenser for hjelpemiddelområdet

De fleste rammeavtalene inngås med en varighet på to år med opsjon på forlengelse av avtalene i ett år to ganger. Det vil si at avtalene maksimalt skal ha en varighet på fire år. På den ene siden vil det å unnlåte å bruke opsjonene gjøre at leverandørene oftere får mulighet til å forbedre sin konkurranseposisjon. På den andre siden vil hyppige produktskifter gjøre at hjelpemiddelsentralene og deres samarbeidspartnere (fortrinnsvis kommuner) i mindre grad greier å bygge opp kompetanse på produktene før nye kommer inn. Hyppige utskiftninger av sortiment vil også være et kostnads- og ressurssspørsmål med påfølgende opplæring av samarbeidspartnere i kommunen og etablering av nye delelagre. Det er også en utfordring at anbudskonkurransene på hjelpemiddelområdet er ressurskrevende, noe som gjør det vanskelig å gjennomføre konkurransene hvert annet år.

Ved anskaffelser av hjelpemidler skal etaten sikre effektiv ressursbruk av offentlige midler og rettferdig konkurranse i markedet. Arbeids- og velferdsetaten er ofte i en monopolsituasjon når det gjelder innkjøp av hjelpemidler, mindre leverandører som ikke når opp i konkurransen kan risikere å måtte omstille eller nedbemanne virksomheten sin.

Fra leverandørhold er det blitt hevdet at anbudskonkurransene på hjelpemiddelområdet med svært detaljerte underkonkurranser er kompliserte og uoversiktlige, og at dette på sikt kan gå ut over konkurransen på markedet. Fra leverandørhold hevdes det også at det er en utfordring at underkonkurransene ikke alltid passer overens med leverandørenes produktspekter. Før et hjelpemiddelområde konkurransesettes, definerer Arbeids- og velferdsetaten hvilket omfang konkurransen må ha for at brukernes behov for de aktuelle hjelpemidlene skal være dekket i avtaleperioden. Omfanget defineres ved at det undersøkes hva som er brukt i inneværende periode. I tillegg gjøres det avklaringer med referansegruppen (jf. kapittel 5) om det er behov som ikke dekkes. Det omfanget som er nødvendig for å dekke de kjente brukerbehovene, blir konkurransens omfang. Dette behøver ikke alltid å passe den enkelte leverandørs produktspekter. Produktspesifikasjonene blir laget ut fra kunnskapen om kjente brukerbehov og produkter som finnes i markedet. Det kan

derfor være en utfordring at man ved utarbeidelse av kravspesifikasjonene ikke kan forutse nye produkter som utvikles.

Brukerorganisasjonene har også uttrykt skepsis til at nye anskaffelsesprosedyrer kan føre til en smalere produktbredde for brukerne. Dette skyldes blant annet at det innen visse produktkategorier er færre produkter å velge mellom. Samtidig opplever Arbeids- og velferdsetaten ingen økning på dispensasjonssøknader på hjelpemidler som ikke er omfattet av avtalen, noe som kan tyde på at brukerbehovene i all hovedsak ivaretas gjennom inngåtte avtaler. Arbeids- og velferdsdirektoratet er av den mening at dagens regime tilbyr et tilfredsstillende produktspekter slik at brukerne får tilgang til nødvendige og hensiktsmessige hjelpemidler.

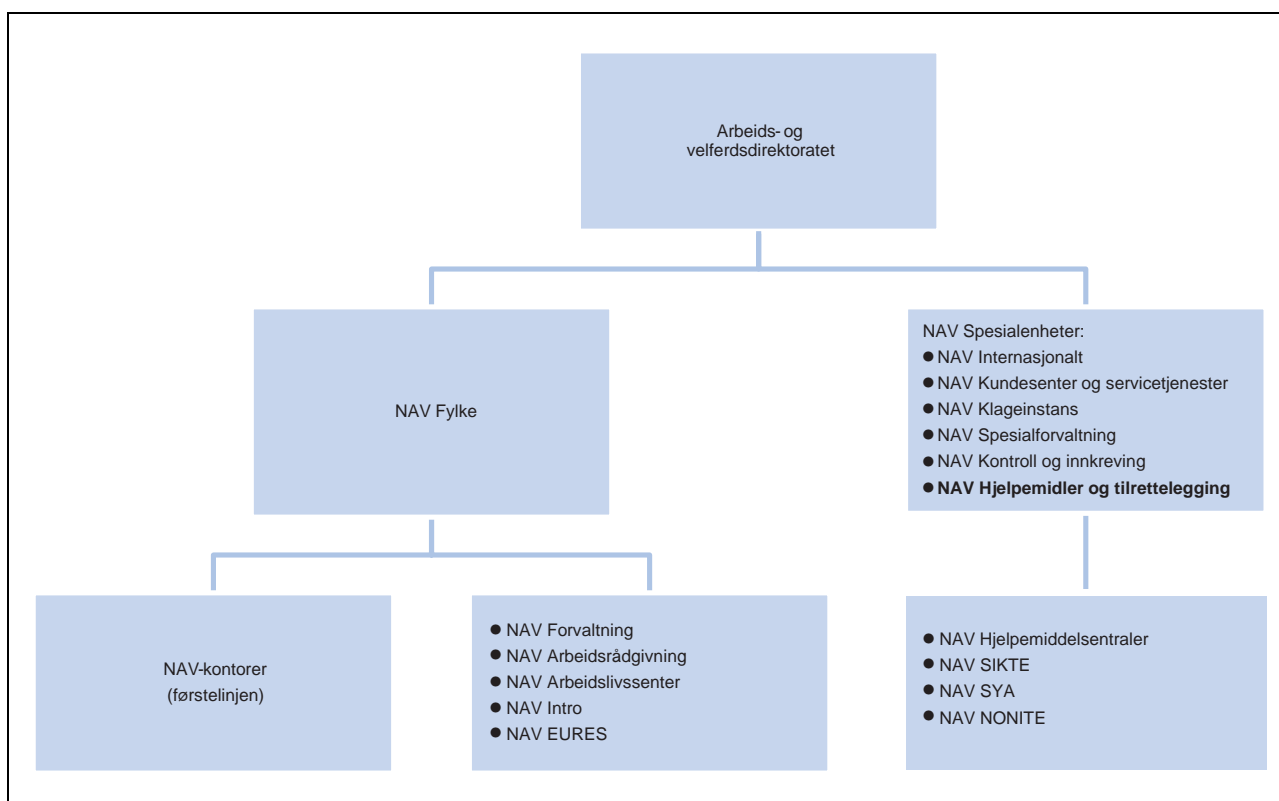
4.2.5 Arbeids- og velferdsetaten

Det er Arbeids- og velferdsdirektoratet som har det overordnede ansvaret for forvaltningen av hjelpemidler. Avgjørelser i enkeltsaker er lagt til Arbeids- og velferdsetaten i to ulike styringslinjer, NAV Fylke og NAV Spesialenheter (jf. figur 4.1).

På hjelpemiddelområder der etaten har en formidlingsfaglig og rådgivende rolle, er ansvaret lagt til hjelpemiddelsentralene. På disse områdene kreves det tverrfaglig tilretteleggingskompetanse og utstrakt grad av samhandling med andre aktører. Hjelpemiddelsentralene og de nasjonale kompetansesentrene på hjelpemiddelområdet er organisert som et eget resultatområde i NAV Hjelpemidler og tilrettelegging under styringslinjen i NAV Spesialenheter.

Ansvaret for de andre hjelpemiddelområdene ligger i styringslinjen i NAV Fylke⁴¹ jf. figur 4.1. Etaten har i mindre grad en formidlingsfaglig og rådgivende rolle på disse områdene. Ansvaret på disse områdene er i hovedsak knyttet til å gjøre gode vedtak basert på sakkyndig uttalelse og refusjon av utgifter. Søknad på disse hjelpemidlene/tiltakene sendes NAV-kontoret, mens selve saksbehandlingen og refusjon/oppgjør er sentralisert til de fylkesvise forvaltningsenhetene eller i nasjonale oppgjørsenheter. Områdene som er organisert i fylkeslinja er: ortopediske hjelpemidler, høreapparater, grunnmønster til søm av klær, førerhund, tilpassingskurs for synshemmede, hørselshemmede og døvblinde, samt opphold på folkehøyskole for å bedre funksjonsevnen i dagliglivet.

41. Unntaket er rekvisisjonsordningen for seksualtekniske hjelpemidler som er sentralisert til en forvaltningsenhet



Figur 4.1 Organisasjonskart med oversikt over de to styringslinjene, NAV Fylke og NAV Spesialenheter.

Organisasjonskartet gir ikke et fullstendig bilde av Arbeids- og velferdsetaten.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

For seksualtekniske hjelpemidler er det etablert en egen rekvisisjonsordning som er sentralisert til et forvaltningskontor på landsbasis.

For noen av områdene i fylkeslinja er oppgave og ansvarsfordeling delt mellom Arbeids- og velferdsetaten og de regionale helseforetakene (jf. kapittel 11).

Det gis i dette kapittelet en kort gjennomgang og beskrivelse av Arbeids- og velferdsetatens totale ansvar på hjelpemiddelområdet.

4.2.6 Ansvar, oppgaver og finansiering

Finansieringsstruktur

Finansieringsstrukturen på hjelpemiddelområdet i Arbeids- og velferdsetaten, er preget av en blanding av rettighetsbaserte ytelser i form av rammebevilgninger som praktiseres som overslagsbevilgninger og rammefinansiert budsjettstyring. For rammebevilgninger følger utgiftsbehovet av regelverk som Stortinget har fastsatt, i dette tilfellet folketrygdlovens § 10–7 jf. §§ 10–5 og 10–6. Ytelsene utløses dermed av objektivt bestemte faktorer, og

kan ikke uten videre styres av forvaltningen. For mange tilskuddsordninger har imidlertid Stortinget vedtatt generelle regler, men overlatt til departementene å gi utfyllende bestemmelser. Departementene har i slike tilfeller visse muligheter til å påvirke utgiftsnivået. Rammefinansierte ordninger har et gitt beløp til årlig disposisjon, og kan i prinsippet ikke overskrides. Ubrukt driftsbevilgning kan overføres til neste budsjettår med inntil fem prosent av bevilgningen.

Mange av postene på hjelpemiddelbudsjettet befinner seg i en mellomstilling mellom overslagsbevilgning og rammestyrte ordning. Budsjettanslagene på postene baserer seg ikke på rammer, men prognoser for utgiftene fra en beregningsgruppe. Dette gjør at Arbeids- og velferdsetaten likevel kan fortsette med refusjonsutbetalinger i henhold til folketrygdloven selv om bevilgningene overskrides. Eventuelle nye stønadsområder på hjelpemiddelområdet må vurderes i de samlede budsjettfremlegg til Stortinget. Kostnadskontroll utøves indirekte gjennom endringer i i forhold til hvilke hjelpemiddelgrupper det gis stønad til.

Folketrygdens samlede utgifter til hjelpemidler og tilliggende områder

Med folketrygdens samlede utgifter til hjelpemidler og tilliggende områder, menes et stort spekter av ytelser, materielle og tjenestebaserte, som er beregnet på personer med varig funksjonsnedsettelse. Det største formålet er hjelpemidler til bedring av funksjonsevnen, dvs. det utvalget av hjelpemidler som hjelpemiddelsentralene kjøper inn og formidler. I tillegg kommer stønad til bil og utstyr til bil, ortopediske hjelpemidler og høreapparater. Det er laget en egen tabell over utgifter gitt som tjenester, tabell 4.2 som inneholder utgifter til tolkehjelp for døve og døvblinde, lese- og sekretærhjelp for synshemmede, førerhunder, tilpasningskurs mv.

Folketrygdens samlede utgifter til hjelpemidler og tilskudd som formidles via Arbeids- og velferdsstaten var i 2008 på 5,2 mrd. kr. Om lag 2,8 mrd. kr

av disse er hjelpemidler formidlet gjennom hjelpemiddelsentralene.

Tabell 4.2 viser at utgiftene samlet sett har en relativt sterk økning. Økning fra 2007 til 2008 er på 5,8 prosent. Økning fra 2001 til 2008 er totalt på 28,8 prosent. Det ble brukt om lag 913 mill. kr til tilskudd til biler i 2008. Trygdebiler utgjør dermed den nest største budsjettposten etter *Hjelpemidler for bedring av funksjonsevnen*. Ortopediske hjelpemidler og høreapparater har også hatt en jevn økning. Utgifter til utstyr og tjenester mv. i arbeid og utdanning hadde en økning i første del av 2000-tallet med en påfølgende nedgang de senere årene, fra 118 mill. kr i 2006 til 107 mill. kr i 2008. Siste årene har det vært færre saker og en viss økning i avslagsprosenten på tilskudd og lån for tilrettelegging av arbeidsplassen. Tidligere stønadsbaserte hjelpemidler er dessuten blitt ordinært utstyr (for eksempel pc og heve/senkebord m.m.) Denne posten inkluderer også døvetolkning og lese- og sekretærhjelp på arbeidsplassen. Tolkehjelp under

Tabell 4.2 Årlige utgifter til ulike formål på hjelpemiddelområdet, 1996 – 2008, basert på postinndeling i statsbudsjettets kap 2661. Faste 2008-kr. Hele mill. kr

	1996	2001	2006	2007	2008
Tilrettelegging i arbeid og utdanning (hjelpemidler og tjenester)	65	92	118	98	107
Tilskudd til biler	562	940	741	855	913
Bedring av funksjonevnen (hjelpemidler)	1 993	2 639	2 690	2 820	2 828
Bedring av funksjonsevnen (tjenester)	36	49	90	101	113
Ortopediske hjelpemidler	436	543	725	766	799
Høreapparater	182	319	426	475	452
Sum	3 273	4 582	4 789	5 115	5 212

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 4.3 Utgifter til ulike tjenesteformål mv. på hjelpemiddelområdet. Faste 2008-kr. Mill. kr

	1996	2001	2006	2007	2008
Tilskudd mv. til tilpasning av arbeidsplass/høyere utdanning	13,6	51,4	71,5	49,4	46,4
Tolkehjelp for døve	17,0	32,8	46,4	51,1	63,2
Tolkehjelp for døvblinde	3,4	10,5	18,7	21,2	22,9
Lese- og sekretærhjelp	3,2	5,7	12,3	12,3	12,6
Tilpasningskurs mv.	14,7	17,1	29,2	30,2	37,3
Førerhund	9,2	13,1	14,7	16,7	14,0
Grunnmønster	0,2	0,4	0,5	0,4	0,5
Sum	61,3	131	193,3	181,3	196,9

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

arbeid og utdanning har økt fra ca. 9 mill. kr i 1996 til ca. 50 mill. kr i 2008.

Den følgende tabellen er en oversikt over utgifter til stønadsområder for funksjonshemmede som gis i form av ulike tjenester og tiltak jf. tabell 4.3, Bedring av funksjonsevnen (tjenester). Det skilles mellom det som gis av tilskudd og lån for tilrettelegging av arbeidsplass/høyere utdanning og det som gis av tjenester i form av tolkehjelp for døve, tolkehjelp for døvblinde og lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte. Tabellen viser også utgifter til tilpassningskurs, førerhund og utgifter til å få laget grunnmønstre.

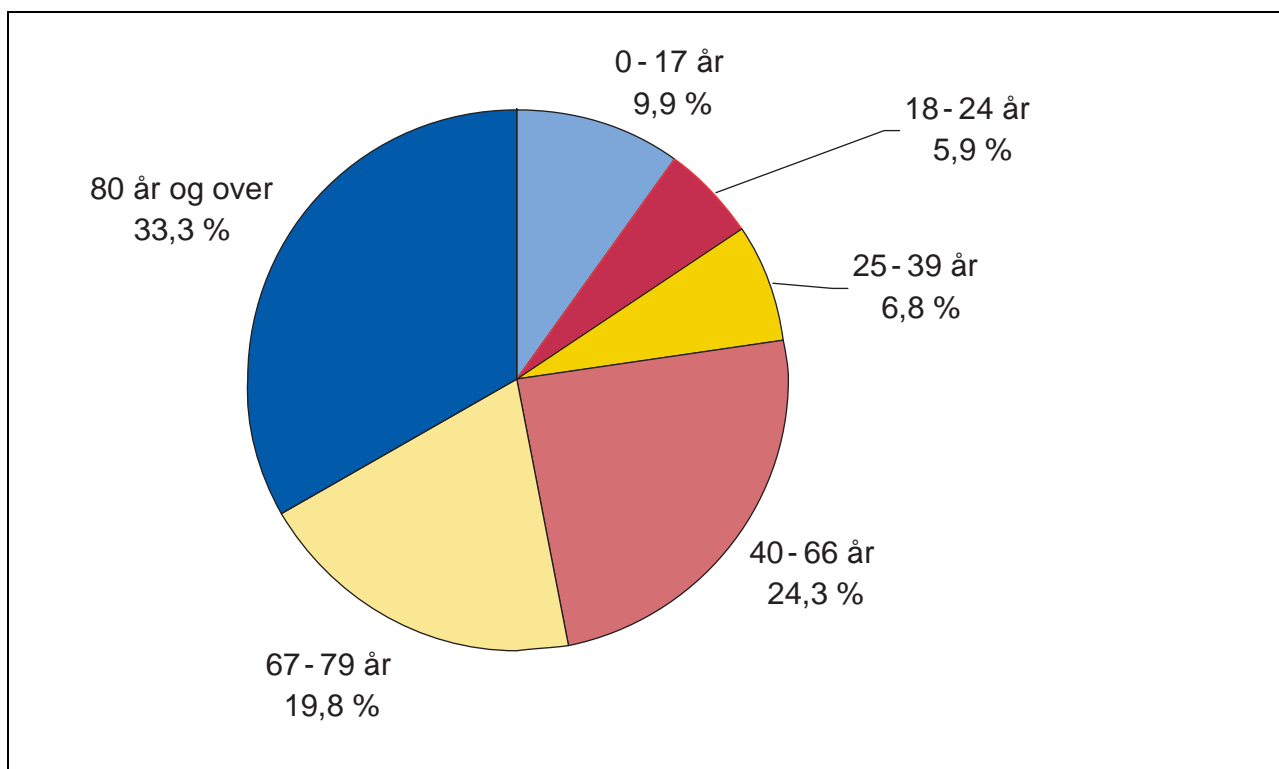
Det vises til kapittel 14 for en nærmere beskrivelse av utgiftsutviklingen til tilskudd mv. til tilpassning av arbeidsplass/høyere utdanning. Utgifter til tolkehjelp og lese- og sekretærhjelp viser de samlede utgiftene på stønadsbudsjettet i arbeid, utdanning og dagligliv. Utgifter til tolking for hørselshemmede/døve og tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde viser en relativt jevn og sterk økning (utgiftstabellen viser utgifter til frilanstolking, i tillegg kommer tolking i regi av hjelpemiddelsentralene som belastes sentralenes driftsbudsjett). Utgifter til tilpassningskurs for personer med nedsett syn, hørsel og døvblinde viser også en relativt sterk vekst.

Hjelpemiddelsentralene

Hjelpemiddelsentralenes drift finansieres over Arbeids- og velferdsetatens driftsbudsjett, og inkluderer utgifter til lokaler, biler, ambulant virksomhet, fast ansatte, tolketjeneste med videre⁴². Fordelingen av midler gjøres internt i etaten. Hjelpemiddelsentralene fikk tildelt et driftsbudsjett på om lag 832 mill. kr i 2008. 311 mill. kr av disse midlene gikk med til kjøp av tjenester i forbindelse med installasjon av hjelpemidler hos bruker, opplæring⁴³, spesialtilpassning, transport, service og reparasjon av utlånte hjelpemidler, samt kjøp av tjenester i forbindelse med gjenbruk. For 2009 ble hjelpemiddelsentralene tildelt om lag 816 mill. kr. Utgifter til kjøp av tjenester har vært relativt stabile på de fleste områdene siden 2003, unntakene er kjøp av tjenester i forbindelse med installering av hjelpemidler og spesialtilpassning som har økt siste årene. Ifølge hjelpemiddelsentralene handler økningen fortrinnsvis om økt timepris på tjenester fra leverandører og andre håndverkere. Økningen skyldes først og fremst behovet for tilrettelegging av bolig med installering av heiser, løfteplattfor-

42. St.prp. nr. 1, kap. 605 Arbeids- og velferdsetaten, post 01 Driftsutgifter.

43. Opplæring av teknologisk avanserte hjelpemidler



Figur 4.2 Registrerte hjelpemiddelbrukere fordelt på aldersgrupper.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

mer, ramper og omgivelseskontroll. Det er også en økning i antall rullestoler som må spesialtilpasses og skreddersys fordi brukerne har skjevheter i rygg og bekken mv. Det har i tillegg vært en vekst i antall brukere som får låne avanserte teknologiske løsninger der det er behov for å kjøpe tjeneste av leverandør i forbindelse med opplæring av bruker. En fortsatt utvikling med dyrere tjenester, sammen med at hjelpemiddelsentralene er pålagt nye og mer omfattende oppgaver i forbindelse med periodisk ettersyn av hjelpemidler, utfordrer hjelpemiddelsentralene i forhold til å kunne opprettholde dagens krav og servicenivå.

Antall brukere som pr 1. januar 2009 har hjelpemidler på utlån fra hjelpemiddelsentralene er 386 248 personer. Dette antallet inkluderer ikke brukere som får utbetalt tilskudd til datamaskin eller tilskudd og lån til tilpasning av arbeidsplass. Det inkluderer heller ikke brukere som får bistand ved hjelpemiddelsentralen i form av rådgivning, som ikke fører til utlån av hjelpemidler.

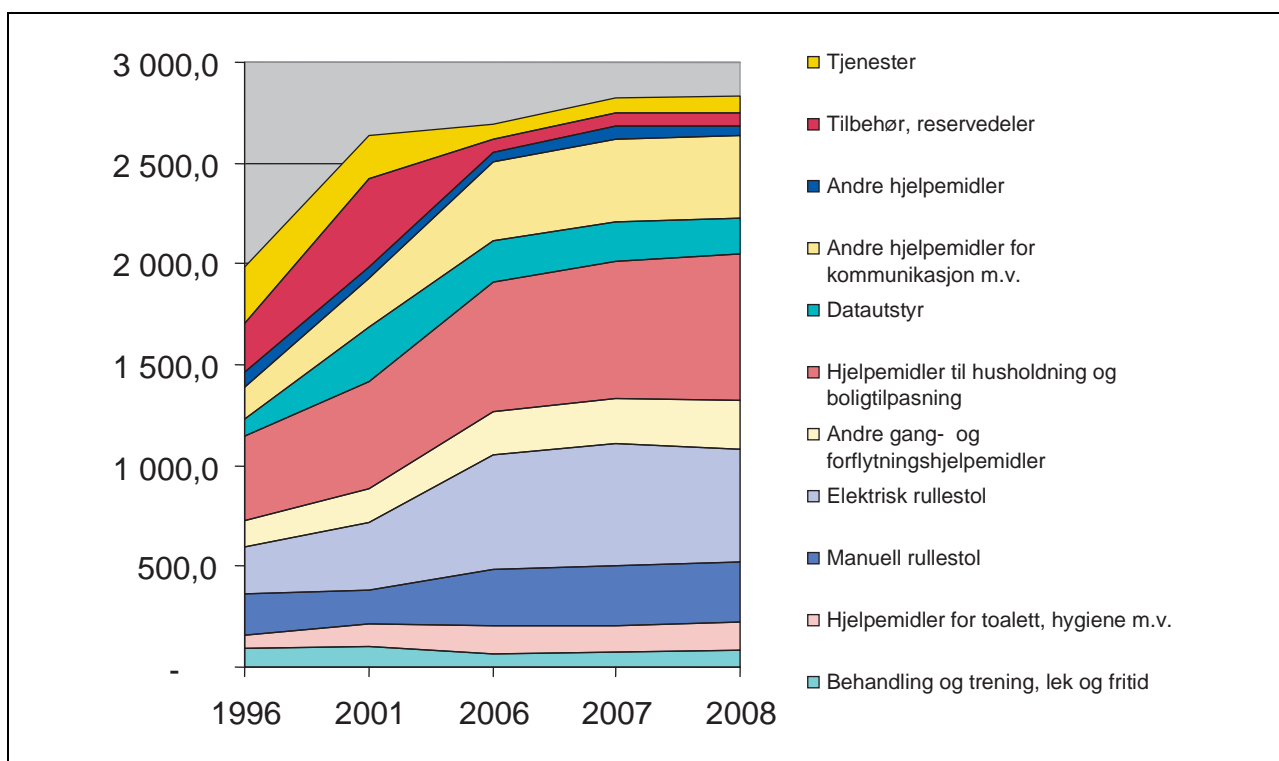
Den største brukergruppen er de over 67 år, som utgjør 53 prosent av brukerne. Aldersgruppen 0–24 år utgjør 15,8 prosent, mens mellomgruppen fra 25–66 år utgjør i overkant av 31 prosent.

I figur 4.3 spesifiseres utgifter til hjelpemidler som hjelpemiddelsentralene kjøper inn. Førings utgifter i regnskapsregisteret er gruppert etter

samme prinsipp som sentralenes utlansregister⁴⁴. Tabellen gjelder hovedsaklig hjelpemidler til bedring av funksjonsevnen, men også hjelpemidler som kjøpes inn og lånes ut av sentralene til bruk i utdanning og arbeid er med i denne tabellen. Tabellen inneholder imidlertid ikke utgifter som utbetales som tilskudd (tilskudd til datautstyr og tilskudd/lån for tilrettelegging av arbeidsplassen). Tabellen omfatter innkjøp av hjelpemidler (regnskapsregisteret), ikke verdien av utlån til brukerne. Verdien av gjenbrukte hjelpemidler kommer i tillegg til innkjøpene.

Figur 4.3 viser at utgifter til hjelpemidler som kjøpes inn av hjelpemiddelsentralene hadde en forholdsvis stor økning fra 1996 til 2001. Deretter har den totale veksten flatet ut de siste årene. Utgiftene frem til 2001 skyldes for en stor del økningen i antall brukere. Men også andre utviklingstrekk har betydning for utgiftsutviklingen. Endringer i regelverk og rutiner i perioden gjør at noen av kategoriene ikke omfatter de samme stønadene. Utstyr til trening og stimulering, aktivitetshjelpemidler og behandlingshjelpemidler registreres i samme hovedkategori. Behandlingshjelpemidler ble i 2003 overført til helseforetakene, noe som medførte en nedgang på innkjøp til dette formålet

44. I henhold til den internasjonale klassifiseringsstandarden ISO 9999: 2007



Figur 4.3 Utgifter til innkjøp av hjelpemidler.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

ved hjelpemiddelsentralene. Posten øker igjen som en følge av utvidelse av aldersgrensen fra 18 til 26 år for utstyr til trening/stimulering og aktivitets-hjelpemidler. Når det gjelder datautstyr, så var det en kraftig økning fra 1998 etter at hjelpemiddelsentralene fikk ansvar for skolehjelpemidler. De senere årene har utgiftene gått noe ned, på grunn av reduksjon av satsene til standard datautstyr. Utgifter til tilbehør og reservedeler har en tilsynelatende sterk nedgang. Det skyldes at disse fra 2005 ikke lenger føres på egne konti, men sammen med hovedhjelpemidlet. Tilbehør og reservedeler framkommer dermed ikke som egen utgiftspost men som en del av økningen på andre poster som manuelle og elektriske rullestoler m.m. Når det gjelder kjøp av tjenester, så er hoveddelen av disse overført til sentralenes driftsbudsjett. Det gjelder utgifter til opplæring⁴⁵, installering, spesialtilpassning, reparasjoner, service og gjenbruk av hjelpemidler. De hjelpemiddelgruppene som har økt mest siste årene er elektrisk rullestol (økningen skyldes til dels at tilbehør og reservedeler nå føres på hovedposten), kommunikasjonshjelpemidler og utstyr til trening- og stimulering, men det har også vært en økning for hjelpemidler til tilrettelegging av bolig.

Fra 2002 føres seksualtekniske hjelpemidler på regnskapstallene for hjelpemiddelsentralene (under *Andre hjelpemidler*).

Tabell 4.4 viser gjennomsnittlig utlånsverdi pr. bruker fordelt på kjønn og alder. Utgangspunktet

er antall brukere som pr. 1. januar 2009 hadde hjelpemidler på utlån (386 248 personer) fra hjelpemiddelsentralen og totalverdien av utlånte hjelpemidler på samme tidspunkt. Tabellen viser at gjennomsnittlig utlånsverdi er høyest for de yngste aldersgruppene og lavest for de to eldste aldersgruppene. Det sier noe om at de yngre aldersgruppene har et langt mer omfattende hjelpemiddelbehov enn de eldre aldersgruppene (jf. 5.1.2 for ytterligere beskrivelse).

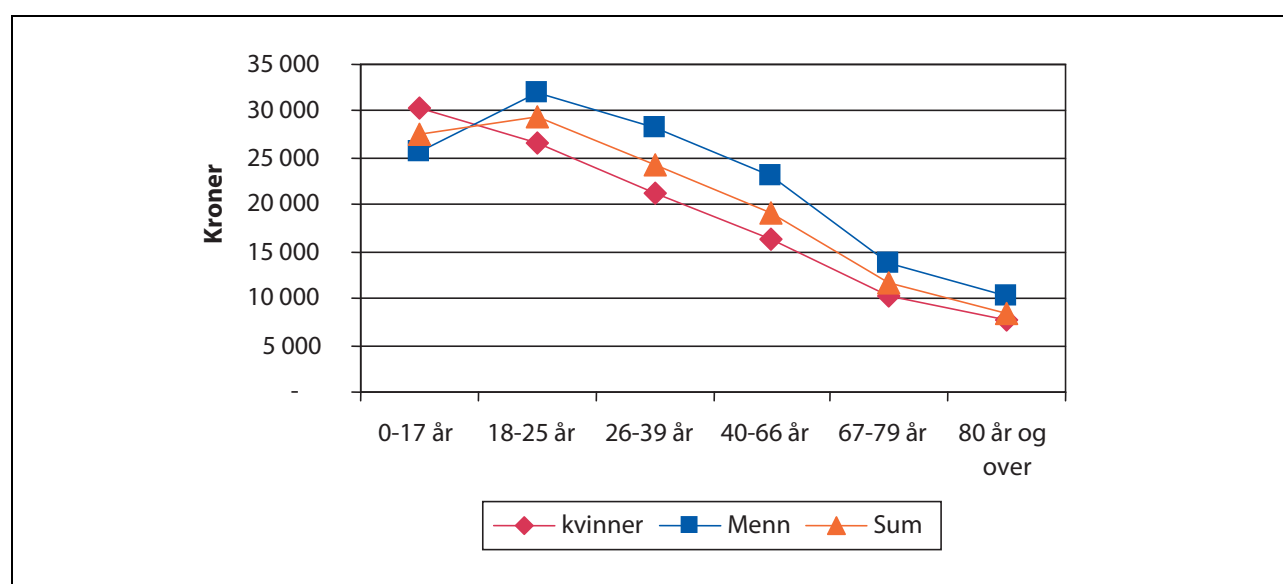
I tillegg til hjelpemidler forvalter hjelpemiddelsentralene tolketjenesten, lese- og sekretærhjelp og ordningen med funksjonsassistanse. Når det gjelder beskrivelse av ordningen med funksjonsassistanse vises det til kapittel 14.

Tolketjenesten

Tolking gis til personer med hørselsnedsettelse eller med kombinert syns- og hørselsnedsettelse i situasjoner der to eller flere parter ikke kan kommunisere med hverandre. Tolketilbudet omfatter i prinsippet alle tolkeformer: tegnspråktolking, stemmetolking, skrivetolking og tegn som støtte til munnnavlesning, tolk-ledsagertjeneste for døvblinde m.m. De fleste rettigheter er hjemlet i lov om folketrygd; tolk til høyere utdanning og på arbeidsplassen, ved helsetjenester, rehabilitering og til daglige gjøremål.⁴⁶ Tolketjenesten er en del av hjelpemiddelsentralens tjenestetilbud. Tolketje-

45. Opplæring i teknisk avanserte hjelpemidler som kommunen/arbeidsgiver ikke kan forventes å ha kompetanse på.

46. Rikstrykdeverket 2004; Nasjonal standard for tolketjenesten



Figur 4.4 Gjennomsnittlig utlånsverdi pr. bruker

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

nesten består av om lag 170 ansatte tolker, samt at sentralene har avtale med om lag 370 frilanstolker.

I prinsippet skal retten til tolking være den samme over hele landet. I praksis varierer tolketilbudet mye, først og fremst avhengig av hvor langt unna tolketjenesten tolkebrukeren bor. Kostnads-systemet for fordeling av utgifter i forbindelse med tolkeoppdrag er to-delt. Tolkeoppdrag for fast ansatte tolker, belastes sentralenes driftsbudsjett og setter økonomiske rammer for hvilke tolkeoppdrag de kan påta seg mens utgifter i forbindelse med tolkeoppdrag for frilanstolkene i sin helhet føres på stønadsbudsjettet. Finansieringsordningen innebærer at tolketjenesten fungerer dårligst for brukere som bor lengst fra sentralene. For ytterligere beskrivelse av tolketjenesten vises til *Tolkeutredningen 2008*⁴⁷.

Tolkehjelp under arbeid og utdanning har økt fra ca. 9 mill. kr i 1996 til ca. 50 mill. kr i 2008. Til sammenligning har tilsvarende vekst for tolkning i dagligliv og andre arenaer økt fra 6,7 mill. kr i 1996 til ca. 36 mill. kr i 2008. Tolking som gis av sentralens ansatte kommer i tillegg (belastes driftsbudsjett). På tross av en jevn økning på tolketilbudet, er det underkapasitet i forhold til behovet for tolking. I 2008 var dekningsgraden generelt for tolking på 78 prosent dvs at hver femte bruker som melder inn et tolkebehov ikke fikk dekket dette. I statsbudsjettet for 2010 ble det foreslått at alle utgifter i forbindelse med tolking for døve og tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde, skulle overføres fra stønadsbudsjettet til Arbeids- og velferdsetatens driftsbudsjett. Forslaget ble ikke vedtatt i Stortingets budsjettbehandling (jf. kapittel 12).

Lese- og sekretærhjelp

Blinde og/eller svaksynte kan ha rett til lese- og sekretærhjelp⁴⁸ til arbeidstrening, skaffe eller beholde arbeid. Til disse formålene kan det søkes om ubegrenset antall timer. I tillegg kan det søkes om inntil 30 timer i måneden for å delta i organisasjonsarbeid, politisk eller sosialt arbeid. Lese- og sekretærhjelp trenger ingen spesiell utdanning. Ordningen har hatt en økning fra 2.4 mill. kr i 1996 til om lag 12.6 mill. kr i 2008. Om lag 9 mill. kr av disse midlene gis til lese- og sekretærhjelp i arbeid og utdanning.

47. www.nav.no

48. Lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte i arbeidslivet ble innført i 1987.

Boks 4.8 Bilområdet

Organiseringen av bilområdet i Arbeids- og velferdsetaten er under endring. Det skal opprettes 5 bilsentre på landsbasis, som skal samle og håndtere både vedtaks- og formidlingssiden i forhold til stønad til bil. Det vil bli opprettet bilsentre i Oslo, Trondheim, Stavanger, Bergen og Tromsø. Bilsentrene skal legges i tilknytning til hjelpemiddelsentralen i disse fylkene. Ved valg av lokalisering av bilsentrene er det lagt avgjørende vekt på at disse skal ligge i befolkningstette områder med gode kommunikasjonsmuligheter og hotellkapasitet. Den endrede organiseringen forventes å gi større og mer robuste kompetansemiljøer, som vil gi brukerne et bedre og mer likeverdig tilbud.¹ Vedr. utgiftsutviklingen på bilområdet se tabell 4.2.

1. St.prp. nr. 1 2010, kap. 605 Arbeids- og velferdsetaten

Boks 4.9 Seksualtekniske hjelpemidler

De seksualtekniske hjelpemidlene formidles gjennom en egen rekvisisjonsordning. Søkere får hjelp til veiledning og utprøving på sykehusavdelinger av spesialister i gynekologi, urologi og nevrologi. Søkere kan også få hjelp hos privatpraktiserende spesialister med tilsvarende kompetanse. Rekvisisjonen blir sendt direkte fra legen til leverandøren av hjelpemidlet og dekkes i sin helhet av Folkestrygden. Refusjon/utbetaling er sentralisert til en forvaltningsenhet. Utgiftene belastes konto som tilhører hjelpemiddelsentralenes regnskapsoversikt under; *Andre hjelpemidler*. Ordningen ble innført i 2002. 2003 var første år med helårsutgift, med om lag 205.000 kr. I 2008 var utgiftene om lag 884.000 kr. Ordningen planlegges utvidet slik at også fastleger kan rekvirere seksualtekniske hjelpemidler.

Hjelpemiddelområder i fylkeslinja

Arbeids- og velferdsetatens ansvar for hjelpemiddelområder i fylkeslinja (jf. figur 4.1 Organisasjonskart) er i hovedsak knyttet til å fatte vedtak basert på sakkyndig uttalelse eller begrunnelse, samt refusjon av utgifter. Etaten har i mindre grad en formidlingsfaglig og rådgivende rolle på disse områ-

dene. Søknad på disse hjelpemidlene/tiltakene sendes NAV-kontoret, mens saksbehandling og refusjon/oppgjør er sentralisert til de fylkesvise forvaltningsenhetene eller i nasjonale oppgjørsenheter. I det følgende beskrives de hjelpemiddelområdene/tiltakene som ligger i fylkeslinja.

Ortopediske hjelpemidler

Ortopediske hjelpemidler omfatter proteser, ortoser og ortopedisk fottøy og lages etter rekvisisjon fra legespesialist. Godkjente spesialister, innen ortopedisk kirurgi og fysikalsk medisin og rehabilitering, kan rekvirere alle typer ortopediske hjelpemidler. Spesialister i nevrologi og revmatologi kan rekvirere ortoser og ortopediske fottøy ved funksjonsforstyrrelser av nevrologisk/revmatologisk art. I tillegg har en rekke sykehusavdelinger rett til å rekvirere ortopediske hjelpemidler. Rekvirentene kan gi brukerne fullmakt for maksimalt ti år slik at brukeren selv kan søke om forhåndstilsagn ved behov for fornyelse. Søknad om forhåndstilsagn sendes NAV lokalt. Folketrygden dekker utgiftene til anskaffelse, tilpasning, reparasjon og fornyelse av ortopediske hjelpemidler.

Fram til 1980-årene fastsatte det enkelte ortopediske verksted selv timeprisen de benyttet i sine kalkyler. Etableringen av nye verksted og filialer på begynnelsen av 80-tallet gav økt etterspørsel og høyere priser. Rikstrygdeverket etablerte i 1986 en enhet som skulle prisforhandle ortopediske hjelpemidler for å få kontroll på kostnadsutviklingen. Proteser og ortoser utgjør en stor andel av kostnadene og anskaffelsesprosedyren er konkurranse med forhandling⁴⁹. Konkurranse med forhandling benyttes fordi anskaffelsen gjelder individuelt tilvirkede og kroppsnære hjelpemidler hvor det er vanskelig å lage objektive spesifikasjoner som gjør det mulig å velge beste tilbud etter reglene for åpne anbudskonkurranser. Tilvirkningen skjer i nær kontakt med brukeren, og tilgjengelighet i brukerens relative nærområde er viktig. Arbeids- og velferdsetaten har avtale med 22 verksteder (2009) som dekker ulike geografiske områder⁵⁰.

Kvaliteten på ortopediske hjelpemidler er høy og leveringstiden er kort. Blant brukerne er det økende forventning til å få høyteknologiske produkter med kostbar kosmetisk finish. Det er i verkstedenes egeninteresse å yte god service overfor

brukere, rekvirerende legespesialister og helsepersonell som arbeider med rehabilitering av pasienter med bevegelsesproblemer. Gjennom denne kontakten skapes nye behov og oppdrag. Arbeids- og velferdsetaten har liten mulighet til å vurdere hva som er «nødvendig» nivå på kvalitet og teknologi av hjelpemidlene som lages eller hvor ofte de bør fornyes. Utgiftene til ortopediske hjelpemidler⁵¹ var i 2008 på om lag 799 mill. kr, dvs. en økning på 8,3 prosent fra 2007. Utgiftsvekst har vært innen alle produktgruppene på området. De største produktgruppene det ble gitt støtte til i 2008 var ortoser og fotsenger (279,9 mill. kr), proteser (255,7 mill. kr) og fottøy (194 mill. kr).⁵²

Høreapparater

Helseforetakene har ansvar for utredning av hørselstap og formidling av høreapparat. Formidling av høreapparat foregår på hørselssentraler og hos privatpraktiserende øre-nese-hals-leger med avtale med helseforetaket. Hørselssentralene er en enhet innenfor øre-nese-hals-avdelingene i helseforetakene. Utprøving og tilpassing av høreapparat for barn, psykisk utviklingshemmede og ungdom/voksne med særskilte problemer, skal utføres av hørselssentralene. Helseforetakene ved hørselssentralene har ansvar for nødvendig undervisning, etterutdanning og samarbeidsrutiner for dem som arbeider med rekvirering og levering av høreapparater i sitt geografiske område. I tillegg kommer ansvaret for opplæring av brukere på Lærings- og mestringssentrene ved helseforetakene.

Arbeids- og velferdsetaten har ansvar for anskaffelsesprosessen og inngår avtaler med leverandørene om levering av høreapparater og tinnusmaskerer, tilbehør og reparasjon av høreapparater. Utvelgelsen av produktene skjer på basis av anbudsutlysning i henhold til Lov om offentlige anskaffelser mv., og i samråd med en referansegruppe blant annet med deltagelse fra hørselssentralene og fagmiljøet.

Arbeids- og velferdsetaten fatter vedtak og utbetaler tilskudd, på bakgrunn av sakkyndig uttalelse fra hørselssentralene eller privatpraktiserende øre-nese-hals-spesialist. Det utbetales i tillegg refusjon av reparasjon på høreapparat. Det ble i 2008 kjøpt inn 76 528 høreapparater. Utgiftene på høreapparater var på om lag 452 mill. kr, dette inkluderer også reparasjonskostnadene. Allerede i

49. Anskaffelse på ortopediske hjelpemidler er i henhold til Lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr 69 og forskrift om offentlige anskaffelser av 7. april 2006 nr 402 (FOA) med senere endringer, FOA Del I og II.

50. 16 totalleverandører, 5 fottøyleverandører og 1 nisjeleverandør

51. Dette omfatter også mindre utgiftsposter som parykker og brystproteser

52. AID St.Prop. n 1 S 2009–2010

Stortingsmelding nr. 8 (1998–99) omtales hørselsomsorgen som fragmentert, og ansvars- og oppgavefordelingen mellom etater fremstilles som uklar og til dels uryddig. I en rapport fra februar 2003 fra tidligere Helsedepartementet, Sosialdepartementet og Rikstrykdeverket ble det pekt på flere utfordringer innen høreapparatformidlingen:

- uklarhet i ansvars- og oppgavefordelingen mellom aktører
- ventetid
- mangelfull samhandling mellom ulike tilbud og etater
- forskjeller i tilbudet avhengig av bosted
- svakheter i økonomistyring og ineffektivitet

Tidligere Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet i 2007 en rapport⁵³ med forslag om forbedringer av høreapparatformidlingen. I oppfølgingen av rapporten har de ansvarlige departementene⁵⁴ valgt å opprettholde den delte ansvars- og oppgavefordelingen mellom Arbeids- og velferdsetaten og de regionale helseforetakene. Forbedringstiltakene dreier seg i stor grad om bedre samhandling og koordinering mellom aktørene⁵⁵. Eierskapet til høreapparatene endres imidlertid, og bruker blir eier av høreapparatet i stedet for Arbeids- og velferdsetaten. Selv om bruker blir eier av høreapparatet, opprettholdes ordningen med at folketrygden dekker reparasjoner av høreapparatene. Riksrevisjonen har foretatt en ny revisjon av høreapparatområdet. De konstaterer at høreapparatområdet har en kompleks organisering som stiller store krav til samhandling. Det framkommer også at Arbeids- og velferdsetatens kontrollmulighet når det gjelder refusjon av høreapparater er begrenset innenfor dagens system.

Førerhund

Det er leverandørene (førerhundskolene) og Førerhundutvalget⁵⁶ som er de viktige aktørene i formidlingsprosessen, som foregår i flere faser. Søker er først på et 3 dagers kurs på førerhundskolen for utredning. En godkjent søker må ha 3 ukers samtreningkurs (bruker og hund) på skolen. Deretter følger en ukes samtrening på hjemstedet. Søker får dekket utgifter til førerhund og reise

til/fra førerhundskolen. Bruker får ved tildeling av førerhund rett til grunnstønads sats 3 til hold av førerhund.

Førerhundutvalget ble oppnevnt av Sosialdepartementet i 1978 som et rådgivende organ. Utvalget skal ha kyndighet i kynologi⁵⁷, bruk av tjenestehund/førerhund og mobility (orienteringsfaget for synshemmede). Førerhundutvalgets oppgaver er å foreta godkjenningssprøve av hund, vurdering av den synshemmede og godkjenningssprøve av bruker og hund sammen (ekvipasjen). Arbeids- og velferdsetaten skal ikke fatte vedtak før Førerhundutvalget har gitt sin tilrådning, først i forhold til søkeren og deretter ekvipasjen.

Arbeids- og velferdsetaten har avtaler med 3 leverandører/førerhundskoler for levering av førerhunder, inntil 53 pr. år (herunder gjenanskaffelser). Skolene har ansvar for utvelgelse av hund til den enkelte bruker og opplæring av hund og bruker sammen. De har også et oppfølgingsansvar overfor brukere de har levert førerhund til.

Leverandørene/skolene er av forskjellig størrelse og har også noe forskjellig pris pr. hund (ca. 350 000 kr). Prisen omfatter selve hunden, samt opplæring av bruker og hund. Samtreningen som foregår på skolen ligger også i hundepreisen. Førerhundutvalget har et generelt oppfølgingsansvar i forhold til førerhunder i bruk. Det er skolene som utfører ettervern (tilsyn med ekvipasjene). Behovet for ettervern blir tatt opp i førerhundutvalget, som gir tillatelse. Utgifter som skolene har i forbindelse med ettervern dekkes i sin helhet over folketrygden.

Behovet for nye førerhunder pr. år har ligget jevnt på +/- 45 de siste 10 årene. Totalt antall brukere har også holdt seg jevnt på ca. 300. Utgiftene til førerhund har økt fra om lag 9 mill. kr i 1996 til om lag 14 mill. kr i 2008.

Tilpasningskurs/opplæring for synshemmede, hørselshemmede og døvblinde og opphold på folkehøyskole

Synshemmede, hørselshemmede, kombinert syns-/hørselshemmede og døvblinde kan søke om støtte til tilpasningskurs gjennom NAV lokalt. Som hovedregel får søker dekket utgifter for inntil tre tilpasningskurs med tilhørende suppleringskurs. Utgifter til tilpasningskurs for pårørende (familie, slektninger og andre nærstående personer) kan også dekkes. Det kan gis sykepenger til den som må være borte fra arbeidet for å delta på tilpasningskurs. Det kan også gis opplæringspenger ved

53. Å høre og bli hørt – Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling, IS-1483 Rapport 2007, Sosial- og helsedirektoratet

54. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet

55. Brev av 8. desember 2008 til Arbeids- og velferdsdirektoratet

56. Faglig utvalg for førerhundspørsmål

57. Kynologi = viten om hund

tilpasningskurs for den som har omsorgen for barn med funksjonsnedsettelse. Syns- og mestringssettene tilbyr også aktivitetsopphold som det kan søkes støtte til gjennom NAV lokalt.

Kursene holdes ved syns- og mestringssettra i Hurdal (Østlandet), Solvik (Vestlandet) og Evenes (Nord-Norge)⁵⁸, Briskeby skole og kompetansesenter⁵⁹, Ål folkehøgskole og kurssetter for døv⁶⁰, Møller kompetansesenter⁶¹ og Eikholt senter for døvblinde⁶². Syns- og mestringssettene eies og drives av Norges Blindforbund. Briskeby skole- og kompetansesenter i Buskerud eies av Hørselshemmedes Landsforbund og er en likeverdig og inkludert del av det statlige spesialpedagogiske støttesystemet for hørselshemmede. Møller kompetansesenter i Trondheim er en del av det statlige spesialpedagogiske systemet. Eikholt ressurssetter for døvblinde i Tønsberg eies av Stiftelsen Eikholt i Drammen og har inngått driftsavtale med det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF.

Det kan også søkes om opphold på folkehøgskole for å bli mer selvhjulpne og fungere bedre i dagliglivet. Folketrygden kan dekke ekstrautgifter for inntil to skoleår på folkehøgskole til den som trenger et slikt opphold for å fungere bedre i dagliglivet.

Det har vært en jevn økning på tilpasningskurs/opphold på folkehøgskole fra 11,4 mill. kr i 1996 til 37,3 mill. kr i 2008. Tilpasningskurs utgjør hovedandelen av utgiftene.

4.2.7 Kommunene

Kommunenes ansvar og oppgaver

Kommunens ansvar omfatter alle ledd av formidlingsprosessen. Ansvarer omfatter avdekking og utredning av behovet for hjelpemidler, nødvendig utprøving av hjelpemidler, bistand til brukerens søknad om hjelpemidler, tilpassing, montering og enklere service og reparasjon, samt motivasjon og opplæring av bruker i hjelpemiddelets funksjon.

Kommunen skal legge brukerens samlede behov til grunn for formidlingen, og se hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak. En vurdering/utredning av hjelpemiddelbehov bør inngå i en mer omfattende utredning av brukerens behov, eventuelt i en individuell plan om rett til dette foreligger. Kommunen kan ved behov be om bistand

fra hjelpemiddelsentralen eller andre relevante instanser.

Kommunen har ansvar for evalueringen av brukernytte og nødvendig justering i forhold til dette. Kommunen skal melde fra til hjelpemiddelsentralen om hjelpemidler som ikke lenger dekker brukerens behov. Kommunen er ikke ansvarlig for kostnader i forbindelse med større reparasjoner og service av folketrygdfinansierte hjelpemidler.

Kommunene har finansieringsansvaret for hjelpemidler som skal dekke midlertidige behov, det vil si behov av en varighet på under to år. For hjelpemidler ved midlertidig behov kan kommunen følge opp ansvaret for enkelte deler av prosessen ved å inngå samarbeid med andre instanser, for eksempel andre kommuner, private leverandører eller produsenter av hjelpemidler.

Kommunens ansvar for formidling av hjelpemidler og tilrettelegging gjelder uavhengig av livsarena, dvs. om hjelpemiddelbehovet er i hjemmet/nærmiljø, skole, fritid m.m. Når det gjelder formidling av hjelpemidler for å legge arbeidsplassen til rette er imidlertid dette noe annerledes (jf. kapittel 14). Kommunene har likevel en viktig funksjon i forhold til brukere som har behov for utredning på flere arenaer enn bare arbeidsplass. Kommunen har en viktig rolle i forhold til å koordinere og legge til rette for at tjenesten henger sammen, og at de andre arenaene er tilrettelagt for at personen kan fungere i et arbeidsforhold.

Kommunen har finansieringsansvar for pedagogiske hjelpemidler (læremidler) i barnehage og grunnskole. I tillegg har de ansvar for utredning, formidling, opplæring og oppfølging av hjelpemidler i undervisningen. Finansieringsansvaret for hjelpemidler i videregående skoler er lagt til fylkeskommunen. Det er imidlertid folketrygden som har ansvar for å bidra med hjelpemidler og tilrettelegging som kan redusere praktiske problemer knyttet til skole og opplæringsinstitusjonen. Det kan oppstå gråsoner i forhold til hva som først og fremst defineres som et pedagogisk hjelpemiddel og hva som defineres som et hjelpemiddel som løser praktiske problem for personer med funksjonsnedsettelse (jf. kapittel 13).

Ifølge en rapport er kommuners prioritering/ressurser knyttet til habilitering og rehabilitering et (varierende) problem mht saksbehandlingstid og kompetanse når det gjelder behovskartlegging og løsninger innen hjelpemiddelområdet⁶³. Mange kommuner savner en satsing/prioritering av dette feltet i kommunene. Ikke minst

58. Norges Blindforbund
59. www.statped.no/briskeby
60. www.folkehogskole.no
61. www.statped.no
62. www.eikholt.no

63. PwC – Organisasjonsanalyse hjelpemiddelområdet, april 2009

gjelder det de kommunene som ikke har tilstrekkelig kompetanse innen ergoterapi⁶⁴.

Finansiering på kommunalt nivå

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene (og fylkeskommunene) finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter, øremerkede tilskudd, trygderefusjoner og brukerbetaling. Kommunesektorens frie inntekter består av skatteinntekter og rammeoverføringer. De frie inntektene utgjør i underkant av 70 prosent av sektorens samlede inntekter. Kommunene disponerer sine frie inntekter innenfor gjeldende lover og forskrifter. Det gjelder også for det kommunale hjelpemiddelansvaret. Det er imidlertid et todelt system for de kommunale helse- og omsorgstjenestene avhengig av om brukeren bor i eget hjem eller i institusjon. I eget hjem delfinansierer staten via folketrygden legetjenester, legemidler og hjelpemidler. Videre kan Husbanken gi bostøtte til personer med lav inntekt. Kommunen har ansvaret for å finansiere drift av institusjoner, samt kommunale helse- og omsorgstjenester til beboerne. Adgang til å ta betalt for omsorgstjenester reguleres gjennom to ulike regelverk, et for hjemmeboende og ett for beboere i institusjon.

Kommunenes utgifter til helse- og omsorgsformål var om lag 80 mrd. kr i 2008. Omsorgstjenesten alene utgjør vel 70 mrd. kr. Kommunenes utgifter til rusmiddeltiltak og psykisk helse inngår for en stor del i kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester. Utgifter til helse- og omsorgsformål utgjør om lag en tredel av kommunenes totale utgifter. I 2008 mottok i alt i overkant av 260 000 personer pleie- og omsorgstjenester. Av disse fikk 16 prosent opphold i institusjon, 65 prosent hjemmesykepleie og praktisk bistand og 20 prosent andre tjenester (avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv.). Det er grunn til å anta at en vesentlig andel av disse brukerne også har behov for hjelpemidler. Innenfor pleie- og omsorgstjenesten ble det i 2008 utført om lag 121 000 årsverk.

Innkjøp av hjelpemidler som kommunene har ansvar for (under 2 års behov) samt hjelpemidler til beboere i institusjon foretas av kommunene selv. Det satses også på gjenbruk av materiell fra hjelpemiddelsentralene. Kommunene rapporterer ikke på ressurser benyttet til hjelpemidler og tilrettelegging og hjelpemiddelformidling i KOSTRA. Det finnes derfor ingen samlet oversikt over hjelpemidler finansiert av kommunene og fylkeskommunene. En rapport fra 2006⁶⁵ anslo disse til å være mellom

Boks 4.10 Finansiering – ressurskrevende brukere

Formålet med toppfinansieringsordning for ressurskrevende tjenester, – er å sikre at tjenestemottakere som krever stor ressursinnsats fra det kommunale tjenesteapparat, får et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon. Med ressurskrevende tjenestemottaker menes en person med store hjelpebehov som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette kan bl.a. gjelde personer med psykisk utviklingshemming, fysisk funksjonshemmede, personer med rusmiddelproblemer og mennesker med psykiske lidelser. Behovet for ressurskrevende tjenester varierer betydelig mellom kommuner. Det har foreløpig vært vanskelig å finne objektive kriterier som kan fange opp denne kostnadsvariasjonen mellom kommuner. Inntil det blir utviklet gode nok kriterier, vil det være behov for en egen tilskuddsordning for ressurskrevende tjenester som et supplement til kommunenes frie inntekter. Fra 2008 er ordningen forenklet og gjort mer forutsigbar. Statens utgifter var i underkant av 4 mrd. kr i 2009¹.

1. Prop. nr. 1 S (2009–2010) for Kommunal- og regionaldepartementet

200–400 mill. kr årlig. Anslått verdi av lagerbeholdning var mellom 500 mill. kr og 1 mrd. kr. I en rapport fra Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) estimeres utgiftene til hjelpemidler i kommuner og fylkeskommuner til totalt 1,8 mrd. kr, hvor 10 prosent er utgifter til innkjøp av hjelpemidler og 90 prosent er lønnsutgifter.⁶⁶

Kommunenes utgifter til hjelpemidler omfatter:

- Hjelpemidler av midlertidig varighet, herunder boligtilpasning
- Skolehjelpemidler i grunnskole og barnehage til bruk i læringssituasjoner.
- Skolehjelpemidler i videregående skole
- Utgifter til tekniske hjelpemidler i alders- og sykehjem og andre kommunale institusjoner

65. Samfunnsøkonomisk analyse av organiseringen av hjelpemiddelforvaltningen, utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Rikstrykdeverket, fagpanelet for økonomisk konsekvensanalyse og Senter for økonomistyring (2006).

66. Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) – september 2009 – Kartlegging av kommunenes og fylkeskommunenes hjelpemiddelansvar

64. I følge SAFO er 100 kommuner uten ergoterapeut

Boks 4.11 Hjelpemidler – et todelt finansieringssystem

Redegjør først for det todelte finansieringssystemet som også innbefatter finansieringen av hjelpemidler for hjemmeboende og beboere i institusjon i kommunene.

Finansieringssystemet for hjemmeboende

Folketrygden dekker utgifter til hjemmeboende knyttet til hjelpemidler, tak-1, tak-2 ordningene, blå resept og bidragsordningen. Samt at staten yter bostøtte via Husbanken til personer med lav inntekt og høye boutgifter. Samtidig regulerer staten kommunenes muligheter til å ta egenbetaling gjennom forskrift¹.

Kommunen ikke har adgang til å ta betalt for hjemmesykepleie, praktisk bistand og opplæring til personlig stell og egenomsorg, også omtalt som personrettet hjelp. Kommunen kan heller ikke ta egenbetaling for støttekontakt, avlastningstiltak eller omsorgslønn. Tjenester det kan tas betaling for er hjemmehjelp- og husmorvikartjenester. Forskriften fastsetter at husstander med inntekt under 2G ikke skal betale mer enn 155 kr pr. måned i egenandel for slike tjenester. For personer med inntekt over 2G er det kommunen som fastsetter betalingsnivået. Vederlaget må allikevel ikke overstige kommunens egne utgifter til tjenesten. Beregning av betaling for andre tjenester som trygghetsalarm, mattombringning og vaktmestertjenester er ikke regulert, men trygghetsalarm og matombringning vil falle inn under skjermingsreglene dersom de tildeles som en tjeneste etter

sosialtjenesteloven § 4–2 bokstav a. I motsatt fall vil de falle utenfor skjermingsreglene i forskriften.

Alle som ikke bor i institusjon betaler egenandeler for helsetjenester som legehjelp, psykologhjelp, legemidler på blå resept og reiser i forbindelse med behandling, inntil frikortgrensen 1780 kr i 2009. Når taket er nådd utstedes et frikort som gir full dekning av utgifter utover dette, resten av året. Denne ordningen kalles *tak 1-ordningen*.

Tak 2-ordningen vedtok Stortinget høst 2002. Den sikrer at ingen betaler mer enn 2560 kr som er det fastsatte utgiftstaket for 2009 til fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling, opphold i opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

Folketrygden dekker utgiftene over tak 1 og tak 2 ordningen samt til blå resept. Utgiftene for disse ordningene var i 2008 på 3,696 mrd. kr².

Alle som ikke bor i institusjon dekker egne boutgifter. Staten yter imidlertid *bostøtte* via Husbanken til personer med lav inntekt og høye boutgifter. I tillegg gir enkelte kommuner støtte ved at husleien subsidieres, ved kommunalbostøtte eller ved at det i spesielle tilfeller gis økonomisk sosialhjelp. Utgiftene til den statlige bostøtten, som er en overslagsbevilgning, var på 2,470 mrd. kr i 2008. Regjeringen har fremmet forslag om en utvidelse av bostøtten med virkning fra 1. juli 2009. I tillegg gir Husbanken støtte til *utbedring og tilpasning av bolig*.

1. Forskrift av 12.04.1992, nr. 915 til lov om sosiale tjenester mv. kap. 8.

2. Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv., kap. 2752 Refusjon av egenbetaling, post 70 og 71

(unntak for forflytningshjelpemidler og kroppsnære hjelpemidler som for eksempel høreapparat som finansieres over folketrygden)

Hvorvidt hjelpemidler skal finansieres av kommunene eller over folketrygden har vært til vurdering og behandlet i flere runder. Det ble i 1995 nedsatt et offentlig utvalg som fikk i oppdrag å vurdere finansierings- og brukerbetalingsordninger i pleie- og omsorgstjenesten. De skulle komme med forslag til mer hensiktsmessige finansieringsordninger i og utenfor institusjonene. Utvalget avga NOU 1997:17 *Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester*, som redegjorde for en rekke

svakheter ved ordningen. Utredningen presenterte en løsning der institusjonsbetalingen ble erstattet med betaling for botilbud, daglige utgifter og egenandeler for tjenester. Med andre ord en harmonisering av finansieringsordningen for hjemmeboende hvor folketrygden skulle finansiere tjenester, herunder hjelpemidler også for beboerne i institusjon. Utredningen viste også til at en slik omlegging ville gi vanskelige fordelingsvirkninger og vesentlig mindre inntekter for kommunen. Utvalgets medlemmer var delt når det kom til å anbefale løsninger. Som en oppfølging av dette sendte Sosialdepartementet på høring et notat om *Brukerbetalingen for pleie og omsorgssektoren i*

2004. Høringsnotatet fra 2004 foreslo ikke en konkret modell fordi man anså det som avgjørende å høre høringsinstansenes vurderinger før forslag ble fremlagt for Stortinget. I St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening, framtidens omsorgsutfordringer*, konkluderes det med at samlet sett finner en at ulempene ved dagens organisering ikke forsvarer å gjennomføre en omfattende reform. De skriver videre at hensynet til at brukerne ikke skal komme svekket ut etter en omlegging, tilsier at dagens ordninger inntil videre bør opprettholdes. De vil imidlertid følge utviklingen i kommunene og løpende vurdere behovet for tiltak.

4.2.8 Fylkeskommunene

Fylkeskommunene har ansvar for videregående opplæring for unge mellom 16 og 19 år. Dette gjelder fagopplæring, livslang læring, voksenopplæring, fagskoleutdanning og pedagogisk-psykologisk tjeneste/oppfølgingstjeneste i fylkene. Opplæringslovens § 1–2 gir rammer som sier at opplæringen skal være tilpasset evnene og forutsetningene til den enkelte eleven, lærlingen og lærekandidaten. Det innebærer at fylkeskommunene ved de videregående skolene skal finansiere pedagogiske hjelpemidler til skolebruk, inklusive hjelpemidler som pedagogisk personell bruker i sin undervisning av eleven. RO har i sitt estimat kommet fram til at de videregående skolene i Norge bruker 127 mill. kr knyttet til tekniske hjelpemidler til elever med funksjonsnedsettelse. Ca. 10 prosent av dette er utgifter til nyanskaffelser, 90 prosent er lønnskostnader for arbeidsoppgaver.⁶⁷ Fylkeskommunene har delegert ansvaret til den enkelte videregående skole som igjen gjerne samarbeider med kommunenes personell for uttak og eventuelt tilpasning av en del hjelpemidler. Fra og med 1. august 2007 er fylkeskommunen pålagt å holde elevene med nødvendig trykte og digitale læremidler og utstyr. Mer spesielt og avansert datautstyr håndteres oftest av hjelpemiddelsentrene. For fylkeskommunenes vedkommende er det kun de videregående skolene som er aktuelt å ta med i denne undersøkelsen.⁶⁸

67. Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) – september 2009 – Kartlegging av kommunenes og fylkeskommunenes hjelpemiddelansvar

68. Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) – september 2009 – Kartlegging av kommunenes og fylkeskommunenes hjelpemiddelansvar

4.2.9 De regionale helseforetakene

Behandlingshjelpemidler

Ansvaret for behandlingshjelpemidler med tilhørende forbruksmateriell ble overført fra tidligere Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene med virkning fra og med januar 2003. I St.prp. nr. 1 (2002–2003) ble det vist til at formidlings- og finansieringsansvaret for behandlingshjelpemidler og tilhørende forbruksmateriell var delt mellom folketrygden, de regionale helseforetakene og kommunene. Det ble anført at behandlingshjelpemidler er en del av et aktivt medisinsk behandlingsopplegg som tilbys av spesialisthelsetjenesten. Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionene tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjeneste omfatter også spesialistbehandling som foregår i hjemmet. Dette innebærer at bruker har krav på behandlingshjelpemidler dersom dette er nødvendig i forbindelse med medisinsk behandling. Midlene som ble overført skulle dekke utgifter til innkjøp, resirkulering, vedlikehold, reparasjon, installering, montering, tilpassing, utlevering og administrasjon av behandlingshjelpemidler.

Spesialisthelsetjenesten hadde før 2003 ansvar for behandlingshjelpemidler knyttet til intravenøs ernæring, dialysebehandling og respirasjonsbehandling. Ansvaret for behandlingshjelpemidler med tilhørende utstyr og forbruksmateriell ble ved endringen samlet hos de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har opprettet særskilte enheter som fatter beslutning om tildeiling av behandlingshjelpemidler, og har samarbeidet om å utarbeide retningslinjer for behandlingshjelpemidler av de regionale helseforetakene. Vedtak har blitt påklaget til Helse- og omsorgsdepartementet.

Arbeids- og velferdsetaten og de regionale helseforetakene har rapportert om uklarheter når det gjelder ansvaret for behandlingshjelpemidler og tilhørende utstyr. Med bakgrunn i dette fikk Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å avklare spørsmål knyttet til behandlingshjelpemidler, og det ble nedsatt en arbeidsgruppe som la frem en rapport i juli 2008. Systemet for klage er også vurdert i rapporten. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med videre oppfølging.

Som det fremgår av St.prp. nr. 1 (2002–2003) er ikke ansvaret til de regionale helseforetakene begrenset til lister over behandlingshjelpemidler som folketrygden tidligere finansierte. De regionale helseforetakene har ansvar for å yte spesi-

serte helsetjenester til befolkningen, herunder behandlingshjelpemidler når det er nødvendig for behandlingen. Helsetjenesten er i stadig utvikling og endring. Dette gjelder også behandlingshjelpemidler. Når ansvaret for behandlingshjelpemidler er overført til de regionale helseforetakene, har de regionale helseforetakene ansvaret for dette området, uavhengig av hvilke behandlingshjelpemidler som var oppført i folketrygdens lister ved overføringstidspunktet. Som for andre områder innenfor spesialisthelsetjenesten gjelder ansvaret også der det skjer endringer som følge av den medisinske og teknologiske utviklingen. Den medisinske og teknologiske utvikling innebærer at det tilkommer nye behandlingshjelpemidler. De regionale helseforetakene må vurdere om nye typer behandlingshjelpemidler skal tilbys, og til hvilke pasienter, som for all annen behandling. Enkelte typer forbruksmateriell kan benyttes både i tilknytning til behandlingshjelpemidler og i tilknytning til øvrige hjelpemidler. Igjen er det slik at de regionale helseforetakene har ansvar for forbruksmateriell i forbindelse med bruk av behandlingshjelpemidler.

Det har vært reist spørsmål om behandlingshjelpemidler kan være aktuelle for behandling/undersøkelse som skjer hos fastlegen. Den omtalte rapporten fra Helsedirektoratet har vurdert at alle behandlingshjelpemidler må defineres som spesialisthelsetjenestens ansvar, med mindre de er regulert i folketrygdloven, hvilket de mener er i samsvar med det som var forutsetningen for overføringen. Det ble i overføringen ikke skilt mellom behandlingshjelpemidler som utelukkende brukes i forbindelse med spesialiserte helsetjenester og behandlingshjelpemidler som også erstatter behandling/undersøkelser hos fastlegen, for eksempel måleapparat for egenmåling av INR. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at alle typer behandlingshjelpemidler er de regionale helseforetakenes ansvar.

Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten

Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene har sentral kompetanse i forhold til hjelpemidler og tilrettelegging knyttet til de ulike brukergruppene de betjener, og har et veiledningsansvar overfor kommunene. Ulike spesialisthelsetjenester innen syn, hørsel, reumatisme, ortopedi og nevrologi har en sentral rolle også når det gjelder hjelpemiddelformidling. Det samme gjør også sentra for sjeldne diagnosegrupper og opptreningsinstitusjoner.

4.2.10 Andre tilliggende områder

Husbanken

Husbanken er et kompetansesenter for boligpolitikk. Husbankens fremste oppgave er bidra i arbeidet med å forebygge og avskaffe bostedsløshet. Husbanken skal gjennom sin virksomhet sette kommunene og deres samarbeidspartnere best mulig i stand til å gjennomføre en helhetlig og lokalt tilpasset politikk for å sikre boliger til vanskeligstilte på boligmarkedet, som blant annet personer med funksjonsnedsettelse. Gjennom sine virkemidler skal Husbanken sikre at bolig- og planløsninger i størst mulig grad er tilpasset boligbehovene for personer med funksjonsnedsettelse. Den enkelte skal få individuell bistand til å løse bolig-

Boks 4.12 Helseforetakene

Helseforetakene har ansvar for utredning av hørselstap og formidling av høreapparat. Formidling av høreapparat foregår på hørselssentraler og hos privatpraktiserende øre-nese-hals-leger med avtale med helseforetaket. Hørselssentralene er en enhet innenfor øre-nese-hals-avdelingene i helseforetakene. Helseforetakene ved hørselssentralene har ansvar for nødvendig undervisning, etterutdanning og samarbeidsrutiner for dem som arbeider med rekvirering og levering av høreapparater i sitt geografiske område. I tillegg kommer ansvaret for opplæring av brukere på Lærings- og mestringssentrene ved helseforetakene (jf. 4.2.4).

Godkjente spesialister, innen ortopedisk kirurgi og fysikalsk medisin og rehabilitering kan rekvirere alle typer ortopediske hjelpemidler. Spesialister i nevrologi og revmatologi rekvirerer ortoser og ortopediske fottøy ved funksjonsforstyrrelser av nevrologisk/revmatologisk art. I tillegg har en rekke sykehusavdelinger rett til å rekvirere ortopediske hjelpemidler. Folketrygden dekker utgiftene til anskaffelse, tilpasning, reparasjon og fornyelse av ortopediske hjelpemidler (jf. 4.2.4).

Det er i hovedsak spesialister i gynekologi, urologi og nevrologi som rekvirerer seksualtekniske hjelpemidlene. Søkere kan også få hjelp hos privatpraktiserende spesialister med tilsvarende kompetanse. Rekvisisjonen blir sendt direkte fra legen til leverandøren av hjelpemidlet og dekkes i sin helhet av Folketrygden (jf. 4.2.4).

problem som oppstår som følge av funksjonsnedsettelse. Kommunene gir rådgivning om hvilke økonomiske og praktiske muligheter som finnes, og Husbanken gir betydelige lån og tilskudd til kjøp eller bygging av ny bolig, eller til å utbedre eksisterende bolig. Støtte kan også gis til å planlegge større utbedringer.

Personer med funksjonsnedsettelser er særlig ivaretatt i Husbankens bostøtteordning for personer med lav inntekt. Disse får lagt til grunn høyere boutgifter og lavere terskel på hva som er en rimelig boutgift enn andre grupper med tilsvarende inntekter og boutgifter.

Husbanken kan yte stønad til tilrettelegging av bolig, for eksempel ombygginger av hensyn til rullestolbruk eller personløftere. Det finnes visse gråsoner i forhold til finansiering gjennom Husbanken eller folketrygden på områder som gjelder heiser/ombygging, utbedring av kjøkken/løftemekanismer og smarthusløsninger. Det kan være gråsoner og delte finansieringsløsninger der løsningen består av en kombinasjon av tilrettelegging gjennom ombygging av boligen og installering av hjelpemidler.

Det er innført bestemmelser i blant annet borettslagsloven og eierseksjonsloven som tilrettelegger for at personer med funksjonsnedsettelse kan bo i blokk og annen bebyggelse. Personer med funksjonsnedsettelser som bor i boligsammenslutninger kan for egen regning foreta bygningsmessige endringer for å sikre god atkomst til boligen. Boligsammenslutninger skal ha saklig grunn for å nekte slike tiltak. De nevnte lovene har, sammen med husleieloven, også bestemmelser som åpner for dyrehold, for eksempel førerhunder, selv om det i utgangspunktet er nedfelt forbud om det på eiendommen. Det vises til kapittel 12 for ytterligere beskrivelser og drøftinger av området boligtilpassning.

Statlig pedagogisk støttesystem (Statped)

Statped er et nasjonalt nettverk av spesialpedagogiske kompetansesentre som skal bistå kommuner/fylkeskommuner med å legge til rette for opplæring av barn, unge og voksne med særskilte opplæringsbehov. Tjenesten består av blant annet 11 kompetansesentra som arbeider på fagområdene syn, hørsel, språk/tale/kommunikasjon, ervervet hjerneskade, læringsmiljø/problematferd og sammensatte lærevansker. Enkelte sentra har fått landsdekkende eller regionale oppgaver. De skal yte spesialpedagogiske tjenester av god kvalitet til rett tid på individ- og systemnivå, særlig på områder der en ikke kan vente at kommunen har kom-

petanse. Blant annet sikre skole- og miljøtilbud for hørselshemmede elever i grunnskole og videregående opplæring. Kompetansesentrene har hjelpemidler og tilrettelegging som en del av sitt ansvarsområde. Lokale samarbeidsavtaler mellom det spesialpedagogiske støttesystemet og hjelpemiddelsentralene er inngått på bakgrunn av en sentral intensjonsavtale. Som en del av denne avtalen kan kompetansesentra etablere utprøvningsmiljø med aktuelle hjelpemidler. En av hovedutfordringene på dette feltet er mangel på samordning av tilbudene fra de mange aktørene som yter tjenester til barn, unge og voksne med særskilte opplæringsbehov⁶⁹. Statped's ansvar og rolle i hjelpemiddelforordningen beskrives og drøftes nærmere i kapittel 13.

Arbeidsgivers ansvar for tilrettelegging

Arbeidsgivere har ansvar for å skaffe det utstyr som arbeidstakerne trenger for å utføre arbeidet sitt på en forsvarlig måte i henhold til arbeidsmiljøloven jf. kapittel 11. De har også ansvar for spesiell tilrettelegging slik at arbeidstakere med midlertidig eller varig redusert arbeidsevne kan arbeide i virksomheten. Dette gjelder både adkomst, sanitæranlegg, tekniske innretninger og utstyr, så langt det er mulig og rimelig. Arbeidsmiljøloven angir her et generelt krav om at arbeidsplassene skal være tilrettelagt slik at funksjonshemmede kan arbeide der. Arbeidsgiver har også ansvar for generell tilrettelegging ved at hjelpemidler stilles til disposisjon for å hindre uheldige fysiske belastninger. I tillegg har det i arbeidsmiljøloven vært en særlig bestemmelse om individuell tilrettelegging for arbeidstakere med funksjonsnedsettelser. Denne bestemmelsen ble fra 1. januar 2009 regulert i lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven). Plikten til individuell tilrettelegging i den nye loven er en videreføring av rettstilstanden i arbeidsmiljøloven. I diskriminerings- og tilgjengelighetsloven fremgår det klart at plikten til individuell tilrettelegging også gjelder i forhold til arbeidssøkere. Plikten betyr i praksis at behov for rimelig individuell tilrettelegging ikke er en legitim grunn til å avvise en arbeidssøker med funksjonsnedsettelse.

Selvstendig næringsdrivende med redusert arbeidsevne har i begrenset grad rett til tilrettelegging etter arbeidsmiljøloven. Arbeids- og velferds-etaten tar derfor et større ansvar for å finansiere tilrettelegging for denne gruppen, for eksempel ved

69. NOU 2009:18 Rett til læring

å gi stønad til utstyr som vanligvis regnes som moderniserings-/effektiviseringstiltak på arbeidsplassen. Stønadene gis ofte som tilskudd eller som rente- og avdragsfritt lån. Området tilrettelegging av arbeidsplassen for personer med funksjonsnedsettelse beskrives og drøftes mer inngående i kapittel 14.

4.2.11 Oppsummering

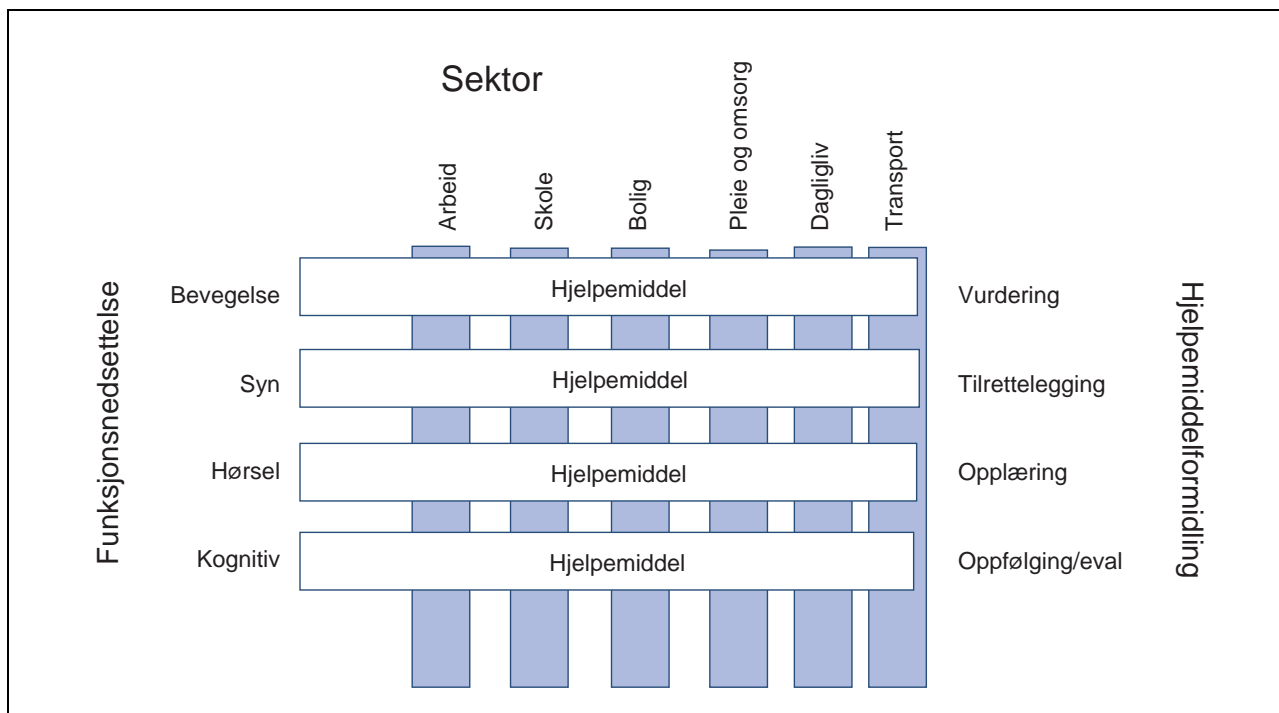
Hjelpemiddelområdet fremstår i dag som komplekst. Brukergruppene er svært forskjellige både med hensyn til alder, funksjonsnedsettelse og oppfølgingsbehov. I dagens system kan hjelpemidler være alt fra enkle produkter som spesialbestikk til en verdi av et par hundre kroner, til avanserte teknologiske produkter eller ombygde kassebiler i millionklassen. I tillegg kommer rene tjenester som tolking, funksjonsassistanse og lese- og sekretærhjelp. Det er et område som har stor bredde i fag- og tilretteleggingskompetanse, med mange involverte fagmiljøer både på kommunalt og statlig nivå. Hjelpemidler skal medvirke til funksjonsforbedring på alle livsområder og må i stor grad ses på tvers av sektorer.

Funksjonsnedsettelse skaper ulike behov for generelle og funksjonsfremmende tiltak innen alle sektorer. Et hjelpemiddel vil ofte være «sektorovergripende» i den forstand at det bedrer funksjonsevnen på tvers av sektorenes ansvarsområde (for

eksempel rullestol). Hjelpemiddelformidlingens hovedoppgave er å bistå den enkelte til å bedre funksjonsevnen på alle livsområder ved å utnytte hjelpemidlers funksjonalitet i sammenheng med annen tilrettelegging og habilitering/rehabilitering.

Arbeids- og velferdsetaten har det overordnede ansvaret for forvaltning av de fleste hjelpemidler for personer med varige funksjonsnedsettelse, unntaket er fortrinnsvis behandlingshjelpemidler som ligger til helseforetakene. Kommunene har delvis finansieringsansvar for hjelpemidler for beboere i institusjoner, samt for personer med midlertidige hjelpemiddelbehov.

Arbeids- og velferdsetaten har organisert hjelpemiddelområdet i to ulike styringslinjer NAV Fylke og NAV Spesialenheter (jf. figur 4.1). På de hjelpemiddelområder hvor etaten har en formidlingsfaglig og rådgivende rolle, samt et forvaltningsmessig ansvar for gjenbruk m.m., er ansvaret lagt til hjelpemiddelsentralene. På disse områdene kreves det tverrfaglig kompetanse og utstrakt grad av samhandling med andre aktører og der kommunens ansvar også er omfattende. Ansvaret for de andre hjelpemiddelområdene ligger i styringslinjen i NAV Fylke. Etaten har i mindre grad en formidlingsfaglig og rådgivende rolle på disse områdene og ansvaret er i hovedsak knyttet til å fatte vedtak basert på sakkyndig uttalelse, samt refusjon av utgifter. For noen av områdene i fylkeslinja



Figur 4.5 Et hjelpemiddel avhjelper funksjonsnedsettelse på tvers av livsområder

Kilde: Pricewaterhouse Coopers (PwC)

er oppgave og ansvarsfordelingen delt mellom de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferds-etaten.

- Brukeren skal få rett løsning til rett tid
- Brukeren skal bli møtt av fagfolk med tilfredsstillende kompetanse, og få det samme tilbudet uavhengig av bosted
- Kommunen skal ha hovedansvaret for, og være den viktigste koordinerende aktør i hjelpemiddelformidlingen. Kommunen skal få bistand fra hjelpemiddelsentralene på områder der de ikke har tilstrekkelig kompetanse
- Hjelpemiddelsystemet har både sektorspesifikke og sektorovergripende funksjoner og

understøtter sentrale politiske mål innen ulike sektorer:

- Arbeid: Inkludering, tilrettelegging, aktivisering, selvforsørgelse, egenverd
- Helse, pleie og omsorg: Verdighet, integritet, selvhjelp, egenomsorg, forebygging og kommunalt helhetsansvar
- Bolig/transport: Dagligliv, familieliv, mobilitet, egenomsorg, selvhjelp
- Skole/utdanning/barnehage og fritid: Kompetanse, kvalifisering, inkludering, deltakelse og aktivitet

Kapittel 5

Brukerne av hjelpemidler; hva mottar de og hvilke ordninger fanger opp deres behov

Dette kapitlet beskriver brukerne av hjelpemidler; hvordan brukernes behov avklares og hva de mottar. Videre beskrives hvilke innretninger og ordninger som er på plass for å fange opp brukernes behov. Informasjonen bygger på data fra registreringssystemer som benyttes på hjelpemiddelcentralene – koblet opp mot andre data i Arbeids- og velferdsetaten. Med bakgrunn i mandatet har utvalget valgt å legge hovedvekten på statistikk som belyser forhold i tilknytning til brukerne av hjelpemidler, og har lagt mindre vekt på å belyse levekårene.

5.1 Brukere av hjelpemidler

Forhold som kan ha betydning for hvilke deler av hjelpeapparatet bruker og pårørende må samhandle med når det gjelder behov for hjelpemidler og tilrettelegging, er *type og grad av funksjonsnedsettelse*. Kompetanse i forhold til fysiske og motoriske vansker, syn eller hørselsvansker, kognitive vansker, språk og kommunikasjonsproblemer eller sammensatte vansker, vil befinne seg i ulike deler av hjelpeapparatet. Hvorvidt skaden/sykdommen er medfødt eller ervervet, grad av funksjonsnedsettelse og prognose, og hyppighet kontra sjeldenhet har betydning for hvilke institusjoner og miljøer som innehar kompetanse og som kan gi faglig bistand.

Fysiske og motoriske vansker

Fysiske og motoriske vansker kan skyldes skader i nervesystemet, skjelett, ledd og muskulatur. Eksempler på nevrologiske lidelser er skader i ryggmargen med fullstendig eller delvis lammelse av ben og/eller armer, enten pga brudd etter ulykker eller medfødte sykdommer som ryggmargsbrokk. Barn med cerebral parese kan få delvis eller fullstendige lammelser i en eller begge kroppshalvdeler og ufrivillige bevegelser, samt lammelser som gir talevansker. Hjerneslag og hjerneblødning kan gi halvsidige lammelser. Personer med slike

skader, vil ikke i utgangspunktet få nye funksjonsproblemer, da skaden i seg selv ikke utvikler seg. Det vil imidlertid kunne oppstå endringer i funksjonsnivå på grunn av slitasje og feilstillinger. Andre nevrologiske lidelser er progredierende og gir gradvis lammelser og koordinasjonsproblemer noe som vil kreve fremtidig planlegging av hjelpemidler og tilrettelegging ved endring av funksjon.

Reumatoid arthritt er en sykdom som blant annet gir smerter og feilstillinger i kroppens ledd. Ortopediske lidelser kan være sykdommer i selve skjelettet, eller manglende deler av armer eller ben, som for eksempel ved dysmeli eller amputasjoner.

Hjelpemidler og tilrettelegging er ofte en nødvendig del av hverdagen for personer med fysiske og motoriske vansker.

Synsproblemer

Når det gjelder hjelpemidler og tilrettelegging er det synshemming på grunnlag av medisinske årsaker som er aktuelt. (Brytningsfeil, som er vanlig i befolkningen, kompenseres vanligvis gjennom bruk av briller.) Medisinske årsaker kan være medfødte misdannelser, sykdom eller skade på synssansen og vil som oftest ikke kunne avhjelpest fullt ut med briller. Som regel vil synshemmingen være av varig karakter og noen ganger også progredierende.

Om lag 1–2 prosent av Norges befolkning har så redusert syn at det skaper betydelige problemer i hverdagen. En stor andel personer med synsnedsettelse er eldre over 70 år som har fått en øyesykdom. Skader på sentralnervene til øye, gir også synsproblemer av ulikt slag og grad.

IKT-baserte hjelpemidler blir stadig viktigere i utdanning, arbeid og fritid. Blinde og svaksynte arbeidstakere kan stå overfor spesielle utfordringer knyttet til datahjelpemidler. Personer som bruker forstørrelsesprogram og leselest vil møte kompatibilitetsproblemer i møte med teknologi som er utviklet uten å ta hensyn til synshemmedes behov. En undersøkelse foretatt ved Norsk regnesentral på oppdrag fra Deltasenteret og Fornyings- og

administrasjonsdepartementet, viser at mange svaksynte og blinde er avanserte IKT brukere, og at deres funksjonsnedsettelse ikke er til hinder for å ta teknologien i bruk i jobb, skole og i hverdagen ellers¹.

Hørselsproblemer

14–15 prosent av befolkningen har hørselsproblemer i større eller mindre grad. Årsaker kan være støyskader, ulike sykdommer med øresus, forvrengning av lyd og nedsatt hørsel, samt medfødte skader eller svekkelse i det indre øret eller hørselsbanene på grunn av alder. Den største gruppen er eldre personer som får en aldersrelatert hørselshemming.

Et hørselsproblem innebærer også et kommunikasjonsproblem. Barn som er født døve eller sterkt tunghørte vil derfor nyttiggjøre seg alternativ kommunikasjon i form av tegnspråk som sitt første språk, eller tegn for å støtte tale. Dermed blir det også behov for tegnspråktolk. Personer som har blitt døve eller sterkt tunghørte etter at de har oppnådd tale og skriveferdigheter, vil kunne nyttiggjøre seg skrivevolking.

En stor andel døve barn får i dag operert inn et Cochlea Implantat. Dette erstatter ikke hørselen fullt ut, og tilvenning er nødvendig.

Høreapparater formidles av spesialisthelsetjenesten eller private øre, nese, hals spesialister. Dette foregår som regel før man har vurdert aktuelle hørselshjelpemidler som kan komme i tillegg (teleslynger, varslingsystemer etc.)

Mange brukere opplever utfordringer knyttet til teknologiske løsninger og lydmiljø i rom med dårlige lydforhold (for eksempel lang etterklangstid) hvor behovet for hjelpemidler er større og nytten av dem dårligere. Lydmiljøet i omgivelsene er viktig for å kunne nyttiggjøre seg høreapparat og andre hjelpemidler, for eksempel har materialvalg i tak, vegger, gulv og innredning betydning for hvor mye lyd som reflekteres eller om lyden absorberes.

Kognitive vansker

Problemer knyttet til hukommelse, oppmerksomhet og orientering kan ha sin årsak i hjerneskader. Slike vansker kan forekomme for eksempel etter hjerneslag eller etter operasjoner der det har vært

nødvendig med inngrep i hjernen. Kognitive problemer følger ved demenstilstander, og kan også forekomme ved psykiske lidelser. Eksempler på aktuelle hjelpemidler er kalendere som viser tid på døgnet, eller hukommelseshjelpemidler som gir signal når det er tid for å ta medisiner. Hjelpemidler for kognitive problemer vil sjelden være en løsning i seg selv, men må ofte inngå i en kombinasjon med personhjelp. Det er ofte nødvendig med opplæring og oppfølging over tid for at man skal få nytte av hjelpemidler. Ulike kognitive vansker utgjør et bredt fagfelt hvor deler av spesialisthelsetjenesten innehar spesialkompetanse. Hjelpemidler og tilrettelegging ved kognitive vansker krever ofte samhandling med spesialisthelsetjenesten og behov for nevropsykologisk utredning.

Språk og kommunikasjonsvansker

Til forskjell fra talevansker som har sin årsak i lamelser av talemuskulaturen, innebærer språkvansker at selve språkforståelsen er problematisk. Begge deler kan gi kommunikasjonsvansker. Ved talevansker er det imidlertid enklere å kompensere for vanskene, dersom personen har motorikk til å skrive og benytte talehjelpemidler. Ved store motoriske vansker, kreves det imidlertid kompetanse om både avanserte teknologiske muligheter og ergonomi.

Hjelpemidler og tilrettelegging ved kommunikasjonsvansker kan vanskelig gjennomføres uten samhandling mellom spesialpedagogisk støttesystem, hjelpemiddelsentralen og spesialisthelsetjenesten. Hjelpeapparatet i kommunen vil ofte ha behov for kontinuerlig veiledning rundt den enkelte bruker, særlig når det gjelder barn i utvikling og under utdanning.

Barn med cerebral parese vil for eksempel kunne ha både språkvansker og talevansker, og det er ikke alltid mulig å vite hva barnet forstår når det ikke kan snakke og har store bevegelsesvansker. Noen barn får vist at de har god språkforståelse, dersom det lykkes å tilrettelegge for at de kan betjene en datamaskin. Barn med språkvansker vil kunne ha mulighet til å utvikle et alternativt språk med bruk av andre symboler. Hjelpemidler for talevansker vil også kunne benyttes med ulike symbolspråk. Dersom det i tillegg er store bevegelsesvansker hos barnet, vil det kreve tilrettelegging både ergonomisk og pedagogisk. Disse utprøvnings-, opplærings- og tilretteleggingsprosessene er kompetansekrevende når det gjelder både pedagogikk, teknologi og ergonomi.

1. Kristin Skeide Fuglerud: Synshemmedes IKT barrierer. Rapport 1016. 2008. Norsk Regnesentral

5.1.1 Om datagrunnlaget

Informasjon om brukerne og hjelpemidler som lånes ut fra hjelpemiddelsentralene registreres i tre forskjellige registre. Det er et *saksregister* og et *system for regnskapsopplysninger* med egne konti for de ulike hjelpemiddelgruppene. I tillegg har hjelpemiddelsentralene et *utlånsregister* for de hjelpemidlene som de til enhver tid låner ut. Når det gjelder *saksregisteret* og *regnskapsregisteret* er dette felles system med andre saksområder i Arbeids- og velferdsetaten. *Utlånsregisteret* er hjelpemiddelsentralenes viktigste verktøy for å ha god oversikt over det totale utlånet av hjelpemidler.

Saksregisteret registrerer alle saker der det fattes formelle vedtak på hjelpemidler. Det kan her følges med på søknader, restanser, saksbehandlingstid, innvilgelse og avslag. Videre antall anker og klager som kommer inn og behandles.

I *regnskapsregisteret* registreres alle utbetalinger til kjøp av hjelpemidler. I tillegg registreres utbetalinger til brukere i form av lån og tilskudd, for eksempel føres rente- og avdragsfrie lån og tilskudd til tilpasninger på arbeidsplasser i regnskapsregisteret. Kontiene i regnskapsregisteret er gruppert etter samme prinsipper som det internasjonale klassifiseringssystemet i hjelpemiddelsentralenes utlånsregister.

Alle hjelpemidler som hjelpemiddelsentralene låner ut, registreres i hjelpemiddelsentralenes utlånsregister. Hjelpemidlene registreres på den bruker som låner hjelpemidlene. Utlånsregisteret gir sentralene oversikt over hjelpemidlenes historikk, service, reparasjon og gjenbruk m.m.

Utlånsregisteret er bygget opp etter det internasjonale standarden ISO 9999: 2007. Dette klassifiseringssystemet sorterer hjelpemidler i forskjellige kategorier på tre ulike nivåer. I tillegg har de enkelte produkttypene fått egne hjelpemiddelnummer og på noen områder, for eksempel elektriske rullestoler, egne serienummer som er unikt for hvert enkelt produkt (individstyrt).

Den internasjonale klassifiseringsstandarder kategoriserer ikke hjelpemidler i henhold til arenaer som for eksempel hjem, skole eller arbeid. Derfor registreres heller ikke arena i sentralenes utlånsregister. I 2007 ble det allikevel lagt inn en ekstra mulighet for å kunne registrere hjelpemidler som lånes ut til bruk på arbeidsplass for å få frem mer statistikk på dette området. Mange bevegelseshjelpemidler, synstekniske og hørselshjelpemidler mv. som brukes på arbeidsplass, brukes også på andre arenaer. Disse hjelpemidlene kan det være mer riktig å registrere i henhold til klassifiseringssystemet som syn, hørsel eller bevegelse-

shjelpemiddel og ikke som arbeidsplasshjelpemidler. Det antas derfor at andelen hjelpemidler i bruk på arbeidsplassen er større enn det som statistikken viser. Det er utarbeidet logistikkrutiner og felles registreringsinstruks for hjelpemiddelsentralene i utlånsregisteret. Formålet er blant annet å sikre gode styringsdata og rapporter slik at sentralene får god oversikt over egen virksomhet. Det er ingen av disse registrene som registrerer sensitiv informasjon som for eksempel brukernes diagnose.

Hjelpemiddelsentralenes utlånsregister er utgangspunktet for analysene i utredningen. Brukerdata fra utlånsregisteret er i tillegg koblet med annen data i etaten for å gi ny informasjon om brukere om for eksempel inntekt, levekår mv.

5.1.2 Hva sier statistikken om brukerne?

Brukere som pr. 1. januar 2009 har hjelpemidler på lån gjennom hjelpemiddelsentralene danner grunnlaget for analysene i forbindelse med utredningen. Det inkluderer ikke brukere som har fått utbetalt tilskudd til for eksempel datamaskin eller lån og tilskudd for tilrettelegging av arbeidsplass. Utbetalinger registreres i regnskapsregisteret. En del brukere som får utbetalt tilskudd eller lån vil sannsynligvis også være registrert med utlån av andre hjelpemidler, men ikke alle. Hjelpemiddelsentralenes utlånsregister omfatter heller ikke brukere av høreapparater, ortopediske hjelpemidler og seksualtekniske hjelpemidler m.m.

Samlet sett, har 386 248 personer eller åtte prosent av befolkningen ett eller flere hjelpemidler utlånt fra hjelpemiddelsentralene. Den største andelen er i de eldre aldersgruppene, og en mer beskjeden andel i de yngre aldersgruppene.

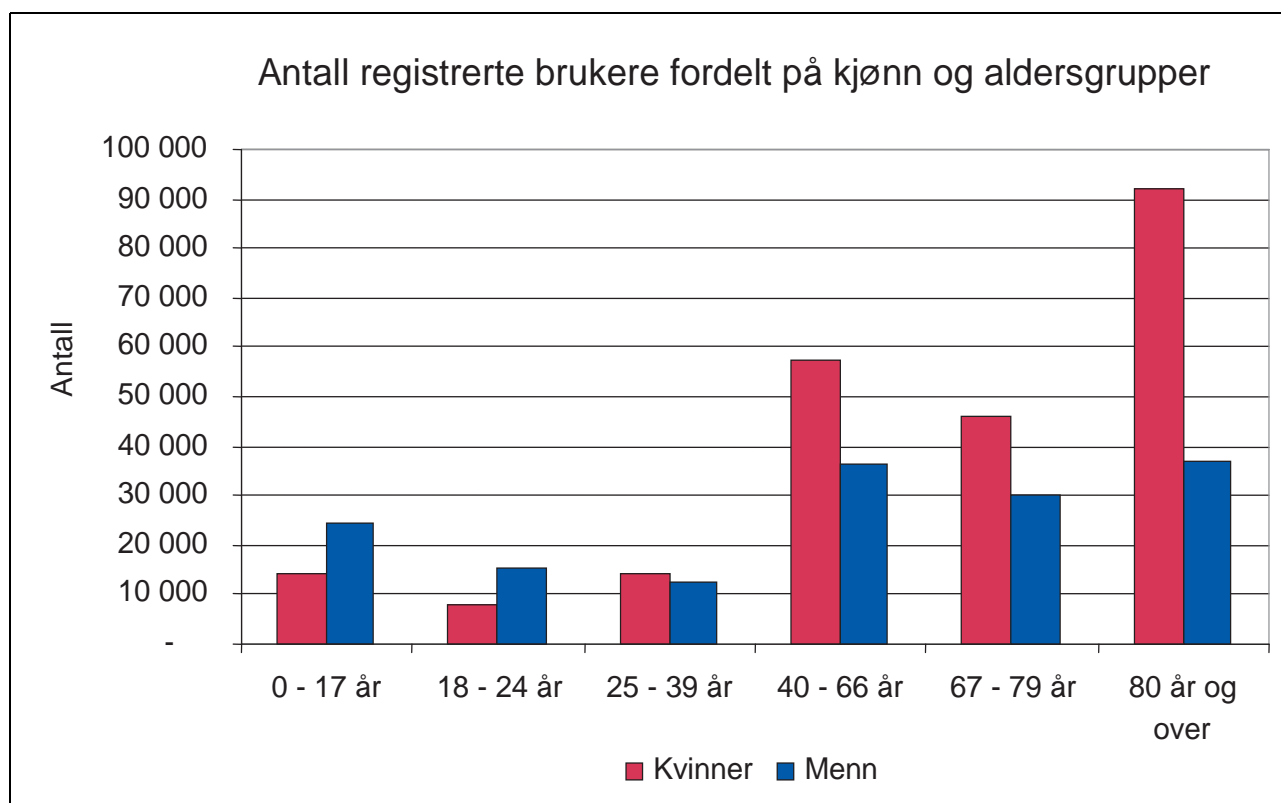
Når det gjelder kjønn er det betydelig flere gutter/ynge menn enn jenter/ynge kvinner i aldersgruppene under 25 år. Midtlyngeutvalget² viser også til at 69 prosent av elevene med behov for spesiell tilrettelegging i grunnskolene er gutter/ynge menn.

Andelen kvinner er langt høyere enn for menn i aldersgruppene over 40 år. Forskjellen er spesielt stor for gruppen 80 år og oppover.

Tabellen viser gjennomsnittlig utlånsverdi pr. bruker fordelt på kjønn og alder. Utgangspunktet er verdien på utlånte hjelpemidler pr. 1. januar 2009.

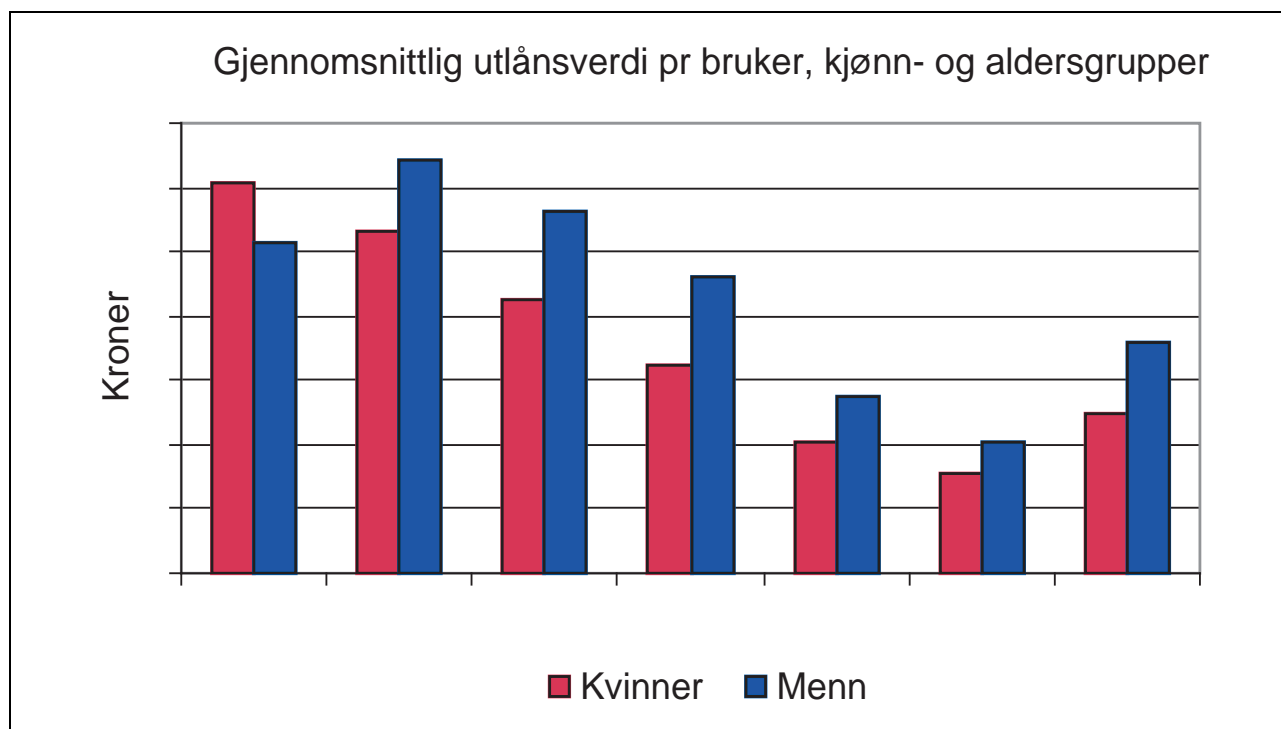
Figur 5.2 viser at gjennomsnittlig utlånsverdi er høyest for de to yngste aldersgruppene, henholdsvis om lag 27 500 og 29 500 kr. Utlånsverdien er

2. NOU 2009:18 Rett til læring



Figur 5.1 Antall registrerte hjelpemiddelbrukere pr. 1. januar 2009, fordelt på kjønn og aldersgrupper.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet



Figur 5.2 Gjennomsnittlig utlånsverdi pr. bruker

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

lavest for de to eldste aldersgruppene, henholdsvis om lag 11 600 og 8 500 kr. Det sier noe om at de yngre aldersgruppene har et mer omfattende hjelpemiddelbehov enn de eldre aldersgruppene. Forskjellen mellom de to eldste og de resterende aldersgruppene ville vært enda større om utbetaling av tilskudd til datautstyr samt tilskudd og rente- og avdragsfrie lån for tilrettelegging av arbeidsplassen hadde vært inkludert i beregningene.

Hjelpemiddelsentralenes rådgivningstjeneste er i stor grad innrettet i forhold til aldersgruppene barn, unge og voksne med de mest komplekse behovene. Hjelpemiddelsentralene har i underkant av 20.000 brukerkonsultasjoner³ i året. Brukerkonsultasjonene skjer enten i sentralens utprøvningslokaler eller der hjelpemidlene skal brukes, i hjemmet, i barnehagen, på skolen eller på arbeidsplassen. I brukerundersøkelsen⁴ utført i 2008, oppgir ca. 30 prosent av de yngste brukerne (0–18 år) som er med i undersøkelsen at de har komplekse hjelpemidler. Andelen som har behov for kontakt med tre eller flere instanser (behov for komplementær kompetanse) er klart høyest hos den yngste aldersgruppen. Det er særlig brukere som angir at de har komplekse hjelpemidler som også har kontakt med tre eller flere instanser i formidlingsprosessen. Dette gir en indikasjon på at de yngre aldersgruppene har mer omfattende funksjonsnedsettelse og at det er behov for i større grad å innhente spesialkompetanse fra flere instanser i løpet av formidlingsprosessen. Mange unge oppgir også at de har behov for mer bistand i forhold til opplæring og oppfølging etter at de har mottatt

hjelpemidlene. Gjennomsnittet i gruppen 18–66 år som selv definerer at de har komplekse hjelpemidler er på omlag 25 prosent. Til sammenligning er det i underkant av 13 prosent i de to eldste aldersgruppene som selv oppgir at hjelpemidlene de har er komplekse. I brukerundersøkelsen oppgir 52 prosent av respondentene at de har kontakt med en hjelpeinstans underveis i formidlingsprosessen og at denne andelen er klart høyest blant brukere over 67 år. Det er også de eldste aldersgruppene som er de største brukerne av bestillingsordningen jf. kapittel 12. Dette understøtter at de eldste aldersgruppene i større grad enn yngre aldersgrupper er i kontakt med helse- og omsorgstjenesten i kommunen ved behov for hjelpemidler.

Brukere av hjelpemidler med pensjonsgivende inntekt

Pensjonsgivende inntekt omfatter alle inntekter fra lønn og næringsvirksomhet, og noen stønader som sykepenger, rehabiliteringspenger og attføringspenger. En del av brukerne har helt eller delvis inntekter fra slike ytelser. Inntektsopplysningene er fra 2007. Siden det er brukerdata fra sentralenes utlansregister som er koblet med inntektsopplysninger, inkluderes derfor ikke brukere som har fått utbetalt tilskudd og lån. Brukere som får utbetalt tilskudd og lån kan også være registrert med utlån av hjelpemidler, men ikke alle.

Antall brukere mellom 18–66 år er 142 946. Av disse er 96 322 registrert med pensjonsgivende inntekt i 2007. Den største andelen er lønnstakere.

Tabell 5.1 viser at antall brukere med pensjonsgivende inntekt er totalt på 100 492. Dette antallet inkluderer 4170 brukere som er 67 år og over.

Tabell 5.2 viser at inntektssituasjonen til hjelpemiddelbrukerne generelt ligger på et relativt lavt

3. Hjelpemiddelsentralenes utlansregister

4. Rapport om brukerundersøkelse blant brukere av hjelpemidler 2008, Arbeids- og velferdsdirektoratet 2009

Tabell 5.1 Antall hjelpemiddelbrukere med pensjonsgivende inntekt, fordelt på aldersgrupper og inntektskilde.

	Antall med pensjonsgivende inntekt	18–24 år	25–39 år	40–66 år	67 år og over
Lønnstakere	94 088	17 455	21 091	51 868	3 674
Selvstendig næringsdrivende	1 784	32	192	1 353	207
Primærnæringene	590	32	23	427	108
Kombinasjoner	4 030	247	786	2 816	181
Totalt	100 492	17 766	22 092	56 464	4 170

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 5.2 Inntektsnivået blant de som har pensjonsgivende inntekt i alderen 18–66 år, fordelt på type inntekt.

	Lønnsinntekt	Selvstendige	Primærnæringer	Kombinasjoner
0 – 100 000 kr	26 757	645	268	459
100 000 – 200 000 kr	20 385	231	78	660
200 000 – 300 000 kr	18 826	173	59	835
300 000 – 400 000 kr	14 651	175	37	812
400 000 – 500 000 kr	5 979	124	20	504
500 000 – 600 000 kr	2 044	85	8	249
600 000 kr og over	1 772	144	12	331
Sum	90 414	1 577	482	3 850

Kilde: Rapport Hjelpemidler og egenbetaling, SNF, 2009

inntektsnivå. Av brukerne som har pensjonsgivende inntekt, har nesten 53 prosent lavere inntekt enn 200 000 kr. Bare 4,7 prosent har inntekter over 500 000 kr. Årsakene må være at mange har redusert stilling. En relativt stor andel har en viss inntekt i kombinasjon med uføretrygd. De som har sykepenger, rehabiliteringspenger, attføringspenger eller dagpenger vil her komme under lønnstakere.

Hvem som har en form for sysselsetting framgår derfor ikke direkte av denne tabellen. Dersom vi tar brukere med pensjonsgivende inntekt⁵ og trekker fra de som har rehabiliterings- og attføringspenger, så reduseres antallet til noe under 84 800. Det betyr at i underkant av 60 prosent av hjelpemiddelbrukerne i alderen 18–66 år har en form for arbeids- eller næringsinntekt.

I rapporten fra SNF⁶ framgår det at bruttoinntekten er lavere for brukere av hjelpemidler for alle aldersgrupper. Forskjellen er imidlertid størst for de yngre aldersgrupper, mens forskjellen blir vesentlig mindre fra 65 år og oppover. For aldersgruppene 17–34 og 35–59 utgjør bruttoinntekten for brukere omkring 66 prosent av inntekten for alle.

Når det gjelder bruttoformue varierer størrelsen for gruppen av brukere fra 57 prosent av størrelsen for alle aldersgruppene 35 til 64 år og til 83 prosent for aldersgruppene 75 år og eldre. Det er mindre forskjeller når det gjelder gjeld. Dette betyr at nettoformuen for brukere av hjelpemidler er en del lavere enn for alle personer i samme aldersgruppe. Rapporten viser til at forskjellene i inn-

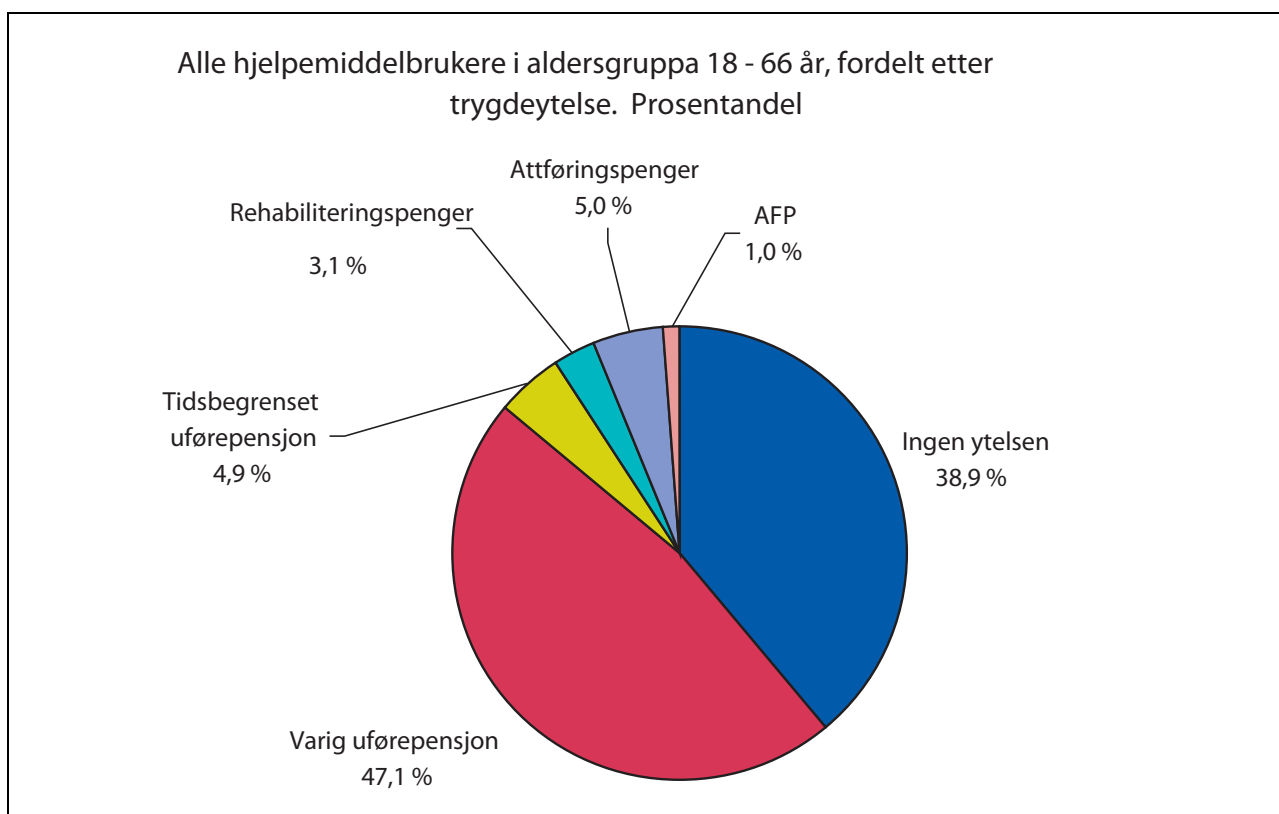
tektsnivå og inntektssammensetning kan tolkes som en avspeiling av ulik grad av integrering i arbeidsmarkedet. De som er brukere av hjelpemidler i de yngre aldersgrupper er mindre integrert og får derfor lavere lønn fra arbeid og næringsvirksomhet.

Funnene til SNF understøttes av en levekårsundersøkelse fra statistisk sentralbyrå (SSB)⁷. Utvalget i denne undersøkelsen ble avgrenset til yrkesaktiv alder for å minimalisere andelen personer med aldersrelaterte sykdommer og funksjonsnedsettelse. Gruppen personer med funksjonsnedsettelse hadde en bred avgrensning slik at rundt en av fire i den voksne befolkningen ble inkludert. Gruppen var personer med opplevd varig eller stadig tilbakevendende plager, eller med aktivitetsbegrensninger som i stor eller noen grad hadde innvirkning i hverdagen, eller som var mottakere av grunn- eller hjelpestønad, uførepensjon eller tidsbegrenset utførestønad. Analysen viser at i det store og hele kommer de dårligere ut på en rekke sentrale levekårsområder, for eksempel kommer dette til uttrykk i bruk og vansker med kollektivtransport. De tydeligste levekårsforskjellene er innenfor områdene utdanning og arbeid. Effekten av utdanning er sterkere for yrkesdeltagelse for personer med funksjonsnedsettelse enn for de uten funksjonsnedsettelse. Undersøkelsen viser en yrkesandel på 42 prosent mot 84 prosent for personer uten funksjonsnedsettelse. Når personer med funksjonsnedsettelse ikke er i arbeid blir hovedinntektskilden deres trygd. Noe som gir en indikasjon på at mange personer med funksjonsnedsettelse vil ha en annen økonomi gjennom et

5. 96 322 personer med pensjonsgivende inntekt mellom 18–66 år

6. Rapport Hjelpemidler og egenbetaling, Christian Andersen, Samfunns- og næringslivsforskning AS (SNF), 2009

7. Levekårsundersøkelse blant personer med nedsatt funksjonsevne 2007, SSB



Figur 5.3 Inntekts- og stønadssituasjon for hjelpemiddelbrukere.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

helt liv enn de som har vært i arbeid og senere får alderspensjon. Levekårsproblematikken for personer med funksjonsnedsettelse bør være et inntak i arbeidet med videre politikktutforming også på velferdsområdet tilrettelegging og hjelpemiddelformidling.

Figur 5.3 viser inntekts- og stønadssituasjon for brukere av hjelpemidler i alderen 18–66 år (142 946 personer) som har pensjonsgivende inntekt eller andre faste ytelser. Om lag 39 prosent har ikke noen form for trygdeytelser. Mange har ulike kombinasjoner av inntektskilder. Tabellen viser at av de som har ytelser, er det flest personer med varig uførepensjon. En relativt stor andel brukere har en viss inntekt i kombinasjon med uføretrygd.

Alderspensionister, inntekt og formue

Mange eldre brukere får hjelpemidler først som pensjonister, som følge av plager som oppstår i høy alder, gjerne som følge av en naturlig aldringsprosess. For de eldre aldersgruppene blir gruppen av brukere av hjelpemidler en stadig større del av personene i hver aldersgruppe. Dette betyr at en vesentlig andel av brukerne i disse aldersgrup-

pene ikke var brukere i sine yngre år, og at mange derfor har hatt «normale» arbeidsmarkedsforløp. Det har betydning for opptjening av pensjonspeng og oppbygging av formue. For de eldste aldersgruppene vil det derfor være mindre forskjeller i inntektsnivå og inntektssammensetning enn tilfellet er for yngre aldersgrupper. Det vil likevel være pensjonister som har hatt funksjonsnedsettelse over lengre tid, og som ikke har hatt like høye inntekter som gjennomsnittet. SNF⁸ finner at bruttoinntektene er lavere for brukere av hjelpemidler i alle aldersgrupper, men at forskjellen er vesentlig mindre fra 65 år og oppover.

5.1.3 Oppsummering

Antall brukere som pr 1. januar 2009 har hjelpemidler på utlån gjennom hjelpemiddelsentralene er 386 248 personer. Ca. 53 prosent er 67 år og eldre. Eldre brukerne har et generelt enklere tilretteleggingsbehov og en langt lavere gjennomsnittlig utlånsverdi på hjelpemidler enn yngre bru-

8. Rapport Hjelpemidler og egenbetaling. Christian Andersen, Samfunns- og næringslivsforskning

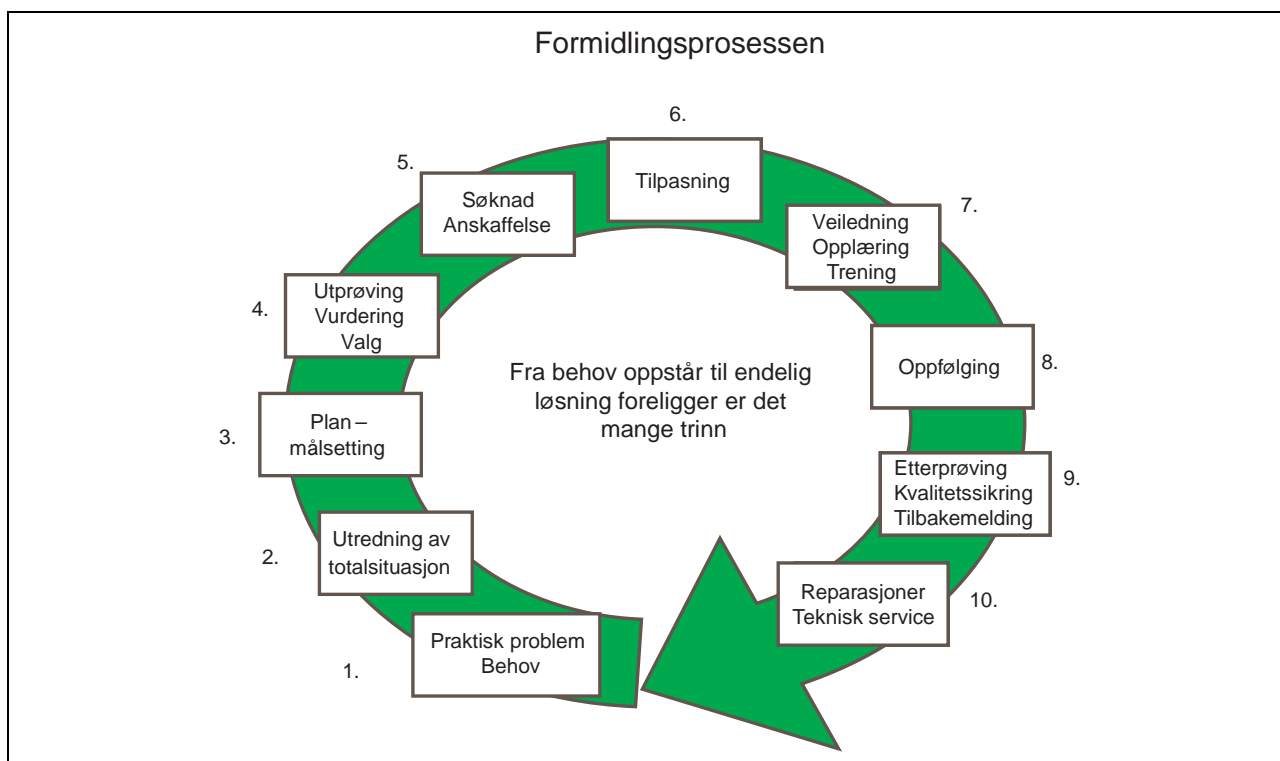
kere. Eldre brukere har generelt behov for bistand fra færre hjelpeinstanser, fortrinnsvis fra kommunale helse- og omsorgstjenester. Brukere i de yngste aldersgruppene (0–25 år) har høyest gjennomsnittlig utlånsverdi på hjelpemidler. Det er de som i brukerundersøkelser selv angir at de har størst andel av komplekse hjelpemidler og størst behov for bistand fra tre eller flere instanser i formidlingsprosessen. Gruppen 26–66 år har også en langt høyere gjennomsnittlig utlånsverdi på hjelpemidler enn eldre brukere. I brukerundersøkelsen er det om lag 25 prosent av denne brukergruppen som selv mener at de har komplekse hjelpemidler.

I underkant av 60 prosent av brukerne i alderen 18–66 år har en form for arbeids- eller næringsinntekt. Statistikken viser at inntektssituasjonen blant hjelpemiddelbrukerne viser et relativt lavt inntektsnivå. Av brukerne som har pensjonsgivende inntekt, har nesten 53 prosent lavere inntekt enn 200 000 kr. Bare 4,7 prosent har inntekter over 500 000 kr. De yngre aldersgruppene ser ut til å være overrepresentert i bruk av uføretrygd, rehabiliteringspenger mv., og har gjennomgående lavere inntekter enn gjennomsnittet i befolkningen. Når det gjelder gruppen 67 år og over, jevner inntekts- og formuesnivået seg noe ut. Flere har hatt et ordinært «arbeidsmarkedsforløp» og hjelpe-

middelbehovet har først oppstått etter at de har blitt pensjonister.

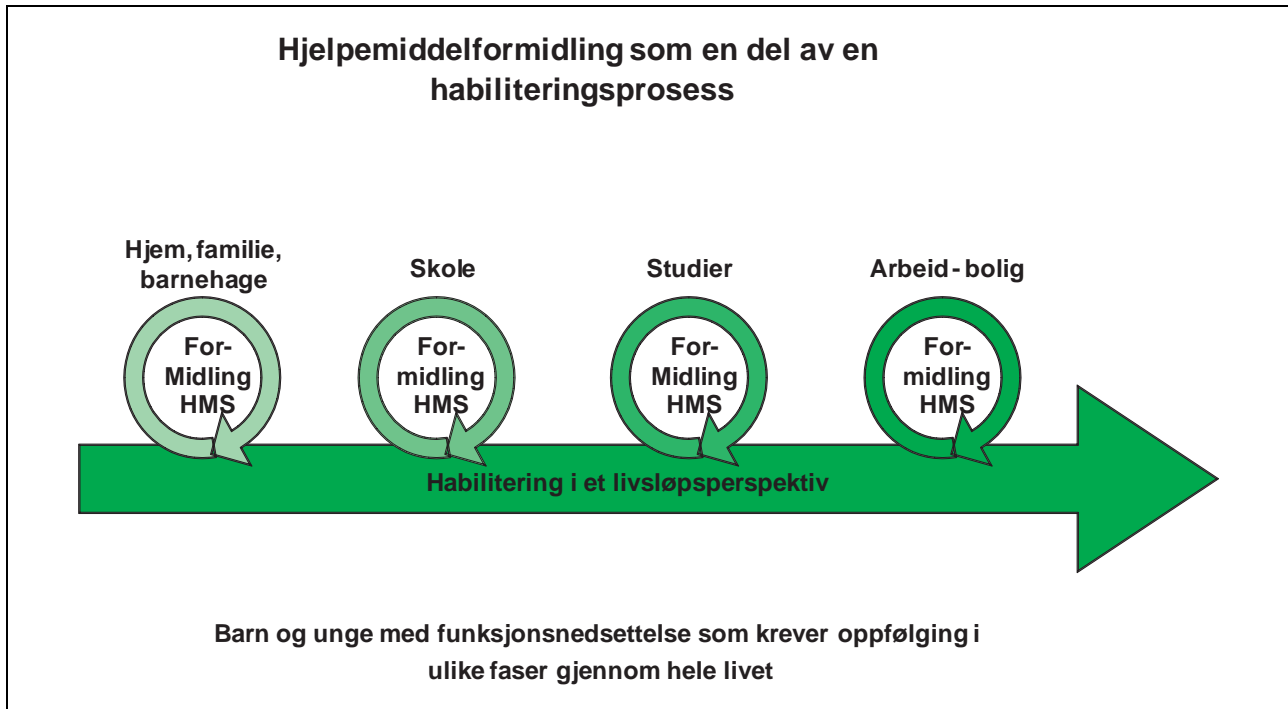
5.2 Fra behov til løsning

Når behov for hjelpemidler eller annen tilrettelegging oppstår, er gjerne kommunens helse- og sosialtjeneste eller skolen det første kontaktstedet for bruker og pårørende. Det vil da vanligvis være en ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier, PP-tjeneste eller lege som bistår med å kartlegge behov og utforme eventuelle søknader om hjelpemidler. Man kan søke om både spesifikke hjelpemidler eller annen form for tilrettelegging. I sistnevnte tilfelle vil hjelpemiddelsentralens ansatte bistå i å finne frem til hvilken løsning som kan være aktuell. Et hjelpemiddel er ikke et mål i seg selv og er ofte ikke det eneste tiltaket som kan løse praktiske problemer. Den beste løsningen er ofte en kombinasjon av flere tiltak. Endringer i omgivelsene eller omlegging av arbeidsmetoder kan for eksempel være nødvendig for å få nytte av hjelpemidlene. At brukeren er motivert er en forutsetning for at hjelpemidlet skal fungere tilfredsstillende. Hjelpemidler har en funksjon i den grad de løser problemer som er viktige for brukeren å få løst.



Figur 5.4 Skjematisert fremstilling av formidlingsprosessen.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet



Figur 5.5 Hjelpemiddelformidling som en del av en habiliteringsprosess

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

En vellykket formidlingsprosess tar utgangspunkt i brukerens situasjon og opplevde behov. Enkelte ganger vil brukeren selv allerede ha avklart sitt behov og funnet en egnet løsning. Løsningen krever ingen ytterligere individuell tilpassning, og det å benytte løsningen krever heller ingen spesiell opplæring. Andre ganger vil det være behov for grundige analyser av behov, mange alternative løsninger som bør prøves ut, spesialtilpassning, opplæring samt oppfølging over tid. Ved komplekse eller sammensatte behov kan brukere trenge bistand fra flere instanser med ulik type kompetanse. Det kan være behov for spesialløsninger, der det er nødvendig å involvere ulike kompetansemiljøer som spesialisthelsetjenesten og spesialpedagogisk støttesystem i tillegg til hjelpemiddelsentralen. Hjelpemiddelleverandører er også en aktuell samarbeidspartner i slike prosesser. Formidlingsprosessen tydeliggjør avhengighetsforholdet mellom kommunen og hjelpemiddelsentralen, er det lang ventetid i kommunen for å få utredet behovet blir det en del av tiden det tar for brukere å få hjelpemiddelet. Stopper prosessen opp i ett av disse trinnene forlenges prosessen for brukere.

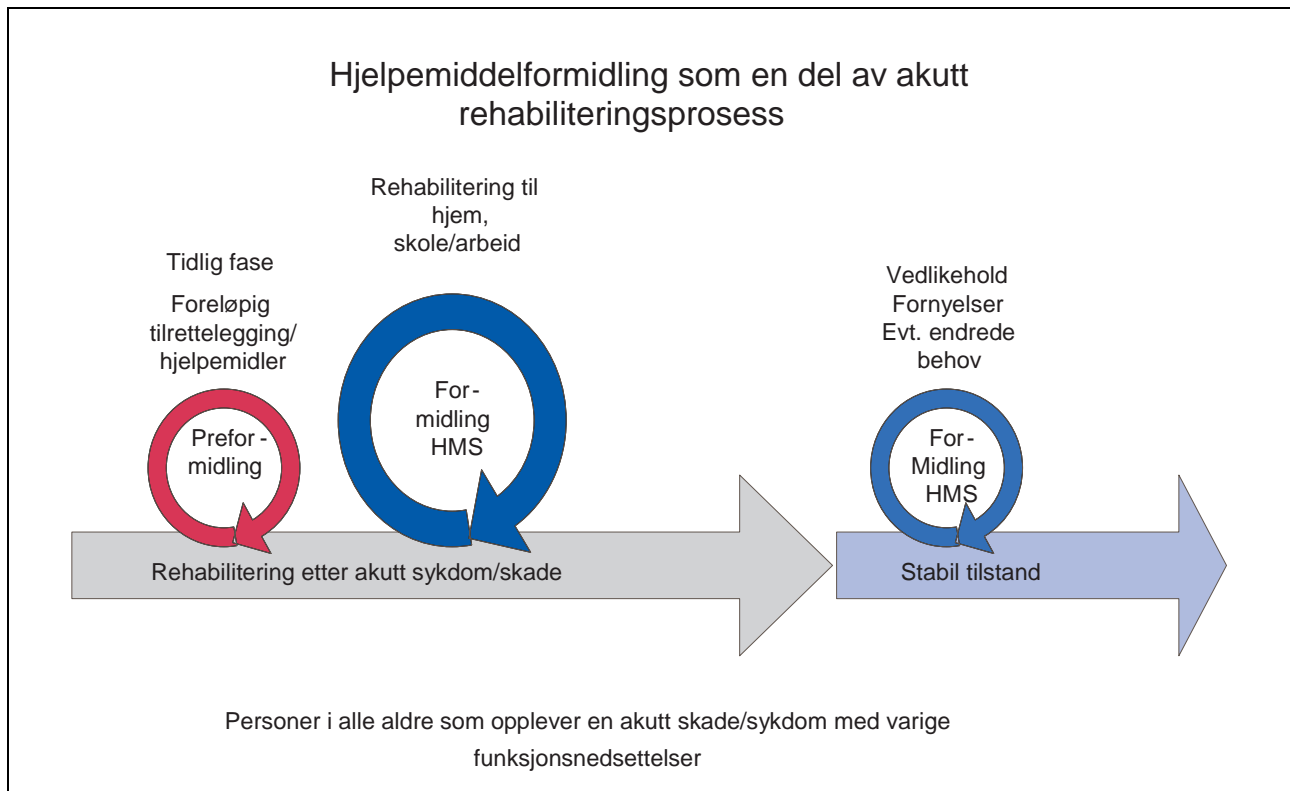
Barn og unge med funksjonsnedsettelse vil gjennom hele oppveksten og ulike faser i livet få nye hjelpemiddelbehov. Mange aktører kan være involvert i formidlingsprosessen avhengig av på

hvilken arena hjelpemidlene skal brukes, type og grad av funksjonsnedsettelse og kompleksitet i løsningen. Kunnskap om barnas forutsetninger og utviklingsmuligheter, miljøet og sammenhengen hjelpemidlene skal inngå i, må ofte sees i sammenheng med kunnskap om selve hjelpemiddelløsningen for å oppnå god tilrettelegging.

Hos andre kan et hjelpemiddelbehov oppstå i forbindelse med en akutt sykdom eller skade. I den tidlige fasen må man vurdere hvilke tilretteleggingstiltak som må igangsettes raskt og hva som bør avventes inntil man vet hva som blir konsekvensen på lengre sikt. I den påfølgende rehabiliteringsprosessen kan det være omfattende tilretteleggingsbehov på flere arenaer. Når tilstanden har stabilisert seg, kan det videre hjelpemiddelbehovet i større grad dreie seg om fornyelser når hjelpemidlene slites ut eller at det etter hvert kan oppstå endrede behov.

I brukerundersøkelsen fra 2008⁹ ble hjelpemiddelbrukerne spurt om å peke ut hva som er viktigst når de søker om hjelpemidler. Her pekte intervjuobjektene ut tilgjengelighet til hjelpeapparatet og

9. Arbeids- og velferdsdirektoratet 2009: Rapport om brukerundersøkelse blant brukere av hjelpemidler 2008 (samme undersøkelse som vist til i Fjeldvik, Petersen, Kristoffersen og Sund)



Figur 5.6 Hjelpemiddelformidling som en del av akutt rehabiliteringsprosess

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

fagfolkene, rask utlevering av hjelpemidler og rask behandling av søknad som de tre viktigste. I undersøkelsen fra TNS Gallup ble brukerne spurt om hva som er viktigst for dem i formidlingsprosessen. Brukere eldre enn 15 år vektlegger tilgjengeligheten til hjelpeapparatet og fagfolkene som viktigst. Yngre brukere vektlegger fagfolkens kunnskaper, rask søknads- og utleveringstid og brukermedvirkning som viktigst.¹⁰

5.3 Brukermedvirkning

Brukernes egne erfaringer og løsningsforslag skal trekkes inn, slik det blant annet er understreket i NOU 2004:13 *En ny arbeidsforvaltning*. Verdier som likeverd, personlig integritet og selvbestemmelse er grunnleggende for brukermedvirkning. Individets rett til medbestemmelse og medvirkning er sentral, hvilket innebærer at den enkelte bruker skal ha innflytelse når løsninger velges. I NOU 2001:22 *Fra bruker til borger* problematiseres blant annet at dette, avhengig av hva slags bruker-

medvirkning det er snakk om, flytter noe av styringen av innholdet i tjenesten, fra forvaltningen og politiske organer over til brukerne selv.

Brukermedvirkning er et sentralt begrep når det gjelder å klassifisere i hvilken grad og på hvilken måte forvaltningen fanger opp behov, tilbakemeldinger og vurderinger fra brukersiden. Denne tilbakemeldingssløyfen ivaretas hovedsaklig på to måter:

1. På systemnivå, hvor brukerorganisasjonene, brukerrepresentanter og undersøkelser både blant brukere og pårørende skal være en viktig del av det offentliges grunnlag for utvikling og kvalitetsforbedring.
2. På individnivå, hvor tiltakene i størst mulig grad skal tilpasses den enkelte og den enkelte skal delta og ha innflytelse på sin egen situasjon og valg av løsninger.

Samfunnsutviklingen har gått i retning av befolkningen som brukere av offentlige tjenester. Lovverket har endret seg i takt med dette. Forvaltningen har fått pålagt et ansvar både på individ- og systemnivå og tar i større grad hensyn til brukeres og pårørendes synspunkter. Dette skyldes ikke minst

10. Brukerundersøkelse 2010, TNS Gallup

det økte utdannings- og velstandsnivået som har gitt de fleste økte kunnskaper og forutsetninger til å vurdere kvaliteten på tjenestene. Samtidig har Norge blitt mer multikulturelt, og informasjon om gode velferdsordninger og muligheten for å få hjelpemidler må legges bedre tilrette for språklige minoritetsgrupper. Brukermedvirkning er regulert både i generell og sektorovergripende lovgiving som for eksempel forvaltningsloven.

Å legge til rette for brukermedvirkning og brukerinnflytelse er en gjensidig prosess som krever deltakelse og forpliktelse, ikke bare fra forvaltningen og tjenesteyter, men det påligger også et ansvar for brukersiden til å medvirke for å finne gode løsninger.

5.3.1 Brukermedvirkning på systemnivå

Arbeids- og velferdsetaten

I lovverket som regulerer velferdsområdet er det tatt inn bestemmelser som regulerer brukermedvirkning. I tillegg til at representanter for brukere ifølge arbeids- og velferdsforvaltningslovens § 6 skal ha mulighet til å uttale seg om planlegging, gjennomføring og evaluering av etatens tjenester, skal arbeids- og velferdsforvaltningen, iht. § 15 i samme lov, sørge for at enhver som henvender seg til NAV-kontoret har rett til informasjon om arbeids- og velferdsforvaltningens tjenester og ytelser. NAV-kontoret skal tidligst mulig avklare brukerens helhetlige behov. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren. NAV-kontoret skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder.¹¹ Departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvem retten til individuell plan gjelder for og om planens innhold.

Brukerutvalg på hjelpemiddelområdet

På systemnivå er det opprettet samarbeidsfora mellom Arbeids- og velferdsforvaltningen og brukerrepresentanter på hhv. direktoratsnivå, fylkesnivå og lokalt nivå. Formålet er blant annet å få innspill og tilbakemeldinger fra brukersiden når det gjelder tjenestetilbud og service i Arbeids- og velferdsetaten.

For hjelpemiddelområdet er det opprettet et eget sentralt brukerutvalg knyttet til den nasjonale

styringslinjen for NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. Brukerutvalget møtes seks ganger i året og skal ha mulighet til å uttale seg i forbindelse med planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenesteområdene som NAV Hjelpemidler og tilrettelegging har ansvar for. I tillegg kan brukerrepresentantene velge å delta mer direkte i større prosjekter og utviklingsarbeider. Videre har hver hjelpemiddelsentral egne lokale brukerutvalg. Noen sentraler har valgt å ha felles brukerutvalg med NAV Fylke. Hensikten er å kvalitetssikre og utvikle tilbudet til brukerne gjennom brukermedvirkning på systemnivå.

Brukerforum i tilknytning til offentlige anskaffelser

Arbeids- og velferdsetaten har opprettet egne referansegrupper innenfor hver av de hjelpemiddelgruppene det inngås sentrale rammeavtaler på. Referansegruppene består av fagpersoner fra hjelpemiddelsentralene og i noen tilfeller også fra andre eksterne fagmiljøer, samt brukerrepresentanter oppnevnt av brukerorganisasjonene. Brukerrepresentantene er fortrinnsvis oppnevnt fra FFO og SAFO. Det avholdes møte i referansegruppen før konkurranseinvitasjon utlyses der kravspesifikasjonen for den enkelte hjelpemiddelgruppe gjennomgås. Referansegruppen deltar også på selve produktevalueringen av de tilbudte hjelpemidlene. Referansegruppene skal sikre at alle nødvendige faglige hensyn blir ivaretatt i anskaffelsesprosessene. De skal også ha innsyn i at prosessene foregår forskriftsmessig. Anskaffelsesprosessen slik den praktiseres i dag, med å definere brukerbehov, utarbeide detaljerte kravspesifikasjoner og vektning av tildelingskriterier jf. kapittel 4, er blitt mer kompleks og stiller større krav til kompetanse hos representantene. Rollen som brukerrepresentant har dermed blitt mer utfordrende enn tidligere. Brukerorganisasjonene er skeptiske til anbudskonkurranser på hjelpemiddelområdet da de er bekymret for at det kan begrense deres valg.

Brukerundersøkelser

Systematiske brukerundersøkelser brukes til å måle enkeltbrukeres og brukergruppers tilfredshet og/eller misnøye med ulike velferdstjenester. Slike undersøkelser er en av flere indikatorer på graden av brukermedvirkning:

Det har vært gjennomført brukerundersøkelser blant hjelpemiddelsentralenes kommunale samarbeidspartnere både i 2005, 2006, 2008 og 2009. Først i utvalgte fylker, men fra 2008 ble førstelinjen i alle fylker omfattet av undersøkelsen.

¹¹ Jf. Arbeids- og velferdsloven §14a

Bildet viser variasjon mellom fylkene. Alt i alt er tilfredsheten med hjelpemiddelsentralen høy. Undersøkelsen i 2008 viste at syv av ti var svært eller ganske fornøyd, mens en liten andel var misfornøyd. Misnøyen gjelder først og fremst saksbehandlingstid, og i enkelte fylker er også leveringstid et forbedringsområde.¹²

Det ble gjennomført en større brukerundersøkelse om fornøydhetsgrad med formidlingssystemet blant ca. 6000 hjelpemiddelbrukere (svarprosent 35,2 prosent) som hadde fått sine hjelpemidler i perioden fra 1. oktober til 30. november 2007. Undersøkelsen viste at det er flere forhold som påvirker brukernes tilfredshet, blant annet alder, type hjelpemiddel og nytte av løsningen. Totalbildet viste at 82 prosent var fornøyd med hjelpemiddelformidlingen, mens 6 prosent var misfornøyd. Hovedtendensen var at fornøydhetsgraden var høyest for de eldste, mens for aldersgruppen under 20 år var fornøydhetsgraden signifikant lavere. De som hadde en fast kontaktperson var signifikant mer fornøyd med hjelpemiddelformidlingen, mens det ble funnet lavere tilfredshet blant dem som karakteriserte hjelpemiddelet som komplisert¹³.

NAVs personbrukerundersøkelse fra 2008, som dekket hele NAVs tjenestespekter (uten sosialtjenesten og barnebidrag), viste at 68 prosent av brukerne var fornøyd med NAVs service totalt sett. Hjelpemiddelbrukerne var blant de som var mest fornøyd, 76 prosent. Spørsmålene var knyttet til NAVs bistand generelt og ikke spesifikt til hjelpemiddelformidlingen.

TNS Gallup har gjennomført en postal brukerundersøkelse blant 2212 (svarprosent 38,3) brukere i alle aldre, og som har fått ett eller flere hjelpemidler i løpet av august og september i 2009. Undersøkelsen er en oppfølging av en tilsvarende undersøkelse i 2008. Resultatene viser at brukerne har stor nytte av hjelpemidlene og at de er fornøyd med tjenestene som de har fått i forbindelse med formidlingen av hjelpemidlene. 3 av 4 brukere svarer at de i *stor grad* har nytte av hjelpemidlene (samme resultat som i 2008). Aldersgruppen 15–59 år skårer høyest på dette spørsmålet. Nesten 78 prosent svarer at de benytter hjelpemidlene daglig. Dette er en økning fra 2008. Andelen av brukere som benytter hjelpemidlene daglig er størst blant brukere over 81 år (83 prosent). 0,9 prosent oppgir at de aldri bruker det utleverte hjelpemidlet (som i 2008).

Brukerne er blitt bedt om å vurdere fornøydhetsgrad mht. tilgjengelighet til hjelpeapparatet, informasjon som er gitt, samhandlingen mellom fagfolkene, fagfolkenes kunnskap og evne til å bidra til gode løsninger, tiden som er gått fra brukeren søkte til hjelpemidlet er blitt utlevert, brukermidvirkning, opplæringen og oppfølgingen som er blitt gitt. Jevnt over svarer 4 av 5 at de er fornøyd med de ulike tjenestene, men fornøydhetsprosenten er høyere enn i 2008 på alle spørsmålene. I et «alt i alt, hvor fornøyd er du med hjelpemiddelformidlingen i denne saken» svarer 86 prosent at de er fornøyd (mot 82 prosent i 2008). 5,7 prosent svarer at de er misfornøyd (som i 2008). Et generelt trekk er at fornøydhetsgraden øker med alder.

Informasjon om hjelpemidler

Tilbakemeldinger gjennom brukerundersøkelser og brukerutvalg m.m. fremhever god informasjon som viktig. *Hjelpemiddeldatabasen* er Arbeids- og velferdsetatens nettsted for informasjon om produkter og leverandører på det norske hjelpemiddelmarkedet. I *Hjelpemiddeldatabasen* finnes det informasjon om tekniske spesifikasjoner, bilder, brosjyrer og bruksanvisninger for hjelpemidler som kan være til nytte for personer med nedsatt funksjonsevne. Opplysninger om hvem som leverer hva finnes også. *Hjelpemiddeldatabasen* viser alle typer produkter som kan være aktuelle som hjelpemidler, uavhengig av om anskaffelsen kan dekkes økonomisk av det offentlige eller om brukeren selv må dekke utgiftene. Registrering er avhengig av om leverandør sender inn nødvendige opplysninger. *Hjelpemiddeldatabasen* gir informasjon om produkter, men ikke hvordan man kommer frem til at et produkt kan være en god løsning, om rettigheter eller hvordan man evt. kan anskaffe seg utstyret. Det er derfor knyttet informasjon om aktuelle løsninger til eksempler og situasjoner på www.nav.no. Beskrivelser er utarbeidet i nært samarbeid med brukere, som gjennom sine historiefortellinger synliggjør muligheter som hjelpemidler og tilrettelegging kan gi. I 2005 utviklet regjeringen en strategiplan¹⁴ for familier med barn som har nedsatt funksjonsevne. Planen ga blant annet føringer for satsning på nettbasert informasjon spesielt knyttet til barn og unge. En egen inngangsside med illustrasjoner av ulike miljøer, med oversikter og dybdeinformasjon om ulike typer løsninger, muligheter og rettigheter for funksjonshemmede barn og deres familier, ligger i dag under

12. Undersøkelsene er gjennomført av Opinion. (www.opinion.no).

13. Fjeldvik, Petersen, Kristoffersen og Sund: Tekniske hjelpemidler – Hva skaper fornøyde brukere? Arbeid og velferd nr. 3 2008 (www.nav.no/151899.cms)

14. Strategiplan for familier med barn som har nedsatt funksjonsevne. Arbeids- og sosialdepartementet. 2005

www.nav.no/hjelpemidler. Nettsiden ble utarbeidet i samarbeid med brukerrepresentanter og andre aktuelle fagmiljøer. Informasjonssidene viser mange muligheter for tilrettelegging av lek, læring og omgivelser, og omfatter hjelpemidler og utstyr som finnes i vanlig handel og spesialutstyr som dekkes gjennom folketrygden. Det er lagt vekt på å vise hvorledes hjelpemidler og tilrettelegging inngår i en sammenheng. Hensynet til at barn utvikler seg, at foreldre er eksperter, at barna må bli hørt og at hensynet til hele familiesituasjonen må med, er beskrevet som viktige forutsetninger.

5.3.2 Kommunale helse-, omsorgs- og sosialtjenester

Samhandlingsreformen vektlegger behovet for mer systematisk organisering av brukermedvirkning som ett av tre viktige fokusområder i kommunenes videre arbeid. Behovet for å understøtte brukernes evne til å mestre egen helse¹⁵, fremheves som en av hovedkonklusjonene i reformarbeidet.

I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011¹⁶ er det overordnede målet å styrke habilitering og rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet påpeker i rundskriv¹⁷ viktigheten av at alle kommuner og regionale helseforetak har en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten. Denne enheten skal være et kontaktpunkt for samarbeid, og sørge for at tjenester til brukeren ses i sammenheng og at det er kontinuitet i tiltakene over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret. Noen kommuner og helseforetak har opprettet slike koordinerende enheter som et virkemiddel til å sørge for at de forskjellige tjenesteytere samarbeider ved både planlegging, organisering og gjennomføring av tiltak. Tilgjengelighet er et viktig hensyn i det å ta brukerne på alvor. I et fragmentert og lite samordnet system vil tilgjengeligheten erfaringsmessig ikke være god nok. Slik plassering av ansvaret for koordineringen vil være et viktig bidrag til å øke brukernes tilgjengelighet til tjenestene.

Som vist tidligere er mange brukere som er avhengige av hjelpemidler i dagliglivet, også motakere av helse- og omsorgstjenester. Individuell plan er et viktig verktøy for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan er hjemlet i flere lover. Planen skal

bidra til at bruker får et helhetlig tilbud. Dersom det ikke blir utarbeidet en plan på tross av at brukeren har behov for det og ønsker det, kan brukeren klage på dette. Dersom bruker ikke samtykker til at det skal utarbeides en individuell plan, skal det ikke utarbeides en plan. Den individuelle planen gir ikke større rett til helse- og sosiale tjenester enn det som følger av andre lover

Samarbeidsforum og kommunale råd

I lov om råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne¹⁸ som trådte i kraft i 2007, skal kommunene og fylkeskommunene sørge for at mennesker med nedsatt funksjonsevne blir sikret åpen, bred og tilgjengelig medvirkning i arbeidet med saker som er særlig viktige for mennesker med funksjonsnedsettelse. Dette gjelder blant annet diskriminering på grunnlag av funksjonsnedsettelse og tjenester for mennesker med funksjonsnedsettelse. For dette formålet skal kommune og fylkeskommune ha råd eller annen representasjonsordning.

Noen kommuner har andre typer råd hvor de samarbeider med ulike brukergrupper, for eksempel personer med funksjonsnedsettelse som representerer organisasjoner.

Brukerundersøkelser

Kommunene gjennomfører også brukerundersøkelser blant sine innbyggere. Både om innbyggernes tilfredshet med de kommunale tjenestene og på mer generelt nivå. Blant annet er det i KOSTRA en variabel vedrørende brukerundersøkelser i pleie og omsorgstjenestene. Innenfor pleie- og omsorgstjenesten har 243 kommuner i løpet av de siste tre årene gjennomført brukerundersøkelser i institusjon. Tilsvarende hadde 247 kommuner gjennomført brukerundersøkelser i hjemmetjenesten.

5.3.3 Brukermedvirkning på individnivå

Arbeids- og velferdsetaten

Formidlingsprosessen som redskap for brukermedvirkning

Kjernen i formidlingsprosessen av hjelpemidler er å løse brukerens praktiske problemer, hvor hjelpemidler inngår som en del av en plan med sikte på inkludering og fungering i arbeid, utdanning og dagligliv. Det kan være individuell plan, opplæringsplan, handlingsplan for yrkesrettet atferdsrettelse.

15. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid

16. St.prp. nr. 1 (2007–2008)

17. IS – 1530/0108

18. Barne- og likestillingsdepartementet LOV-2007-06-15-21

Gjennom formidlingsprosessen skal brukeren og fagfolkene sammen komme frem til best mulig løsning. En funksjonsnedsettelse medfører ofte praktiske problemer. Det er disse praktiske problemene som er utgangspunktet for formidlingsprosessen. En utredning av brukerens totalsituasjon og et klart definert mål for formidlingsprosessen er nødvendig.

Hjelpemidler inngår ofte som en del av en samlet «pakke» av bistand i form av tjenester, ytelser og hjelpemidler som skal bidra til at brukeren får et tilpasset tilbud. Hjelpemiddelbehovet er som oftest utredet i kommunene eller hos andre samarbeidspartnere med spesialkompetanse. Andelen saker der hjelpemiddelsentralen oppgir at de har hatt direkte brukerkontakt varierer. Det antas at hjelpemiddelsentralens kontakt med brukerne, dreier seg i all hovedsak om de komplekse sakene når det gjelder rådgivning. Når det gjelder hjelpemiddelsentralens tjeneste i forhold til service og reparasjon av hjelpemidler vil brukerkontaktene skje på et bredere grunnlag. I de øvrige sakene er det kommunene som står for brukerkontakten.¹⁹

En god individuell plan vil kunne være et godt grunnlag for å sette hjelpemiddelbehovet inn i en helhet og kan, hvis bruker ønsker det, danne grunnlag for et rammevedtak på fremtidig hjelpemiddelbehov og forenkle søknadsprosessen. Individuell plan benyttes i ulik grad som verktøy i kommunene. En koordinatorfunksjon i kommunen for den enkelte eller familien, vil også kunne styrke oppfølgingen på hjelpemiddelområdet. Målet er at en større andel av brukerne benytter seg av muligheten til å bruke individuell plan som grunnlag til å få hjelpemidler. Flatøvalget²⁰ og Midtlyngeutvalget²¹ forslår at individuell plan også hjemles i barnehageloven og opplæringsloven.

Utprøving av hjelpemidler

Hjelpemidler kan prøves ut ved hjelpemiddelsentralene. Det er lokale variasjoner når det gjelder størrelse på lokaliteter og tilgang til hjelpemidler for utprøving. Eksempler på ulike typer utprøvingstilbud ved hjelpemiddelsentralene, er et virtuelt datatek ved NAV Hjelpemiddelsentral i Finnmark og etablering av et større utprøvingssenter i

forbindelse med samorganisering av hjelpemiddelsentralene i Oslo og Akershus.

Hjelpemidler kan også lånes ut til utprøving hjemme hos bruker eller i det miljøet det skal brukes før søknad sendes. Utprøving av hjelpemidler kan også foregå som en del av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten eller innen det spesialpedagogiske støttesystemet. Det er inngått lokale avtaler, der aktuelle samarbeidende institusjoner har utprøvingstilbud av relevante hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen.

Brukerpassordningen

Brukerpassordningen ble innført som en del av et større brukermedvirkningsprosjekt på hjelpemiddelområdet i regi av Rikstrygdeverket. Ordningen er et virkemiddel for å øke brukerens innflytelse på valget av hjelpemiddel. Hensikten er å korte ned saksbehandlingstiden og gi brukere enklere tilgang til utprøving, utskifting og reparasjon. Brukerpass er en avtale mellom bruker og hjelpemiddelsentralen i fylket og erstatter vedtak for de områdene passet gjelder for. Passet gjelder derimot ikke ved bytte til nye grupper hjelpemidler. Både voksne hjelpemiddelbrukere og barn og ungdom med funksjonsnedsettelser og deres foreldre/foresatte kan være aktuelle brukere for ordningen. Ordningen ble etablert for å finne løsninger på brukernes kritikk av hjelpemiddelformidlingen. Intensjonen var å finne ordninger som kunne gi forenkling og styrke medvirkningen for erfarne brukere med god kompetanse om egne behov. Ordningen er evaluert av Sintef Helse i 2005²² og av NTNU Samfunnsforskning AS i 2009²³. Hovedkonklusjonene i evalueringen fra 2009 er at majoriteten av brukerne mener at hjelpemiddelformidlingen fungerer bedre etter brukerpass. Mange opplever at ventetiden er kortere og at brukermedvirkningen har økt ved at de har større innflytelse på valg av hjelpemidler. Flere sier også at de har fått bedre oversikt. Mange har endret kontaktmønster ved å kontakte leverandør eller hjelpemiddelsentral direkte uten å gå gjennom førstelinjen, og blant disse mener et flertall at det fungerer bedre. Evalueringen viser likevel et potensial for forbedring og videreutvikling av ordningen.

19. Agendarapport febr 2008: Kartlegging av hjelpemiddelsentralene og SYA

20. NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge

21. NOU 2009: 18 Rett til læring

22. Grut, Lisbet; Søien, Reidun.; Lippestad, Jan W. og Hem, Karl G., 2005. Evaluering av brukerpassordningen. Sintef Helse.

23. Høyen, Else Marie og Tøssebro, Jan, 2009. Brukerpass i hjelpemiddelformidlingen, en evaluering. NTNU Samfunnsforskning AS.

Ordningen med fast kontaktperson for barn og unge

På samme måte som brukerpassordningen, ble ordningen med kontaktperson innført som et resultat av brukerkritikk. Ordningen med en fast kontaktperson på hjelpemiddelsentralen er viktig for barn og unge under 18 år med funksjonsnedsettelse og med omfattende hjelpemiddelbehov. Hensikten er at deres familier skal oppleve en enklere hverdag og kunne håndtere informasjonsflyt og kommunikasjon mellom barn/unge/foreldre/foresatte, hjelpemiddelsentralen og førstelinjen. Ordningen er primært ment for brukere med et omfattende hjelpemiddelbehov som er avhengig av jevnlig tilpassing og utskifting av hjelpemidler, og av å ha et koordinert nettverk rundt seg. Målgruppen er i stor grad sammenfallende med ordningen der individuell plan erstatter enkeltsøknader.

En brukerundersøkelse fra 2008²⁴ viser at det er en sterk sammenheng mellom brukertilfredshet og det å ha en fast kontaktperson. Av de som oppga å ha en fast kontaktperson, var 75 prosent av kontaktpersonene kommunalt ansatt, i 25 prosent var kontaktpersonene ansatt i hjelpemiddelsentralen. Kontaktpersonordningen ved hjelpemiddelsentralen er et tilbud som foreldrene kan velge hvis de ønsker og finner det hensiktsmessig.

Reparasjon av hjelpemidler ved akutt behov

Reparasjon av hjelpemidler ved akutt behov er et tilbud for brukere som er helt avhengige av hjelpemidlene sine og som ikke vil kunne fungere i hverdagen dersom disse går i stykker. Rikstrygdeverket satte i gang en slik ordning i 1998 etter en prosess med brukerorganisasjonene. Ordningen var da basert på individuelle avtaler med brukerne som hadde hjelpemidler innenfor definerte grupper av hjelpemidler.

Etter påvirkning fra brukerorganisasjonene ble ordningen endret høsten 2004. Den nye ordningen gir alle brukere med utlånte hjelpemidler adgang til reparasjon ved akutt behov. Det er brukers situasjon når hjelpemidlet går i stykker som er bestemmende for om vedkommende skal få hjelp etter ordningen. Brukerne med akutt behov for reparasjonshjelp skal henvende seg til hjelpemiddelsentralen i sitt fylke. Ordningen gjelder fra kl. 08.00–24.00 alle dager, inklusive helg og høytidsdager. Det er opprettet en vaktordning i forbin-

delse med ordningen. Vaktordningen har som mål å finne en løsning innen 24 timer. Brukere som er på besøk i et annet fylke enn sitt bostedsfylke, skal få den samme service som fylkets egne brukere.

Arbeids- og velferdsetatens arbeidsevnevurderinger som verktøy for brukermedvirkning

Alle som henvender seg til NAV-kontoret har rett til å få vurdert sitt bistandsbehov, og brukere med behov for mer omfattende vurdering, skal få en skriftlig vurdering av blant annet bistandsbehovet. Arbeidsevnen er et resultat av *relasjonen* mellom den enkeltes ressurser og begrensinger på den ene siden og omgivelsenes krav og forventninger på den andre siden. Arbeidsevnevurderingen er en behovsavklaring og skal være ressursrettet og mulighetsorientert. Arbeidsevnevurdering skal være et virkemiddel for å sikre brukermedvirkning og bidra til egeninnsikt i ressurser og hindringer, og derigjennom styrke mestring og kontroll over eget liv – m.a.o. en myndiggjørende prosess der bruker tar ansvar for egne valg. Arbeidsevnevurderinger skal også sikre en profesjonalitet i avklaringsarbeidet, og gi forvaltningen et faglig ståsted, kompetanse og et faglig grunnlag for blant annet systematisk skjønnsutøvelse. Viser til kapittel 11 og kapittel 14 for ytterligere beskrivelser.

5.3.4 Kommunale helse-, omsorgs- og sosialtjenester

Brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ organisering av praktisk bistand og opplæring. Ideene bak BPA-ordningen kommer fra «independent-living»-bevegelsen i USA på 1960-tallet. Det var studenter med fysisk funksjonsnedsettelse som mente de selv hadde best kjennskap til sin egen situasjon, og som ønsket mer uavhengighet, selvbestemmelse og deltagelse i samfunnet.

BPA innebærer at tjenestemottakeren har egne, faste assistenter som vedkommende har arbeidslederansvaret for. Dette gir brukeren mulighet til å styre hvem som skal være assistent, hva assistansen kan gjøre, hvor og til hvilke tider hjelpen skal gis. Dette bidrar til bedre fleksibilitet og kvalitetssikring. Kommunen har fortsatt ansvaret for å vurdere den enkeltes behov for bistand og å fatte enkeltvedtak om hvor mye assistanse vedkommende trenger. Flere undersøkelser viser at flertallet av brukerne av ordningen er personer med fysisk funksjonsnedsettelse som er voksne mennesker i relativt ung alder. Målgruppen for ordningen er siden blitt utvidet til å omfatte også

24. Fjeldvik, Petersen, Kristoffersen og Sund: Tekniske hjelpemidler – Hva skaper fornøyde brukere? Arbeid og velferd nr. 3 2008 (www.nav.no/151899.cms)

barn og personer med kognitive funksjonsnedsettelser²⁵. For disse er det andre som ivaretar arbeidslederansvaret for assistenten, for eksempel brukernes foreldre. Stortinget har bedt Regjeringen fremme lovforslag om rett til brukerstyrt personlig assistent. I St.prp. nr. 1 (2008–2009) vises det til at saken om rettighetsfesting av ordningen med BPA har vært på omfattende høring og at departementet har mottatt over 200 høringssvar. Det vises videre til at spørsmålet om rettighetsfesting av BPA må ses i sammenheng med det pågående arbeidet med å utrede eventuell harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen jf. kapittel 11.

Individuell plan

For å styrke samhandlingen på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer ble ordningen med individuell plan²⁶ hjemlet i helselovgivingen og sosialtjenesteloven i 2005. Hensikten er at tjenestemottakeren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Planen skal også være et verktøy for å styrke samhandlingen blant annet mellom de ulike aktørene som yter tjenester i en konkret sak. Flatøutvalget²⁷ og Midtlyngutvalget²⁸ forslår at individuell plan også hjemles i barnehageloven og opplæringsloven.

Ombudsordninger

Ombudsordninger for eldre og funksjonshemmede er organ/virkemidler for å styrke retten til

medvirkning på system- og individnivå. Pasientombudsordningen er blitt utvidet til også å omfatte de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

5.3.5 Utvalgets vurderinger

Tilgjengelighet til hjelpemidler oppleves som særdeles viktig, da tilgangen til hjelpemidler og tilrettelegging er av avgjørende betydning for selvstendighet og deltagelse for brukere med funksjonsnedsettelser. Utvalget registrerer at det i de senere årene har vært igangsatt en rekke tiltak for å bedre tilgjengelighet og brukermedvirkning på hjelpemiddelområdet. Brukermedvirkning er et sentralt og viktig virkemiddel for å utvikle tjenestetilbudet og service tilpasset brukernes behov. Utvalget viser videre til den omfattende rollen kommunene har i formidlingsprosessen og at de i mange tilfeller er det viktigste kontaktpunktet for bruker og pårørende. Med dette utgangspunktet anbefaler utvalget at både Arbeidsvelferdsetaten og kommunene må se nærmere på hvordan brukernes erfaringer og løsningsforslag i større grad kan trekkes inn når det gjelder utvikling av tjenestetilbud og service i hjelpemiddelformidlingen.

Mange brukere med sammensatte behov og deres pårørende trenger langvarige og koordinerte tjenester fra flere etater over tid. Hjelpesystemet beskrives som fragmentert og med betydelige svakheter. Samhandlingsreformen²⁹ er arbeidet frem nettopp i erkjennelsen av at systemet har blitt for spesialisert og søyleorganisert, og en mangler virkemidler og tiltak for å få til godt samarbeid på tvers. Utvalget mener at faglige verktøy som individuell plan og koordinator er sentrale og viktige virkemidler for å sikre at tjenester og hjelpemidler som den enkelte bruker trenger, samordnes og ses i en helhet. Utvalget viser til kapittel 11 og kapittel 13 for en mer utførlig beskrivelse av problemstillinger, drøftinger og forslag på området.

25. St.prp. nr. 1 (2005–2006) og Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-15/2005.

26. Jf. Forskrift av 23.12.2004 om individuelle planer etter helselovgivingen og sosialtjenesteloven.

27. NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge

28. NOU 2009: 18 Rett til læring

29. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen

Kapittel 6

Erfaringer fra andre land

6.1 Innledning

Utvalget har hatt som ambisjon både å sette hjelpemiddelområdet inn i en bredere velferdspolitisk og internasjonal sammenheng. En rekke land, inkludert Norge, gjennomfører eller har gjennomført større velferdspolitiske og organisatoriske reformer som har konsekvenser for forvaltning, finansiering og regelverk, ikke minst for brukere av hjelpemidler. Noen land er behandlet mer utfyllende, mens andre land er tatt med for å gi et bilde av bredden og variasjonene fra land til land. Utvalgets hensikt med dette er både å se på likheter og forskjeller som vi kan lære av, men også å vise at det er sammenhenger og krefter som virker utover landegrensene, som for eksempel internasjonalt regelverk og samarbeid, teknologiutvikling, produsenter, finansmarkeder og konkurranse. Med dette som utgangspunkt starter dette kapitlet med å sette hjelpemiddelsystemet inn i en global og internasjonal kontekst. Deretter beskrives de ulike systemene for hjelpemiddelformidling i et utvalg europeiske land og i New Zealand. Utvalget har for å vise at landenes hjelpemiddelsystem inngår som en del av det generelle velferdssystemet i det enkelte land, funnet det hensiktsmessig å inndelegge de utvalgte lands hjelpemiddelsystemer i tre hovedmodeller, den anglosaksiske, den kontinentale og den nordiske. Oppsummeringsvis har utvalget valgt å drøfte nærmere noen utvalgte forskjeller og likheter. Utvalget vil innledningsvis gjøre oppmerksom på at selve begrepet hjelpemiddel brukes noe forskjellig fra land til land. I dette kapitlet er begrepet hjelpemiddel synonymt med begrepet teknisk hjelpemiddel.

6.2 Det globale og internasjonale perspektivet

Som nærmere omtalt i kapittel 15, vil teknologiske nyvinninger og endringer være viktige faktorer i utviklingen på hjelpemiddelområdet i årene fremover. Denne utviklingen vil stor grad skje utenfor fagmiljøene på hjelpemiddelområdet, særlig i deler av verden med stor økonomisk vekst. Moderne

datateknologi åpner for store muligheter for samarbeid om innovasjon og produktutvikling når det gjelder hjelpemidler og omsorgsteknologi.

Av global betydning er også FN-konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne som trådte i kraft 3. mai 2008. For første gang har man en konvensjon som er overordnet nasjonal lov i de land som ratifiserer den, og som etablerer prinsippet om at medlemslandene skal sikre tilgang til hjelpemidler. Det er også første gang at EU som fellesskap har signert en FN-konvensjon og dermed bundet både seg selv og medlemslandene til å sikre rettigheter for innbyggere med nedsatt funksjonsevne.

Henvisninger til retten til hjelpemidler omfatter artikkel 4 h der det står at medlemslandene er forpliktet til:

«h) Å gi mennesker med nedsatt funksjonsevne informasjon i en tilgjengelig form om mobilitets- og hjelpemidler, utstyr og hjelpemidler, herunder ny teknologi, samt andre former for bistand og støtte»

6.2.1 Et overblikk over situasjonen i Europa

Tilsvarende som i resten av verden påvirkes markedet for hjelpemidler i Europa også av teknologiutvikling, produsenter og brukere som etterspør hjelpemidler. Myndighetens rolle er å balansere de ulike interessene gjennom reguleringer.

Selv om EU mer og mer framstår som en politisk og økonomisk union med en felles velferdspolitikk, viser rapporten «Access to assistive technology in the European Union»¹ at det er store forskjeller EU-medlemslandene i mellom når det gjelder distribusjons- og innkjøpssystemer for hjelpemidler, herunder systemer for informasjon, behovsavklaring og -vurdering, utlevering og finansieringsmekanismer mv. Samtidig viser tilgjengelig dokumentasjon at alle de involverte partene møter mange av de samme utfordringene, sett fra brukernes, myndighetenes, fagpersonellens, brukerorganisasjoners, produsenters og leverandørers ståsted.

1. European Commission 2003, op.cit.

EU-rapporten fra 2003 fant at de fleste personer med funksjonsnedsettelse i de ikke-nordiske medlemslandene i EU oppfattet at tilgjengelighet til hjelpemidler var bedre i andre europeiske land enn i deres eget. Dette reflekterer imidlertid et annet stort problem: Tilgang på informasjon.

I den aktuelle rapporten konkluderte Europakommisjonen med at det var behov for en dialog med alle aktørene på hjelpemiddelmarkedet for å øke innsikten i markedet og forenkle utveksling av eksempler på god praksis. Det ble lagt vekt på at brukermedvirkning måtte være en forutsetning for at man skulle få et bedre system for informasjonsspredning, kunnskapsoppbygging og innsikt, og sist men ikke minst bedre tilgang til hjelpemidler for innbyggerne i EU landene.

Rapporten munnet ut i noen konkrete anbefalinger:

- Informasjon og rådgivning om saker som angår personer med funksjonsnedsettelse, hjelpemidler, prosedyrer for behovsvurdering, erfaringer, markeder og løsninger må forbedres, samordnes, og gjøres tilgjengelig
- Det var behov for å forbedre teoretisk og praktisk kunnskap om funksjonelle problemer for personer med funksjonsnedsettelse, og hvilke løsninger som hjelpemidler kan skape
- Det var behov for å sikre mer innsyn i markedene, i produktregistre, vedtaksprosedyrer og prosedyrer for offentlige anbudsrunder
- Hjelpemidler måtte gjøres tilgjengelige for alle personer med funksjonsnedsettelse
- Det måtte skapes større bevissthet rundt arbeidsevnen til personer med funksjonsnedsettelse i alle europeiske land

- Det var behov for bevisstgjøring om hverdagsproblemene for personer med funksjonsnedsettelse for å oppnå holdningsendringer.

6.3 Velferdsmodeller og hjelpemiddelformidling i Europa og New Zealand

I det følgende gis en fremstilling av et utvalg hjelpemiddelsystem. Fremstillingen tar utgangspunkt i tre idealtypiske modeller for organisering av velferdsordninger; hhv. den angloamerikanske, den kontinentale og den nordiske velferdsmodellen, og omtaler hvordan de ulike lands hjelpemiddelformidlingssystemer forholder seg til disse idealtypiske modellene:

6.3.1 Den anglo-saksiske modellen

Den anglosaksiske modellen karakteriseres av en «liten» stat hva det velferdspolitiske området angår. Statens rolle er å regulere, den private sektor er selve modellgrunnlaget. Sentrale elementer i velferdsbegrepet er selvhjelpstanken og behovsprøving. Det offentlige trer støttende til dersom familien og privat veldedighet ikke strekker til, og hjelper de mest trengende med det mest nødvendige. Typisk for denne velferdsmodellen er at man skal sørge for en minimumssikring av innbyggernes velferd – med fokus på fattigdomsproblematikk, ikke omfordeling av goder – men hovedvekten er på at det skal lønne seg å arbeide. Markedet dominerer, og statens rolle er enten å garantere et minste sikkerhetsnivå mens markedet ordner resten eller at det offentlige subsidierer private vel-

Tabell 6.1 Ulike lands hjelpemiddelsystem inndelt etter modell

Modell	Land	Kjennetegn
Den anglosaksiske	Storbritannia, New Zealand	En «liten» stat hva det velferdspolitiske området angår. Statens rolle er å regulere, mens privat sektor er selve modellgrunnlaget. Sentrale elementer i velferdsbegrepet er selvhjelp og behovsprøving. Sett med «norske øyne» kan hjelpemiddelsystemet framstå fragmentert.
Den kontinentale	Nederland, Tyskland, Frankrike, Italia, Spania	Rett til pensjon og velferdsytelser opparbeides ut fra innsats og stilling i arbeidslivet og private forsikringsordninger. Både Nederland, Tyskland og Frankrike benytter tilskudd. Frivillige organisasjoner spiller viktig rolle ved tildeling.
Den nordiske	Norge, Sverige, Danmark, Finland	Universelle ordninger står sterkt. Med unntak av Norge, har kommunene og regionnivået et omfattende ansvar for hjelpemidler og tilrettelegging

ferdsordninger. Kontraktbasert styring dominerer, også i arbeidslivet, og nærhetsprinsippet er knyttet til markedsaktørene, ikke til staten. Velferdsgoder ligger på et lavt nivå som et incentiv til at folk skal måtte arbeide og ytelsene er behovsprøvd eller universelle – på et lavt nivå.

Systemet for formidling av hjelpemidler i Storbritannia og i New Zealand gjenspeiler mye av denne modellen. Det er som i de andre landene enighet om at det offentlige har et ansvar for at alle skal ha lik rett til likestilling, inkludering og deltakelse i samfunnet, men det offentlige har i mindre grad ansvaret for å finansiere hjelpemidlene. For eksempel slår regelverket i Storbritannia fast at alle har rett til omsorg fra National Health Service (NHS) etter behov, og ikke etter betalingsevne. Myndighetene kan kreve at brukerne bidrar med en egenandel på visse kommunale utstyrstjenester, men ikke kun på grunnlag av lokal vurdering. Utlån av hjelpemidler administrert av NHS lånes ut kostnadsfritt, men dersom man ikke har rett til hjelpemidler under dette systemet overlater staten til blant annet veldedige organisasjoner (charities, som Lions eller Rotary), å finansiere mye av hjelpemiddelformidlingen, ved siden av den enkeltes egenfinansiering. I New Zealand, som har trekk både fra den anglosaksiske og den kontinentale velferdsstatsmodellen, er systemet mer komplisert fordi ansvaret for tildeling av hjelpemidler er spredt på fire sektorer, avhengig av brukerens funksjonsnedsettelse og hjelpemidlets funksjon.

6.3.2 Storbritannia

Lovreguleringen

Personer med funksjonsnedsettelse i Storbritannia er berørt av flere lover, hvorav de viktigste er:

- National Assistance Act av 1948, Section 29, som gir kommunale myndigheter ansvar for å sørge for velferden til personer med funksjonsnedsettelse som er bosatt i kommunen.
- Chronically Sick and Disabled Persons Act av 1970, Section 1 pålegger de lokale myndigheter å samle informasjon om hvor mange personer med funksjonsnedsettelse som er bosatt i deres myndighetsområde og bedømme hvordan man kan møte disse innbyggernes ulike behov. Lokale myndigheter skal også offentliggjøre informasjon om tilgjengelige tjenestetilbud.
- Disabled Persons (Service Consultation and Representation) Act av 1986 styrket forpliktelsene som var ilagt i loven av 1970 blant annet ved at lokale myndigheter må avgjøre om behovene til en person med funksjonsnedsettelse

utløser rett til noen av tjenestene som ble nevnt i Section 2 i loven av 1970.

- National Health Service and Community Care Act av 1990 pålegger lokale myndigheter å evaluere behovene for omsorgstjenester for personer med funksjonsnedsettelse.
- Disability Discrimination Act (DDA) av 1995 innførte nye rettigheter og tiltak som skulle fjerne diskriminering av personer med funksjonsnedsettelse i Storbritannia. Loven ga personer med funksjonsnedsettelse nye rettigheter innen arbeidsliv. Arbeidsmarkedsdelen av DDA skal forhindre en arbeidsgiver å diskriminere en person på bakgrunn av vedkommendes funksjonsnedsettelse, med mindre dette kan være rimelig.

Hjelpemidler og arbeid

På arbeidsmarkedet er programmet Access to Work drevet av de offentlige velferdskontorene Jobcentre Plus, som yter finansiell støtte til dekning av ekstra kostnader ved ansettelse av personer med funksjonsnedsettelse. Virkemidlene gjelder for arbeidsløse, personer i arbeid og selvstendig næringsdrivende og kan benyttes til alle former for lønnet arbeid. Støtten omfatter tilgang til lesehjelp, tilpasning av kjøretøyer for de som ikke kan benytte offentlig transport, spesialutstyr eller tilpasning av eksisterende utstyr, endringer på arbeidsstedet etc. Der også andre arbeidstakere kan benytte spesialutstyret for en arbeidstaker med funksjonsnedsettelse vil dette regnes som en fordel for arbeidsgiveren, og den beregnede verdien av fordelene arbeidsgiveren får trekkes fra de legitime kostnadene man får støtte til fra Access to Work.

WORKSTEP er et annet støtteprogram under Jobcentre Plus og gir støtte til personer med funksjonsnedsettelse som har problemer med å finne/beholde arbeid. Programmet gir støttepakker som skal bidra til tilgang til arbeidsmarkedet slik at personene i målgruppen kan oppfylle eget potensial i arbeidslivet.

Mer om formidling av hjelpemidler Storbritannia

Det grunnleggende prinsippet i Storbritannia er at alle har rett til å søke sosialtjenesten om en evaluering av sine behov. I National Health Services Patient's Charter står det at alle har rett til omsorg fra NHS på basis av behov, og ikke på grunnlag av betalingsevne eller andre grunner. Det er som regel sosialtjenesten som tildeler utstyr etter en vurdering av ergoterapeuter. Utstyr og tilpasning

beror på situasjonen til den enkelte bruker – myndighetene kan kreve at brukerne bidrar med en egenandel på visse kommunale utstyrstjenester. Community Care Act av 2003 regulerte dette slik at beslutninger ikke kan tas etter lokal vurdering alene. Ergoterapeuter spiller en viktig rolle også i tildeling av hjelpemidler til hjemmet. Dersom man trenger slikt utstyr etter opphold på sykehus deltar terapeutene i sykehusets planlegging, og utstyret tildeles fra tjenesteyter. For hjelpemidler som bare formidles av National Health Service, trengs en avtale med NHS-konsulent for å få tildelt utstyret. Denne kontakten formidles som regel av allmennpraktiserende lege. Behovsvurdering foretas av et team som består av en ergoterapeut, sykepleier, helsearbeider eller legespesialist. Produktene deles ut gratis dersom man oppfyller de fastsatte kriterier. Det er ingen nasjonal enhetlig praksis når det gjelder terskelverdien for tildeling av hjelpemidler – dette er avhengig av lokal praksis og budsjettene til helsemyndighetene.

For hjelpemidler som ikke er dekket av NHS eller sosialkontorene, er det mulig å kjøpe hjelpemidler for egen regning, men vedkommende vil ikke kunne få noen økonomisk støtte fra NHS. Det kan likevel være aktuelt å søke om finansiering fra veldedige organisasjoner/fond som for eksempel Lions og Rotary eller fra organisasjoner av personer med nedsatt funksjonsevne. Informasjon om hjelpemidler kan fås fra Disabled Living Foundation², lokale Disability Living Centres³, ulike fagtidsskrifter eller direkte fra produsentene.

Utlevering og utlån av hjelpemidler utføres som regel av de samme myndigheter som vurderer behovet for hjelpemidlene. Når det er NHS som utleverer hjelpemidlet utføres tilpasninger av spesialteknikere samtidig med utleveringen. Vedlikehold og reparasjoner foretas kostnadsfritt for brukeren.

Det er ingen sentral organisasjon som er ansvarlig for godkjenning av hjelpemidler i Storbritannia – utstyr skal kun være CE merket. Medicine and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) har et program for å teste utstyr spesielt for hospital som trenger store mengder av bestemte produkter. De er ikke en offentlig akkrediterende organisasjon, men gir anbefalinger etter å ha testet utstyret. Det anskaffes store mengder av hjelpemidler hvert år og NHS offentliggjør spesifikasjoner og krav til hjelpemidlene slik at det bri-

tiske marked er åpent for enhver leverandør som vil gi tilbud.

Systemet administreres av NHS Purchasing and Supply Agency (NHS PASA). De er et ekspert-senter for innkjøp og forsyninger til det nasjonale helsevesenet og administreres av Helsedepartementet. De er et rådgivende organ når det gjelder politikk og strategi for offentlige anskaffelser av hjelpemidler, men også aktiv deltaker i modernisering av innkjøpsordningen i helsetjenesten.

6.3.3 Hjelpemiddelsystemet i New Zealand

Lovgivningen

Lovgivningen er spredt over flere sektorlover som dekker rettigheter for personer med funksjonsnedsettelse og omfatter blant annet:

- Accident Compensation Act 1972 (erstattet 2001 av Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Act, se under)
- Disabled Persons Community Welfare Act 1975
- Bill of Rights Act 1990
- The Human Rights Act 1993 – endret ved The Human Rights Amendment Act 2001
- The Privacy Act 1993 endret ved Privacy Amendment Act av 1998
- New Zealand Public Health and Disability Act 2000
- Injury Prevention, Rehabilitation, and Compensation Act 2001

Formidling og finansiering av hjelpemidler

New Zealand har flere særpreg når det gjelder formidling av hjelpemidler. Det ene er at det er store avstander og få tjenesteytende organer, samt begrensede ressurser. I tillegg kan en person med funksjonsnedsettelse som har behov for hjelpemiddel i noen tilfeller måtte forholde seg til opp til fire sektormyndigheter, avhengig av årsaken til funksjonsnedsettelsen og til hvilket formål hjelpemidlet skal brukes:

1. Helsedepartementet
2. Utdanningsdepartementet
3. Accident Compensation Commission
4. Workbridge

Alle disse formidlingssystemene har ulike inngangsvilkår, finansieringsmåter og dekningsgrad, samt organisering. Det har over tid vært en utfordring å sikre en mer effektiv og helhetlig hjelpemiddelstjeneste i New Zealand. Et av tiltakene har vært å danne en ny organisasjon: Assistive Technology Alliance of New Zealand (ANTANZ). Denne organisasjonen samler tjenesteytere fra hele landet

2. Se: <http://www.dlf.org.uk/>

3. Se f.eks. <http://www.disabledliving.co.uk/disabledliving.shtml>

som har interesser i hjelpemidler og som hører inn under en av de fire offentlige sektormyndighetene nevnt over. ANTANZ skal formidle informasjon og lede utviklingen og levering av tjenester knyttet til hjelpemidler til alle innbyggere med funksjonsnedsettelse⁴.

En annen og viktig strategi for å forbedre systemet omfatter opplæring og trening av tjenesteytere, og drive informasjon og bevisstgjøring blant politikere og andre samfunnsaktører om betydningen av hjelpemidler for deltakelse for personer med funksjonsnedsettelse i samfunnet.

Hjelpemidler og utdanning

Formidling av hjelpemidler til skole og utdanning er Utdanningsdepartementets ansvar. Centre for Assistive Technology (CAT) er en del av Utdanningsdepartementet. Hjelpemidler i skolene omfatter computere, spesielle tastaturer, programvare, brytere og andre tilgjengelighetshjelpemidler. CAT tilbyr i denne sammenheng:

- Rådgivning, støtte og informasjon om hjelpemidler og tilrettelegging
- Støtte til vurdering av individuelle behov, anmodninger om rådgivning og anbefalinger for passende hjelpemidler og deres relevans i forhold til undervisningen
- Ressurser som er tilgjengelige for å prøves ut på individuelle brukere
- Kontaktdetaljer for leverandører av hjelpemidler
- Tilgjengelighet til eksperter på hjelpemidler og opptrening

Hjelpemidler i dagliglivet

Hjelpemidler til bruk i dagliglivet eller for generell livsførsel (som til å kommunisere eller til fritid), hører inn under Helsedepartementet. Kriteriet for å få støtte fra ordningene under dette departementet er, som de andre, at man har en funksjonsnedsettelse av minst seks måneders varighet.

Det er etablert en egen oppfølgingstjeneste, blant annet for vurdering av behov og samordning av tjenester (Need Assessment Service Coordination – NASC). Dette er en landsomfattende organisasjon med lokale kontorer, som har inngått avtale med Disability Support Service under Helsedepartementet, og har til oppgave å avgjøre om søkere har rett til tjenester som er finansiert av departe-

mentet. Den er ansvarlige for behovsanalyse, samordning av tjenester og allokering av ressurser innen fastsatte budsjettammer og arbeider med såvel personer med funksjonsnedsettelse, deres familier og andre for å identifisere behov. NASC gir deretter en rapport om hva slags støttetjenester og andre hjelpetjenester som er tilgjengelige og hvilke av disse som er finansiert av Disability Services. NASC allokere tjenester finansiert av departementet, som formidles av de forskjellige relevante leverandørene.

Informasjonstjenesten for funksjonshemmede (Disability Information and Advisory Service-DIAS) er en annen tjeneste under Helsedepartementet. Departementet finansierer innenfor rammen av denne informasjonstjenesten en rekke organisasjoner som gir rådgivning og informasjon. Noen av dem er enkeltorganisasjoner på regionalt plan mens andre arbeider gjennom et nasjonalt nettverk. Den gir informasjon i tilgjengelig format til personer med funksjonsnedsettelse og deres pårørende. Informasjon gjelder støttetjenester og hjelpeorganisasjoner, samt informasjon om de enkelte typer funksjonsnedsettelse. Tjenesten er gratis.

Når det gjelder formidling, vedlikehold og reparasjon av hjelpemidler finansierer Helsedepartementet egne, såkalte omgivelsesstøttetjenestene (Environmental Support Services,- ESS).

Hjelpemidler etter ulykker

Avhengig av forsikringsdekning, kan personer som får støtte til rehabilitering etter ulykker ha rett til hjelpemidler. I slike tilfeller hører saken inn under Accident Compensation Commission (ACC). Vedkommende må da oppfylle kriterier for å motta hjelpemidler. ACC er ansvarlig for å gi stønad til hjelpemidler som ikke er finansiert av for eksempel Utdanningsdepartementet, samt rådgivningstjenester som trenges etter en ulykke. Innen utdanningsområdet er det en avtale mellom ACC og Utdanningsdepartementet som dekker elever og studenter som pga en ulykke er dekket under ACC-regelverket.

Hjelpemidler i arbeidslivet – Workbridge

I arbeidslivet er det etablert en profesjonell arbeidsformidlende tjeneste, som retter seg mot alle kategorier av personer med funksjonsnedsettelse, inklusive dem som har langtidseffekter av skader og sykdom. Denne etaten har siden 1969 hatt ansvaret for formidling av arbeid til personer med funksjonsnedsettelse, inklusive krigsinvali-

4. Se: Zabala, Joy Smiley: Kiwis get set for success with Assistive Technology. <http://www.csun.edu/cod/conf/2004/proceedings/208.htm>

der. Et kriterium for å få støtte fra Workbridge er at man har en funksjonsnedsettelse, sykdom eller skade som har mer enn seks måneders varighet.

Arbeidsformidlingen er gratis både for arbeidstakere og arbeidsgivere, og det er i tillegg etablert et såkalt støttefond under Sosialdepartementet som dekker tilleggskostnader i forbindelse med en arbeidstakers funksjonsnedsettelse når hun eller han skal begynne eller fortsette i en jobb, få yrkesrettet trening eller starte egen bedrift.

Fondet dekker «utgifter knyttet til funksjonsnedsettelse» som er direkte knyttet til den arbeidssøkendes situasjon, når vedkommende skal utføre samme arbeid eller opptrening som en person uten funksjonsnedsettelse. Denne finansieringen skal komme som en siste løsning etter at man har forsøkt andre finansieringsformer. Fondene er tilgjengelige for alle personer med funksjonsnedsettelse, ikke bare de som er registrert som jobbsøkere hos Workbridge.

6.3.4 Den kontinentale modellen

Den kontinentale korporative velferdsstatsmodellen er kjennetegnet av at rett til pensjon og velferdsytelser opparbeides ut fra innsats og stilling i arbeidslivet og medlemskap i private forsikringsordninger. Avtaleløsninger er basert på forhandlinger mellom myndighetene og partene i arbeidslivet. Selvhjelpstanken står sentralt også i denne modellen, men ikke så sterkt som i for eksempel USA. Dette er en modell der rettigheter knyttes til klasse, status eller yrke, også kalt statussikringsmodellen. Velferdssystemets hensikt er i denne modellen å sikre inntektsnivået for tidligere yrkesaktive personer som ikke lenger kan arbeide. Familien har hatt en tradisjonelt viktig funksjon som velferdsyter og staten kommer inn når familien ikke lenger er i stand til å oppfylle denne rollen. Ytelsene er avhengige av inntekt og fokus er på omfordeling i forhold til livsløpet – folk med tidligere høy inntekt får høye ytelser, andre får lavere. Det er partene i arbeidslivet og ikke staten som finansierer velferdsstaten i denne modellen. Typiske land er i denne modellen er Nederland, Frankrike og Tyskland.

Selv om det er store variasjoner landene i mellom, kjennetegnes de alle av dualitet mellom nasjonalt og regionalt nivå. Som i Tyskland, er ansvaret for fordeling av hjelpemidler delt mellom føderal regjering og delstatene. Prinsippet om inkludering av personer med funksjonsnedsettelser i samfunnet er forankret i nasjonal lovgivning, men finansieringen er forskjelligartet fra region til region. Alle tyske borgere som er forsikret i et sykefond

har rett til nødvendige hjelpemidler. Det er fortrinnsvis sykefondet som informerer om finansiering, ved siden av annen informasjon som blant annet sendes ut av funksjonshemmedes organisasjoner. Så lenge hjelpemidlene står på sykefondets liste tar de på seg utgiftene til å anskaffe det inntil et fastsatt kostnadstak. Også i Frankrike må produkter stå på en offisiell liste over hjelpemidler, ellers må brukerne av hjelpemidlet søke om tilleggfinansiering fra helseforsikringselskaper. Dette er et trekk som går igjen i mange av disse landene; hjelpemidlet må stå på offisielle lister for at man skal motta det med ulik grad av økonomisk støtte. I andre land, som i Spania, dekker trykkesystemet bare delvis utgiftene til hjelpemidler – og de fleste hjelpemidler kjøpes uten finansiell støtte.

Finland kan på noen områder regnes med til det kontinentale systemet ved at man finansierer og formidler hjelpemidler innenfor en fonds- og forsikringsbasert ordning, som i Tyskland og Nederland. I Sør-Europa kan også organisasjoner av funksjonshemmede spille en sentral rolle, som i Spania, og de tar på en måte «familiens» rolle. Det spanske blindforbundet ONCE er et typisk eksempel på dette (se avsnitt om Spania), men er begrenset til ytelser og tjenester innenfor den målgruppen organisasjonen representerer.

6.3.5 Hjelpemiddelsystemet i Nederland

Lovreguleringen

Retten til hjelpemidler er regulert både i helse- og sosiallovgivningen. Det skilles mellom grunnleggende helsetjenester og (kostnader ved) langtidsomsorg og meget kostnadskrevende behandling. Helsesystemet i Nederland er styrt etter lov om helseforsikring (Ziekenfondswet, ZFW). Dette er organisert både som offentlige og private forsikringsordninger, avhengig av den enkeltes inntektsnivå. Det er egen forskrift om hjelpemidler fra 1996 (Regeling Hulpmiddelen 1996). Håndhevelsen av regelverket ligger hos de offentlige og private helseforsikringsinstitusjonene som vurderer om en person har rett til et bestemt hjelpemiddel. Avslag på vedtak om tildeling av hjelpemidler kan påklages.

Det nederlandske velferdssystemet sikrer økonomisk støtte til personer med funksjonsnedsettelser for å dekke spesielle kostnader, gjennom lov om spesiell assistanse (Algemene wet bijzondere bijstand, ABW). Dette systemet administreres av kommunene. Alle slags utgifter kan dekkes av dette systemet inklusive medisiner, utgifter til husholdning, fyring og hjelpemidler.

Det er ellers egen lovgivning om medisinsk og annen helsehjelp til pasienter og personer som bor på institusjoner, den alminnelige lov om eksepsjonelle sykdomsrelaterte kostnader (Algemene wet bijzondere ziektekosten). Denne loven regulerer også hjelpemidler (f.eks. rullestoler) for denne gruppen.

Nederland har også en lov om anskaffelser til funksjonshemmede (Wet voorzieningen gehandicapten – WVG). Denne er spesielt rettet mot personer med funksjonsnedsettelse og organiserer og regulerer tilpasninger i hjemmet, anskaffelse av rullestoler og andre bevegelseshjelpemidler og tilgjengelighet til offentlige transporttjenester. Den er kun rettet mot hjemmeboende funksjonshemmede og skal bidra til inkludering i samfunnet. Anskaffelser av hjelpemidler utføres lokalt, av kommunene. Det er inngått en nasjonal avtale mellom Sosialdepartementet, organisasjonene av funksjonshemmede og det nederlandske kommuneforbundet som skal sikre enhetlig implementering av loven om hjelp til funksjonshemmede uansett bosted. (Landelijk WVG Protocol av 25. mars 2002).

Hjelpemidler i arbeidslivet

Loven om reintegrering av funksjonshemmede arbeidstakere (Wet (re)integratie arbeidsgehandicapten, Wet REA) gjelder alle som har funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom eller ulykke, også dersom de ikke har vært i arbeidslivet før. Loven gjelder også yrkesrettet opplæring. Loven sikrer refusjon av utgifter til transport (for dem som tjener under en minimumsgrense) og til for eksempel kommunikasjons-hjelpemidler for døve og hørselshemmede.

Dersom brukeren ikke kan ta opp arbeid på sin gamle arbeidsplass kan man få et personlig «reintegreringsbudsjett» for å finne høvelig alternativt arbeid og dette dekker rådgivning, støtteordninger og yrkesrettet opplæring. Arbeidsgivere kan få skattereduksjon for å ansette eller gjeninnsette en arbeidstaker med funksjonsnedsettelse, i sistnevnte tilfelle skal det settes opp en reintegreringsplan.

Mer om formidling av hjelpemidler i Nederland

I de fleste tilfeller tas initiativet av brukeren selv eller av familie eller personer som står vedkommende nær. Dette vil som regel omfatte besøk til praktiserende lege som foreskriver det nødvendige hjelpemidlet. I tillegg kan spesiallege eller rehabiliteringssentra bli koplet inn. Behovsvurde-

ring utføres som regel innen helsevesenet (medisinske sentre, leger, rehabiliteringssentre etc.). Det er spesielle regler for de som skal (re)integreres i arbeidsliv eller utdanningssystemet. Først må vedkommendes arbeidsevne bli bedømt, og dette utføres av lege knyttet til arbeidsplassen eller et forsikringsselskap. For hjelpemidler som anskaffes av kommunene koples et kommunalt senter inn for å vurdere vedkommendes behov.

I de fleste tilfeller får brukeren som nevnt foreskrevet hjelpemiddel fra medisinsk personell. Vedtak fattes av forsikringsselskapenes medisinske rådgivere. Ved avslag eller hvis bruker ikke er enig, kan vedtaket påklages. Finansieringen avgjøres av hvilket system hjelpemidlene faller inn under. Listen over hjelpemidler viser beløpstaket for hva forsikringsselskapene finansierer. Andre produkter dekkes helt ut, så lenge forsikringsselskapet godkjenner dem. Leverandør sørger normalt for leveranse og vedlikehold, og det er en prøvetid for noen hjelpemidler. Det er ingen systematisk oppfølging etter utleveringen.

6.3.6 Hjelpemiddelsystemet i Tyskland

Lovreguleringen

I Tyskland er retten til hjelpemidler og nødvendig bistand for å forebygge, kompensere eller forbedre funksjonsnedsettelse regulert i lovgivningen på nasjonalt nivå. Den føderale regjeringen har videre utformet retningslinjer for universell utforming i design og bygging av offentlige bygninger, gater etc. samt til kommunikasjon i form av spesielt offentlige hjemmesider, skjemaer og annen informasjon. På området offentlig transport er målet at alle former for transportmidler skal være tilgjengelige for alle. Det samme gjelder restauranter. Personer med sterk grad av funksjonsnedsettelse har spesielle rettigheter, tilleggsstønader og skattelettelser, gratis offentlig transport og behøver for eksempel ikke betale TV-lisens.

De viktigste lovene som omfatter funksjonshemmede i Tyskland er Neuntes Buch des Sozialgesetzbuches – SGB IX (Bok 9 av sosialloven) og Behindertengleichstellungsgesetz BGG (Lov om like muligheter for funksjonshemmede). Begge lover utdyper grunnlovsbestemmelsen i Tyskland om at ingen skal diskrimineres på grunn av sine funksjonsnedsettelse. Lovene skal også sikre at funksjonshemmede skal kunne føre et så normalt liv som mulig, ha mulighet til lik deltakelse i samfunnet og det er spesielle bestemmelser om kvinner og barn med funksjonsnedsettelse. Støtteordninger omfatter medisinske rehabiliteringsordninger, ordninger som skal fremme deltakelse i

arbeidslivet for personer med funksjonsnedsettelse.

Tilgjengelighet er et kjerneområde i Behindertengleichstellungsgesetz. Tilgjengelighet defineres som det å skape et barrierefritt samfunn. Formålet er lik deltakelse i samfunnslivet ved å fjerne hindringer på områdene bygninger og transport, samt IKT.

Viktige sider ved det tyske systemet

Som på andre områder er tysk lovgivning når det gjelder hjelpemidler til personer med funksjonsnedsettelse preget av dualiteten mellom nasjonalt og regionalt nivå, dvs. mellom den føderale regjeringen og de enkelte delstatene (die Länder). Dette gjelder også helsevesenet og forsikringsordningene. På føderalt nivå har Helsedepartementet og Forbundsdagen mest innflytelse. Helsedepartementet er ansvarlig for helsevesenet og helseforsikringer. Delstatene er ansvarlige for sosiale tiltak, sykdomsbekjempende tiltak, sertifisering av leger og annet helsepersonell og lovgivning for farmasøytiske produkter. Derfor er implisitt andre deler av helseomsorgen, herunder hjelpemidler et delstatsansvar.

Korporatisme er et annet trekk ved det tyske systemet – dvs. at enkelte rettigheter overdras av staten gjennom lov til såkalte korporative selvstyrte institusjoner. Organisasjonenes posisjon i dette systemet vil være anerkjent av myndighetene. Til gjengjeld må organisasjonene akseptere en viss grad av offentlig kontroll med interne prosesser i organisasjonene. Medlemskap i disse institusjonene er obligatorisk og de kan skaffe egne finansielle ressurser med støtte fra staten. Disse korporative institusjonene har rett og plikt til å forhandle og inngå kontrakter med andre korporative institusjoner og til å finansiere eller levere tjenester til sine medlemmer. På tilbydersiden er det korporative systemet representert i det obligatoriske helseforsikringsopplegget av legeföreningene som har kontrakt med det obligatoriske systemet. På innkjøpersiden er det representert av helseforsikringsfondene. Alle slike fond er ideelle, selvstyrte organisasjoner på føderalt eller/og på regionalt nivå. I 1999 var det 453 slike obligatoriske «sykefond». Sosiale tiltak reguleres etter Bundessozialhilfegesetz (den føderale loven om sosial støtte) av 1962. Disse tiltakene skal bistå til å fjerne eller hjelpe på konsekvensene av å ha funksjonsnedsettelse, og søke å reintegrere dem det gjelder i arbeidslivet. Loven kan også brukes til ytelse av hjelpemidler der dette ikke er dekket av sykefondene. All lovgivning på dette området er regulert

av «sosiallovboken» (Sozialgesetzbuch) som definerer rettighetene og forpliktelsene til de som har helseforsikring og prinsippene som ligger til grunn for denne.

Hjelpemidler i arbeidslivet

Sozialgesetzbuch III (SGB III) omfatter tiltak og aktiviteter for å fremme arbeid for personer med funksjonsnedsettelse, herunder yrkesrettet rehabilitering. Denne reguleringen tar opp rettighetene til tre grupper – arbeidstakerne, arbeidsgiverne og helseforsikringsyter. Arbeidstakere med funksjonsnedsettelse har rett til spesialutstyr som kan inkludere kostnadene for ikke-ortopediske hjelpemidler. Arbeidsgivere har rett til finansiell støtte dersom arbeidsplassen må tilpasses en arbeidstakers funksjonsnedsettelse. Dette er bare mulig dersom tiltaket er nødvendig for å sikre langtidsansettelse av arbeidstakeren.

Loven om personer med alvorlig grad av funksjonsnedsettelse (Schwerbehindertenrecht) setter kvoter for hvor mange ansatte arbeidsgivere i det private eller offentlige skal ha (arbeidsgivere med mer enn 20 ansatte) – som regelen 5 prosent av arbeidsstyrken. De arbeidsgivere som ikke oppfyller kvoten må betale bøter. Arbeidskontorene (Arbeitsämter) har det lokale ansvaret for yrkesrettet rehabilitering.

Det er opprettet egne integrasjonskontorer (Integrationsämter) som krever inn bøkene fra arbeidsgivere som ikke oppfyller kvotene av arbeidstakere med funksjonsnedsettelse; samt gir finansiell støtte til arbeidsgivere som ansetter personer med funksjonsnedsettelse og yter ekspertise mht. tilpasning av arbeidsplasser, samt assisterer personer med funksjonsnedsettelse som mister arbeidet. De benytter også ekstern ekspertise for avklaring av behov for hjelpemidler og tilpasning på arbeidsplassene.

Mer om formidling av hjelpemidler i Tyskland

Alle som er forsikret av et sykefond har rett til hjelpemidler de trenger (synshjelpemidler, høreapparater, proteser, ortopediske hjelpemidler og andre). Det er allmennpraktiserende leger som foreskriver hjelpemidler. Informasjon spres fra flere kilder; leger, ergoterapeuter og apotek gir alle ut informasjon, mens det bare er sykefondet som informerer om finansiering. Funksjonshemmedes organisasjoner sørger også for informasjonsspredning. Sykefondet eller brukeren sender informasjon om foreskrevet hjelpemiddel til leverandør (Leistungserbringer) som foreslår et passende

produkt, samt angir kostnaden. I mange tilfeller er brukeren med og velger. Noen sykefond har kontrakt med leverandørene slik at utvalget blir mer begrenset. Andre har et lager av produkter som er returnert fra tidligere brukere. Dersom hjelpemidlet eksisterer på listen til sykefondet vil de påta seg utgiftene til å anskaffe det innenfor et fastsatt kostnadstak. Dersom man bare har bruk for hjelpemidlet i en begrenset periode er det mulig å låne det. Leverandørene for hjelpemidlet som er blitt identifisert ved behovsprøvingen for den enkelte bruker, er ansvarlige for å levere og tilpasse hjelpemidlet. Det er ingen automatisk oppfølging etter utleveringen. Det er opp til brukeren å kontakte enten sykefondet eller leverandøren dersom det trenges reparasjon, vedlikehold eller hvis det er aktuelt med en revurdering.

6.3.7 Hjelpemiddelsystemet i Frankrike

Lovreguleringen

12. februar 2005 la Frankrikes tidligere president Chirac frem loven «For like rettigheter og muligheter, deltakelse og medborgerskap for funksjonshemmede» (Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées). Loven har 101 artikler (paragrafer) og dekker alle områder fra uføretrygd til tilgjengelighetsbestemmelser.

Loven pålegger myndighetene å opprette offentlige organer for å forenkle møtet mellom funksjonshemmede og det offentlige, blant annet ved de kommunale «komiteer for rettigheter og selvstendighet for funksjonshemmede», og «departementale enheter for funksjonshemmede» (Maison Départementale des personnes handicapées) i hver kommune. Innbyggere med funksjonsnedsettelse får tildelt et «Certificat Médical Personne Adulte Handicapée» og de kommunale myndighetene er pliktige til å iverksette nødvendige tiltak.

I henhold til artikkel 2 i loven «For like rettigheter og muligheter, deltakelse og medborgerskap for funksjonshemmede» har personer med funksjonsnedsettelse samme grunnleggende rettigheter som alle andre nyter godt av, herunder tilgjengelighet til samme institusjoner som befolkningen for øvrig, samt inkludering i den ordinære skolen, arbeidslivet og andre deler av samfunnet.

Det er gitt nasjonale retningslinjer for tilgjengelighet til bygninger (innendørs og utendørs) og utendørsfasiliteter og arbeidsplasser. Offentlig kommunikasjon skal være tilgjengelig for alle i 2015. I tilfeller av mer omfattende hindringer skal det stilles til rådighet passende former for kompen-

serende transport. IKT i regi av det offentlige skal også være tilgjengelig for funksjonshemmede.

Mer om formidling av hjelpemidler i Frankrike

Det er behandlende lege, for eksempel på sykehus eller rehabiliteringssentre, eller på lokale legesentre, som først vurderer hjelpemiddelbehovet. Dette kan også gjøres av individuelle spesialister, sosialarbeidere, leger eller flerfaglige team som kan omfatte flere av disse kategoriene. Det er ofte vedkommende person eller dens pårørende som tar initiativ for å finne et passende hjelpemiddel. Informasjon om tilgjengelige hjelpemidler gis av de franske informasjons- og rådgivningssentre for hjelpemidler (CICAT), brukerorganisasjoner eller av leverandørene selv. I de fleste tilfeller mottar brukeren en henvisning fra allmennpraktiker, som også velger hjelpemiddel med hjelp av blant annet leverandør og farmasøyer. Dersom brukeren selv er i kontakt med et hjelpeapparat, f.eks. et «independent living» senter (SVA – Site pour la Vie Autonome) er det ergoterapeuter som vurderer personens behov i egne omgivelser og foreslår løsninger. Hvis hjelpemidlet står i den offisielle listen over hjelpemidler (LPRR) er det faste refusjonssatser å gå ut i fra. Dersom det er et mellomlegg mellom pris på hjelpemidlet og den aktuelle sats må dette dekkes fra andre kilder. For produkter som ikke står i registeret, eller for å få tilleggsfinansiering, må brukerne kontakte de obligatoriske helseforsikringsselskapene⁵. Der vurderes hver sak for seg og finansiering avhenger av om det er tilgjengelige midler. Det er leverandøren som normalt sørger for levering, opptrening og vedlikehold. Disse tjenestene er som regel inkludert i prisen. Det er ingen systematisk oppfølging etter utleveringen.

6.3.8 Hjelpemiddelsystemet i Italia

Lovreguleringen

Hjelpemiddelsystemet i Italia er regulert på nasjonalt nivå i lov nr. 67 av 1. mars 2006 Juridisk beskyttelse av personer med funksjonsnedsettelse, ofre for diskriminering. Videre er prinsippet om likebehandling og like muligheter for funksjonshemmede lovfestet i Lov nr. 104 av 5. februar 1992. I tillegg vises det til Lovdekret nr. 216 av 9. juli 2003 som stadfestet EUDirektiv 2000/78/EC mot diskriminering i arbeidslivet på grunnlag av blant annet nedsatt funksjonsevne.

5. F.eks. CPAM – Caisse Primaire d'Assurance Maladie, se <http://www.ameli.fr/>.

Regelverket forbyr enhver form for diskriminering av personer med funksjonsnedsettelse. Direkte diskriminering er definert som tilfeller der en person blir behandlet ufordelaktig i forhold til andre, på grunn av sin funksjonsnedsettelse. Indirekte diskriminering er definert som en situasjon der et tilsynelatende nøytralt tiltak, kriterium, praksis, tiltak, avtale eller adferd stiller en person med funksjonsnedsettelse i en ufordelaktig stilling i forhold til andre.

Hjelpemidler i arbeidslivet

Det er flere lover som regulerer dette feltet i Italia, som i likhet med Tyskland skiller mellom nasjonal og regional lovgivning. Det er lover som regulerer tilrettelegging av arbeidsplasser, fjerning av arkitektoniske barrierer, refundering, kvotering etc. Disse lovene skal hindre barrierer mot integrasjon av personer med funksjonsnedsettelse på arbeidsmarkedet, bl.a. Lov nr. 236 av 1989 som forbyr «fravær av hjelpemidler som fører til at personer med sensoriske funksjonsnedsettelse (blinde, døve eller stumme) skal kunne ha fri mobilitet».

Den italienske antidiskrimineringsloven på arbeidsmarkedsområdet (Lov nr. 104 av 1992, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) og Lov om reguleringer av funksjonshemmedes rett til arbeid (Lov nr. 68 Norme per il Diritto al Lavoro dei Disabili) er viktige på området. Den sistnevnte loven setter kvoter for ansettelse av arbeidstakere med funksjonsnedsettelse for arbeidsgivere med 15 ansatte eller mer. Dette omfatter også arbeidsgivernes plikt til å bringe til veie nødvendig utstyr for at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne utføre arbeidet.

Mer om formidling av hjelpemidler i Italia

Det er den enkelte bruker med behov for hjelpemidler eller vedkommendes familie som tar initiativet gjennom en praktiserende lege, som vurderer behovet og foreskriver et hjelpemiddel hos en medisinsk spesialist på sykehus eller offentlig terapi- og rehabiliteringssenter eller forsknings-senter. Spesialisten tildeler et passende hjelpemiddel på grunnlag av brukerens individuelle behov, samt vurderer behov for tilpasning og kostnader i dialog med vedkommende. Deretter sendes dokumentasjonen til det lokale ekspert-senteret som fatter endelig vedtak om anskaffelse av hjelpemidlet. Alle hjelpemidler som er registrert på Helsedepartementets nasjonale register er fullfinansiert av staten. Dersom brukeren ønsker et hjelpemiddel som

ikke er en del av registret, kan man gi fullmakt til å levere dette hjelpemidlet på betingelse av at prisen tilsvare pris for det registerførte hjelpemidlet. Hvis hjelpemidlet koster mer enn det tilsvarende registerførte hjelpemidlet må brukeren finansiere det overskytende beløpet. Det er også mulig å få redusert skatt på 19 prosent for utlegg til hjelpemidler. Det er autoriserte leverandører som er ansvarlige for å levere hjelpemidler. De er ført på det nasjonale registeret av leverandører som er registrert hos Helsedepartementet. Brukerne er ikke påkrevet å oppsøke rehabiliteringssentre for periodiske revurderinger, bare dersom de er misfornøyd med hjelpemidlets ytelsesevne. Det er etablert et systemet for oppfølging, som omfatter garantier, frister for fornyelse av hjelpemidlet, regler for eierskap og reserveutstyr.

Organisasjonene av funksjonshemmede formidler informasjon, rehabilitering og opplæring om hjelpemidler. Forsknings- og informasjonssenteret for hjelpemidler – SIVA (Servizio Informazioni e Valutazione Ausili) er det viktigste informasjons- og rådgivningssenteret på dette området. Det er videre etablert offentlige arbeidsterapi- og rehabiliteringssentra, sykehus og forskningssentra i alle regioner, som gir informasjon og gratis rådgivning til personer med funksjonsnedsettelse med behov for hjelpemidler.

6.3.9 Hjelpemiddelsystemet i Spania

Lovreguleringen

Lov om sosial integrasjon av 1982 (Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusvalidos) er basert på grunnlovens paragraf 49 fra 1978, som knesatte prinsippet om rehabilitering og integrasjon av funksjonshemmede. Loven etablerte et generelt rammeverk for offentlige myndigheters ansvar for å legge til rette for integrasjon av funksjonshemmede i samfunn og yrkesliv.

Relevant er også loven om sosial trygghet (Ley General de Seguridad Social – texto refundido por Decreto 2065/1974 de 30 de mayo) som setter rammene for det velferdspolitiske systemet i Spania, herunder medisinsk og medikamentell bistand.

Reguleringen av hjelpemidler

Helseloven (Ley General de Sanidad) fra 1986 etablerte det spanske helsesystemet, SNS. Distribusjon av medisinsk utstyr, inklusive hjelpemidler regnes som en tilleggstjeneste. Dette betyr at brukerne i prinsippet kan bli pålagt en egenandel, selv om mange hjelpemidler finansieres fullt ut av SNS. Selv om lovgivningen er nasjonal, består Spania av

17 autonome regioner med stor grad av selvstyre på det sosial- og helsepolitiske feltet. Som i Italia fører dette til forskjeller i tilbudet av hjelpemidler regionene imellom.

Hjelpemidler i arbeidslivet

Lov om sosial integrasjon av personer med funksjonsnedsettelse regulerer bistand til funksjonell rehabilitering, assistanse og trening. Lov om risikoforebygging på arbeidsplasser av 1995 innførte kravet om at arbeidsplassen skulle tilpasses arbeidstakernes personlige situasjon. Fra flere hold hevdes det at den spanske lovgivningen i mange tilfeller er blitt benyttet mer til subsidiering av arbeidsgiverne enn reell integrasjon på arbeidsplassene.⁶

Når det gjelder kostnader knyttet til tilpasning av arbeidsplassene garanterer Arbeids- og sosialdepartementet for en viss sum dersom en person med funksjonsnedsettelse får fast ansettelse. Det spanske blindforbundet ONCE (Organisacon Nacional de los Ciegos de Espana) dekker hele kostnaden for tilpasning av arbeidsplassen for synshemmede dersom de er medlemmer av ONCE, dvs. at de har en synsrest på maksimum 1/10. Denne organisasjonen har også fått tildelt ansvaret for å drive rehabilitering overfor andre grupper av funksjonshemmede.

Mer om formidling av hjelpemidler i Spania

Det er den enkelte bruker eller vedkommendes familie som tar initiativet til anskaffelse av hjelpemidler; i noen tilfeller er det sosialtjenesten eller en ergoterapeut knyttet til arbeidsplassen. Ofte er den primære kontakten med en allmennpraktiserende lege. I noen tilfeller tas det også initiativ i forbindelse med opphold på sykehus. Helsevesenet krever ikke at man er registrert som funksjonshemmet, det er kun krav om at foreskriving av hjelpemiddel er foretatt av en lege som følger regelverket for det aktuelle hjelpemidlet. For eksempel krever utlevering av høreapparat at en spesialist har foreskrevet hjelpemidlet og at man har testet hørselkapasiteten. Dette kan også foretas på spesialist-sentra, som velger ut det korrekte utstyret. For hjelpemidler under trygdesystemet må det søkes til det regionale trygdesenteret for at man skal få hjelpemiddel. Graden av nedsatt funksjonsevne

avgjør økonomisk støtte og skattefradrag og man må ha minst 33 prosent nedsatt funksjonsevne for å komme inn under det offentlige systemet. For medisinske hjelpemidler kan det kreves en grad av egenfinansiering. Dette omfatter eksterne midlertidige eller permanente proteser, rullestoler og ortoser. Produkter som er unntatt dette er utstyr til sportsbruk. Trygdesystemet og helsevesenet i Spania dekker bare et utvalg av tilgjengelige hjelpemidler. I følge en nasjonal undersøkelse kjøpes de fleste hjelpemidler på det åpne marked uten tilskudd fra det offentlige. Det er etter både det offentliges og organisasjonenes oppfatning for lang ventetid på å få hjelpemidler. Dette fører til at hjelpemidler importeres, uten mulighet for utprøving og tilpasning. Ventetiden er også lang for tilpasninger og reparasjoner. Det er ingen systematisk oppfølging etter utleveringen.

6.3.10 Den nordiske modellen

Den nordiske velferdsmodellen er preget av en stor velferdsstat, som bruker en blanding av intervensjoner og reguleringer. Denne «universale» modellen skal sikre likhet, gjennom at stønadssystemet og skattesystemet har som målsetting omfordeling av inntektene. Systemet er i hovedsak skattefinansiert og bygger på kollektive og individuelle rettigheter (som til hjelpemidler). Ytelsene, i form av velferdsordninger, er universelle og har til formål å utjevne levekårene og sikre mulighetene for samfunnsmessig deltagelse. Borgerne er sikret en minimumsinntekt og omsorg uavhengig av tilknytning til arbeidslivet og sin status i samfunnet. Et annet kjennetegn ved denne modellen er det sterke innslaget av offentlige tjenester og en mer aktiv, offentlig sysselsettings- og inntektspolitikk enn på kontinentet og i USA. Til denne gruppen av land regnes Norge, Sverige, Danmark og Finland.

I alle nordiske land er det i utformingen av hjelpemiddelsystemet lagt vekt på utjevning av levekår som et prinsipp for tilgjengelighet til nødvendige hjelpemidler. Videre kjennetegnes systemet av at det er finansiert og organisert av det offentlige, men med ulik grad av desentralisering. Organisasjonene av funksjonshemmede har en større rolle i Finland og Island når det gjelder hjelpemiddelformidling, enn i de øvrige nordiske land. En annen forskjell ligger i om landene har formidlingssentra for hjelpemidler som dekker alle områder (som Norge) eller om de er diagnosespesifikke (som hørselssentra, synssentra etc.). Den sterke desentralisering av ansvar som preger Danmark gir også et nasjonalt særpreget til hjelpemiddelfor-

6. Definiciones de discapacidad en Espana: Una analisis de la normativa y la legislacion mas relevante, SID 2002, gjengitt i European Commission: Access to Assistive Technology in the European Union, 2003.

midlingen, der kommunene spiller en langt mer sentrale rolle, enn i øvrige nordiske land.

6.3.10.1 Hjelpemiddelsystemet i Danmark

Lovreguleringen

Lov om sosiale tjenester (Lov om social service av 9. september 2002) regulerer det sosialpolitiske område i Danmark. Dette er en generell lov som legger rammene for sosialpolitikk overfor barn, unge og voksne, herunder retten til hjelpemidler. Lov om rettsikkerhet og administration på det sociale område av 26. september 2002 fastlegger strukturen og de grunnleggende prinsipper for administrasjon av individuelle sosiale rettigheter.

Hjelpemidler i hjemmet

I henhold til Lov om social service 2002 skal kommunen yte støtte til hjelpemidler og forbruksgoder til personer med varig nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne, når hjelpemidlet eller forbruksgodet

1. i vesentlig grad kan avhjelpe de varige følgene av den nedsatte funksjonsevnen
2. i vesentlig grad kan lette den daglige tilværelsen i hjemmet eller
3. er nødvendig for at vedkommende kan utøve et yrke

Bevilgning av hjelpemidler og forbruksgoder skal medvirke til at søker får mulighet til å føre en så normal og selvstendig tilværelse så mulig. Ytelsen skal dessuten i størst mulig grad gjøre søkeren uavhengig av bistand i det daglige. Tildeling av hjelpemidler og forbruksgoder skal samtidig sikre at personer med varig funksjonsnedsettelse, som ønsker det, får mulighet for å få eller beholde tilknytning til arbeidslivet.

Hjelpemidler og forbruksgoder etter Lov om social service ytes uavhengig av forhold som alder, inntekt eller formue. Det er en forutsetning for å få støtte etter Lov om social service at hjelpemidlet eller forbruksgodet ikke bevilges etter annen lovgivning. Hjelpemidler lånes ut gratis, så lenge det er behov for det.

Sedvanlig innbo omfatter produkter, som normalt finnes i ett hvert hjem, for eksempel stoler, bord, senger, telefoner, video mv. Det gis ikke støtte til forbruksgoder, som normalt inngår i et vanlig hjem. *Forbruksgoder* omfatter produkter, som er framstilt og selges med den alminnelige befolkning som målgruppe. Slike produkter er

nødvendigvis ikke utviklet for å kompensere for en funksjonsnedsettelse, men kan likevel benyttes til det formålet. Bruker får da dekket 50 prosent av prisen for et alminnelig standardprodukt og får eiendomsretten til produktet. Forbruksgoder, som utelukkende fungerer som et hjelpemiddel, kan kompenseres fullt ut (dvs. uten egenbetaling).

Boligtilrettelegging

Etter Lov om Social service kan det også gis støtte til tilrettelegging av bolig for personer med varig nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne, når tilretteleggingen er nødvendig for å gjøre boligen bedre egnet som oppholdssted. I særlige tilfeller, der man likevel ikke oppnår en bedre egnet bolig ved hjelp av tilrettelegging, så kan det ytes støtte til dekning av utgifter til anskaffelse av annen egnet bolig. Formålet med støtte for tilrettelegging av bolig eller bytte av bolig er at personer med varig funksjonsnedsettelse skal kunne leve et alminnelig liv som andre jevnaldrende i samme livssituasjon. Samtidig skal støtten bidra til å gjøre søker mer selvhjulpent og dermed mindre avhengig av andres bistand eller bidra til å lette andres arbeid i forhold til søker.

Hjelpemidler til behandling og trening

Etter sundhetsloven er ansvaret for behandlings- og treningshjelpemidler todelt. Sykehuset har ansvaret for apparatur og hjelpemidler som pasienten forsynes med som ledd i eller som en fortsettelse av den behandling som er startet opp på sykehuset. Formålet er enten å oppnå ytterligere forbedring av det resultatet man har oppnådd ved behandlingen eller forhindre en forverring. Hjelpemidler og apparatur pasienten etter sykehusets vurdering har behov for mens pasienten venter på sykehusbehandling, er også omfattet av reglene.

Etter utskrivning fra sykehuset er det kommunens ansvar å skaffe og gi støtte til hjelpemidler når en person har et legefaglig begrunnet behov for opptrening. I de tilfeller der en person har et legefaglig begrunnet behov for spesialisert, ambulant opptrening som forutsetter fagekspertise fra et sykehus og tilbys på sykehuset, skal sykehuset levere de nødvendige behandlingsredskaper eller hjelpemidler. Når den spesialiserte, ambulante opptrening foregår hjemme (etter utskrivning fra sykehuset) er det kommunen som dekker utgiftene.

Hjelpemidler til undervisning

Grunnskolen

Det er skolen som har ansvar for å legge til rette for barn som krever spesialundervisning og annen spesialpedagogisk bistand i grunnskolen (barnehageklassen samt 1.-10.trinn), hvis utviklingen krever særlig hensyntagen eller støtte, som ikke kan gis innenfor rammene av alminnelig undervisning. Hjelpemidler anses som en del av den spesialpedagogiske bistanden. Hjelpemidler som er nødvendige i forbindelse med lekselesing i hjemmet er også omfattet. Nødvendige undervisningsmidler skal stilles til rådighet vederlagsfritt. Det kan for eksempel dreie seg om teleslyngeanlegg til hørselshemmede, punktskriftmaskiner til blinde og svaksynte eller hjelpemidler som er nødvendig til undervisning av ordblinde.

Videregående utdanning, yrkesutdanninger og høyere utdanning m.m.

Når det gjelder videregående utdanning er det et tilsvarende system, som for studenter i høyere utdanning med behov for spesialundervisning eller annen spesialpedagogisk bistand. Støtten ytes av utdannelsestedet etter konkret søknad fra studenten. Ordningen administreres av *Styrelsen for Statens Uddannelsesstøtte*. Støtten kan blant annet bestå i hjelpemidler i form av syntetisk tale, skanner, diktafon. Støttes gis til helt spesifikke utdannelsesmessige formål, slik at studenter med funksjonsnedsettelse skal kunne delta i de samme studieaktivitetene som undervisning, gruppearbeid, individuelle studier mv., som andre.

Hjelpemidler i arbeidslivet

Etter Lov om aktiv beskæftigelsesindsats (aktivloven) gis det hjelpemidler til personer som er i jobb eller som skal inn på arbeidsmarkedet. Hjelpemidlene skal kompensere for begrensninger i arbeidsevnen og skal være nødvendige for at personen skal kunne utføre en konkret arbeidsprosess. I følge aktivloven kan det ytes tilskudd til hjelpemidler i form av undervisningsmateriale, arbeidsredskaper og arbeidsplasstilrettelegging. Opptil 70–80 prosent av hjelpemidlene leveres ut på prøve slik at man kan kontrollere at de fungerer godt. Hvis alt fungerer kan personer få permanent tillatelse til å benytte dem, hvis ikke prøver man ut noe annet.

Støtte til hjelpemidler til bruk i arbeidslivet administreres av *jobcentre*. Det er enten staten eller kommunen i *jobcenteret*, som bevilger tilskudd til hjelpemidler. Avgjørelser kan klages inn

til *beskæftelsesankenævnet*. Jobcenteret i Vejle har en landsdekkende spesialfunksjon, med det formål å fastholde og integrere flere med funksjonsnedsettelse i arbeid. I tillegg til hjelpemidler gis det også praktisk hjelp i form av funksjonsassistanse. I Danmark gis funksjonsassistanse uavhengig av målgruppe.

Klageadgang

Vedtak på hjelpemidler eller tilrettelegging av bolig etter serviceloven, kan klages inn for det sociale nævn (klagenemnd). I hver av landets fem regioner, er det opprettet et eller flere sociale nævn. Her kan saken prøves av en annen myndighet. Det finnes dessuten en ytterligere klageadgang, Den Sociale Ankestyrelsen.

Den Sociale Ankestyrelsen er den sentrale statlige klageinstansen på det sosiale området. Den Sociale Ankestyrelsen fikk økt betydning for hjelpemiddelområdet etter en lovrevisjon 1998, da de fikk i oppgave å være praksiskoordinerende. Med dette menes at de skal sikre at alle borgere, på tross av det utstrakte kommunale selvstyre, stiller likt uansett hvor de bor i landet. Den Sociale Ankestyrelsen praktiserer dette ved blant annet å offentliggjøre sine avgjørelser og ved å ta initiativ til undersøkelser, hvor de belyser saksbehandlingen på spesifikke områder og skriver konkluderende rapporter.

Organisering av hjelpemiddelforvaltningen

Danmark er preget av en desentralisert offentlig sektor, slik at offentlige tjenester utføres i størst mulig grad i kommunene. Med utgangspunkt i sektoransvarsprinsippet – som på hjelpemiddelområdet i Danmark forstås slik at ansvaret for støtte til hjelpemidler blir plassert der hjelpemiddelbehovet opptrer – er ansvaret for tildeling av hjelpemidler plassert hos forskjellige sektorer og institusjoner. Det betyr at forskjellige sektorer har bygget opp flere parallelle formidlingssystemer blant annet for skoleområdet, høyere utdanning, arbeidsområdet og det sosiale området. I Danmark har man også organisert hjelpemiddelområdet i diagnosespesifikke institusjoner med synscentraler, høreinstitutter og hjelpemiddelsentraler.

Når det gjelder hjelpemiddelforvaltning innen det sosiale området var dette kommunenes ansvar frem til 1. juli 1998. Kommunene kunne få faglig bistand i konkrete brukersaker fra hjelpemiddelsentralene og teknologisentrene. I 1998 ble ansvaret for større boligsaker over kr 106 000, proteser og ortoser, spesialbiler og kommunikasjonstekno-

logi lagt til det regionale forvaltningsnivået, som i Danmark er amtene. Begrunnelsen for å legge disse oppgavene til amtene var at hver enkelt kommune ikke hadde nok saker til å utvikle god nok kompetanse, man ønsket derfor å samle og utvikle bedre kompetanse på disse spesifikke områdene. Resten av hjelpemiddelområdet forble kommunenes ansvar.

Etter strukturreformen⁷, som trådte i kraft 1. januar 2007 har kommunene igjen overtatt ansvaret for alle hjelpemidler. Hver kommune kjøper inn hjelpemidler og driver eget hjelpemiddeldepot med gjenbrukshjelpemidler. Det er en tendens til at flere kommuner leaser hjelpemidler hos en privat leverandør, som har etablert depotfunksjon, eller at flere kommuner slår seg sammen og lager felles innkjøpsavtaler og depotfunksjon.

Strukturreformen ga kommunene en valgfrihet i forhold til om de ville overta de såkalte «*kan-institusjonene*», eller om de ville la de overgå til regionene. Kommunene kunne også velge om de ville overta institusjonene med det samme eller vente og overta på et senere tidspunkt, hvis de ønsket det. De fleste kommunene valgte en hurtig overtakelse av de amtskommunale institusjonene, så kun 20 prosent av disse gikk til regionene. For de amtskommunale institusjonene som gikk over til regionene er den fremtidige organisasjonstilknytningen noe usikker, da den kommunen de er lokalisert i hvert år kan beslutte å overta regionens tilbud hvis de ønsker det i forbindelse med de årlige rammeavtalene. Dette gjelder også for de hjelpemiddelsentralene som har fått en regional organisasjonstilknytning. Ved årssiftet 2008/2009 hadde tre av hjelpemiddelsentralene regional tilknytning, mens seks var kommunale og fire hjelpemiddelsentraler var nedlagt.

Synscentraler og hørselsinstitutter

Kommunene eller regionene driver på samme måte en rådgivningstjeneste på synsområdet gjennom synscentraler og hørselshjelpemidler gjennom hørselsinstitutter.

Finansiering

Etter strukturreformen har kommunene igjen overtatt finansieringsansvaret for alle hjelpemidler. Med hensyn til drift av det enkelte hjelpemidlet

er det en generell tendens til at hjelpemiddelbrukeren må betale mer og mer, for eksempel er det egenbetaling på akkumulatører til elektriske rullestoler. Likeledes betraktes flere hjelpemidler som forbrukssteder eller sedvanlig innbo og som det ikke lenger kan gis støtte til, eller at bruker får refundert 50 prosent av det utstyret koster. Et eksempel på dette er elektriske scootere (3 eller 4 hjulinger) som ifølge den Sociale Ankestyrelsen kan betraktes som et forbruksstode som er fremstilt og forhandles bredt med henblikk på sedvanlig forbruk hos spesielt den eldre befolkning eller mindre mobile del av befolkningen.

Det er ikke tillatt å gi avslag på søknad om hjelpemiddel med den begrunnelse at budsjettet er overskredet. Som en konsekvens av at kommunen har fått det totale finansierings- og myndighetsansvaret for funksjonshemmede, skal hjelpemiddelsentralene inntektsfinansieres. Kommunene bruker hjelpemiddelsentralens tjeneste blant annet til å utrede komplekse brukersaker eller til opplæring av egne ansatte. Kommunene må betale for slik konsulentbistand fra sentralene. I det omfang regionene ivaretar oppgaver på hjelpemiddelområdet finansieres også disse av kommunene. Dette har ført til at mange kommuner har redusert bruken av eller sluttet å bruke hjelpemiddelsentralenes rådgivningstjeneste. Dette har ført til at flere hjelpemiddelsentraler ikke har fått nok oppdrag til å opprettholde driften.

Sentrale støttefunksjoner

I tillegg til at kommuner og regioner driver hjelpemiddelsentraler, synscentraler og hørselsinstitutter, så er det opprettet en ny videns- og spesialrådgivningsorganisasjon (VISO).

VISO skal yte gratis, veiledende spesialrådgivning og utredning i de mest spesialiserte og kompliserte enkeltsaker på følgende områder:

- Barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse
- Spesialundervisning og spesialpedagogisk bistand til barn, unge og voksne

Til å ivareta spesialrådgivning og utredning har VISO inngått avtaler med faglige eksperter i hele landet som de kjøper denne tjenesten fra.

Hjelpemiddelinstuttet inngår som ett av de 14 videnscentra i VISO. Instuttet koordinerer og deltar i prøvnings-, forsknings- og informasjonsvirksomhet på hjelpemiddelområdet. De evaluerer hjelpemidlenes bruksområde og funksjonalitet og driver en hjelpemiddeldatabase som gir en samlet oversikt over utvalget av hjelpemidler på markedet.

7. Gjennom strukturreformen ble 14 fylker slått sammen til 5 regioner med totalt 98 kommuner. 66 kommuner ble fusjonerte. De fleste kommunene skal etter reformen ha et befolkningsgrunnlag på minst 20 000 innbyggere.

6.3.10.2 Hjelpemiddelsystemet i Sverige

Lovreguleringen

Det svenske systemet for formidling av hjelpemidler er forankret i nasjonale lover, mens utøvelsen ligger på lokalt og regionalt nivå (län). Dette er rammeverkslover som spesifiserer målene for systemet, mens kommunene og landstinget på regionalt nivå er tillagt ansvaret for forvaltningen av lovene og å utøve et faglig skjønn.

Retten til hjelpemidler er regulert i Hälso- och sjukvårdslagen (1982) og fordeler oppgaver til landstinget og kommunene. Gjennomgående har landstinget ved sine hjelpemiddelsentraler, ansvaret for hjelpemidler til bevegelsehemmede, hørselssentraler, synssentraler, ortopediske sentra samt tolkesentraler. Primærhelsetjenestene og sykehus/klinikker har også et ansvar. I mange tilfeller har kommunene ansvar for formidling av hjelpemidler, spesielt overfor eldre med bevegelsehemninger. I noen kommuner er det rehabiliteringsteam som formidler hjelpemidler.

Det er spesielle regler for produkter som faller i kategorien forbrukergoder og kan omfatte produkter som gjør den enkelte i stand til å ivareta personlige behov (påkledning, spising, personlig hygiene) samt til å bevege seg rundt, kommunisere med andre, fungere i sine hjem og i lokalmiljøet, orientere seg, klare daglige rutiner i hjemmet, gå på skolen og ta del i fritidsaktiviteter.

Landstinget kan avtale med kommunen at den skal formidle hjelpemidler, og det er derfor ikke alltid like klart hvordan ansvarsfordelingen mellom disse nivåene er. Man bedømmer ofte den totale livssituasjonen for brukeren og ikke kun vedkommendes behov for hjelpemidler. Kommunene har gjennomgående ansvaret for hjelpemidler til bruk i dagliglivet.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) forplikter både landsting og kommuner, men gir ikke den enkelte funksjonshemmede rett til hjelpemiddel. Enkeltvedtak om hjelpemiddel kan ikke påklages til domstol. Innenfor rammen for HSL kan det enkelte landsting og kommuner beslutte et mer detaljert regelverk (regelverkshandbok), for eksempel hvilke produkter som skal betraktes som hjelpemiddel og som skal kunne gis til personer med funksjonsnedsettelse. Forskjeller på praksis vedrørende avgifter og hva som gis er derfor store. Det samme gjelder for beslutninger om prinsipper for eget ansvar dvs. hvilke produkter bruker selv er ansvarlig for å kjøpe.

Begrepet *egenansvar/egenvård* som flere landsting har innført innebærer at det ikke kan gis støtte

til bestemte produkter og brukeren må selv bekoste disse. Flere landsting har definert at hjelpemiddel er produkter som krever kompetanse fra helse- og omsorgspersonell for å kunne prøves ut, tilpasses eller gis opptrening i. Beskrivelse av *egenvårdsprodukter* er at der er produkter som normalt finns i et hjem og/eller kan kjøpes i vanlig handel eller som ikke krever kompetanse fra helse- og omsorgspersonell. For eksempel er det blitt langt vanligere at småhjelpemidler, dekk, slanger og batterier til rullestoler m.m. må bekostes av bruker. Rullatorer anses også av flere landsting og/eller kommuner som brukers eget ansvar.

Hjelpemidler i arbeidslivet

I Sverige regnes det med at 56 prosent av personer med funksjonsnedsettelse i yrkesaktiv alder er i arbeid, mot 78 prosent for den øvrige befolkningen. Sverige har ikke kvoteringsordning i arbeidslivet og man legger mer vekt på lov mot diskriminering i arbeidslivet og arbeidet til Handikapombudsmannen. Ansvaret for tildeling av hjelpemidler på arbeidsplassene er delt mellom Arbetsförmedlingen og Försäkringskassan. Førstnevnte instans skal assistere personer med funksjonsnedsettelse i å finne jobb og assisterer dem de første 12 måneder i jobben. Försäkringskassan sørger for at arbeidstakeren har de hjelpemidler vedkommende trenger for å kunne utføre sitt arbeid.

Förordning om särskilda insatser för personer med arbetshandikapp av 2000 omfatter beslutninger om arbeidsmarkedspolitikken for funksjonshemmede under de første 12 måneder med sysselsetting. Incentiver omfatter tilskudd til arbeidsgivere som tilpasser arbeidsplassen til personer med funksjonsnedsettelse eller som installerer hjelpemidler. Målet er å gjøre arbeidsmarkedet mer tilgjengelig – enten det dreier seg om å få arbeid, starte egen bedrift eller delta i arbeidsmarkedsprogrammer eller yrkesrettet trening. Denne støtten skal kompensere for redusert arbeidsevne hos personer med funksjonsnedsettelse og styrke mulighetene til å få eller beholde arbeid.

Myndighetene gir støtte til arbeidsgivere og til arbeidstakere med funksjonsnedsettelse. Støtte til hjelpemidler gis som personlige hjelpemidler til arbeidstakere for å kunne utøve arbeidet og til tilpasninger på arbeidsplassen som allokteres til arbeidsgiveren. Det kan også tildeles støtte til IKT-relaterte hjelpemidler, dersom hjelpemidlet ikke har verdi for andre enn den enkelte arbeidstaker. Ellers ytes hjelpemidlene til halve kostnaden. Utprøving og tilpasning av hjelpemidlene utføres i

samarbeid mellom Institutt for sosialforskning, private selskaper og enheter under Arbetsmarknadsverket. Arbeidsformidlingen gir opplæring i hvordan man benytter databaserte hjelpemidler. Försäkringskassan dekker kostnader i forbindelse med reparasjoner og oppfølging av hjelpemidler levert gjennom Arbeidsformidlingen.

Organisering av hjelpemiddelforvaltningen

Hjelpemidler er en integrert del av omsorgs- og habiliterings-/rehabiliteringsinnsatsene som ivaretas av *sjukvårdshuvudmännen* for landting og kommuner. Hjelpemiddelsentraler i regi av landstinget finnes i hvert län og formidler hjelpemidler til personer med bevegelsesvansker, kognitive- og kommunikasjonsproblemer.

Det finnes også regionale løsninger, for eksempel Region Skåne som har fem hjelpemiddelsentraler og en spesialenhet for databaserte hjelpemidler. De fem hjelpemiddelsentralene er organisert i fem geografiske enheter, mens spesialenheten for databaserte hjelpemidler er regionovergripende. 11 kommuner innenfor denne regionen (11-gruppen) har imidlertid inngått en interkommunal ordning der de har konkurranseutsatt hjelpemiddelvirkksomheten som da blir ivaretatt av tre hjelpemiddelleverandører.

Det er egne syns- og hørselssentraler for hjelpemidler til syns- og hørselshemmede i det enkelte län, som i noen tilfeller er samlokalisert med hjelpemiddelsentralene. Det finnes også regionale dataressurssenter med spesialkompetanse på datahjelpemidler i noen regioner eller i noen tilfeller som en del av hjelpemiddelsentralen på landstingsnivå. I Dalarnas län er hørselssentral, tolkesentral, synssentral og ortopedisk verksted samorganisert med hjelpemiddelsentralen. Noen hjelpemiddelsentraler har utstilling og butikk der de selger små hjelpemidler som brukerne må bekoste selv.

En stor andel av hjelpemiddelsentralene, syns- og hørselssentralene er organisatorisk tilknyttet habiliterings-/rehabiliteringstjenesten/sykehuset, mens andre har en mer selvstendig materialadministrativ forvaltning i landstinget.

Det er hjelpemiddelsentralen som godkjenner og gir opplæring til foreskrivere av hjelpemidler med helsefaglig bakgrunn både i kommunen og på landstingsnivå. Hjelpemiddelsentralene jobber konsultativt i forhold til kommuner og ulike institusjoner på landstingsnivå. Rådgivning skjer når det gjelder mer komplekse og/eller uvanlige saker og ved spesialtilpasninger. Det er altså ingen vedtaksfunksjon på hjelpemiddelsentralen som i Norge, men mer en ordning tilsvarende den norske bestil-

lingsordningen der hjelpemiddelsentralen gir opplæring og godkjenner kommunale rekvirenter.

Finansiering og organisering

Dagens ansvarsfordeling på hjelpemiddelområdet mellom landsting og kommuner i Sverige er forankret i den nasjonale Ädelreformen (1992), som tydeliggjorde den nære forbindelsen mellom kommuner og landsting i forhold til omsorgsoppgaver og ressursbruk. Omlag 60.000 medarbeidere på landstingsnivå ble overført til kommunene som da tok et større ansvar for helse- og omsorgstjenester. Formidling av hjelpemidler var en del av tjenestene som ble vurdert å flytte over fra landstingets ansvar til kommunene. Beslutningen om hvor stor del av hjelpemiddelsystemet som ble overført til kommunene varierte i fra län til län.

Det er en samarbeidsavtale mellom landstinget og kommunene, men avtalene er forskjellige i hvert län. Ansvarsfordelingen mellom landstinget og kommunene varierer avhengig av de funksjonshemmedes boform, alder og/eller spesifikke hjelpemidler. Hjelpemidler til barn er hovedsakelig et landstingsansvar, men aldersgrensen kan variere noe mellom ulike län. Ädelreformen førte til en utvikling av ulike former for å ta betalt for hjelpemiddel som kommunene etter avtale er ansvarlige for.

Hjelpemidler fra syns- og hørselssentralene er finansiert av Landstinget, men for hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralene er bildet langt mer nyanisert, som i de fleste tilfeller er underlagt landstingsstyrelsen. I noen län er hjelpemiddelsentralene underlagt en felles nemd for landsting og kommuner. I et län er denne nemden erstattet av et kommunalforbund med ansvar for hjelpemiddel spørsmål. Landstinget utarbeider egne retningslinjer/regelverk som blant annet inneholder landstingets beslutninger om hva som skal anses som personlige hjelpemidler. Offentlig anskaffelse av hjelpemidler gjøres med utgangspunkt i retningslinjene/regelverket og hvilke hjelpemidler som tilbys varierer derfor i landet.

I de fleste län er det kommunene som har fått finansieringsansvaret for enklere hjelpemidler både for hjemmeboende og for personer som bor på institusjon eller i spesialbolig. Landstinget har finansieringsansvaret for øvrige hjelpemidler enten de foreskrives fra ansatte i kommunen eller ansatte på sykehus/(re)habiliteringsinstitusjoner på landstingsnivå. En annen kostnadsdeling er at kostnadsansvaret følger foreskriveransvaret dvs. at hjelpemiddelsentralen finansierer hjelpemidler som foreskrives fra ansatte i institusjoner på lands-

tingsnivå, mens kommunen har ansvaret for det som foreskrives fra ansatte i kommunen. I Region Skåne derimot har man bare beholdt finansieringsansvar for barnehjelpemidler og elektriske rullestoler på landstingsnivå.

I noen län går ansvarsfordelingen på alder, landstinget har ansvar for alle hjelpemidler for barn og unge til og med 20 år, mens kommunen har det totale ansvaret for hjelpemidler fra 21 år og oppover. En annen variant er at landstinget har ansvar for alle hjelpemidler for personer opp til 18 år, samt mer avanserte hjelpemidler som elektriske rullestoler, visse manuelle rullestoler og andre mer avanserte sitteløsninger, kognisjons- og kommunikasjonshjelpemidler m.m. for brukere også over 18 år. Mens kommunen har ansvar for øvrige hjelpemidler for de over 18 år uansett boform.

Som i Norge har hjelpemiddelsentralene i Sverige ansvar for personlige hjelpemidler i skoler. De har en tilsvarende grensedragning mellom personlige hjelpemidler som skal kompensere for en funksjonshemming og pedagogiske hjelpemidler, samt hva som må anses som en tilrettelegging som gjelder flere elever, for eksempel at klasserommet skal ha teleslynge for elever med hørselsnedsettelse eller toalett tilpasset funksjonshemmede elever. I rapporten *Vems är ansvaret för hjälpmedel i skolan?* framkommer det at elever med kognitive funksjonsnedsettelser, utviklingshemning, dysleksi, ADHD m.fl., samt elever med multifunksjonshemninger er grupper der det ofte forekommer diskusjoner om grensedragning for ansvaret for hjelpemidler.

Den vanligste finansieringsformen for hjelpemiddelsentralene er en kombinasjon av inntekts- og overslagsfinansiering. Den nest vanligste formen er inntektsfinansiering, mens noen hjelpemiddelsentraler er offentlig fullfinansierte. Når hjelpemiddelsentralen er inntektsfinansiert innebærer det at de bedriver sin virksomhet etter samarbeidsavtale med kommuner, sykehus, (re)habiliteringstjenesten, funksjonshemmedes organisasjoner m.m. Det er en modell som baserer seg på stor grad av utleie av hjelpemidler til institusjoner i kommuner og landsting.

Sentrale støttefunksjoner

Hjälpmedelssinstitutet (HI) er et nasjonalt kunnskapssenter på området hjelpemidler og tilgjengelighet for mennesker med funksjonsnedsettelse. Instituttet stimulerer til forskning og utvikling, de jobber med kunnskaps- og metodeutvikling og gjør helseøkonomiske studier. Instituttet er involvert i

internasjonal forskning og i nordiske og internasjonale samarbeidsprosjekter på hjelpemiddelområdet. De informerer, sprer kunnskap og erfaringer og arrangerer kurs og konferanser overfor brukere, fagpersonell og forvaltning. HI samarbeider med og bistår kommuner, landsting og andre interessenter med ekspertise på hjelpemiddelområdet. Etter 2006 kan HI tilby støtte i de lokale anskaffelsesprosessene, og er akkreditert godkjenningstinstitutt for manuelle og elektriske rullestoler og deltar i standardiseringsarbeid innenfor de samme produktområdene. På oppdrag av Synskadades Riksförbund (SRF) gjennomfører HI fra og med 2005 anskaffelse av førerhunder.

6.3.10.3 Hjelpemiddelsystemet i Finland

Lovreguleringen

Finsk lovgivning forplikter kommunene til å sørge for velferds- og helsetjenester overfor innbyggerne, uansett borgernes økonomiske og sosiale situasjon. Det er vedtatt en lov om samarbeid på rehabiliteringsområdet og denne forplikter velferdstjenester og helsemyndigheter, arbeids- og utdanningsmyndigheter samt den sosiale forsikringsinstitusjonen i Finland, KELA, til å samarbeide om rehabiliteringstiltak. De skal også samarbeide med andre relevante aktører. Det finnes ulike regler om støtte til hjelpemidler i hjemmet, til behandling, rehabilitering, til undervisning, trening og til arbeidsplassen. Det er også egne regler for om man trenger hjelpemidler som krigsinvalid, hjelpemiddel etter en trafikkulykke, arbeidsulykke eller yrkessykdommer. De ulike lovene er de eneste retningslinjene som finnes og det har vist seg at de er åpne for ulike tolkninger. Vedtak som er fattet av hjelpemiddeltjenesten, kan via en henvendelse til rådgiver innen hjelpemiddeltjenesten, påklages til helsestyret. Saken kan påklages videre til en egen administrasjonsdomstol som en forvaltningsrettslig sak, og videre opp i rettsvesenet.

Hjelpemidler og utdanning

Skolene er ansvarlige for sine funksjonshemmede elevers spesielle skole- og klasserelaterte hjelpemidler. Hjelpemidler for bruk i undervisning eller tilsvarende er regulert i Forskrift for medisinsk rehabilitering av 1991 for elever i grunnskolen og videregående skole (for de under 17 år). Studenter med alvorlig grad av funksjonsnedsettelse har rett til hjelpemidler til bruk i undervisningen, for eksempel datamaskiner eller synshjelpemidler. Betingelsen er at de er spesifisert i en rehabiliteringsplan for yrkesrettet opplæring som er god-

kjent etter KELAs prinsipper, i henhold til Lov om rehabilitering administrert av Finlands Sosiale Forsikringsselskap (KELA) av 1991. Hjelpemidler til bruk i klasserom og skoler er gratis sammen med nødvendige støttetjenester. Dette omfatter datamaskiner, heiseinnretninger og spesialpulver (Lov om grunnopplæring av 1998). Det er utdanningssetaten i kommunene som er ansvarlige.

Hjelpemidler i dagliglivet

Hjelpemidler for medisinsk rehabilitering som omfatter utstyr, hjelpemidler eller lignende som skal kompensere for medisinsk bekreftede funksjonsnedsettelse er regulert i Lov om offentlig helse av 1972 og Lov om spesialisert helsevern av 1989. Det omfatter også utstyr til helseomsorg og rehabiliteringsopptrening. Hjelpemidlene lånes ut og de som ikke kan brukes på ny forblir brukerens eiendom. Hjelpemidler er gratis i henhold til Lov om egenbetaling innen velferdstjenester og helsevern av 1992. Ansvarlige myndigheter er kommunenes helsetjenester og spesialhelsetjenesten.

Utstyr som husholdningsmaskiner og tilpasninger i hjemmet blir det gitt hel eller delvis refusjon til, for å dekke kostnader til slikt utstyr dersom det er nødvendig for at brukeren skal opprettholde vanlige daglige funksjoner. Forutsetningen er at utstyret er nødvendig som resultat av funksjonsnedsettelsen og at vedkommende ikke oppholder seg på en institusjon. Dette omfatter også heiseinnretninger, omgivelseskontroll, alarmer og andre permanente installasjoner. (Lov om tjenester og støtte som følge av nedsatt funksjonsevne av 1987). Det er en stadig større tendens til at service og reparasjon av denne typen hjelpemidler er brukers ansvar, det kan også gjelde for dyrere hjelpemidler som for eksempel trappeheis.

Hjelpemidler i arbeidslivet

Hjelpemidler i arbeidslivet er et ansvar for KELA, som er forpliktet til å sørge for «kostbare eller krevende hjelpemidler» til bruk i yrkesrettet rehabilitering, for å bedre eller opprettholde arbeidsevnen til personer med funksjonsnedsettelse. Dette omfatter hjelpemidler av et visst teknisk nivå, som gis på individuell basis etter en vurdering av brukerens funksjonsnedsettelse. Det omfatter også behovsvurdering og testing av hvor adekvate hjelpemidlene er og opplæring av bruker i å benytte seg av dem, samt vedlikehold etc.

Arbeidsgiveren kan søke om støtte for tilrettelegging på arbeidsplassen hos det lokale arbeidslivskontoret. Initiativet kan også komme fra rehabi-

literingspersonalet angående brukere som kommer tilbake til arbeidslivet etter sykdom eller med en funksjonshemming.

Organisering av hjelpemiddelforvaltningen

I 2006 var det til sammen 249 helsesentraler i Finland. En fjerdedel tilhørte samkommuner, mens resten var kommunale. I Finland er det helsesentralene som har ansvaret for primæromsorgen og såkalt basishjelpemidler blant annet manuelle rullestoler, gang og hygienehjelpemidler. De største helsesentralene har hjelpemiddelenheter og de mindre har hjelpemiddellagre som styres av fysioterapiavdelingen. Det finnes 185 helsesentraler med en befolkning på færre enn 20 000 innbyggere og 64 med over 20 000 innbyggere. I løpet av en femårsperiode skal antallet helsesentraler reduseres.

Det finnes 21 sentralsykehus (inkludert Åland) med hjelpemiddelenheter som er ansvarlige for dyrere hjelpemidler, blant annet elektriske rullestoler, personløftere og omgivelseskontrollsystemer. Hjelpemiddelenhetene ved sentralsykehuse er også ansvarlige for opplæring og planlegging av distriktets hjelpemiddelservice. Øye, hørsel og lungeklinikken har ansvaret for å dekke hjelpemiddelbehovet til egne pasienter.

Fordelingen mellom ulike hjelpemidler i primær- og spesialomsorgen varierer mellom ulike regioner. Legene har ansvaret for omsorg og hjelpemidler som hører inn under medisinsk rehabilitering.

Hjelpemiddelformidling i regi av brukerorganisasjonene

I Finland har brukerorganisasjonene en større rolle når det gjelder formidling av hjelpemidler enn i de andre nordiske landene. De største brukerorganisasjonene arrangerer kurs og seminarer om hjelpemidler for sine medlemmer. Synsskadedes Sentralforbund og Forbundet for Utviklingshemmede (Tikoteekki Centret för datateknikk og kommunikation) har sine egne hjelpemiddelsentraler som selger tjenester for eksempel for vurdering av hjelpemiddelbehov og leier ut eller selger produkter blant annet til kommunenes helse- og sosialtjeneste, forsikringsselskapene m.m. Virksomheten finansieres av Pengeautomatforeningen som er en offentlig godkjent forening med formål å skaffe midler til allmennyttige virksomheter gjennom spilleaktiviteter

Förbundet Finlands Svenska Synskadade er et annet eksempel på organisasjon som assisterer

sine medlemmer med hjelpemidler. For eksempel får nye medlemmer gratis punkt-, storskrift- eller talende klokke gratis og forbundet låner penger til å bekoste dyre hjelpemidler for dem som faller utenfor hjelpemiddelformidlingssystemet. Man stiller ut eksempler på hjelpemidler i rehabiliteringssentralene og SEIS-centralen har mer avanserte hjelpemidler.

Når det gjelder brukermedvirkning er dette et anerkjent prinsipp sett fra det offentliges side og myndighetene legger stor vekt på dette. Det sentrale og de lokale rådene for funksjonshemmede og organisasjonene av personer med nedsatt funksjonsevne har en viktig rolle med hensyn til å fremme brukermedvirkning.

Finansiering

Finland har en noe lavere andel av brutto nasjonalproduktet som går til helse- og medisinske tjenester enn gjennomsnittet i EU og OECD landene. Når det gjelder finansiering av helse og medisinske tjenester har andelen av offentlig finansiering falt, mens det er husholdningene som bærer mer av utgiftene til slike tjenester. Alt i 1996 var andelen privatfinansiering på en fjerdedel av kostnadene – en av de høyeste i OECD. Men samtidig som statsfinansieringen har sunket har andelen som utgjøres av kommunale avgifter steget. Betydningen av fond og private forsikringsordninger når det gjelder finansiering er begrenset.

Det er kommunene som er hovedkilde for finansieringen av helsetjenester (40,3 prosent i 2005). Staten gir støtte til kommunenes omfattende forpliktelser når det gjelder formidling av hjelpemidler, men selve organiseringen av formidlingen overlates til kommunene. Staten har økt sin andel av finansieringen – i 2007 var dette beregnet til 33,9 prosent av kommunenes inntekter på helseområdet – mens egenandelene som kreves fra kommunene har sunket. I 2005 betalte staten 20,7 prosent av helsetjenestene. Som nevnt øker husholdningenes bidrag til finansieringen – i 2005 utgjorde dette 17,9 prosent av kostnadene til helsetjenester. Kommunale utgifter dekkes av skatteinntekter, statlige andeler, egenandeler og proveny av salg.

Kommunene kan enten formidle hjelpemidlene selv eller samarbeide med andre kommuner eller kjøpe tjenester enten fra en annen kommune eller en privat leverandør. Helseforsikringer som administreres av sosialforsikringsordningen i Finland er et supplement til helsetjenestene som administreres av det offentlige. De refunderer utgifter knyttet til bruk av det private helsevesenet og til

farmasøytiske produkter. Helseforsikringer finansieres av arbeidsgivere og premiene betales av innehaverne av polisene. Staten er ansvarlig for at det er midler nok i helseforsikringsfondet.

Finlands spillemaskinforbund, RAY, styres av offentlig lovgivning og skaffer midler til aktiviteter av offentlig interesse i landet, ved at overskuddet fra spillemaskinene deles mellom non-profit organisasjoner og offentlige tiltak. De største funksjonshemmedeorganisasjonene finansierer tjenester knyttet til hjelpemidler som er finansiert av spillemaskininntekter.

Sentrale støttefunksjoner

Det finnes ingen nasjonal database over hjelpemidler. SAI-LAB r.f (Forening for leverandører innen laboratorie- og helseforvaltningen) har en database over hjelpemiddelprodukter ved sykehus og helsestasjoner. Videre drifter STAKES en database, Apudata, over organisasjoner innenfor hjelpemiddelbransjen. Det utføres ikke noen systematisk nasjonal testing av hjelpemiddel.

6.4 Oppsummering

I alle land som er omtalt i denne utredningen er det politisk enighet om at det offentlige har et særskilt og overordnet ansvar for å sikre alle innbyggere like rettigheter til aktiv deltakelse, likeverd og inkludering i samfunnet. Dette er uttrykt gjennom så vel konstitusjonen, som i sektorlover og spesielle antidiskriminerings- og/eller tilgjengelighetslover. Det er også anerkjent at personer med funksjonsnedsettelse har behov for hjelpemidler for å fungere i samfunnet, spesielt i arbeidslivet. De tre hovedmodellene skiller seg fra hverandre, når det gjelder hvor omfattende man tolker «samfunnets ansvar» i betydningen det offentliges ansvar for å finansiere hjelpemidlene, ser vi variasjoner mellom landene. Med unntak av Finland som avviker noe fra de andre på utførersiden, har offentlig sektor (stat og kommune) hovedregien både for finansiering og formidling av hjelpemidler i de nordiske landene. Det er viktig å merke seg at ingen andre land enn Norge har en enhetlig nasjonal modell med en statlig myndighet som hovedaktør, både på finansierings-, bestiller- og utførersiden. I de øvrige nordiske land er det et langt mer desentralisert offentlig system. I land som Tyskland, Nederland og Storbritannia er det i større grad den enkeltes ansvar å sikre seg tilgang til hjelpemidler gjennom forsikrings- eller fondsordninger. Større eller mindre deler av utføreransvaret for hjelpe-

midler og tilrettelegging er lagt ut til kommersielle og ikke-kommersielle aktører i privat og frivillig sektor, som ofte vil ha en tilknytning til organisasjoner av eller for personer med nedsatt funksjons- evne (Spania), veldedige organisasjoner (Storbri- tannia) og fond og forsikringsselskap (Finland, Nederland, Tyskland).

Men man må også skille mellom de land der statlige myndigheter har et ansvar for regelverk og finansiering, men der regionale myndighetene bestemmer over for eksempel sortiment og type hjelpemidler, som i Spania. I Spania spiller organi- sasjonen ONCE en stor rolle for blinde i formidlin- gen av synsrelaterte hjelpemidler, men dette er begrenset til forbundets egne medlemmer.

Kapittel 7

Utviklingstrekk og utfordringer

I dette kapitlet gjennomgås en del samfunnsmessige utviklingstrekk og drivkrefter som etter utvalgets syn representerer klare utfordringer for velferdspolitikken i vid forstand og som også vil ha betydning for utformingen av hjelpemiddelsystemet. Hensikten med dette kapitlet er å identifisere utviklingstrekk som skal danne grunnlaget for utvalgets analyse av reformbehov i kapittel 8 og drøftingene av organisasjonsløsninger i kapittel 9.

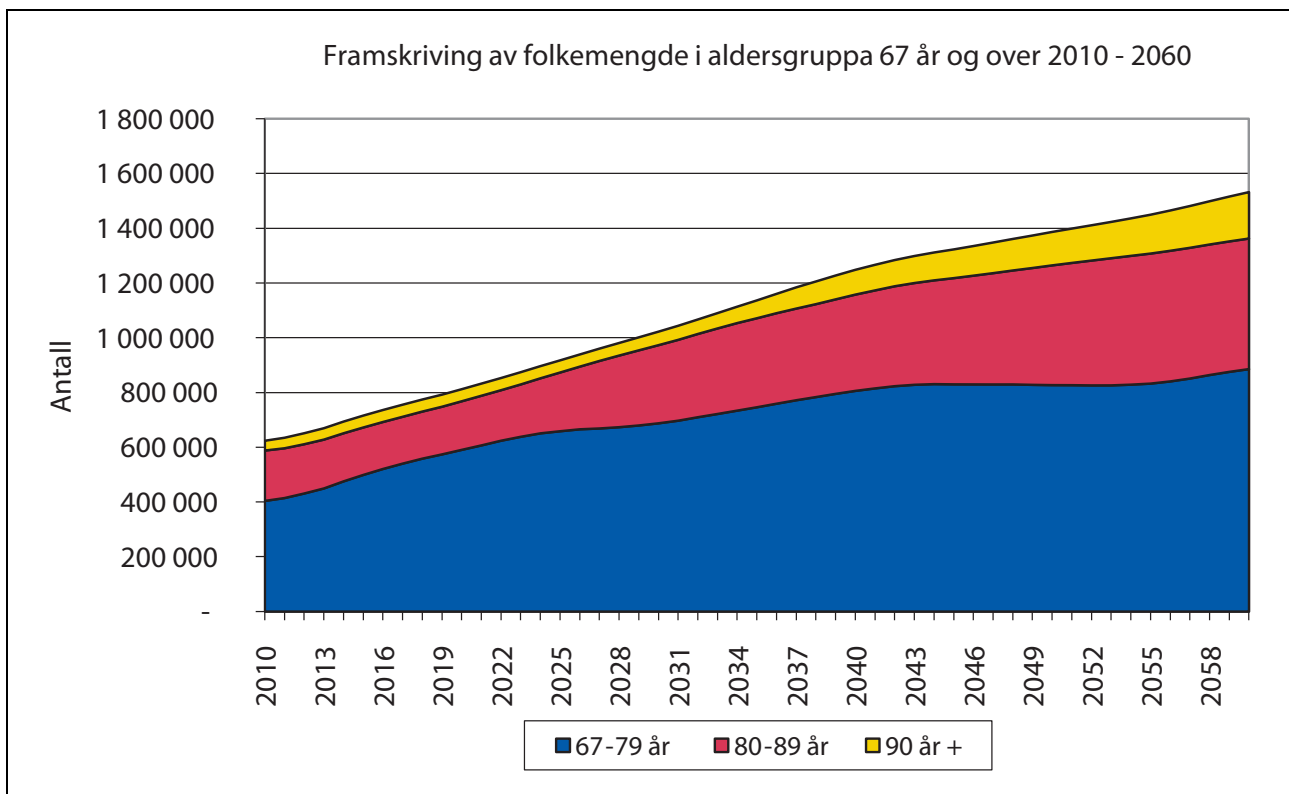
7.1 En aldrende befolkning og endret sykdomsbilde

Nærmere to tredjedeler av hjelpemiddelbrukerne i dag er eldre over 67 år. Gitt den forventede demografiske utviklingen viser beregninger gjort av Arbeids- og velferdsetaten at det i 2030 vil være 40

prosent flere brukere av hjelpemidler enn i dag.¹ Beregningene er gjort med utgangspunkt i SSBs hovedalternativ (middels nasjonal vekst) for befolkningsfremskrivning fra 2006. Beregningen er gjort med videreføring av at en viss prosentandel i de ulike aldergruppene benytter hjelpemidler, og en forutsetning om at stønadsreglene i hovedsak er som i dag.

SSB la fram en ny befolkningsfremskrivning i 2009. Denne viser hvordan folkemengden fordelt på kjønn og alder, vil endre seg under forutsetninger om fruktbarhet, dødelighet og flytting ut og inn av landet. Fremskrivningene består av en rekke beregninger med ulike kombinasjoner av disse forutsetningene. De alternative forutsetningene har betegnelsen L (lavt) M (mellomnivået) og H (høyt).

1. Arbeid og velferd Nr. 2-2007



Figur 7.1 Antall eldre 2010–2060

Kilde: SSB befolkningsfremskrivning fra 2009 (middelalternativet)

Figuren over viser den forventede demografiske utviklingen i Norge². SSBs seneste fremskrivninger bekrefter resultatene fra tidligere om at det vil finne sted en sterk aldring av befolkningen i årene 2010–2050. Figuren bygger på forutsetninger om noe høyere levealder og flere eldre i alle alternativene, enn i de forrige fremskrivingene. De viser også at antallet yrkesaktive per person over 67 år, vil avta sterkt i alle alternativer særlig fram til 2040.

Norge har allerede vært igjennom en del av de demografiske endringsprosessene som resten av landene i verden står ovenfor. Det forventes allikevel betydelige utfordringer for velferdsstaten og familien når det gjelder å møte disse endringene. Ikke minst vil den demografiske utviklingen øke presset på velferdsordningene.

Fremtidens eldre vil trolig ha andre ressurser å møte alderdommen med i form av bedre helse, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre utdanning enn tidligere generasjoner. De vil også i større utstrekning forvente å kunne bestemme over egen tilværelse enn dagens eldre. En dansk undersøkelse (Ældresagen 2001) tegner imidlertid et bilde av en økt polarisering i forhold til sosioøkonomisk status, der en mindre gruppe eldre enten helsemessig, sosialt, økonomisk, eller teknologisk blir hengende etter majoriteten. Dette er mekanismer som allerede i dag er kjent og som vil komme til uttrykk i form av sosiale helseforskjeller gjennom hele livsløpet³. Det anses at sosiale helseforskjeller i hovedsak skyldes materielle, psykososiale og adferdsrelaterte risikofaktorer. Nasjonalt folkehelseinstitutt har også gjort tilsvarende funn i sine undersøkelser og har valgt å ha sosial ulikhet i helse som et av sine satsningsområder framover.

Økende levealder og vekst i andelen eldre vil føre til økt forekomst av aldersrelaterte og kroniske sykdommer. De største somatiske sykdomsgruppene for personer over 67 år omfatter hjerte- og karlidelser, kreft, demens og hjerneslag. Andre lidelser er også diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS), infeksjoner, hoftebrudd, slitasjegikt (artrose) og beinskjørhet (osteoporose). Ofte forekommer flere tilstander samtidig. Av særlig betydning er akutt funksjonssvikt som kan oppstå som følge av en rekke sykdomstilstander hos eldre⁴. Antall pasienter med Parkinson kan også forventes å øke med økende levealder. Slagpa-

sienter utgjør en betydelig andel av eldre med behov for behandling og rehabilitering og antallet vil antagelig øke som følge av økningen i antall eldre. Aldersrelaterte sykdommer kan påvirke syn og hørsel. Syns- og hørselsproblemer bidrar til nedsatt funksjonsevne og redusert livskvalitet og til kommunikasjonsproblemer. Fall er ofte årsak til brudd og er en av de hyppigste årsakene til sykehusinnleggelses i Norge. I 2006 skyldes mer en 9000 sykehusdøgn lårbensbrudd hos pasienter på 70 år eller mer⁵. Eldre ser også ut til å være mer utsatt for psykiske lidelser.⁶ Mange eldre vil i tillegg til helse- og omsorgstjenester, ha behov for hjelpemidler og veiledning/formidling for å kunne klare hverdagen sin.

En av de største utfordringene vi står ovenfor som en følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, er antallet mennesker med ulike demenssykdommer. Antallet pasienter med demens vil kunne bli fordoblet i løpet av 30–40 år⁷. En demenssykdom innebærer store forandringer i livet, både for den som får sykdommen og de nærmeste. Regjeringen har fremlagt en Demensplan 2015, for å foreta nødvendig omlegging og endring i forhold til omsorgstjenestens kompetanse, organisering og ny arkitektur. Demensplanen er en av delplanene innenfor Omsorg 2015, og en direkte oppfølging av St.meld. nr. 25 (2005–2006) om framtidens omsorgsutfordringer.

På nordisk nivå er man i ferd med å bygge opp kompetanse på området hjelpemidler og demens. Fagfeltet er dels av den oppfatning at hjelpemidler til demente og de med kognitiv svikt må utformes og formidles på en annen måte enn øvrige tekniske hjelpemidler. Erfaringer fra et treårig prosjekt i Sverige om *Teknik och demens* viser at brukere med demens og deres pårørende kan ha stor hjelp av hjelpemidler/kognitiv støtte, men at det er avgjørende at riktig hjelpemiddel kommer til rett tid i sykdomsforløpet⁸.

Fra flere hold, ikke minst fra praksisfeltet er det registrert et stort behov for informasjon i forhold til den teknologiske utviklingen og nye muligheter for både sporing, varsling og overvåking av demente og andre med kognitiv svikt. Det er også

2. SSBs middelalternativ for befolkningsfremskrivninger 2009–2060.

3. St.meld. nr. 20 (2006–2007) Sosial ulikhet i helse

4. Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre. IS-1498 Sosial- og helsedirektoratet 2007.

5. Pasientstatistikk, SSB

6. Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre. IS-1498 Sosial- og helsedirektoratet 2007.

7. St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening s.45.

8. Anna Rosshagen, Carina Boström, Staffan Josephsson Ulla Haraldson och Ulla Johansson (2008) Resultat och erfarenheter från resursenheterna i Teknik och demensprosjektet, Hjälpmedelsinstitutet

stor usikkerhet knyttet til etiske og juridiske aspekter i forhold til ny teknologi og hjelpemidler som kommer på markedet. Usikkerheten knytter seg særlig til hjemmelsgrunnlag og lovlighet når det gjelder mulighetene for installering av varslings-, sikrings- og overvåkningsutstyr på personer og i boliger som knyttes til helse- og omsorgsformål. Helsemyndighetene i Danmark har utarbeidet en veileder/guide til alarm og peilesystemer for demente. Utgangspunktet, skriver den danske sosialministeren⁹, er at demente medborgere skal ha trygge vilkår. Det krever et alarm- og peilesystem som gjør det mulig for en person å tilkalle hjelp eller for helsepersonellet eller de pårørende å finne ut hvor en person som ikke kan ta vare på seg selv befinner seg. Jf. omtale av Hagen-utvalget s. 110.

I tillegg til at antallet eldre i seg selv vil øke presset på velferdsordningene, vil den demografiske utviklingen også innebære at det blir en stadig større gruppe kjøpesterke eldre. Det betyr at flere og flere produkter med funksjoner som i dag gis som hjelpemidler i folketrygden blir tilgjengelige på det åpne markedet. Dette vil tvinge fram et behov for avgrensning mellom hjelpemiddel og forbruksvare som ikke lenger er et offentlig ansvar.

7.2 utfordringer i den øvrige befolkningen

De demografiske utfordringene som samfunnet står ovenfor de neste ti-årene er velkjente. Denne utviklingen reiser utfordringer relatert til økningen i antallet personer med behov for hjelpemidler og tilrettelegging. Det betyr imidlertid ikke at alle utfordringene og endringene i sykdomsbildet vil være aldersrelaterte.

Hver femte mottaker av pleie- og omsorgstjenester er under 50 år og hver tredje mottaker var ved utgangen av 2007 under pensjonsalder viser individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) fra SSB. Yngre brukere med omfattende bistandsbehov får sitt tilbud fra hjemmetjenestene, ofte på samme nivå som i sykehjem målt i timetall. Det betyr at pleie- og omsorgssektoren ikke lenger er en ren eldreomsorg.

Blant de yngste brukerne under 17 år mottar ca. 40 prosent avlastningstjenester, eller det som registreres som tidsbegrenset opphold i institusjon. Svært få, under en prosent av de under 18 år, mottar hjemmetjenester, selv om de utgjør om lag

fem prosent av brukerne. Blant de som er 90 år eller eldre mottar nesten 40 prosent langtidsopphold i institusjon (sykehjem)¹⁰. De yngste og de eldste tjenestemottakerne er de som mottar mest avlastnings- og trygghetstjenester.

Økningen i antallet yngre personer (under 67 år) med varig nedsatte funksjonsbehov reiser, i tillegg til utfordringer knyttet til *mengdeproblematikk*, langt større og mer omfattende behov for koordinerte offentlige ytelser og tjenester i eget hjem og lokalmiljø. Dette vil kreve nødvendig fag- og samhandlingskompetanse i førstelinja i kommunen, på hjelpemiddelsentralen og i tilretteleggings- og formidlingsapparatet forøvrig. Mange i denne gruppen vil i tillegg ha en annen økonomi enn pensjonistene, enten de er i arbeid eller på vei ut i arbeid. I tillegg til hjelpemidler, avstedkommer dette økt behov for sikring av gode levekår på linje med resten befolkningen.

Økningen av yngre brukere i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene vil i sterkere grad fremover prege tjenesteutviklingen. Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt en utredning for å få mer innsikt og kunnskap om denne gruppen i de kommunale omsorgstjenestene¹¹. I forhold til tilrettelegging og formidling av hjelpemidler vil en økning av brukerne av de hjemmebaserte kommunale tjenestene bety at flere vil ha behov for hjelpemidler.

Det er flere årsaker til den betydelige økningen av yngre brukere i de kommunale omsorgstjenestene. En årsak er avinstitusjonaliseringen, Dette gjelder blant annet reformen for mennesker med utviklingshemning ved avviklingen av HVPU med overgang til åpen hjemmebasert omsorg. En annen årsak er integreringen, fra særomsorg til fellesløsninger. Opptappingsplanen for psykisk helse er et eksempel. Pleie- og omsorgstjenestene gir også tjenester til personer med rusmiddelavhengighet. Hjelpemidler til personer med psykiske lidelser er et av områdene som er under utvikling. Erfaring viser at hjelpemidler utviklet for andre grupper, for eksempel de med kognitiv svikt, også til en viss grad er egnet for personer med psykiske lidelser. En psykisk funksjonsnedsettelse er ikke en statisk tilstand på samme måten som fysiske funksjonsnedsettelser kan være. Dette innebærer andre utfordringer, blant annet i forhold til dagens regelverk.

9. Guide til alarm- og peilesystemer for demente, Styrelsen for spesialrådgivning og social service Socialministeriet 2007

10. Bjørn Gabrielsen, Magnar Lillegård, Berit Otnes, Brit Sundby, Dag Abrahamsen, Pål Strand (2008) Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS) foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 200,7 notat 2008/42

11. St.prp. nr.1

Personer med utviklingshemning opplever at praksisfeltet har liten kunnskap om deres helsetilstand og dette fører til mangelfull oppfølging. Undersøkelser¹² viser at de har økt risiko for å utvikle kroniske sykdommer, og økt hyppighet av risikofaktorer som forbindes med dårlig helse. NAKUs rapport fra 2007 viser at det er kjent at visse syndrom har en økt forekomst av tilstander og diagnoser som Alzheimers sykdom. Videre fører fysisk inaktivitet til høyere risiko for overvekt og livsstilsrelatert sykdom enn befolkningen for øvrig.

Samhandlingsreformen vektlegger behovet for at primærhelsetjenesten deltar mer aktivt i forhold til sykdomsforebygging. For en lang rekke områder som omfatter alvorlige og kroniske sykdomstilstander vil det i årene framover være økt behov for et langvarig og svært omfattende tjenestetilbud i et samspill mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og hjelpemiddelsentralene.

7.3 Deltagelse fra flere med nedsatt funksjonsevne i arbeidslivet

Mål om økt yrkesaktiviteten blant funksjonshemmede kom på slutten av 1990-tallet og inngikk som ett av fire satsingsområder i St.meld. nr. 8 (1998–99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998–2001 (senere prologert til 2002). Initiativet kom fra Stortinget i tilknytning til behandling av St.meld. nr. 34 (1996–97) Resultater og erfaringer fra regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre. I St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmede barrierer ble det lagt frem forslag for å styrke og samordne innsatsen for at flere med funksjonsnedsettelse skulle kunne komme i arbeid.

Målet har også inngått som ett av tre hovedmål i partenes avtale om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) i hele avtaleperioden fra 2001. Målet er videreført i den nye IA-avtalen for perioden 1. mars 2010 til og med 31. desember 2013.

I NAV-reformen er målgruppen videre og gjelder alle som har trygd eller stønad som hovedkilde til forsørgelse.

Norges undertegning av FN-konvensjonen og den varslede ratifisering våren 2010 vil også forplikte til å iverksette hensiktsmessige tiltak for at

personer med nedsatt funksjonsevne i større grad skal kunne komme og forbli i arbeid.

Det er en stor utfordring å øke sysselsettingen blant personer med funksjonsnedsettelse. Til tross for at dette har vært et politisk mål over en lengre periode, har sysselsettingsandelen for denne gruppen ifølge Statistisk sentralbyrås tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) ligget stabilt på om lag 45 prosent over mange år¹³. Til sammenligning har ifølge samme undersøkelse sysselsettingsandelen for hele befolkningen i alderen 16–66 år vært nærmere 80 prosent i de siste årene. Undersøkelsen viser at det er et sysselsettingspotensiale blant personer med funksjonsnedsettelse, og at det er et udekket behov for hjelpemidler og tilrettelegging knyttet til arbeid.

7.4 Utviklingstrekk og trender innenfor offentlig forvaltning

Organiseringen av og ansvars- og oppgavedelingen mellom ulike forvaltningsnivåer i offentlig sektor er løpende gjenstand for debatt. Den ideelle organiseringen finnes neppe, og den til enhver tid valgte organisering og ansvarsdeling er et resultat av kompromisser og avveining mellom ulike hensyn. Oppgavefordelingsutvalget knesatte i NOU 2000:22 en del prinsipper for fordeling av oppgaver mellom de ulike forvaltningsnivåene, jf. drøfting i kap. 8.

NAV-reformen, som innebar en sammenslåing av tidligere Aetat og trygdeetaten til Arbeids- og velferdsetaten fra og med 1. juli 2006, medførte store endringer i organiseringen av arbeids- og velferdsforvaltningen, men uten at organiseringen av hjelpemiddelområdet ble særlig vurdert i St.prp. nr. 46 (2004–2005).

I arbeids- og velferdsforvaltningsloven er det lovfestet at arbeids- og velferdsetaten og kommunene gjennom lokale samarbeidsavtaler skal opprette felles lokale kontor (NAV-kontor). I loven er det angitt hvilke tjenester kommunene som et minimum skal legge inn i kontoret. Opprettelsen av NAV-kontor endrer imidlertid ikke ansvarsdelingen mellom kommune og stat. Det er i loven gitt få føringer for hvordan NAV-kontoret skal organiseres. Et grunnleggende prinsipp er at Arbeids- og velferdsetaten og kommunene skal ha stor frihet til

12. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU) en rapport fra 2007 om Helseoppfølging av personer med utviklingshemning.

13. Kilde: Statistisk sentralbyrås tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU). Dette er en årlig undersøkelse og det gis ut årlige rapporter. Rapporten som kom i 2009, heter: Funksjonshemma på arbeidsmarknaden, og er skrevet av T. P. Bø og I. Håland (rapport nr. 2009/10-SSB)

selv å bestemme den interne organiseringen av arbeids- og velferdsforvaltningen.

NAV-kontoret er Arbeids- og velferdsetaten kontaktpunkt mot brukerne. I NAV-kontoret skal det gis individuell veiledning og oppfølging med sikte på å komme tilbake til eller å få arbeid. Arbeids- og velferdsetaten har gjennom etablering av fylkesvise forvaltningsenheter valgt å samle oppgaver knyttet til ytelsesforvaltningen som ikke krever direkte brukerkontakt. Formålet er å frigi tid i NAV-kontorene til individuell veiledning og oppfølging, samt å styrke ytelsesforvaltningen gjennom å bygge opp mer spesialisert kompetanse i større enheter.

I St.prp. nr. 46 (2004–2005) Ny arbeids- og velferdsforvaltning understreker regjeringen at det er et behov for å gå gjennom oppgaveporteføljen med sikte på et bedre fokus på kjerneoppgavene i den nye statlige etaten. Som en oppfølging av dette er forvaltningen av helserefusjonsområdet besluttet flyttet ut av Arbeids- og velferdsetaten. Forvaltningsansvaret for helserefusjoner ble overført til Helsedirektoratet den 1. januar 2009. Arbeids- og velferdsetaten skal forvalte oppgaver knyttet til frikort for enkeltpersoner frem til en får en automatisk frikortløsning i nasjonal fullskala. Det tas sikte på at dette skal skje så raskt som mulig i løpet av 2010¹⁴. Dette viser at det skjer en utvikling i Arbeids- og velferdsetaten mot større fokus på arbeid, noe som kan være relevant med tanke på det ansvaret etaten har for hjelpemiddeformidling og tilrettelegging.

Regjeringen har videre lagt frem forslag til samhandlingsreform i St.meld. nr. 47 (2008–2009). Den bygger på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover. Reformen skal søke å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på brukernes behov og også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Lik tilgang til gode, likeverdige tjenester uavhengig av økonomi og bosted skal fortsatt være bærebjelken i den norske velferdsmodellen. Et av de mest grunnleggende momentene i reformen er å gi kommunene en ny fremtidig rolle. Oppgavene spenner fra økt innsats i forebyggende og helsefremmende arbeid til oppbygging av døgnplasser for å kunne behandle enklere sykdommer. Dette viser at man ser for seg en utvikling hvor kommunene får økt ansvar med flere oppgaver innenfor helse- og omsorgsfeltet, noe som også vil være

relevant for tilretteleggings- og hjelpemiddelområdet. Med i dette bildet er også at knapphet på omsorgsytere vil være en av de største utfordringene de neste ti-årene. Beregninger gjort av SSB, med forutsetning om lik sykdomsutvikling på slutten av livet, samt konstant standard på tjenestene og familieomsorgen, vil kunne gi et behov for vekst på 120 prosent frem mot 2050. Dette sammenfaller med at det forventes et fall i den årlige veksten i arbeidsstyrken¹⁵.

Et offentlig utvalg med oppdrag å se på tiltakskjeden for barn, unge og voksne med behov for særskilt hjelp og støtte i opplæringen avga sin innstilling NOU 2009:18 Rett til læring. Det spesialpedagogiske støttesystemet har mange berøringspunkter til tilrettelegging og hjelpemiddeformidlingen. Det foreslås at Statped organiseres i fire samorganiserte og samlokaliserte spesialpedagogiske regionsentre som sammenfaller med helseforetakenes regionstruktur. Dette er en diskusjon som eventuelt kan ha relevans for eventuelle vurderinger om økt innslag av funksjonsfordeleling/spesialisering på tilretteleggings- og hjelpemiddelområdet.

7.5 Universell utforming og tilrettelegging

I årene som kommer vil det være økende forventninger og økt politisk fokus på tilrettelegging og universell utforming i samfunnet som helhet. Dette innebærer en utvikling der spørsmålet om tilgjengelighet ikke lenger bare er begrenset til offentlige bygninger, transportløsninger og fellesarealer, men i like stor grad når det gjelder produkter og tjenester. For mange personer med funksjonsnedsettelse vil særløsninger gradvis bli unntaket, mens det universelle vil bli det mest alminnelige. Etter utvalgets vurdering vil dette også ha innflytelse på behovet for hjelpemidler og tilrettelegging.

Universell utforming handler om å planlegge og utforme omgivelser og produkter på en slik måte at de kan brukes av så mange som overhodet mulig enten man er barn, middelaldrende, eldre, med eller uten funksjonsnedsettelse. Det handler om at alle skal kunne delta i samfunnet på en likeverdig måte. Det vil fortsatt i større eller mindre grad være behov for individuelle løsninger som for eksempel rullestoler, lesestol, tegnspråktolkning, alternativ og supplerende kommunikasjon. Etter som prinsippene for universell utforming konkreti-

14. St.prp. nr. 51 (2008–2009) Redegjørelse om situasjonen i arbeids- og velferdsforvaltningen og forslag om tilførsel av ressurser til Arbeids- og velferdsetaten.

15. St.meld. nr 7 (2008–2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge.

seres og kriterier utformes ytterligere, er det viktig at hensynet til bruk av individuelle hjelpemidler og løsninger inngår i dette. Mest åpenbart og forståelig er eksemplet med tilgjengelighet for rullestoler. Like aktuelt er for eksempel tilrettelegging av lyd-miljø for å kunne bruke individuelle hørselshjelpemidler og kompatibilitet mellom individuelle synshjelpemidler og digital kommunikasjon. Det er spesielt store utfordringer når det gjelder universell utforming på IKT-området. Utviklingen med digitalisering av produkter og tjenester går svært raskt og gir ofte komplekse løsninger, samtidig som standardiseringsarbeidet er kommet svært kort. Det sentrale er at universell utforming trolig kan bidra til å åpne nye muligheter for personer med nedsatt funksjonsevne og det er viktig at funksjonshemmede gjennom bruk av ulike hjelpemidler vil kunne nyttiggjøre seg de alminnelige løsningene.

Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven trådte i kraft 1. januar 2009 og har som formål å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter til samfunnsdeltagelse for alle, uavhengig av funksjonsnedsettelse, og å hindre diskriminering. Loven skal også bidra til nedbygging av samfunns-kapte funksjonshemmende barrierer og hindre at nye skapes i årene som kommer. Loven består av tre typer materielle regler: For det første har loven regler om diskrimineringsforbud. For det andre har loven tilretteleggingsregler, med en plikt til universell utforming og en plikt til individuell tilrettelegging på nærmere avgrensede områder. Individuell tilrettelegging er rettet mot den enkeltes behov. Reglene om individuell tilrettelegging kommer i tillegg til og supplererplikten til universell utforming, og er avgrenset til særlige samfunns-områder som er ansett å være av særlig betydning for den enkelte. Både plikten til universell utforming og individuell tilrettelegging er underlagt en uforholdsmessighetsbegrensning. For det tredje er det regler om aktivitetsplikt; det vil si plikt til aktive tiltak for å oppfylle lovens formål.

Regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet 2009–2013 ble fremlagt våren 2009. Regjeringen ønsker å komme bort fra en tankegang der individet blir definert som problemet, og der spesielle tiltak for personer med funksjonsnedsettelser blir hovedløsningen. Universell utforming av det fysiske miljø innebærer en likeverdig form for tilgjengelighet slik at hovedløsningen kan brukes av flest mulig. Dette gjelder ikke bare personer med funksjonsnedsettelser, men også for eksempel familier med barn i barnevogn og eldre. Handlingsplanen bygger på flere strategier. Handlingsplanen er for det første

sektorovergripende og inneholder både tverrsektorielle og sektorielle tiltak. For det andre inngår bruk av rettslige virkemidler som en viktig del av den samlede strategien for å fremme universell utforming. Et nytt fundament er lagt gjennom ny diskriminerings- og tilgjengelighetslov. Likestilling og universell utforming er styrket i flere lovverk blant annet i ny plan- og bygningslov. En tredje strategi er bruk av ikke-rettslige virkemidler. Staten rår over betydelige virkemidler for å nå målet om at Norge skal være universelt utformet innen 2025. Regjeringen vil benytte seg av offentlig markeds-makt, forvaltningsmakt herunder etatsstyring og bevilgningsmakt (blant annet gjennom årlige budsjetter) som sentrale virkemidler i handlingsplanen. Dette innebærer blant annet aktiv bruk av muligheter som ligger i regelverket for offentlige anskaffelser for å sikre universell utforming ved innkjøp, sikre at universell utforming blir ivarettatt innen alle deler av offentlig forvaltning. Videre ønsker regjeringen å legge klare føringer for universell utforming i relevante offentlige bevilgninger og å utnytte og skjerpe det offentliges muligheter til å sikre universell utforming gjennom aktuelle godkjennings- og tilskottsordninger. En fjerde strategi er bruk av økonomiske virkemidler. Hovedprinsippet er at finansieringen skal skje gjennom de ordinære budsjetttrammene og at universell utforming naturlig inkluderes i aktuelle satsninger på de ulike sektorene. Andre økonomiske virkemidler er finanspakken, Nasjonal transportplan 2010–2019 og stimuleringsmidlene som er avsatt til handlingsplanen. Handlingsplanen prioriterer fire innsatsområder. Det er uteområder/planlegging, bygninger, transport og IKT. Økt sysselsetting for personer med funksjonsnedsettelse er et gjennomgående hensyn for tiltakene i planen. Innsatsen på de fire prioriterte innsatsområdene vil bidra til å gjøre det enklere for personer med funksjonsnedsettelse å være yrkesaktive.

7.6 Globalisering og teknologiutvikling

Hjelpemidler er også en vare som omsettes på det åpne marked og som påvirkes av økonomiske, politiske og kulturelle forhold både nasjonalt og internasjonalt. Globalisering innebærer at verden forandres ved at varer, kapital og mennesker stadig lettere flyttes over landegrensene. Kulturer integreres, holdninger og verdier spres og sosiale strukturer endres. For tilrettelegging og hjelpemiddelformidlingen innebærer dette et økt behov for å kunne orientere seg om nye og billigere hjel-

pemidler, samt hva eventuelle forbruksvarer inneholder av funksjoner som kan være nyttige for brukerne. I kapittel 6 om erfaringer fra andre land beskrives nettopp det komplekse og globaliserte markedet med tilbud av hjelpemidler som en utfordring i årene som kommer.

Ny teknologi kan gi nye muligheter for et selvstendig og meningsfullt liv. Det kan dreie seg om allerede utviklede produkter for hjelpemiddelmarkedet eller vanlige forbruksvarer. Eksempler her er velferdsteknologi, robotteknologi og intelligente hjelpemidler. Det er grunn til å tro at nye hjelpemidler og produkter kan være et viktig bidrag til at personer med funksjonsnedsettelse kan leve et selvstendig og mer meningsfullt liv, samtidig med at slike løsninger kan bidra til å forbedre arbeidsmiljøet for ansatte i pleie og omsorgssektoren. På den ene siden kan ny teknologi bidra til redusert behov for assistanse fordi den enkelte blir mer selvhjulpent. På den andre siden kan ny teknologi øke den enkeltes deltagelse i samfunnet og på den måten øke behovet for assistanse.

Samtidig kan vår digitaliserte hverdag skape nye barrierer. I Sverige ble det avgitt betänkande av LSS- och hjälpmedelsutredningen (SOU 2004:83) som blant annet så på de nye forutsetningene på hjelpemiddelområdet knyttet til IKT-området. Nye brukergrensesnitt for betjening av TV, radio, telefoner og døråpnere er kjente eksempler. For noen blir det behov for å forenkle løsninger, der bevegelsesvansker, sansetap eller forståelsesproblemer ikke gjør det mulig å benytte kompliserte løsninger.

Velferdsøkningen gir oss større muligheter til å ta estetiske hensyn ved valg av dagligvareprodukter og innredning av våre hjem. Mange hjelpemidler ansees ikke som estetisk tiltalende, og det har betydning for i hvilken grad man kan akseptere og innlemme disse. Mange opplever at deres private hjem får et institusjonspreg når hjelpemidlene monteres, da noen hjelpemidler krever omfattende inngrep i boligen, for eksempel montering av personløfter. Ikke minst kan naboer være skeptiske til at det monteres trappeheis i felles oppgang. Et kjent dilemma er hensynet til hjemmehjelp/pleiers behov for hjelpemidler på sin arbeidsplass, kontra brukerens ønske om å bevare hjemmets utseende. Et beslektet dilemma er hjelpemidlenes stigmatiserende symbolfunksjon, noe som kan hindre personer i å utnytte hjelpemidler som ville kunne gi økt funksjon. Det er en utfordring å utvikle hjelpemidler og utstyr som bedre kan integreres i private hjem og som fremstår mindre spesialiserte og stigmatiserende.

Hjelpemidler utvikles imidlertid stadig og blir bedre, mer avanserte og brukervennlige. Dette gjelder særlig innen IKT-feltet og kognitive hjelpemidler. Utviklingen av kombinasjonsprodukter er et annet utviklingstrekk som er utfordrende. Det kan være produkter som inneholder funksjonell teknologi for funksjonshemmede, men som samtidig har utstyr som faller utenfor hjelpemiddelbegrepet. Et eksempel her er avanserte mobiltelefoner. Telefoner gis ikke som hjelpemidler. For noen brukere kan det imidlertid være en fordel å ha flere funksjoner i ett enkelt produkt og således færre ting å forholde seg til. Produkter som regnes som vanlig å ha, gis som hovedregel ikke som hjelpemidler. Nødvendighetskriteriet i folketrygdloven begrenser i hvilken grad det kan gis oppgraderte og mer kostbare produkter så lenge det finnes enklere og rimeligere modeller som dekker brukerens behov. Noen land har valgt å gi delvis stønad til det som er forbruksvare eller innbo og ikke lenger betraktes som hjelpemidler. Danmark har en slik ordning hvor bruker får refundert 50 prosent av det utstyret koster, for eksempel gjelder dette elektriske scootere.

Smarthusteknologi er en samlebetegnelse for informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) anvendt i boliger, der de ulike komponentene kommuniserer med hverandre via et lokalt nettverk. Teknologien kan brukes til å overvåke, varsle og utføre handlinger etter valgte kriterier. Dette for å skape økt trygghet og selvstendighet i boligen, og dermed muliggjøre at folk kan og vil bo lenger hjemme. Smarthusteknologi gir også mulighet for automatisert kommunikasjon med omverdenen, via fasttelefon, mobiltelefon eller internett. Erfaringene viser at smarthusteknologi kan være et verdifullt supplement til menneskelig assistanse forutsatt at den anvendes på en etisk forsvarlig måte (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). Det er utarbeidet en *Veileder for smarthus* av Deltasentret som er utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2004. Det vil i fremtiden trolig være mer vanlig med smarthusteknologi. Samtidig vil den teknologien som allerede finnes forebedres og suppleres samt gjøres mer tilgjengelig for større grupper av befolkningen¹⁶.

Regjeringen har oppnevnt et offentlig utvalg som skal finne nye løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Hagen-utvalget skal gi en vurdering av mulighetene for produktutvikling, næringsutvikling og eksport som følge av et samarbeid mellom næringsliv og offentlig sektor på

16. Teknologirådet avga en rapport til Stortinget om framtidens alderdom og bruk av teknologi, finnes på nettstedet www.teknologiradet.no

omsorgsfeltet, med spesiell vekt på utvikling av arkitektur og ny teknologi. Smarthusløsninger og ny omsorgsteknologi kan gi brukerne nye muligheter til å mestre egen hverdag og bidra til å fremme selvstendighet og uavhengighet. Telemedisin og ny kommunikasjonsteknologi gir helse- og omsorgstjenestene mulighet til å forbedre, forenkle og effektivisere virksomheten. Utvalget skal avlevere sin innstilling før første halvår 2011.

Hjelpemiddelsentralene har per i dag et krav om størst mulig grad av gjenbruk. I et miljøperspektiv vil det fortsatt være viktig å ivareta prinsippet om størst mulig grad av gjenbruk også i fremtiden. Det offentlige skal gjennom innkjøp, bygging og drift velge miljø og energieffektive løsninger. Det skal legges vekt på klimautslipp og energibruk ved produksjon og energi som kreves i bruk og drift. Målet må være en helhetlig tilnærming til at alle hjelpemidler og annet utstyr i størst mulig grad skal være miljøvennlig, at det skal være etisk forsvarlig og at produktene er universelt utformet og tilrettelagt.

7.7 Utvalgets vurderinger

Dette kapitlet viser en rekke utviklingstrekk og utfordringer som vil ha vesentlig betydning for

videre utforming av velferdsordninger, herunder hjelpemiddelsystemet. Det ligger store og rimelig forutsigbare utfordringer i tilknytning til den aldrende befolkning som vil stille store krav til kapasitet, koordinering og faglighet i helse- og velferdssystemet som skal gi eldre mennesker en verdig alderdom. En like stor utfordring, både menneskerettslig, systemmessig og faglig er å gi alle mennesker med funksjonsnedsettelse like muligheter for samfunnsdeltagelse på alle samfunnsområder. Den globale såvel som den teknologiske utviklingen bidrar til å redusere muligheten til å kunne trekke for bastante konklusjoner med hensyn til hva som blir utfallet og hvordan dette vil påvirke hele eller deler av hjelpemiddelområdet. Oppsummert har utvalget identifisert fem hovedutfordringer som det er viktig at ansvarlige myndigheter evner å adressere:

- En aldrende befolkning og endret sykdomsbilde
- Brukere av hjelpemidler med sammensatte og komplekse behov
- Deltakelse og inkludering av flere med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet
- Universell utforming og tilrettelegging
- Kompetanse, innovasjon og globalisering

Kapittel 8

Reformbehov, krav og hensyn til et fremtidig hjelpemiddelsystem

I mandatet for utvalget er det i selve oppdraget gitt en rekke hensyn som skal ivaretas i utvalgets tilrådinger om fremtidige organisasjons-, regelverks- og finansieringsmodeller. Med disse hensynene og utfordringene skissert i kapittel 7 lagt til grunn, vil utvalget i dette kapitlet redegjøre for reformbehov, samt skissere krav og hensyn som bør stilles til et fremtidig hjelpemiddelsystem.

8.1 Reformbehovet på hjelpemiddelområdet

Utvalget legger til grunn for analysen av reformbehovet at dagens system inneholder en del fortrinn og egenskaper som det er viktig å bevare i et fremtidig system. Dette står ikke i motsetning til at utvalget i dette kapitlet identifiserer reformbehov på fem ulike områder. Dette er problemområder som ikke er tydelig avgrensbare, men som kjenne-tegnes av at problemstillingene er sammensatte i den betydning at de handler både om forhold og spørsmål knyttet til regulering, finansiering, forvaltning og kompetanse, og som berører flere forvaltningsnivåers og sektors ansvar.

I analysen av reformbehovet har utvalget valgt å tuftes sin tilråding på følgende føringer: *For det første* må hensynet til brukerne stå i sentrum, selv om disse kan ha høyst ulike behov og forventninger avhengig av ståsted, situasjon og funksjonsnedsettelse. *For det andre* ønsker utvalget i lys av fremtidige utfordringer, å legge til grunn en langsiktig og helhetlig tilnærming for å avklare reformbehov og løsninger på hjelpemiddelområdet. *For det tredje* mener utvalget at krav og hensyn til fremtidige løsninger må ta høyde for kompleksiteten og dynamikken på området. Hjelpemiddel- og tilretteleggingsområdet inngår som en viktig del av og griper inn i flere politikkområder i samfunnet, og kan derfor ikke ses isolert fra andre innsatsområder.

På bakgrunn av utfordringene som er redegjort for i kapittel 7 mener at følgende reformbehov kan identifiseres på hjelpemiddel- og tilretteleggingsområdet:

- Behov for økt hensyn til bruker, større valgfrihet og forenkling
- Behov for et mer robust og fleksibelt system i lys av den demografiske utviklingen, endringer i sykdomsbildet og den teknologiske utviklingen
- Behov for harmonisering av virkemidler for å oppnå mer helhetlige løsninger
- Behov for bedre arbeidsretting av virkemidler på hjelpemiddelområdet – flere med funksjonsnedsettelse i arbeid og utdanning
- Behov for et kompetanseløft, satsing på forskning og innovasjon

8.1.1 Behov for økt hensyn til bruker, større valgfrihet og forenkling

Å sette brukers behov i sentrum bygger på det grunnleggende demokratiske prinsippet om at den som berøres av en beslutning, skal ha innflytelse på prosessen som leder fram til beslutningen. Brukermedvirkning er derfor både en demokratisk rettighet og et ledd i arbeidet for å sikre god kvalitet på tjenestene. Dette innebærer at viktige premisser for tildeling av hjelpemidler og tilrettelegging er at de i størst mulig grad skal tilpasses den enkelte og at vedkommende selv skal delta og ha innflytelse over egen situasjon og valg av løsninger. Som redegjort for i kapittel 5 er det i dagens system ulike ordninger for å ivareta brukermedvirkning på individ- og systemnivå, og i særdeleshet gjennom brukermøter mellom den enkelte bruker og representanter for den kommunale og statlige hjelpemiddelformidlingen¹. Brukerkontakten med hjelpemiddelsentralen skjer i hovedsak på de mer komplekse sakene. Brukers vurderinger av offentlige tjenester gir ikke alene tilstrekkelig informasjon om kvaliteten på tilbudet, men det er over flere år gjennomført brukerundersøkelser for å måle brukere og brukergruppers tilfredshet med hjelpemiddelsentralenes virksomhet. Resultatet av

1. Agenda (2008); Kartlegging av hjelpemiddelsentralene og SYA.

disse undersøkelsene viser at eldre brukere med mer enkle behov for hjelpemidler gjennomgående er fornøyde med tilbudet. Samtidig viser resultatet av undersøkelsene at graden av fornøydhet faller, dess yngre og dess mer komplekse behov det er snakk om. Dette viser at det er behov for å satse videre på utvikling av brukerrettede tiltak og i et fremtidig system må dette ivaretas og videreutvikles. Dette er etter utvalgets vurdering en særlig utfordring i forhold til yngre brukere med komplekse behov som trenger koordinert og særlig oppfølging fra flere instanser.

Videre må etter utvalgets vurdering, hensynet til valgfrihet og medbestemmelse veie tungt når det gjelder å utvikle et fremtidig hjelpemiddelsystem som skal sikre at personer med funksjonsnedsettelse får et så selvstendig liv og uavhengig liv som mulig. For brukere handler det om å få større innflytelse over egen hverdag, bla. gjennom sterkere rett til selv å velge hjelpemiddel. Utvalget viser i denne sammenheng til drøftingene i kapittel 10 når det gjelder behovet for et mer tilskuddsbasert system, enn dagens, som i stor grad er basert på utlån.

Et forhold som særlig blir trukket frem av brukerorganisasjoner er frykten for at et større innslag av tilskudd vil føre til at bruker ikke får god nok faglig bistand til å finne en tilpasset løsning. Utvalget er opptatt av at mer valgfrihet ikke må ikke føre til forvitring av kompetanse og virkemidler som er nødvendig for å få til gode individuelle tilpasninger. Samtidig er utvalget opptatt av at de som ønsker det kan få tildelt hjelpemidler på ordinær måte.

8.1.2 Behov for et mer robust og fleksibelt system i lys av demografi, endringer i sykdomsbildet og teknologisk utvikling

Det satses store ressurser på formidling av hjelpemidler for at personer med funksjonsnedsettelse så langt som mulig, skal kunne leve et fullverdig og normalt liv på linje med alle andre. Beregninger foretatt i forbindelse med utvalgsarbeidet viser et samlet ressursbruk på hjelpemiddelområdet totalt på om lag 7,6 mrd. kr. Utviklingen når det gjelder antall brukere av hjelpemiddelsystemet er et viktig inntak for å vurdere om dagens system er finansielt bærekraftig, dimensjonert og organisert for å kunne ta i mot en større tilvekst i antall brukere. Beregninger foretatt av Arbeids- og velferdsdirektoratet² viser at det forventes en relativt sterk

økning i antall brukere av hjelpemidler frem mot 2030. Beregningene er gjort på bakgrunn av at stønadsregelverket er som i dag, samt med SSB middelalternativ for nasjonale prognoser befolkningsutvikling. Dagens nivå på ca. 150 000 brukere i dag forventes å være ca. 175 000 i 2020, dvs. en økning på om lag 17 prosent. I 2030 forventes antallet å ha steget til om lag 40 prosent i forhold dagens nivå. I lys av utfordringene som er beskrevet i kapittel 7 utløser denne utviklingen etter utvalgets syn en rekke reformbehov når det gjelder hensynene til robusthet og fleksibilitet i et fremtidig system.

Etter utvalgets syn, vil den *mengdeproblematikk* hjelpemiddelsystemet står overfor, utfordre dagens system både når det gjelder finansiering, forvaltning og formidling av hjelpemidler. Utgiftsnivået de neste tiårene vil ha sammenheng med i hvilken grad ressursinnsats og dekningsnivå pr. bruker er det samme som i dag eller blir endret. Med uendret regelverk for stønad, herunder hva som anses som hjelpemiddel, vil en økning i antallet brukere føre til en økning i ressursbruk til hjelpemiddelformål. Dette reiser spørsmål om dagens system er tilstrekkelig dimensjonert og vil ha kapasitet til å håndtere et raskt økende antall brukere.

Videre kan Samhandlingsreformen ha betydning for utviklingen på hjelpemiddelområdet, både når det gjelder framtidig dimensjonering, finansiering og organisering. Reformen er ment å skulle være et grep for blant annet å møte den aldrende befolkningens behov for flere og tilgjengelige helse- og omsorgstjenester. Målet er at mer av helse- og omsorgstjenestene skal ytes nærmere der pasienten bor. Innbyggerne skal få flere spesialiserte helse- og omsorgstjenester lokalt, både når det gjelder forebyggende helsearbeid, behandling og rehabilitering/oppfølging av kronisk syke og eldre. Økte behov for hjelpemidler og tilrettelegging med sikte på å bo og få behandling og omsorg i eget hjem er en viktig del av en slik satsing.

I tillegg til å sikre nok fagpersonell i årene fremover, blir det en viktig utfordring å utvikle den kommunale førstelinja både faglig og organisatorisk på velferdsområder der kommunesektoren har fortrinn til å løse oppgavene bedre. Dette utløser behov for en opptrapping og styrking av den tilretteleggingsfaglige kompetansen i kommunene. Nødvendig tilrettelegging og formidlingen av hjelpemidler må mest mulig ses i sammenheng med det øvrige tilbudet av omsorgs- og helsetjenester.

Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal vurdere behovet for *omsorgsteknologi* med utgangspunkt i de demografiske endringene vi står overfor. Dette indikerer ytterligere at teknologiutvikling og hjelpemidler i større grad ses i sammen-

2. Arbeid og velferd Nr. 2-2007

heng med tjenesteutvikling og organisering av pleie- og omsorgsorgstilbudet.

Utvalget drøfter i kapittel 10 spørsmål knyttet til statistikk fra SSB viser at eldre menneskers materielle og økonomiske situasjon har, som følge av velferdsutviklingen over de siste tiårene, endret seg betydelig i positiv retning. Statistisk sentralbyrå (SSB) publiserte 17. mars 2010 statistikk som viser at de eldre har vært «inntektsvinnere» de senere årene. Siden begynnelsen av 2000-tallet har medianinntekten etter skatt blant enslige 65 år og eldre økt med 41 prosent, mens pensjonistpar økte inntekten med nesten 46 prosent fra 2000 til 2008. For alle hushold økte median husholdsinntekt etter skatt med nærmere 34 prosent i denne perioden, målt i faste priser. Samtidig viser statistikk³ som er utarbeidet i forbindelse med utvalgsarbeidet at brukere av hjelpemidler i yrkesaktiv alder har en langt lavere inntekt, sammenlignet med alle andre i samme aldersgruppe.

Utvalget vil også i lys av behovet et mer fleksibelt hjelpemiddelsystem peke at virksomheten i dagens hjelpemiddelsentraler er regulert i egen, til dels detaljert forskrift. Til sammenligning er Arbeids- og velferdsetaten for øvrig ikke regulert på tilsvarende måte. Med utgangspunkt i det ansvaret arbeids- og velferdsdirektøren er tillagt i arbeids- og velferdsloven, kan det være behov for å vurdere nærmere om ansvaret for styringen på området ivaretas tilfredsstillende gjennom en slik forskrift.

8.1.3 Behov for en harmonisering av virkemidler for å oppnå mer helhetlige løsninger

Hjelpemiddelområdet har i liten grad vokst fram med utgangspunkt i en overordnet plan og et sett felles prinsipper. Mange enkeltordninger på hjelpemiddelområdet bærer preg en målgruppeorientering avhengig av type funksjonsnedsettelse.⁴ Allerede i St.meld. nr. 40 (2002–2003)⁵ Nedbygging av funksjonshemmende barrierer ble det vist til at det er etablert en rekke velferdsordninger hvor flere av disse er nært beslektede og er ment å dekke noen av de samme behovene. I St.meld. nr. 9 (2006–2007) Arbeid velferd og inkludering⁶, vises det til at i dagens stønadsregelverk er det

mange parallelle ordninger med ulike stønader til dekning av tilnærmet like formål. Etter utvalgets vurdering understreker dette behovet for et fremtidig system og regelverk der hensynene til sammenheng og helhet på tvers av forvaltningsnivåer, enkeltordninger og –ytelser vektlegges langt sterkere.

Folketrygden er en finansieringskilde for hjemmeboende tjenestemottakere, dvs at den bla delfinansierer legetjenester, legemidler, hjelpemidler. Hjemmeboende kan også motta bostøtte fra Husbanken. Når det gjelder hjelpemidler er det ingen egenandeler. Beboere i institusjon derimot betaler en høy egenandel til kommunen som også finansierer øvrige tjenester samt legetjenester og legemidler, samt hjelpemidler som ikke er personlige⁷. En fortsatt oppstyking av enkeltområder ut fra type funksjonsnedsettelse eller for eksempel boform kan gå på bekostning av målet om likebehandling for alle grupper funksjonshemmede.

En tilsvarende og overlappende inndeling finnes i dagens system med hensyn til oppdeling av ansvar og finansiering når det gjelder hjelpemidler til å dekke midlertidige behov(kommune) og hjelpemidler til å dekke varige behov(stat). Som drøftet i kapittel 11 om regelverket på hjelpemiddelområdet er en slik inndeling problematisk i forhold til gjeldende diskrimineringslovgivning. Samlet sett reiser dette behovet for en samlet vurdering med henblikk på harmonisering av dagens regelverk, organisering og forvaltning, uavhengig av forvaltningsnivå, boform eller om det gjelder hjelpemidler til midlertidige eller varige behov.

Etter utvalgets vurdering står finansieringsmåten sentralt når det gjelder å vurdere robustheten i et fremtidig system. 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 (overslagsbevilging). Økningen i antall brukere vil etter utvalgets syn aktualisere behovet for bedre kostnadskontroll. Finansieringen av dagens utlånsbaserte hjelpemiddelmodell innehar klare elementer av det som benevnes som *tredjepartsfinansiering*. I et såkalt «normalt» marked er det hver enkelt av oss som både bestiller, betaler og bruker tjenesten. Når det gjelder hjelpemidler i dagliglivet er det førstelinja i kommunene som vurderer behovet, mens det er staten over folketrygden som betaler og brukerne får på grunnlag av en behovsvurdering og etter søknad låne et eller flere hjelpemidler. I noen sammenhenger er det staten som utfører tjenes-

3. Kilde: Arbeidsnotat til Hjelpemiddelutvalget, Christian Andersen, SNF (2009)

4. Se nærmere omtale av den historiske utviklingen av hjelpemiddelformidlingen i Norge i kapittel 4.

5. St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer

6. St.meld. nr. 9 (2006–2007) Arbeid, velferd og inkludering

7. Se nærmere omtale i faktaboks om kommunenes delte finansieringssystem for pleie- og omsorgssektoren i kapittel 4.

ten, andre ganger er det kommunen som er utfører. 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. Kostnadskontroll er tungt vektlagt i et rammefinansieringssystem. Rammefinansiering gir også i utgangspunktet større muligheter til å prioritere mellom aktivitetsnivå, kostnads- og formålseffektivitet. Avhengig av framtidig modellvalg, kan et finansielt og organisatorisk regime der *penger følger bruker* også være et av flere mulig alternativer. Det vil innebære at det offentlige fatter vedtak og beholder overordnet styring, setter krav til kvalitet og betaler det meste av regningen⁸. Etter utvalgets syn står avveiningen mellom ulike hensyn når det gjelder finansiering sentralt når det gjelder å vurdere robustheten og fleksibiliteten i en framtidig modell.

8.1.4 Behov for bedre arbeidsretting av virkemidler på området – flere med funksjonsnedsettelse i arbeid og utdanning

Som omtalt i kapittel 7, har sysselsettingsandelen blant personer med funksjonsnedsettelse ligget stabilt på 45 prosent⁹ over mange år til tross for at det det har vært et politisk mål over en lang periode å øke sysselsettingen for denne gruppen.

Et sentralt spørsmål er om dagens hjelpemiddelssystem og virkemidler for tilrettelegging på arbeidsplassen er godt nok innrettet, i forhold til å styrke funksjonshemmedes muligheter i arbeidslivet.

Som det fremgår av mandatet for utvalget, har dagens hjelpemiddelsystem utviklet seg gradvis på bakgrunn av enkeltbeslutninger. Området er uoversiktlig og det er behov for en helhetlig gjennomgang. På arbeidsområdet gir NAV-reformen nye muligheter til en mer helhetlig og styrket innsats for å bistå brukere til både å forbli og å komme i arbeid. Målet om flere i arbeid og aktiv virksomhet og færre som har trygd eller stønad som hovedkilde til forsørgelse, er ett av tre overordnede mål for den nye organiseringen av arbeids- og velferdsforvaltningen¹⁰. I St.meld. nr. 9 (2006–

2007) Arbeid, velferd og inkludering ble det lagt frem strategier og tiltak for å styrke inkluderingen i arbeidslivet av personer i yrkesaktiv alder som har problemer med å finne innpass i yrkeslivet eller er i ferd med å falle ut av det. Hjelpemiddelområdet ble ikke omhandlet i denne meldingen. En sentral oppgave for denne utredningen blir derfor å gjennomgå hjelpemiddelområdet og komme med forslag slik at virkemidlene knyttet til hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet på en bedre måte understøtter det overordnede målet om flere i arbeid.

En viktig premisse for arbeidet er at personer med funksjonsnedsettelse skal gis like muligheter til deltakelse i arbeidslivet, og at den offentlige innsatsen må innrettes slik at den bidrar til å kompensere for funksjonshemmingen. Utvalget legger vekt på at arbeidshjelpemidler må ses i sammenheng med Arbeids- og velferdsetatens øvrige arbeidsrettede virkemidler, og at virkemidlene innrettes slik at Arbeids- og velferdsetaten får en ryddig og oversiktlig verktøykasse som gjør det enklere å finne frem til egnede tiltak tilpasset personer med funksjonsnedsettelse.

I arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv i IA-sammenheng er arbeidsplassen vektlagt som den viktigste arenaen for å forebygge sykefravær, hindre utstøting og få flere med funksjonsnedsettelse i arbeid. Ut i fra dette blir det viktig at virkemidler utformes slik at de støtter opp om arbeidsgivers ansvar for tilrettelegging og inkludering, og at arbeidsgivere får verken merutgifter eller vesentlig merarbeid ved ansettelser av personer med funksjonsnedsettelse.

8.1.5 Behov for satsing på kompetanse, utvikling og innovasjon

Utvalget ser satsing på kompetanse, utvikling og innovasjon som viktige, *strategiske styringsvirkemidler* for å nå mål og ambisjoner i politikken ovenfor personer med nedsatt funksjonsevne.

Hjelpemiddelområdet inngår som en del av Arbeids- og velferdsetatens samlede ansvar for gjennomføringen av arbeidsmarkeds-, trygde- og pensjonspolitikken. Etaten ledes av Arbeids- og velferdsdirektoratet, som har også har en viktig rolle som faglig rådgiver for departementet. Når det gjelder den faglige rollen som kompetanseorgan skal direktoratet være faglig uavhengig og styrt av krav om faglig kvalitet. Rollen som kompetanseorgan handler også om kunnskapsoverføring og -formidling til sektoren, til annen statlig og kommunal virksomhet, herunder hjelpemiddelcentrale og hjelpemiddelområdet i kommunene, media

8. «Penger følger brukeren» drøftes nærmere i kap. 10 under modellvalg.

9. Kilde: Statistisk sentralbyrås tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU). Dette er en årlig undersøkelse og det gis ut årlige rapporter. Rapporten som kom i 2009, heter: Funksjonshemma på arbeidsmarknaden, og er skrevet av T. P. Bø og I. Håland (rapport nr. 2009/10-SSB)

10. Ot.prp. nr. 47 (2005–2006) Om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (Arbeids- og velferdsforvaltningsloven)

og allmennheten generelt. Dette ivaretas i dag bla. gjennom at det er utformet en nasjonal kompetansehevingsstrategi som revideres årlig gjennom virksomhetsplanleggingsprosessen i Arbeids- og velferdsetaten.

En rapport fra SINTEF¹¹ viser at det er lite systematisk forskning på hjelpemiddelrelaterte problemstillinger, og at det som finnes er av varierende kvalitet. Etter utvalgets syn er det behov for å styrke tjenesteforskning. I en slik sammenheng er det behov for å se nærmere på spørsmålet om et tettere samarbeid mellom relevante FoU-miljøer på direktoratsnivå, universitet og høyskoler og aktuelle nasjonale kunnskapsmiljøer.

Sentralenes andrelinjefunksjon innebærer et løpende ansvar for oppdatering og vedlikehold av informasjon og kunnskap, kompetanseheving, veiledning og støtte. Etter utvalgets vurdering har det systematiske kompetansehevingsarbeidet som har pågått de siste årene har bidratt til å bringe kompetansen i kommunene på et høyere nivå enn for bare noen år siden. Etter utvalgets vurdering er det likevel i lys av fremtidige utfordringer behov for et mer samlet grep når det gjelder å satse på kompetanse, forskning og utvikling. Dette gjelder både generelt og i forhold til enkeltområder som for økt kompetanse når det gjelder hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet og kompetanse på satsing. Etter utvalgets syn er situasjonen i dag preget av at alle sentralene skal besitte samme type kompetanse, uavhengig av hva som er behovet i første linje i kommunene, hos arbeidsgivere eller andre samarbeidspartnere. I lys av behovet for økt satsing på hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, regjeringens forslag til en samhandlingsreform og satsing på omsorgsteknologi mener utvalget det er behov for en samlet og mer overordnet satsing på kompetanse, forskning og innovasjon.

Dette har også sammenheng med at utviklingen i samfunnet går i retning av å bli mer tilgjengelig og mer universelt utformet. Videre går utviklingen i retning av at det som før ble ansett for å være hjelpemidler nå blir vanlig forbruksvare. Dette innebærer at man i fremtiden må se hjelpemidler og tilrettelegging i en større helhet.

11. Nanna Kurtze og Karl-Gerhard Hem (2009); Utrednings- og forskningsprosjekt om hjelpemidelformidling, tilrettelegging og rehabilitering som fag og forskningsfelt. SINTEF Teknologi og samfunn.

8.2 Krav til et fremtidig hjelpemiddelsystem

I foregående er det redegjort for de viktigste reformbehovene på hjelpemiddelområdet. I denne delen drøftes nærmere de krav og hensyn som bør bli stilt til et fremtidig hjelpemiddelsystem bla. med utgangspunkt i utvalgets mandat og andre forhold utvalget velger å vektlegge. Hensikten er å komme fram til et grunnlag for drøfting og valg av modell for et fremtidig hjelpemiddelsystem.

8.2.1 Hensynet til bruker

I mandatet står det blant annet at systemet bør

«ivareta behovet for nødvendig fleksibilitet som gir rom for gode, individuelt tilpassede løsninger for brukerne».

Det viktigste hensynet i et fremtidig tilretteleggings- og formidlingssystem på hjelpemiddelområdet, er at brukere får et riktig hjelpemiddel til rett tid. Fokuset må være på det som er et godt resultat for den enkelte bruker. Formidling av hjelpemidler og tilrettelegging på brukernes premisser innebærer både at hjelpemiddelsystemet er tilgjengelig og at faglig personell har nødvendig kompetanse til å hjelpe brukerne med å løse sine problemer. Dette gjelder i særlig grad brukere med komplekse behov. Tilgjengelighet dreier seg i stort om hvor godt det er lagt til rette for at brukerne kan komme i kontakt med det offentlige og at de kan gjøre seg bruk av tjenestene som tilbys. Tilgjengelighet dreier seg også om innbyggernes mulighet til å forstå og finne frem i offentlige ordninger, bli veiledet og hjulpet til å hevde sine rettigheter.¹² Dette setter krav både til dem som står i en behandler- og tjenesteyterrolle, og til dem som finansierer, organiserer og administrerer tjenestene på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå. Brukeren bør ha mulighet til å kunne prøve ut hjelpemidler i en periode for tilvenning, opplæring og tilpassning.

I dette hensynet ligger også at det på systemnivå er etablert ulike fora og kanaler for brukerrepresentasjon og – innflytelse for sikre tilbakemeldinger fra brukerne når det gjelder behov for utvikling og kvalitetsforbedring.

Tabell 8.1 Framstilling av krav og hensyn ved utforming av et fremtidig hjelpemiddelsystem.

Nr	Krav/hensyn	Innhold
1	Hensynet til bruker	Det viktigste hensynet i et fremtidig system er at bruker får et riktig hjelpemiddel rett tid. Systemet må baseres på at behovet for hjelpemidler avklares, tilpasses og følges opp i nært samarbeid med brukeren og hennes/hans nære omgivelser som mulig. Hensynet til bruker innebærer et faglig kompetent og tilgjengelig system, med rom for individuell tilpasning og medvirkning. Et slikt system må også i rimelig grad hensynta behovet for valgfrihet.
2	Likebehandling og rettsikkerhet	Personer med nedsatt funksjonsevne skal ha et likeverdig tilbud om hjelpemidler og andre kompensatoriske tiltak uavhengig av funksjonsnedsettelse, diagnose, livssituasjon og bosted. Det er behov for å styrke rettsikkerhetskrav på området samtidig som det faglige skjønnet må styrkes.
3	Effektivitet	Et fremtidig hjelpemiddelsystem må sikre at ressursene anvendes på rette tiltak og tjenester, samt at tiltakene og systemet frambringer en god løsning for bruker uten unødig ressursbruk. Det må med andre ord sikres at systemet oppfyller det behovet det er ment å skulle gjøre på en god og effektiv måte.
4	Kvalitet og kompetanse	Et fremtidig hjelpemiddelsystem må innfri krav til tilgjengelighet, faglighet og profesjonalitet i alle ledd av formidlingskjeden. Derfor er kompetanse framhevet både som krav og som strategi i utredningen.
5	Koordinering og samordning	Hjelpemidler og tilrettelegging skal fremstå som del av en helhetlig, samordnet og koordinert «velferdspakke» overfor brukeren. Dette er et vesentlig krav for å ivareta hensynet til brukere med komplekse behov.
6	Fleksibilitet	Et fremtidig hjelpemiddelsystem må være fleksibelt, dvs. enkelt å forstå og administrere. Dette vil innebære mindre detaljstyring og vil i mindre grad legge bindinger på kommunenes og hjelpemiddelsentralenes organisering og prioritering av tjenester. Det forutsetter et regelverk som håndterer balansen mellom et større innslag av faglig skjønn og rettsikkerhet.

8.2.2 Likebehandling og rettsikkerhet

I mandatet står det blant annet at systemet bør

«Sikre effektive og robuste løsninger som håndterer krav til (...) rettsikkerhet og likebehandling».

Rettsikkerhet innebærer blant annet at den offentlige myndighetsutøvelsen skal være forankret i på forhånd gitte rettsregler, slik at borgeren kan forutberegne sin rettsstilling og innrette seg i tillit til dette. Utvalget legger til grunn at rettsikkerhet omfatter både garantier for en forsvarlig

beslutningsprosess når det offentlige treffer avgjørelser av betydning for enkeltpersoners rettigheter og plikter (rettssikkerhetsgarantier) og verdimesige krav, som likhet og rettferdighet, til rettsreglene og de rettslige avgjørelsens innhold (rettssikkerhetskrav). Rettssikkerhetsgarantiene kan være i form av saksbehandlingsregler som tjenesteyterne skal følge, eller at mottakerne av ytelser skal ha anledning til å klage dersom de mener tjenesteyter har gjort feil. Et overordnet system for tilsyn og kontroll, uavhengig av om den enkelte tjenestemottaker fremmer en formell klage, er en del av dette. Rettssikkerhetskrav er innholdsmessige krav som bygger på menneskerettighetserklæringene og velferdsstatlige grunnverdier, og som

12. NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune

blant annet kan komme til uttrykk ved rettighetslovgivning som sikrer borgeren basale ytelser på et faglig forsvarlig nivå.

Oppbyggingen og utviklingen av velferdssamfunnet har vært tuftet på idealer om likhet og solidaritet. Derfor inngår kravet om likebehandling som et grunnleggende prinsipp for forvaltning og organisering av alle velferdsordninger. Velferds-systemet skal gi likeverdige tjenestetilbud over hele landet, uansett bosted, sosial bakgrunn og økonomiske evner. Velferdsordningene skal bidra til en rettferdig fordeling av inntekt og levekår, og gi sikkerhet mot tap av inntekt, og sikre den enkelte hjelp og omsorg når behovet melder seg¹³. Diskrimineringslovens bestemmelser om at alle, uansett kjønn, bakgrunn, funksjonsnedsettelse eller etnisitet skal ha samme muligheter og behandles likt, er basert på likebehandlingsprinsippet. Det betyr at det i størst mulig grad bør være et hjelpemiddelsystem som sikrer lik tilgjengelighet og likebehandling uavhengig av omfang og type funksjonsnedsettelse og hvor i landet en bor. Det stiller krav til kompetanse og tilgjengelighet og legger føringer på utforming og organisering av både det statlige og kommunale hjelpemiddelsystemet.

Etter utvalgets syn kan innføring av eventuelle egenbetalingssystemer kan påvirke bruken og etterspørselen etter tjenester og tilpasninger både i kommunene og staten. Slike løsninger vil aktualisere behovet for skjerming og skjermingsordninger for enkeltbrukere med særskilte behov. Det er avgjørende at et framtidig hjelpemiddelsystem evner å balansere hensynet til likebehandling og grunnleggende rettssikkerhetskrav, med hensynet til effektivitet og fleksibilitet.

8.2.3 Effektivitet

I mandatet er utvalget gitt i oppgave:

«Utrede og komme med tilrådinger om organisasjons- og regelverks- og finansieringsmodeller ivaretar hensyn som ma. skal sikre nødvendig kostnadskontroll og effektivitet, herunder kostnadsomveltning mellom forvaltningsnivåene».

Videre skal ...

«Valg av framtidig organisering og finansieringsmodell (...) ivareta behovet for kostnadskontroll og etablering av kostnadseffektive løsninger.»

Utvalget legger til grunn at en effektiv hjelpemiddelforvaltning må ha oppmerksomhet rettet både mot at en bruker ressursene på rette tiltak og tjenester (formålseffektivitet) og tiltakene og systemet frembringer resultatene uten unødige ressursbruk og sløsing (kostnadseffektivitet). Det offentliges overordnede ansvar er å sørge for at samfunnets ressurser blir brukt på en mest mulig effektiv og rasjonell måte til å løse oppgaver som kommer fellesskapet til gode¹⁴.

Professor ¹⁵Victor Norman understreker i notat til utvalget at verdien av et tiltak i samfunnsøkonomisk forstand ikke er noe annet enn summen av verdien for de individene som berøres av tiltaket – målt ved hva disse er villige til å gi opp av andre goder for å få realisert tiltaket. Sett ut fra samfunnsnivå vil en formålseffektiv forvaltning på hjelpemiddelområdet tilsi at ordninger og tiltak som fører til arbeid, aktivitet og inkludering prioriteres, men et hjelpemiddel kan imidlertid ha like stor 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.

Innen hjelpemiddelområdet er det flere aktører som samlet skal bidra til formålseffektive løsninger. Det er avgjørende at alle aktører evner å arbeide mot det samme målet, og at ulike tiltak og virkemidler ses i sammenheng med sikte på måloppnåelse. En viktig side for å ivareta hensynet til effektivitet er at det er handlingsrom til å foreta en hensiktsmessig tilpasning til lokale og regionale forutsetninger, behov og prioriteringer¹⁶. Det forutsetter at lovgivningen er utformet slik at det foreligger reell handlefrihet med hensyn til hvordan oppgavene skal løses. Kommunene har en nøkkelrolle i arbeidet med tilrettelegging og hjelpemidler i dagliglivet. På samme måte har arbeidsgivere og utdanningsinstitusjoner en nøkkelrolle når det gjelder hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet og under utdanning.

Kostnadseffektivitet og kostnadskontroll er vektlagt i mandatet når det gjelder valg av løsninger. Dette har sammenheng med at behovet for hjelpemidler trolig vil øke sterkt i de neste ti-årene. Utvalget legger til grunn at et hvert finansierings-system vil, direkte og indirekte, ha innbakt insita-

13. NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune

14. NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune

15. Professor Victor Norman, Hjelpemidler og hjelpemiddelsystemet. Samfunnsøkonomiske betraktninger, 2008

16. NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune

menter som påvirker ressursbruk, og dermed måloppnåelse. Et viktig hensyn når det gjelder å forebygge at ressursbruken blir ineffektiv er så langt som mulig å sikre ved at bare én part blir ansvarlig for styring og finansiering. Når flere parter som på hjelpemiddelområdet finansierer tjenester sammen, kan ressursbruken bli ineffektiv fordi en part vil kunne skyve kostnader over på de andre partene. Derfor er det viktig at samfunnet ikke innrettes slik at enkeltaktører, ut fra snevre økonomiske motiver, velger tilpasninger som velter utgiftsansvaret over på andre. En viktig problemstilling i tilknytning til bærekraften i dagens hjelpemiddelsystem, er at kommunene er ikke er tildelt en ansvarlig posisjon. 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 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.

Utformingen av finansieringsordninger kan også føre til tilpasninger som ikke er optimale med hensyn til brukernes behov, og dermed heller ikke er samfunnsøkonomisk lønnsomme og effektive. Konsekvensen av dette kan bli offentlige finansierede ordninger verken dekker brukernes behov på en formåls effektiv eller kostnadseffektiv måte. Ordninger som medfører eller stimulerer til vridninger i ordninger og tjenestetilbud, og som ikke er basert på brukernes behov, bør unngås med mindre det er klare politiske prioriteringer som nødvendiggjør øremerkede tilskudd.

8.2.4 Kvalitet og kompetanse

I mandatet understrekes viktigheten av et framtidig system som

«...sikrer effektive og robuste løsninger og håndterer krav til kvalitet, tilgjengelighet. (...).»

Etter utvalgets vurdering ligger det i dette hensynet et krav om faglighet som sikrer at oppgavene løses på en optimal måte. De tjenestene som tilbys skal være godt funderte tilretteleggingsfaglig. Hjelpemidler og tilrettelegging er i flere sammenhenger pekt på som et tverrfaglig område som henter kunnskap fra en rekke fagfelt. I kvalitet og kompetanse ligger også et krav om profesjonalitet. Systemet skal ha både bredde- og spesialkompetanse ikke bare på behovskartlegging og -avkla-

ring, tilpasning og oppfølging, men også på de øvrige trinnene i formidlingskjeden, herunder forhold som opplæring, innkjøp, reparasjoner og lagerfunksjoner.

Tilgjengelighet er et viktig hensyn når det gjelder kvalitet og kompetanse. Ventetider, som mandatet konkret nevner, kommer inn under dette med et tilgjengelig system. Et kvalitativt godt system innebærer at brukerne vet hvor «deres» sak eventuelt befinner seg.

Fagpersonene som arbeider i dette systemet er den viktigste innsatsfaktoren i en slik kunnskapsvirksomhet. Det er behov å skille mellom ulike kompetanse, for eksempel kompetanse på førstelinjenivå, kompetanse på de komplekse sakene samt annen og mer generell tilretteleggingsfaglig kompetanse. Etter utvalgets syn stiller dette krav til hvordan man skal styre og utvikle kompetanse ikke bare på lokalt og regionalt, men også på nasjonalt nivå.

8.2.5 Koordinering, samordning og samhandling

Koordinering, samordning og avveining mellom ulike politikkområder og sektorer er vesentlig for helhetlige løsninger og effektiv ressursbruk. Generelt kan det påpekes at oppgaven med å foreta avveining og samordning mellom ulike samfunnssektorer har økt i takt med samfunnets økende kompleksitet og krav på effektiv ressursutnyttelse¹⁷. Behovet for bedre koordinering og samordning har i den senere tid ligget til grunn for flere reformer i offentlig sektor. Etableringen av den nye arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) startet 1. juli 2007. Dette markerer et viktig tidsskille i forvaltningen av og strategien på dette feltet. Den nye forvaltningen vil i seg selv bidra til et mer helhetlig og samordnet tilbud til dem som av ulike grunner ikke finner sin plass i arbeidsmarkedet. I St.meld. nr. 9 (2006–2007) Arbeid, velferd og inkludering understrekes behovet for helhet og sammenheng når det gjelder den nye arbeids- og velferdsforvaltningens virkemidler, samt relevante virkemidler i utdannings- og helsesektoren.

Tilsvarende fokus er lagt til grunn i St.meld nr. 47 (2009 – 2010) Samhandlingsreformen som bygger på erkjennelsen av at tjenestene i for stor grad har vært søyleorganisert og i for liten grad vært samordnende og koordinerte.

Etter utvalgets vurdering står ikke hensynet til at noen oppgaver krever koordinering, samord-

17. NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune

ning og samhandling på tvers av sektorer, i motsetning til at den enkelte sektormyndighet har ansvar for at tiltak og aktiviteter i tilknytning til hjelpemidler og tilrettelegging på eget område og for at nødvendig kompetanse sikres som del av sektorpolitikken. Sektoransvarsprinsippet innebærer at den myndighet, organisasjon eller virksomhet, som har ansvaret for å levere ytelser eller tjenester til borgerne i alminnelighet, har en tilsvarende forpliktelse til å sikre at disse ytelsene, tjenestene eller servicen er tilgjengelige også for mennesker med funksjonsnedsettelse. Utfordringen blir å utvikle en modell som i lys av framtidige utfordringer er robust og fleksibel nok til å ivareta både de sektorspesifikke og de sektorovergrepene oppgavene. Dette er krevende fordi det vil berøre og ha konsekvenser for samarbeidet, ansvarslinjene og beslutningsprosessene mellom aktører og forvaltningsnivåer på hjelpemiddelområdet. Etter utvalgets vurdering er det et spørsmål som må vurderes konkret i forhold til hvilke funksjoner og oppgaver det er snakk om.

8.2.6 Fleksibilitet

I mandatet er det å

«sikre et juridisk ramme- og regelverk som ivaretar behovet for nødvendig fleksibilitet og som gir rom for gode, individuelt tilpassede løsninger for brukere»

sterkt vektlagt.

Etter utvalgets syn er hensynet til fleksibilitet er nært knyttet til muligheten som hjelpemiddelcentralene, kommunen eller arbeidsgiver har til å finne fram til gode løsninger i et nært samarbeid med bruker og eventuelle andre aktører.

Som nærmere gjort rede for i kapittel 11 vil dette kreve et mer formålsbasert regelverk som i mindre grad fastsetter detaljerte regler om vilkår for å få ytelser og utmåling av ytelser, og i større grad knytter borgernes rettigheter til en rettslig standard. Fokuset må da være på hva som er resultatet for den enkelte og det rettslige kravet til det å få den hjelp som trengs for å kompensere for funksjonsnedsettelsen, slik at vedkommende kan fungere i arbeid, utdanning og øvrig samfunnsnivå. Et mer formålsbasert regelverk med større innslag av faglig skjønn vil øke behovet for å vektlegge sterkere de prosessuelle kravene til selve saksbehandlingen, krav til kompetansen i tjenestene, faglig veiledning og faglig og rettslig tilsyn med virksomheten. Dette kan kunne være i motstrid til deler av reguleringen i folketrygden slik den er utformet i dag.

8.2.7 Sammenhengen mellom de ulike hensyn

Foran er det foretatt en gjennomgang av de viktigste krav og hensyn som utvalget legger til grunn for å vurdere ulike modeller for et fremtidig system for hjelpemiddelformidling. Utvalgets utgangspunkt er at en eventuell endring eller justering av dagens regelverk og organisering velges for å realisere mål, tydeliggjøre strategier og løsningsalternativer. En helhetlig vurdering av de ulike hensynene og krav til framtidig organisering av hjelpemiddelforvaltningen er etter utvalgets syn et spørsmål om å vurdere, avveie og prioritere mellom ulike krav og hensyn. I det følgende gjennom noen av de hensynene som til dels står i et motsetningsforhold til hverandre.

Likebehandling og effektivitet

Hensynet til effektivitet, kvalitet og til kostnadskontroll veier tungt når det gjelder å oppnå en rasjonell fordeling av ressurser til hjelpemiddelformål. Med effektivitet forstås det at det er et velferdspolitisk mål, i denne sammenhengen å formidle hjelpemidler til lavest mulige kostnader for samfunnet. Samtidig er kravet om likhet og likebehandling grunnleggende for alle velferdsordninger. Det innebærer at befolkningen skal, innenfor de overordnede rammer som legges for ressursbruk, behandles likt og sikres likeverdig tilgang til hjelpemidler uavhengig av funksjonsnedsettelse, hva slags behov det er snakk om og hvor i landet en bor. Dette legger føringer på utforming og organisering av det statlige og kommunale hjelpemiddelsystemet. Et argument som i en del sammenhenger knyttes til hensynet til effektiv ressursbruk er at desentrale løsninger er mer effektive ved at det samlede tjenestetilbudet kan samordnes og s i større grad tilpasses lokale behov og ønsker.

En svakhet er imidlertid at dette kan bidra til å skape større forskjeller i velferdstilbudet fra kommune til kommune. På den andre siden utelukker heller ikke et statlig ansvar at det kan utvikle seg forskjeller fra et sted til et annet. I tillegg til eventuelle lokale forhold som kan undergrave et likeverdig velferdstilbud, mener utvalget at et minst like viktig perspektiv ved en eventuell overføring av ansvar og oppgaver fra staten til kommunene på hjelpemiddelområdet er å se dette i et risikoperspektiv, dvs i lys av hvem som har muligheter/ønske om å ta den økonomiske risikoen som en slik overføring av ansvar innebærer. Etter utvalgets vurdering vil en mer robust kommunestruktur i form av større kommuner eller mer interkom-

munalt samarbeid bidra til å minske risikoen ved å overføre oppgaver på hjelpemiddelområdet fra staten til kommunene.

Ut i fra hensynet til at det skal være et likeverdig tilbud er det regulert i en egen forskrift at hjelpemiddelsentralen skal ha et eget lager for oppbevaring av hjelpemidler som skal samlokaliseres med den øvrige virksomheten ved hjelpemiddelsentralen¹⁸. I praksis betyr dette blant annet at hjelpemiddel først går til et statlig lager, for deretter å bli distribuert til kommunalt lager, før det endelig utleveres til brukeren. En slik føring setter etter utvalgets syn hensynet til likhet foran mulighetene til å organisere virksomheten på en kostnadseffektiv måte.

Det er ingen egenandeler på hjelpemidler pr. i dag, men en innføring av en slik ordning innenfor rammen av en fremtidig mer kostnadseffektiv modell kan stå i motstrid til kravet om likebehandling og likeverd. Ved innføring, eventuelle egenandeler er det nødvendig å vurdere skjermingsregler. Skjermingsregler eller en eventuell behovsprøving er forhold som begrunnes i rettferdighetsbetraktninger knyttet til fordeling. Samtidig kan praktiseringen av slike regler gå på bekostning av effektiviteten i systemet.

Formåls- og kostnadseffektivitet

Formåls effektivitet handler om sammenhengen mellom forvaltningens tjenester, tiltak eller virkemidler og hvorvidt de tilhørende sektorpolitiske og samfunnsmessige innsatser gir resultater og virkninger for de aktuelle målgruppene. Hvis man ikke oppnår tilfredsstillende resultater, kunne ressursene vært anvendt alternativt på andre målgrupper. Kostnadseffektivitet handler om at virkemidlene på hjelpemiddelområdet utløser tiltak som gir størst mulig velferd for de ressursene som settes inn (så mange hjelpemidler som mulig for hver «krone»). Når tiltakets kostnader ikke står i et rimelig forhold til tiltakets effekt, betyr dette at samfunnet må gi avkall på unødig mye velferd på andre områder for å nå de velferdspolitiske målene. Krav om kortere leveringstid for hjelpemidler har vært et område som det har vært mye oppmerksomhet på og som også er nevnt eksplisitt i mandatet. Etter utvalgets syn er det viktig at forventingen om kortere ventetid, avveies i forhold hva dette koster i forhold til å løse andre oppgaver. I en slik sammenheng er det for eksempel viktig å differensiere mellom enkle hjelpemidler og spesialtilpassede hjelpemidler. Et krav om kort leve-

ringstid på spesialtilpassede hjelpemidler fra leverandører lar seg gjennomføre, men det koster det offentlige trolig mye mer enn det ellers kunne gjort med en noe lengre ventetid¹⁹. Et ensidig fokus på kortest mulig ventetid kan også gå på bekostning av den faglige kvaliteten.

Likebehandling og fleksibilitet

Generelle rettssikkerhets hensyn tilsier at det er behov for et formelt og forutberegnelig regelverk som gir den enkelte bruker reell mulighet for innflytelse og forutsigbarhet i saksbehandlingen. Et for detaljert regelverk kan imidlertid gi den enkelte fagperson et for lite skjønnsmessige handlingsrom med sikte på få til en faglig sett god løsning for den enkelte bruker. Utvalget viser til diskusjonen og tilrådingene i regelverkskapitlet når det gjelder diskusjonen knyttet behovet for en ny formålsbestemmelse. Utvalget mener at i lys av dette at hensynet til fleksibilitet bør veie tungt i et fremtidig hjelpemiddelsystem.

I et fremtidig system vil noen brukere ønske seg større frihet med hensyn til å velge hva slags hjelpemiddel eller tilrettelegging de har behov for. I noen tilfeller kan det dreie seg om et dyrere hjelpemiddel, andre ganger kan det handle om en ordinær forbruksvare men som innehar ønsket funksjon. Økt bruk av tilskudd vil kunne være et målrettet virkemiddel med sikte på å øke brukeres valgfrihet. Kritikken mot et tilskuddsystem som utelukkende baserer seg på brukeres egne valg, er at forvaltningen overlater avgjørelser til den enkelte bruker uten at det sikres en kompetent oppfølging som sikrer en sammenhengende og individuell tilpassning, noe som også kan føre til større individuelle ulikheter.

Effektivitet og fleksibilitet

Folketrygden og de statlige ordningene med hjelpemidler er forankret i et gjennomregulert regelverk i lov, forskrift og rundskriv. Kostnadskontroll utøves i dagens system i stor grad gjennom fastsetting av inngangsvilkårene. Det kan argumenteres for at et mer fleksibelt system med en sterkere vektlegging av formål, faglig skjønn og et godt resultat for den enkelte kan gå på bekostning av hensynet til å ivareta kostnadskontroll. Det innebærer etter utvalgets syn at hensynet til kostnadskontroll må sikres på andre måter.

18. (jf. F15.04.1997 r 323)

19. PwC (2009): Organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet, rapport.

Kvalitet og sektoransvar

En hovedbegrunnelse for at ansvaret for hjelpemiddelsentralene ble overført fra fylkeskommunene til staten i 1995, var behovet for å etablere et landsdekkende, tilgjengelig og enhetlig system med en hjelpemiddelsentral i hvert fylke. Det var et mål å få helhetlig og samordnet system, som uavhengig av sektor, samlet alle hjelpemidler for ulike funksjonshemninger på et sted. Dvs. at man vektla hensynet til samordnede tjenester samt at kompetansen knyttet til det tilretteleggingsfaglige og hjelpemiddelformidlingen var samlet i sentralene²⁰. Dette har vært viktig med hensyn til at mange kommuner har behov for bistand fra hjelpemiddelsentralen i kompliserte og sammensatte saker, der det gjelder å finne løsninger i samarbeid mellom sektorer og berørte parter både på første- og andrelinjenivå. Kommunen skal på sin side avklare behovet for hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte²¹, og ber om nødvendig be om bistand fra Arbeids- og velferdsetaten eller fra andre relevante instanser. Dette reiser en diskusjon ikke bare om hvor langt kommunene sitt sektoransvar seg strekker på eks. helse- og omsorgssektoren, men også hva konkret det omfatter, og hvilke oppgaver det dekker. Utvalget mener at sektoransvarsprinsippet slik det er stadfestet i St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer også bør legges til grunn for det framtidige hjelpemiddelsystemet. Det innebærer at fagmyndigheter på ulike sektorer og forvaltningsnivåer på sine områder har samme ansvar for personer med nedsatt funksjonsevne som for den øvrige befolkningen. Når det gjelder hjelpemidler i dagliglivet må kommunen ta et helhetsansvar når det gjelder samordning og koordinering, men utvalget ser samtidig at sektoransvaret og behovet for bistand må kunne anvendes fleksibelt avhengig av sektor og hva slags saker det dreier seg om. Det innebærer at kommunene vil ha større behov for bistand fra hjelpemiddelsentralene til brukere med komplekse behov på skole og barnehageområdet, enn når det gjelder hjelpemidler og tilrettelegging innen helse og omsorgstjenesten. I førstnevnte saker er kommunene mer avhengig av en kritisk masse av saker for å kunne opparbeide seg nødvendig kunnskap og ekspertise som er avgjørende for å få til gode løsninger for den enkelte.

20. Se nærmere omtale av dette i kapittel 4.

21. Forskrift om habilitering og rehabilitering som regulerer hjelpemidler og ergonomiske tiltak (FOR 2001-06-28 nr 765)

8.2.8 Oppsummering av mulige målkonflikter

I vurderingene av de viktigste hensynene som bør ligge til grunn for en fremtidig modell for hjelpemiddelsystem har utvalget i det foregående redegjort for mulige målkonflikter. Basert på gjennomgangen over har utvalget identifisert tre overordnede sett av målkonflikter. Det ene settet med målkonflikter er hensyn som dreier seg om et detaljert regelverk versus et mer formålsbasert regelverk med mer vekt på at det skal utøves et faglig skjønn i den enkelte sak. Det andre settet av målkonflikter er knyttet til oppgave- og ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene. Det tredje settet av målkonflikter er knyttet til behovet for helhet og sammenheng i tjenestetilbudet versus behovet for økt valgfrihet for den enkelte.

Utvalget mener at hensynet til den enkelte bruker tilsier at utviklingen av et mer formålsbasert hjelpemiddelsystem og regelverk må være overordnet. I kapittel 11 drøfter utvalget tiltak for innfri økte krav til rettsikkerhet. Det er viktig at den enkelte fagperson har mulighet til å utøve et skjønn innenfor et gitt handlingsrom, som vil kreve større grad av fleksibilitet til å foreta individuell tilpasning. Det innebærer bla. at hensynene til likebehandling og kostnadskontroll må løses med andre virkemidler. Utvalget mener videre at hensynet til kostnadskontroll er viktig, men må avveies opp mot en bredere samfunnsøkonomisk vurdering som legger til grunn at²² den samfunnsøkonomiske verdien av hjelpemidler i mange tilfeller er høyere, enn kostnaden ved selve hjelpemidlet. Utvalget viser videre til drøftingene om økt kommunalt ansvar for basishjelpemidler som vil muliggjøre en langt mer samlet vurdering av nytte og kostnad av behovet for personellinnsats i pleie og omsorg versus investering i hjelpemidler, enn i dagens system.

Når det gjelder målkonflikter knyttet til oppgave- og ansvarsdelingen mellom forvaltningsnivåene handler dette i stor grad om hvilke oppgaver bør organiseres sektorovergrepene i regi av hjelpemiddelsentralene og hvilke oppgaver bør være tillagt den enkelte myndighet på sektornivå. Utgangspunktet for at staten overtok ansvaret for hjelpemiddelsentralene i 1995 var behovet for et enhetlig og likeverdig tilbud, uavhengig av bosted. Utvalget mener at hensynet til fleksibilitet og rom for behovstilpasning avhengig av kompetanse på den enkelte sektor blir viktigere å sikre i årene

22. Professor Victor Norman, Hjelpemidler og hjelpemiddelsystemet. Samfunnsøkonomiske betraktninger, 2008.

fremover. Dette er nødvendig for å kunne skille bedre mellom brukere med enkle behov og brukere med komplekse behov og står ikke i motsetning til at ansvaret for koordinering og samordning i den enkelte sak må ligge i førstelinja. Det siste knippet av mulige målkonflikter handler i stor grad om behovet for et sammenhengende og likeverdig hjelpemiddelsystem versus en økt vektlegging av hensynet til økt fleksibilitet og valgfrihet for brukere av hjelpemidler. Et økt innslag av tilskudd vil i denne sammenhengen kunne ivareta hensynet om fleksibilitet men kunne gå på bekostning av behovsvurdering og formidlingsfaglig oppfølging

av den enkelte. Avhengig av utformingen, vil en tilskuddsbasert modell i større grad bygge på forutsetningen om hjelpemidlet er den enkeltes ansvar og i mindre grad et ansvar for samfunnet ved hjelpemiddelsentralene eller kommunen. På dette området kan kravet om fleksibilitet komme i målkonflikt med likebehandling. Et større innslag av tilskudd vil gjennom at brukerne har ulikt utgangspunkt for å kunne skaffe seg informasjon bla. om markedet, kunne føre til økt ulikhet. En slik målkonflikt må vurderes i forhold til organisering, øvrig tjenestetilbud og muligheten for alternative valg.

Kapittel 9

Drøftinger av organisasjonsmodeller

9.1 Innledning

Utvalget er bedt om å komme med forslag og drøfte ulike modeller for tilrettelegging og hjelpemiddelformidling. Med dette som utgangspunkt har utvalget i kapittel 8 formulert krav til og premisser for en fremtidig organisasjonsmodell. Krav og hensyn er utledet av beskrivelsene, dokumentasjon og analyser som fremkommer i kapitlene 4–8, og i særlig grad av utviklingstrekk og utfordringer beskrevet i kapittel 6. I kapittel 8 har utvalget drøftet ulike krav og hensyn knyttet til fremtidig organisering av hjelpemiddelområdet som gir viktige innspill til hensyn som legges vekt på ved vurdering av ulike organisasjonsløsninger. Videre, har utvalget i forbindelse med arbeidet fått innspill fra konsulentfirmaet PricewaterhouseCoopers som har foretatt en organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet. Etter utvalgets vurdering er det særlig på fem områder at det i lys av reformbehovene foreligger behov for å foreta justeringer av dagens modell:

- Et mer skjønnsbasert regelverk
- Oppgave- og ansvarsdelingen mellom kommune og stat
- Harmonisering av virkemiddel- og finansieringsstruktur
- Et mer arbeidsrettet hjelpemiddelsystem
- Økt satsing på kompetanse

Hoveddelen av dette kapitlet beskriver utvalgets drøfting av ulike organisasjonsmodeller, med hovedvekt på oppgave- og ansvarsdelingen mellom kommune og stat. Med en organisasjonsmodell mener utvalget en prinsippskisse av hvordan hjelpemiddelområdets oppgaveportefølje skal organiseres. Utvalget har i den forbindelse sett hen til prinsippene og drøftingene som er lagt til grunn for ansvars- og arbeidsdelingen mellom stat og kommune i NOU 2000: 22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune. Utvalget viser til at spørsmål i tilknytning til harmonisering av virkemiddelstruktur og finansiering drøftes mer inngående i flere kapitler, herunder drøftingen av regelverket som er samlet i kapittel 11. Drøftingene av et mer arbeidsrettet hjelpemiddelsystem er omtalt

i kapittel 14, mens økt satsing på kompetanse omtales i kapittel 15 om det nye hjelpemiddelsystemet.

Utvalget har også sett hen til noen av hensynene som er drøftet i NOU 2004:13 En ny arbeids- og velferdsforvaltning blant annet når det gjelder å avklare hvilke forhold som bør utgjøre grunnlaget for en organisasjonsmodell på hjelpemiddelområdet og som bør avklares på nasjonalt politisk nivå:

- Mål for virksomheten
- Hvilke funksjoner og oppgaver som skal ivaretas
- Overordnet organisering og finansiering
- Krav til førstelinjen

Etter utvalgets vurdering kan det i prinsippet tenkes følgende idealtypiske modeller:

- En statlig modell som forutsetter statlig eiansvar, herunder finansieringsansvar for alle hjelpemidler og alle trinn i formidlingsprosessen
- En kommunal modell som forutsetter at kommunene får ansvaret, herunder finansieringsansvaret for alle hjelpemidler og alle trinn i formidlingsprosessen
- En markedsorientert modell som organiseres i en bestiller-utførermodell, der det offentlige står for finansiering og fatter vedtak (myndighetsutøvelse), mens formidlingen leveres av private aktører i et marked som i prinsippet består av bare to typer aktører: de som selger hjelpemidlet, tilbydere (produsenter, leverandører), og de som kjøper hjelpemidlet, etterspørere. I likevekt er tilbydere og etterspørere enige om pris og hjelpemidlet kjøpes.
- En frivillig modell som bygger på offentlig finansiering gjennom tilskudd eller refusjon, der de tilfrivillige organisasjoner gis myndighet til å forvalte ytelser på hjelpemiddelområdet på vegne av det offentlige, som i prinsippet kan innebære at de med unntak av å fatte vedtak, tar på seg et hovedansvar for alle trinn i formidlingen av hjelpemidler

I det følgende beskrives de ulike idealtypiske modellene, for så å gjennomgå med hensyn til mulige styrker og svakheter, med utgangspunkt i krav og hensynene til fremtidig hjelpemiddelfor-

midling som er redegjort for i det foregående kapitlet. Modellene er ikke ment som ferdige løsningsforslag, men representerer hver for seg et sett av egenskaper og hensyn som utvalget mener er viktige å vurdere når det skal utformes løsninger på bakgrunn av det påviste reformbehovet. Modellene uttrykker dermed ulike veivalg, og det er utvalgets tanke at drøftingene skal tydeliggjøre disse valgene og hvilke konsekvenser, fordeler og ulemper de har. To av modellene anses som mindre aktuelle og gis derfor en mer kortfattet drøfting, mens de øvrige to, henholdsvis den statlige og kommunale, etter utvalgets vurdering er å anse som de mest aktuelle hovedalternativer å legge til grunn for en fremtidig hjelpemiddelforvaltning.

Når to av modellene gis en mer begrenset omtale, har dette også etter utvalgets syn sammenheng med at likebehandlings- og fordelingshensyn tilsier at offentlig myndighet fortsatt bør ha en sentral rolle, ikke bare når det gjelder finansiering, men også når det gjelder å gi personer med funksjonsnedsettelse en grunntrygghet for tilgang til hjelpemidler og tilrettelegging. Det utelukker imidlertid ikke at viktige elementer i hver av de to modellene som ikke er fullstendig gjort rede for, kan inngå i de to hovedalternativene. Den markedsorienterte og den frivillige modellen legger begge til grunn en bestiller-utførerorganisering med private aktører og frivillige organisasjoner i rollen som produsenter av tjenesten(e) (utførerrollen). Bestillerenheten – som ivaretas av offentlig myndighet, skal omforme mottakernes behov for tjenester, myndighetskrav og politiske prioriteringer til konkrete krav overfor utfører. Utfører leverer tjenestene til mottaker, i tråd med kravene til innhold og kvalitet. Sentralt i denne tenkningen er at organisering og utforming av styringsform, bestemmer i stor grad den direkte og løpende styringen av området.

Etter utvalgets vurdering reflekterer den skiftende organisering av hjelpemiddelområdet de siste tiårene at det dels av politiske og faglige årsaker har vært viktig og nødvendig å balansere ulike hensyn. I tråd med de rådende politiske prioriteringer og utfordringer har man særlig det siste tiåret vektlagt hensynet til å få etablert et enhetlig, nasjonalt formidlingssystem. Hovedmålet har vært å sikre en likeverdig tilgang til hjelpemidler og tilrettelegging uavhengig av bosted. Dette hensynet har trukket i retning av sterk statlig styring. Det betyr at andre hensyn som f. eks stor grad av fleksibilitet i oppgaveløsning og organisering og som trekker i retning fristilling og lokal handlefrihet, har kommet i andre rekke. Mange oppgaver på hjelpemiddelområdet vil til en hver tid ligge i grenselandet

mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene, hjelpemiddelsentralene og offentlige eller private utførere. Dette kan være en dimensjon som vil forsterkes som følge av at Samhandlingsreformen gjennomføres. Avhengig av hvilken framtidig modell som velges, vil en ny og forsterket kommunerolle med økt vekt på helhetlig tenking, behandling og forebygging lokalt påvirke de aktuelle modellene ulikt. Utvalget kommer tilbake til dette spørsmålet under drøftingen av hver av modellene.

Et viktig likhetstegn ved styringen av alle de fire modellene at de baserer seg på en funksjons- og oppgavedeling med offentlig myndighet (stat eller kommune) i bestillerrollen. Som redegjort for foran, dreier bestilleransvaret seg om, med bakgrunn i lov og forskrift, å bestemme omfang, innretting, kvalitet og kostnader av ytelser og tjenester. Etter utvalgets vurdering faller et slikt ansvar inn under offentlig myndighetsutøvelse og bør derfor beholdes innenfor forvaltningen. Et hovedskille mellom den statlige og den kommunale modellen i styringssammenheng er likevel slik, at mens man i den statlige modellen vil ha en tilnærmet ubrutt styringslinje mellom overordnet offentlig myndighet og den enkelte virksomhet, vil man i den kommunale modellen måtte forholde seg til at kommunene er selvstendige politiske og juridiske enheter. Det er likevel slik at staten og kommunesektoren har blitt stadig tettere innvevd i hverandre. Staten styrer kommunene gjennom ulike virkemidler, basert på en kombinasjon av juridiske, økonomiske og administrative virkemidler, herunder politisk og administrativ desentralisering, med utgangspunkt i prinsippene om lokal autonomi og delegert myndighet. I forbindelse med NAV-reformen er det i lovs form etablert et partnerskap mellom statlige og kommunale myndigheter. Dette partnerskapet innebærer at alle kommuner er lovpålagt å ha et NAV-kontor som skal drives i fellesskap av stat og kommune, som likestilte parter.

Et viktig og grunnleggende skille mellom styringen av offentlig virksomhet og styringen av private virksomheter eller aktører fra frivillig sektor er at mens styringen av offentlig virksomhet gjennomgår skjær gjennom tradisjonell, hierarkisk forvaltningsstyring, skjer styringen av private eller frivillige aktører hovedsakelig gjennom kontrakter. Ved spesifiserte kontrakter kan offentlig myndighet sikre at utfører handler i samsvar med bestillers interesser og ønsker. En grunnleggende likhet i alle modellene er at man baserer seg på offentlig finansiering av ytelser og tjenester. Offentlig finansiering kan imidlertid ha ulike finansieringsformer og innenfor den statlige modellen

forutsettes dagens ordning videreført en tilnærmet, åpen ramme i folketrygden. Når det gjelder den kommunale modellen står spørsmålet om kommunenes evne til å håndtere økonomisk risiko sentralt. Utvalget legger til grunn at oppgaver og ansvar lagt til kommunene forutsettes finansiert innenfor et ordinært rammetilskuddssystem, eventuelt i kombinasjon med en øremerket tilskuddsordning som for eksempel den forsterkede toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere. Denne er nærmere beskrevet i kapittel 4. Det er viktig å presisere at et offentlig finansieringsansvar ikke trenger å bety at det offentlige selv skal stå for utførelsen av alle oppgaver.

Den markedsorienterte og den frivillige modellen skiller seg så måte fra de to øvrige, ved at det innenfor rammen av sistnevnte modeller er aktuelt å overlate en langt større del av ansvaret for oppgaveløsningen på hjelpemiddelområdet til private aktører eller frivillige organisasjoner. Finansieringen av disse oppgavene vil kunne reguleres gjennom såkalte fastpriskontrakter eller gjennom refusjonsordninger. En fastpriskontrakt betyr at det i kontrakten spesifiseres en kostnad eller bevilgning for tjenestene eller ytelsene som skal leveres, basert på en underliggende pris for eksempel pr. bruker. Refusjonsordninger betyr at finansiering knyttes til medgåtte utgifter.

Utvalget vil også innledningsvis til dette kapitlet understreke at hjelpemiddelsystemet har mange målsettinger. Sannsynligvis vil en type organisering favorisere måloppnåelse på noen områder, men være mindre egnet på andre områder. Ut ifra dette finnes det neppe en organisasjonsmodell som fullt ut ivaretar alle hensyn. Det er også viktig å presisere at verdigrunnlag, mål og underliggende hensyn ikke er statiske begreper, men endres over tid og i hvilken sammenheng de drøftes. En og samme modell kan ha kjennetegn som gjør at det kan argumenteres den best ivaretar

visse hensyn i en sammenheng, mens i en annen sammenheng vil det argumenteres for det er en annen modell som best ivaretar de samme hensyn. Dette uttrykker at det i slike drøftinger må foretas en konkret avveining mellom ulike verdier og hensyn som ses i forhold til i hvilken sammenheng de drøftes i.

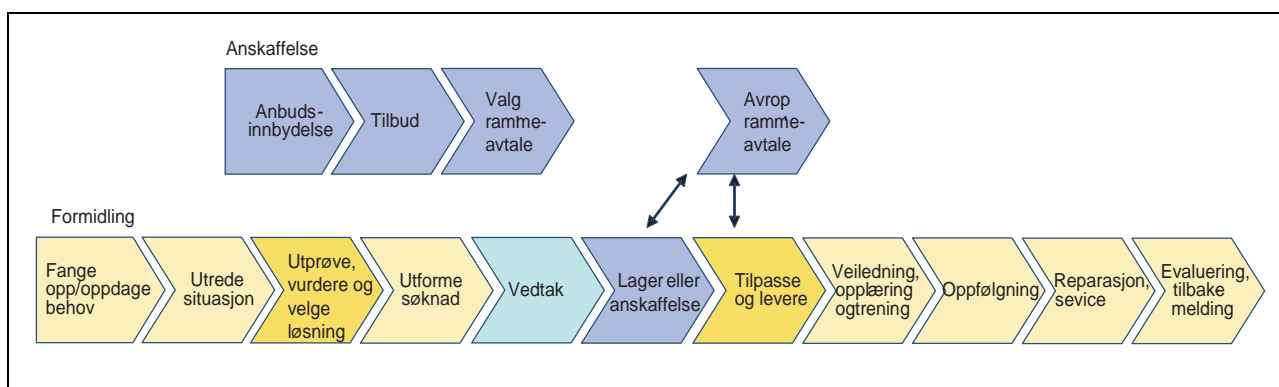
Som introduksjon til den videre drøfting av modellene, gis det nedenfor en fremstilling av hvilke funksjoner og oppgaver som er knyttet til de ulike trinnene i formidlingsprosessen i dagens system når det gjelder hjelpemidler i dagliglivet.

9.2 Den statlige modellen

I det følgende gis en kortfattet beskrivelse av en ren statlig modell som med noen viktige forbehold, bygger videre på dagens modell. Modellen innebærer at staten ved arbeids- og velferdsforvaltningen vil ta over deler av hjelpemiddelsystemet som i dag er kommunalt. Når det gjelder ansvaret for hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet forutsettes det statlige ansvaret videreført som i dag.

9.2.1 Beskrivelse av den statlige modellen

Hovedmålet for en helstatlig hjelpemiddelforvaltning vil være å forsterke dagens mål om å sikre et enhetlig, helhetlig og sektorovergripende system for forvaltning og formidling av hjelpemidler. En slik modell vil i praksis bety at staten overtar de fleste av oppgavene som knytter seg til de ulike trinnene i formidlingsprosessen. Det vil innebære at staten i stor grad påtar seg det meste av det førstelinjeansvaret som i dag ligger i kommunene (jf. figur 9.1 Rollefordelingen i formidlingsprosessen). Det forutsettes at kommunene fortsatt har det generelle ansvaret innen habilitering- og rehabilitering som særlig omfatter hjelpemidler og tilrette-



Figur 9.1 Oppgaver og funksjoner i tilknytning til de ulike trinnene i formidlingsprosessen

Kilde: PwC/Organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet, 2009.

legging innen helse og omsorg, skole, barnehage og bolig.

En helstatlig modell vil også innebære at staten overtar ansvaret for alle trinn i formidlingsprosessen av hjelpemidler i og utenfor institusjon, samt hjelpemidler til å dekke midlertidige behov. Som nærmere beskrevet i kapittel 4 har kommunene et omfattende ansvar for deler av dette i dagens modell. Ansvaret vil i tillegg til behovsavklaring og – vurdering, tilrettelegging, opplæring og oppfølging av bruker, omfatte brukere av hjelpemidler innen sykehjem, barneboliger eventuelt andre institusjoner innenfor helse- og sosialsektoren, samt hjelpemidler til bruk i skole og barnehage.

Dagens system for utforming av førstelinjen når det gjelder hjelpemidler i dagliglivet, baserer seg på en rolledeling mellom staten og kommunene etter prinsippene om at kommunene utgjør førstelinje og hjelpemiddelsentralene er andrelinje. En statlig «ett-nivå modell» vil i større grad kunne utformes som en sektorovergripende og arenauavhengig modell, hvor hjelpemiddelbrukeren bringer hjelpemidlet med seg på ulike arenaer og sektorer, også institusjoner. Oppgavene som spenner seg fra myndighetsutøvelse i vedtak om tilståelse av hjelpemidler og ytelser til ren tjenesteproduksjon og ulike serviceoppgaver som transport og reparasjon. Utvalget legger til grunn at det kan være nødvendig å gjøre et organisatorisk skille mellom rene myndighetsoppgaver og sentrale styringsoppgaver. Førstelinjen i en helstatlig modell vil være et statlig ansvar og kan eventuelt tenkes samorganisert med det lokale NAV-kontoret, mens de fylkesvise hjelpemiddelsentralene kan opprettholdes og videreutvikles. Uansett utforming, er en viktig problemstilling som følge av denne modellen, hvordan det statlige ansvaret skal avgrenses mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt skole og barnehage. En naturlig konsekvens er at fagpersonell i kommunene som i dag er knyttet til å fange opp behov, utrede, utprøve og velge løsning, samt oppfølging vil følge med når oppgavene går over til staten.

Et kjennetegn ved i dagens modell er at hjelpemidler ved varig behov tildeles og finansieres som overslagsbevilgning over folketrygden. En helstatlig modell vil forutsette at staten overtar finansieringsansvaret for stønad til hjelpemidler som skal dekke midlertidige behov. Et annet innslag ved dagens modell er at den i stor er basert på at hjelpemiddelet lånes ut. Dette forutsettes videreført.

9.2.2 Drøfting av den statlige modellen

Hensynet til brukerne

Som drøftet i kapittel 8 ivaretas hensynet til at brukers behov skal stå i fokus på hovedsaklig to nivåer. Det ene skjer på systemnivå og det andre foregår på individnivå. Systemet for hjelpemiddelformidling må utformes slik at brukerinnflytelse og selvbestemmelse ivaretas på begge nivå. I henhold til lov om arbeids- og velferdsforvaltning skal arbeids- og velferdsetaten sørge for at representanter for brukerne får mulighet til å uttale seg i forbindelse med planlegging, gjennomføring og evaluering av etatens tjenester. Dette gir mulighet til innflytelse både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Etter utvalgets vurdering vil en sterk side ved en statlig modell være at den gir større muligheter for at brukersiden ivaretas på systemnivå. Dette har ikke minst sammenheng med at det på nasjonalt nivå er mange møteplasser mellom brukerorganisasjoner og myndighetene.

Det er viktig å understreke at hensynet til å ivareta brukernes behov er en sterk side ved formidlings- og tilretteleggingsprosessen i dagens modell. Det er likevel grunn til å anta at en modell som flytter oppgaver fra kommune til stat i utgangspunktet vil innskrenke handlingsrommet for å foreta lokale og individuelle avveininger i oppgaveløsningen. I en stor statlig etat med oppgaver som spenner fra myndighetsoppgaver til praktiske utadrettede oppgaver knyttet til utredning, tilpassning, opplæring og oppfølging, er det lettere for at de mer brukernære funksjonene prioriteres ned. Det kan imidlertid være mulig å motvirke dette ved en organisatorisk og faglig utforming av modellen som sikrer et tydelig skille mellom myndighetsutøvelse og mer brukernære funksjoner, herunder tjenesteyting.

Hensynet til likebehandling og rettssikkerhet

Som drøftet i verdigrunnlaget inngår hjelpemiddel-systemet som del av et universelt velferdssystem som skal gi sosial trygghet til de som bor i landet, og der staten har et overordnet ansvar for når det gjelder likestilling og utjevning av levekår på nasjonalt nivå, herunder sikre likeverdig tilgang til hjelpemidler uavhengig av bosted. En statlig modell vil ikke representere store endringer i forhold til dagens modell når det gjelder likebehandling. Retten til hjelpemidler i dagligliv og arbeid er således regulert i folketrygdloven og utformet slik at de skal sikre lik tilgang over hele landet. En sterk side ved en modell som flytter oppgaver fra kommune til stat vil i større grad innfri kravet om brukere av

hjelpemidler skal ha likeverdig tilbud om til hjelpemidler uavhengig av geografisk bosted. Det vil trolig også føre til bedre likebehandling av brukerne i institusjon og hjemmeboende. Tilsvarende vil brukere av hjelpemidler med midlertidige behov (mindre enn 2 år) kunne oppleve en større grad av likebehandling. Hensynet til rettsikkerhet vil trolig ivaretas på samme nivå som i dagens modell.

Hensynet til effektivitet

En effektiv hjelpemiddelforvaltning må ha oppmerksomhet rettet både mot at en bruker ressursene på rette tiltak og tjenester (formålseffektivitet) og på at tiltakene og at systemet frambringer resultatene uten unødig ressursbruk og sløsing (kostnadseffektivitet). En helstatlig modellen vil ha et fortrinn ved at den har en samlet overordnet og helhetlig ledelse av hele hjelpemiddelområdet. En vil også i større grad unngå problematiske grenseflater og overlappende virkemiddelbruk.

En slik modell vil gjøre det enklere å sikre mer effektiv ressursutnyttelse og gjøre det enklere å oppnå stordriftsfordeler på en rekke administrative områder som for eksempel IKT, kompetanseutvikling og andre sentrale støttefunksjoner som for eksempel innkjøp, som er et relativt ressurskrevende og komplisert kompetansefelt og som håndteres i vesentlig grad gjennom såkalte nasjonale rammeavtaler.

I utgangspunktet kan det være en sterk side ved en helstatlig modell at den i utgangspunktet vil ha få insentiver til økt kostnadsoverveltning mellom forvaltningsnivåene. Det er nærliggende å anta at en helstatlig oppgaveløsning og finansiering på hjelpemiddelområdet være et insitamant til at kommunene i større grad foretar en konkret avveining av om det heller skal satses på hjelpemidler og tilrettelegging i egen bolig, enn personellintensiv pleie og omsorg. Dette kan ut i fra en samlet samfunnsøkonomisk betraktning være mer lønnsomt enn i dagens system. Det ligger imidlertid implisitt en fare for kostnadsoverveltning ved at kommunene nedprioriterer personellinnsats og annen teknologi. Faren for merforbruk av hjelpemidler er således tilstede fordi det i en helstatlig modell finansiert over folketrygden, vil være færre insentiver til å holde utgiftene nede. En statlig, folketrygdfinansiert løsning vil kunne håndtere den økonomiske risikoen som er knyttet til å forvalte et sterkt rettighetsorientert velferdssystem som hjelpemiddelområdet.

Modellen vil imidlertid kunne ha en svak side når det gjelder formålseffektivitet fordi hensynet til likebehandling øker behovet for mer ens rutiner

og standardiserte løsninger på tvers av kommuner. Dette vil imidlertid kunne oppveies noe av at hjelpemiddelforvaltningen på lokalt nivå, forankres i det lokale NAV kontoret. Målet med denne reformen er å gi den enkelte bruker et helhetlig og samordnet tilbud på tvers av ulikt lovverk og forvaltningsnivå. En løsning innenfor det lokale NAV-kontoret vil kunne omfatte både hjelpemidler til arbeid, så vel som dagligliv og skole.

For å kunne oppnå god effektivitet er det viktig at lovgivningen er utformet slik at det foreligger reell handlefrihet med hensyn til hvordan oppgavene skal løses. Samlet sett er dette hensyn som taler mot en helstatlig modell. En eventuell fremtidig regulering av retten til hjelpemidler utenfor folketrygden kan, avhengig av lovens utforming, kunne gi større fleksibilitet på løsningssiden, også innefor en statlig modell.

Hensynet til kvalitet og kompetanse

Flere hensyn, herunder behovet for et mer formålsbasert regelverk setter klare krav til høy og forbedret kompetanse i alle ledd på hjelpemiddelområdet. Den fremste ressursen i et fremtidig hjelpemiddelsystem er kompetente medarbeidere og ledere med bred erfaring og ferdigheter til å veilede kommunene nå det gjelder å kartlegge og avklare behov, formidle, tilpasse, sørge for opplæring og følge opp. Det er dette som er nøkkelkompetansen når det gjelder å lykkes med de gode formidlings- og tilretteleggingsprosessene som skaper resultater og gjør at brukere blir hjelpemidler tilfredse. I dagens modell er hjelpemiddelsentralenes rolle som kompetansebygger og kompetanseoverfører av vesentlig betydning for kommunenes evne til å utøve sitt ansvar, og mange kommuner gir uttrykk for at denne kompetansen er helt nødvendig for brukeropfølging i komplekse saker.

En sterk side ved et helstatlig hjelpemiddelsystem er at det i kraft av sin størrelse vil gi større muligheter til å bygge og vedlikeholde mer robuste og faglig sterke kompetansemiljøer. Dette gjelder i særlig grad i forhold til oppgaver som krever høy grad av likebehandling og ensartet praksis. Denne modellen har også fordeler når det gjelder å kunne ta et samlet og helhetlig grep for å sikre både første- og andrelinjekompetanse på ulike delområder, som for eksempel syns- og hørselsområdet. Selv om en slik modell vil spenne over mange og forskjelligartede oppgaver som i utgangspunktet kan virke lite relaterte, vil det ut i fra oppgavens karakter være lettere å tilpasse kompetanse og arbeidsmetodikk ut i fra oppgavens karakter. Dette er et viktig hensyn når det gjelder

der behovet for å styrke kompetansen når det gjelder brukere med komplekse behov.

En svak side kan imidlertid være at sentralenes rolle som forvaltningsorganer styrkes på bekostning av mer brukernære funksjoner.

Riktig kompetanse er en forutsetning for at hjelpemidler og nødvendig tilpasning er tilgjengelig på rett sted, til rett tid og med et innhold som er tilpasset behovet for den enkelte bruker. I en helstatlig modell med ansvar både for førstelinjeoppgaver og andrelinjeoppgaver vil utfordringer knyttet til tilgjengelighet også være betydelige, men de trenger nødvendigvis ikke være større enn med en kommunal modell. Det er innført en akuttberedskap på reparasjoner utenom hjelpemiddelsentralenes åpningstid. Slike akuttfunksjoner kan bedre ivaretas i et statlig system, enn i et kommunalt.

Koordinering og samordning

Oppgaven med å foreta avveining og samordning mellom ulike samfunnssektorer har økt i takt med dens kompleksitet og krav om mer effektiv ressursutnyttelse. En helstatlig modell som skal håndtere både likestilling og inkludering i dagligliv, utdanning og arbeid vil stå overfor betydelig utfordringer når det gjelder å samordne og koordinere mellom sektorer og nivåer. Ikke minst gjelder dette i forhold til samordning på lokalt nivå. I dag er hjelpemiddelsentralenes fokus i stor grad rettet mot førstelinjen i kommunene. Det er grunn til å anta at hensynet til det økende antallet eldre vil tilsi at dette er et fokus som ikke vil avta i årene framover.

Etter utvalgets vurdering er det også nødvendig at innsatsen overfor arbeidssøkere og arbeidstakere med nedsatt funksjonsevne trappes opp. I utgangspunktet bør en statlig modell ha fortrinn i forhold til en kommunal modell når det gjelder å få til samhandling og samordning med det øvrige statlige virkemiddelapparatet overfor brukere med nedsatt funksjonsevne i og utenfor arbeidslivet.

I en helstatlig modell kan man tenke seg flere løsninger. Med NAV-kontorene i en utvidet rolle, vil førstelinjefunksjoner som behovskartlegging og – vurdering kunne ivaretas på lokalt nivå. Det er også mulig å tenke seg at hjelpemiddelsentralene har ansvar for både første- og andrelinjefunksjoner, slik som delvis er tilfellet i dag. Avhengig av hvilken modell som løses, vil dette løse noen samhandlingsflater, men også skape nye. Dette gjelder for så vidt alle modeller. For den helstatlige modellen vil samhandlingsflaten mot de kommunale helse-, omsorgs-, og sosialtjenestene bli ennå tydeligere ved at det lokale NAV kontoret eller hjelpemiddel-

sentralene overtar førstelinjeansvaret for hjelpemiddelformidlingen. Dette vil uansett innebære en samhandling med de kommunale tjenestene som i de fleste tilfeller er de som først møter brukeren. Sammenlignet med dagens system vil den statlige modellen ha en svak side med hensyn til sektoransvaret når det gjelder hjelpemidler innen pleie og omsorg splittes enda mer opp, enn i dagens system. Dette gjør det vanskeligere å se behovet for hjelpemidler, personellinnsats og annen teknologi i sammenheng, slik at tjenestetilbudet tilpasses bruker ut fra en helhetlig vurdering. Alternativt kan det være aktuelt at brukeren selv i større grad kontakter hjelpemiddelsentralene direkte. Gitt at dagens modell kan videreutvikles innenfor rammen av en statlig modell kan hjelpemiddelsentralene et større og mer helhetlig ansvar når det gjelder hjelpemidler og tilrettelegging overfor brukere med komplekse behov.

Hensynet til fleksibilitet

Etter utvalgets vurdering er hensynet til fleksibilitet et grunnleggende hensyn som må ivaretas ved utformingen av et nytt hjelpemiddelsystem. Dette gjelder både i forhold til den organisatoriske utformingen og i forhold til regelverk, oppgaveportefølje og virkemiddelbruken. I dagens forskrift som regulerer de 19 hjelpemiddelsentralenes virksomhet er hensynet til likhet og likebehandling et tungtveiende hensyn. I lys av de store utfordringene på dette området, herunder behovet for bedre samhandling mellom forvaltningsnivåer og økt satsing på kompetanse legger utvalget til grunn at fremtidig hjelpemiddelsystem vil kreve en større grad av organisatorisk og faglig fleksibilitet. Organiseringen av det lokale tjenestetilbudet og hjelpemiddelsentralene vil innenfor en helstatlig modell ikke være bundet av spesifikke kommune- og fylkesgrenser, men ha større muligheter til en fleksibel og formålstjenlig organisering enn i dagens system. måte. Innenfor rammen av en eventuell strukturell fristilling kan det være behov for å etablere nye styrings- og driftsformer. En felles statlig etat bør derfor ha stort handlingsrom til selv å fastsette den interne organiseringen, herunder hvilke oppgaver den skal løse selv og hvilke oppgaver som med fordel bør løses av andre aktører. Gitt disse forutsetningene vil en statlig modell kunne ha vesentlige styrker, i forhold til en kommunal.

Utvalget legger til grunn at brukere med funksjonsnedsettelse har ulike behov som må ivaretas med et bredt og variert virkemiddelapparat. Dette handler både om mer fleksibilitet i virkemiddelbru-

ken og mer valgfrihet for brukere av hjelpemidler. Dette kan innebære økt bruk av tilskudd når det gjelder hjelpemiddelgrupper der dette er hensiktsmessig. Den kan imidlertid hevdes at det er en iboende konflikt mellom rettighetsfesting i folketrygden og behovet for å finne fram til mer fleksible virkemidler. Etter utvalgets vurdering er det viktig å søke framtidige organisatoriske løsninger og en lovforankring som ivaretar behovet for en håndterbar og rimelig balanse mellom hensynet til likebehandling og forutsigbarhet og hensynet til fleksible virkemidler som gjennom skjønn gir mulighet til tilpasning til den enkelte brukers behov. Gitt at retten til hjelpemidler fortsatt skal finansieres over folketrygden vil i utgangspunktet virke begrensende på adgangen til fleksibilitet når det gjelder inngangsvilkår og virkemiddelbruk.

I lys av signalene i St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen kan det argumenteres for at en helstatlig modell går i motsatt retning av økt interkommunalt samarbeid og at flere oppgaver skal legges til kommunene. Avhengig av hvor mange flere personer med behov for helse- og omsorgstjenester som også vil trenge hjelpemidler, kan det hevdes at en statlig modell vil kunne forsterke allerede koordineringsutfordringer. I så fall kan dette kategoriseres som en svak side ved en helstatlig modell.

9.3 Den kommunale modellen

Den kommunale modellen er kjennetegnet av at kommunen har ansvaret for alle trinn i formidlingsprosessen, herunder i prinsippet også hjelpemidler og tilrettelegging i arbeid og høyere utdanning. I tråd med NAV-reformens mål kan disse oppgavene gjennom et partnerskap med staten knyttes tettere til de statlige virkemidlene i arbeids- og inkluderingspolitikken og utdanningspolitikken.

I St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen gis det signaler om at innbyggerne skal få flere spesialiserte helsetjenester lokalt, både når det gjelder forebyggende helsearbeid, behandling og oppfølging av kronisk syke og eldre. En vesentlig andel av denne gruppen vil også ha behov for hjelpemidler og tilrettelegging. Premissene som legges til grunn for samhandlingsreformen om økt interkommunalt samarbeid kan også ha betydning for et eventuelt økt ansvar for hjelpemidler på kommunalt nivå. I drøftingene av en eventuell framtidig helkommunal hjelpemiddelmodell har utvalget likevel valgt å legge dagens antall kommuner, organiseringen internt og det rammefinansierte systemet til grunn for sine vurderinger.

Det forutsettes at regelverksutvikling fortsatt må være et statlig ansvar og at det vil være nødvendig med betydelig grad av statlig styring og medvirkning i utformingen av politikken på området. Kommunene har i dag ansvaret for koordinering av habiliterings- og rehabiliteringsprosesser som tar sikte på å «motvirke sykdomsfokusering og passive pasientroller, og fremme personlig ansvar og egenmestring», herunder sørge for hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte (Forskrift om habilitering og rehabilitering, FOR-2001–06–28–765). Dette gir kommunene et betydelig ansvar innen hjelpemiddelformidlingen. Omfanget av dette ansvaret er nærmere beskrevet i en kartleggingsundersøkelse foretatt for utvalget av Ressurssenter for omstilling i kommunene i 2009 «Kartlegging av kommunenes og fylkeskommunenes hjelpemiddelansvar» (Rapport, RO – 09/2009).

En stor andel av brukere med behov for hjelpemidler og tilrettelegging er også brukere av helse- og omsorgstjenester. En viktig begrunnelse for økt kommunalt ansvar for hjelpemidler og tilrettelegging i dagliglivet er at nærhet til brukere av hjelpemidler er en nødvendig forutsetning for å få til helhetlige individuelle løsninger basert på den enkelte brukers behov.

Modellen innebærer i prinsippet at kommunene får ansvar for folketrygdens virkemidler både når det gjelder hjelpemidler i daglig- og arbeidslivet, i tillegg til de oppgaver kommunene er tillagt i dag. Det vil bety at kommunene overtar ansvaret for hjelpemidler til å dekke både midlertidige og permanente behov. Det legges til grunn at sektoransvarsprinsippet fortsatt bør være styrende for hvilken sektor som bør ha ansvar. Virkemidlene når det gjelder hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet knyttes tettere til virkemidlene i arbeids- og inkluderingspolitikken og utdanningspolitikken for øvrig, gjennom et partnerskap mellom kommunene og staten, der det lokale NAV-kontoret har ansvaret for virkemidlene for inkludering i arbeidslivet. En organisering av hjelpemiddelforvaltningen basert på kommunalt ansvar for hele spektret av oppgaver vil omfatte behovsvurdering og avklaring, myndighetsutøvelse i vedtak om tilståelse av hjelpemidler og ytelser til ren tjenesteproduksjon og ulike serviceoppgaver som transport og reparasjon, samt gjenbruk. Her kan det imidlertid være aktuelt med mellomløsninger som innebærer at hjelpemiddelsentralene beholder sin rolle som kompetanse- og logistikkorganisasjon, mens kommunene overtar vedtaks- og finansieringsansvaret. Det legges videre til grunn for denne modellen at det på nasjonalt statlig og regio-

nalt nivå er ordninger for å sikre likebehandling og at det må foretas en nærmere vurdering av hvordan styringsfunksjonene skal sikres på sentralt statlig nivå. Utvalget legger også til grunn at det allerede eksisterer et utstrakt interkommunalt samarbeid på en rekke sektorer og i tråd med ambisjonene i St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen vil det være aktuelt å vurdere nærmere om dette kan styrkes, for eksempel om kommunene kan gå sammen om felles løsninger, når det gjelder for eksempel gjenbruk, innkjøp, lagerhold, transport, service og reparasjon av hjelpemidler.

På samme måte må det også innenfor denne modellen etableres et system for et uavhengig forvaltningstilsyn, samt klage- og ankebehandling. Dette vil kunne ivaretas av fylkesmannen og øvrige statlige tilsyns- og klage-/ankesystemer, eventuelt av Trygderetten.

Hjelpemiddelområdet finansieres i dag i stor grad gjennom overslagsbevilgninger i folketrygden. Kommunenes virksomhet på området er i all hovedsak finansiert gjennom kommunenes frie inntekter og rammetilskudd over inntektssystemet. I en utvalgsundersøkelse foretatt av RO¹ i 2009 anslås kommunenes samlede utgifter til hjelpemidler til nærmere 1,7 mrd. kr. Gitt dagens nivå, vil det økonomiske omfanget av at hjelpemiddelområdet kommunaliseres utgjøre totalt ca. 7,4 mrd. kr.

Det foreligger ingen klar dokumentasjon på at det foreligger kostnadsoverveltning mellom stat og kommune på hjelpemiddelområdet i dagens system. Det er imidlertid rimelig grunn til å anta at det i en modell som flytter ansvaret fra stat til kommune, samtidig som eventuelt dagens folketrygdfinansierte system opprettholdes, vil gi staten betydelige styringsutfordringer som kan utløse et behov å gi detaljerte tildelingsregler. Avhengig av hvilken finansieringsstruktur som velges, er det rimelig å anta at oppgavens økonomiske omfang og kommunenes begrensede muligheter til å håndtere en økonomisk risiko av en slik størrelsesorden, aktualiserer behovet for å finansiere noen av ytelsene med øremerkede statlige refusjonsordninger som for eksempel toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere.

Kommunene har i dagens system et ansvar for å sørge for tjenester til de som bor eller oppholder seg der, slik at de får dekket behovene de har for nødvendige sosial- og helsetjenester og utdanning.

Behovsvurdering og – avklaring; det være seg innen helse og omsorg, skole og barnehage, gjøres i den kommunale førstelinjen. Per i dag er det organisert slik at sektorene har ansvaret for å melde inn behov og formidle hjelpemidlene i førstelinjen. dvs. at det er kommunen ved helse- og omsorgssektoren i hovedsak som avklarer og formidler behovene til sentralene. Det er PP-tjenesten som er førstelinje i forhold til skole og utdanningssektoren. En eventuell kommunalisering vil aktualisere om det på nasjonalt politisk nivå bør fastsettes klare funksjonskrav til hvordan førstelinjen skal organiseres. Det forutsettes i utgangspunktet at kommunene også påtar seg et ansvar for oppgaver knyttet til myndighetsutøvelse i form av vedtaksmyndighet, samt gjenbruk, lagerhold og anskaffelser når det gjelder hjelpemidler i dagliglivet. Det utelukker imidlertid ikke at man må drøfte nærmere hvilke muligheter og begrensninger en kommunal modell har for å etablere en god og tilgjengelig kommunal førstelinje på hjelpemiddelområdet.

9.3.1 Drøfting av den kommunale modellen

Hensynet til brukere

Kjennskap og nærhet til brukere av hjelpemidler er en nødvendig forutsetning for å få til helhetlige individuelle løsninger basert på den enkelte brukers behov og livssituasjon. Derfor er spørsmålet om tilstrekkelig kompetanse i førstelinjen avgjørende for å nå målene med en eventuell organisasjonsendring. I utgangspunktet kan overføring av deloppgaver som i dag er et statlig ansvar kunne innebære en styrking av helhetsansvaret for brukers situasjon, der man unngår oppsplitting av ansvar og overføring av brukere mellom ulike forvaltningsnivåer og etater. Særlig vil dette være tilfelle når det gjelder brukere med enklere behov i pleie- og omsorgstjenesten; dvs. at det er i de sakene der kommunene ut i fra at de sitter med totalansvaret, at man vil kunne ha best forutsetning for å kjenne brukerens samlede behov. I mange av disse sakene bistår hjelpemiddelsentralene kun kommunene i form av det fattes et vedtak om tildeling. Etter utvalgets vurdering vil forenkling for bruker være en hovedbegrunnelse og styrke ved denne modellen. Dagens system for brukerverkning både på individ- og systemnivå forsettes videreført i den kommunale modellen. Kommunene har også i dag et koordineringsansvar i de komplekse sakene. Dette er brukere som også vil ha behov for bistand på andre- og tredjelinjenivå, herunder hjelpemiddelsentralene og spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener en helkommunal

1. Resurssenter for omstilling i kommunene (RO) – RO – rapport 09/2009 Kartlegging av kommunenes og fylkeskommunenes hjelpemiddelansvar

modell vil ha betydelige utfordringer med fullt ut å ivareta hensynet til brukere med komplekse behov, fordi kommunene i stor grad er avhengig av kompetanse og annen bistand utenfra, både når det gjelder behovsavklaring, oppfølging og opplæring. Tilsvarende vil det være en stor utfordring for kommunen i tilstrekkelig grad å betjene brukere i og utenfor arbeidslivet med behov for hjelpemidler og tilrettelegging.

Hensynet til likebehandling og rettssikkerhet

Dagens ordning er et rettighetsbasert system forankret i folketrygdloven, som ikke minst peker tilbake på nasjonal mål om likebehandling og rettssikkerhet ved tildeling av hjelpemidler. Prinsippet er at like tilfeller skal behandles likt. Det vil være et vesentlig spørsmål ved kommunalt ansvar på hjelpemiddelområdet om målene om likebehandling og rettssikkerhet vil kunne ivaretas godt nok. Desentralisert beslutningsmyndighet vil kunne åpne for at det blir større forskjeller i lovanvendelse og praktiseringen av tildelingskriteriene. Det legges til grunn at det innenfor kommunal modell må etableres et tilfredsstillende for individuell klage- og ankebehandling. Det kan vurderes om Trygderetten innenfor rammen av en kommunal modell fortsatt kan være organ for ankebehandlingen. Et alternativ kan være å gjøre fylkesmannen til klageinstans dersom ikke kommunen ved fornyet behandling gir klager medhold, og at saken deretter eventuelt kan klages inn for Trygderetten. Det vil også måtte vurderes nærmere om de uavhengige tilsynsfunksjonene som er lagt til direktoratsnivå bør omfatte hjelpemiddelforvaltningen.

Hensynet til effektivitet

Etter utvalgets syn vil det alltid ligge en målkonflikt mellom valg av finansieringssystemets innretning, mellom for eksempel kostnadskontroll og gode formåls effektive tiltak. Generelt vil behovet for kostnadskontroll avhenge av hvor rettighetsbasert systemet er.

Dagens funksjonsfordeling mellom kommune og stat innebærer at kommunene har ansvaret for det meste av pleie- og støttefunksjonene, mens staten tildeler og betaler for hjelpemidler. Resultatet er at det vil være i kommunenes interesse å få mest mulig hjelpemidler, dels for å redusere belastningen på pleie- og omsorgsapparatet; dels for å kunne klare seg med færre ansatte i apparatet rundt den enkelte bruker. Sammenholdt med den raskt aldrende befolkningens behov, vil dette være

viktige kostnadsdrivende faktorer i årene som kommer. Skal man få gjort noe med de grunnleggende insentiv- og kostnadsproblemerne, kan systemet legges om i retning av kommunene blir tildelt en ansvarlig posisjon. Etter utvalgets vurdering vil en kommunal modell med en rammestyrte finansieringsmodell ha fortrinn i forhold til kostnadskontroll, sammenlignet med en helstatlig modell finansiert over folketrygden. Utvalget mener at målene i St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen om en ny og forsterket kommunerolle med økt vekt på helhetlig tenking, behandling og forebygging lokalt vil påvirke de aktuelle modellene ulikt, men vil etter utvalgets syn bli best ivaretatt i en kommunal modell. Den største brukergruppen av hjelpemidler ligger i aldersgruppen fra 67 år og oppover (64 prosent) og det er etter utvalgets vurdering god samfunnsøkonomi å se eldre brukeres behov for helse- og omsorgstjenester og hjelpemidler i størst mulig grad i sammenheng. En kommunal modell legger til rette for en bedre avveining mellom tjenestetilbud til eldre og funksjonshemmede og behovet for tekniske hjelpemidler (og mellom ulike typer tekniske hjelpemidler) basert på kostnader og nytteverdi for bruker, med sikte på at vedkommende skal bli så selvhjulpne som mulig, og i størst mulig grad selv være i stand til å forme sin hverdag og velge boform.

Utvalget vil imidlertid ta et klart forbehold når det gjelder en modell der kommunene skal overta ansvaret for forvaltning og formidling av alle hjelpemidler i dagliglivet. Jf. Ftrl § 10–6. En fremtidig modell som forutsetter at kommunene overta finansieringen alle disse oppgavene, vil etter utvalgets syn ha en svak side ved den påfører mange kommuner en for stor økonomisk risiko. Dette har både sammenheng med at en god del hjelpemidler er kostbare og med at kostnadene til hjelpemidler for hver enkelt kommune vil variere fra år til år grunnet variasjoner i innbyggernes behov for ulike hjelpemidler. Årlige tilfeldige variasjoner kan sees på som en økonomisk risiko for en kommune. Jo større kommunene er, desto lavere vil disse variasjonene være. Variasjonene vil særlig kunne gi uheldige utslag for mindre kommuner men det er også variasjoner mellom kommunene, uavhengig av befolkningsstørrelse. Selv om et økt interkommunalt samarbeid eventuelt på sikt kan redusere en slik risiko til et akseptabelt nivå, vil det etter utvalgets syn være vanskelig å komme utenom en løsning som kombinerer den kommunale modellen med øremerkede refusjonsordninger når det gjelder teknologisk avanserte og kostbare hjelpemidler til brukere med mer komplekse behov. Etter utvalgets syn vil en slik løsning stride både

mot hensynet til kostnadskontroll og hensynet til likebehandling.

Utvalget mener imidlertid at en overføring av ansvaret for enklere og rimeligere hjelpemidler fra staten til kommunene kan forsvares ut i fra en slik risikovurdering som er beskrevet over.

En slik løsning vil i tillegg gi større muligheter for kommunene å se ny omsorgsteknologi og hjelpemidler i sammenheng. (jf. Teknologirådets rapport) En slik endring vil under gitte omstendigheter være et insentiv for kommunene til å satse mer hjemmebaserte omsorgsløsninger enn personellintensiv pleie og omsorg i institusjon. Dette vil også kunne frigjøre ressurser i hjelpemiddelsentralene til å ta et klarere andrelinjeansvar når det gjelder å støtte opp under kommunenes førstelinjeansvar.

En svakhet en kommunal modell, der ansvaret for hjelpemidler og tilrettelegging i utgangspunktet forankres og organiseres i hver enkelt kommune, er å kunne utnytte stordriftsfordeler og andre positive synergieffekter ved å se virksomheten i sammenheng for et større geografisk område. Ut i fra en samfunnsøkonomisk synsvinkel kan utgiftsnivået i en kommunal modell samlet antakelig bli noe høyere, forutsatt at tilbudet til brukerne ikke reduseres og/eller det ikke innføres egenandeler på visse hjelpemidler. Et noe høyere utgiftsnivå vil særlig være knyttet til redusert effektivitet i innkjøp, lager og logistikk dersom hver enkelt kommune skal gjennomføre dette på egenhånd. Her er det imidlertid mulig å se for seg ulike løsninger med interkommunalt samarbeid og/eller tettere samarbeid med leverandører i lager/logistikk-kjeden. Dette siste vil allikevel også kunne reflekteres i høyere priser på produktgruppene ved at leverandørene må binde seg til kortere leveringstider og økte transportutgifter. Det er etter utvalgets syn nærliggende å se for seg at et eventuelt formalisert interkommunalt samarbeid raskt vil kunne utvikle seg til behov for nye interkommunale hjelpemiddelsentraler, men med klare effektivitetsutfordringer i forhold til dagens modell. Avhengig av fremtidig løsning, kan det være aktuelt å utvikle nye drifts- og finansieringsfor de ulike trinnene i formidlingskjeden fra innkjøp, lager/logistikk, transport, reparasjon og gjenbruk. Det er rimelig å forvente at en ren kommunal modell føre til behov for en mer tilskuddsbasert hjelpemiddelforvaltning ved at kommunene søker å unngå for store oppgaver innen anskaffelser, lager og reparasjon mv. ved å overlate mer av dette til brukere selv og til leverandørene. Utvalget mener imidlertid at det i en helkommunal, rammefinansiert vil være langt sterkere økonomiske ins-

entiver til gjenbruk og resirkulering av hjelpemidler, enn i dagens modell eller i en rendyrket statlig modell.

Hensynet til kvalitet og kompetanse

I dagens system er det slik at kommunene løser oppgavene som førstelinjetjeneste i de langt fleste sakene. Her er det imidlertid stor variasjon mellom kommunene, avhengig og ressurser og kompetanse. I dag fungerer hjelpemiddelsentralene i utpreget grad som kompetansesentra som bruker mest ressurser på komplekse saker, i samarbeid med bruker og kommunene. Utvalget kan vanskelig tenke seg en kommunal modell der den enkelte kommune er selvforsynt når det gjelder fullgod og spesialisert kompetanse på alle områder. Særlig gjelder dette evnen til å bygge opp og beholde tilstrekkelig kompetanse når det gjelder hjelpemidler til mer sjeldne og komplekse behov (bevegelse, syn, hørsel, kognitiv svikt).

Innkjøpsprosessen kan være krevende rent kompetansemessig, og som vil kunne utløse et behov for interkommunalt samarbeid på innkjøpsområdet. I Samhandlingsreformen² legger Regjeringen til grunn at kommunene selv vil måtte finne fram til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte.

Etter utvalgets vurdering kan interkommunalt samarbeid være utfordrende. Kommuneloven setter begrensninger på hvordan et slikt interkommunalt samarbeid kan innrettes og hvilke samarbeidsmodeller som kan tas i bruk. Dersom samarbeidet berører kommunen som myndighetsutøver, er det pr. i dag kun enten et administrativt vertskommunesamarbeid eller et vertskommunesamarbeid med politisk nemnd som kan anvendes, jf. Kommuneloven § 28. I forbindelse med Samhandlingsreformen pågår det et arbeid med tilpasning av Kommuneloven som åpner for interkommunalt samarbeid gjennom en samkommunemodell.

Utvalget legger til grunn at det i en kommunal modell vil være behov for at det på statlig nivå stilles krav om at det etableres systemer for å sikre kvalitet og kompetanse både internt i den enkelte kommune og mellom kommuner.

Hensynet til koordinering, samhandling og samordning

I St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen påpekes det at brukerens (pasientens) behov

2. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen

for koordinerte tjenester ikke ivaretas godt nok. Dette har sammenheng med at den enkelte deltjeneste utelukkende forholder seg til det som foregår innenfor sin egen «fagsøyle». Individuell plan skal her være et virkemiddel for å oppnå koordinering og samhandling på tvers av forvaltningsnivåene og mellom sektorer. I den enkelte kommune vil det også en sterkere prioritering og forankring av det kommunale rehabiliteringsansvaret på tvers og ikke minst at det får en klarere struktur og form. Dette gjelder særlig brukere med komplekse funksjonsnedsettelse og på områder der den enkelte bruker av hjelpemidler trenger bistand og oppfølging fra flere etater og nivåer. Utvalget legger derfor vekt på å drøfte modeller som i størst mulig grad ivaretar hensynet til koordinering, samhandling og samordning. Kommunens ansvar for hjelpemidler og tilrettelegging er i stor grad knyttet til ansvaret for habilitering i henhold til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, samt overfor barn og unge i henhold til opplæringsloven og barnehageloven. Det vil si at kommunens ansvar og oppgaver i første rekke gjelder dagligliv, barnehage og skole. En hovedutfordring ved en ren kommunal modell er at ansvaret for hele verdikjeden fra innkjøp, lager/logistikk, transport, til reparasjon og gjenbruk av hjelpemidler splittes opp og fordeles på alle landets kommuner. Dette reiser betydelige utfordringer når det gjelder samordning og koordinering både internt i den enkelte kommune og mellom kommuner. Innenfor rammen av et partnerskap mellom staten og kommunene bør det derfor drøftes nærmere om det er behov for å etablere nye samordnings- og samhandlingsarenaer.

Hensynet til fleksibilitet

Hensynet til fleksibilitet relaterer seg blant annet til det brede ansvaret som kommunene har på velferdsområdet. Dette inkluderer både skole, barnehage, bolig og fritid og et stort spekter av helse- og sosiale tjenester. Dette gir kommunene gode muligheter til å finne fleksible løsninger som er skreddersydd til å dekke individuelle behov. Dette er hensyn som veier tungt i en kommunal modell. En begrunnelse for kommunalt ansvar er at det offentlige tjenestetilbudet i større grad kan tilpasses den enkeltes behov. Et statlig oppgaveansvar tenderer generelt mer i retning av uniforme løsninger på tvers av geografiske områder. Ofte framheves det at desentralisert forvaltning også er mer innovativ enn en sentralisert styringsform. Det legges til grunn at det er viktig å stimulere til nytenking, innovasjon og konkurranse når det gjelder å

forbedre og sikre et større mangfold av løsninger både i offentlig, frivillig og privat regi.

I lys av St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen kan det være aktuelt å overføre ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Reformen varsler at kommunene skal få et økt ansvar for å forebygge sykehus – og institusjonsbruk, gjennom å satse mer på forebyggende helse og legge til rette for at den enkelte kan bo i egen bolig lengre. Slik utvalget vurderer det vil det ut i fra en samfunnsøkonomisk betraktning være en god investering å satse på hjelpemidler i slik sammenheng.

9.4 Den markedsorienterte modellen

Den markedsbaserte modellen bygger på at det offentlige *finansierer og bestiller* hjelpemidlet, mens private virksomheter konkurrerer om å *utføre* oppgavene i tilknytning til de ulike trinnene i formidlingsprosessen. Det innærer at myndighetsutøvelsen og ansvaret for finansieringen i hovedsak er tillagt offentlig myndighet. Hovedpoenget med den markedsstyrte modellen er å bla. med bakgrunn i målet om større valgfrihet for brukere, at man forsøker i større grad å skape markeder eller såkalte «kvasimarkeder» ved at det offentliges monopolstilling som utførere (hjelpemiddelcentralene og kommunene) blir oppløst. Ved en slik styringsform vil man ofte legge vekt på å styre gjennom kontrakter. Ved spesifiserte kontrakter kan *bestiller*(offentlig myndighet) i prinsippet kunne sikre at *utfører* (kan være offentlig, privat eller frivillig organisasjon) handler i tråd med bestillers interesser, og frambringer de tjenester som offentlige myndigheter ønsker. Bestilleransvaret dreier seg grunnleggende om tjenestetilbudets omfang, innretting, kvalitet og kostnader. Behovsavklaring og definering av målgruppe for tjenesten krever god kunnskap om både brukerne, markedet og leverandørene.

Et markedsbasert system vil kunne bygges på prinsippet om at «penger følger bruker» i form av at tilskudd eller en ordning med fritt brukervalg, som innebærer at den enkelte bruker får et tilskudd og går selv ut i markedet og skaffer seg det hjelpemidlet vedkommende har behov for. I motsetning til en utlånsbasert modell, der hjelpemidlet forblir statens eiendom, vil det ved en tilskuddsbasert modell være naturlig at hjelpemidlet er brukers eiendom. Tilskudd åpner også for at brukere kan velge et dyrere og bedre hjelpemiddel dersom de ønsker dette og er villige til å betale en del av summen selv.

En markedsbasert modell basert på tilskudd/refusjon til brukeren kan være teknisk gjennomførbar og ikke bryte radikalt med modeller som finnes i dag innen deler av hjelpemiddelforvaltningen. Stønad til bærbart eller stasjonært datautstyr, stønad til trykdebil gruppe 1 (vanlige biler) og stønad til høreapparat er alle eksempler på tilskuddsbaserte ordninger. Videre har dagens hjelpemiddelsystem som følge av anskaffelsesregelverket, i betydelig grad en markedseksponering, gjennom at Arbeids- og velferdsetaten har et omfattende ansvar når det gjelder anbudsinnhenting og inngåelse av kontrakter på levering av hjelpemidler. Jf. nærmere omtale i kapittel. 4 om lov om offentlige anskaffelser.

9.4.1 Drøfting av den markedsorienterte modellen

Som nærmere omtalt i kapittel 10 pålegger lov om offentlige anskaffelser Arbeids- og velferdsetaten et omfattende ansvar når det gjelder anbudsinnhenting og inngåelse av kontrakter på levering av hjelpemidler. Handelshøyskolen BI (³Moen og Riis 2004) foretok for noen år siden en utredning av hvilke oppgaver av velferdsforvaltningens oppgavefølge som bør organiseres som en del av forvaltningen og hvilke oppgaver som bør overlates til eksterne leverandører. Etter utvalgets vurdering vil det kreve mer utredning og grundigere vurdering dersom hele eller større deler av hjelpemiddelområdet skulle tilrå en ren markedsstyrt modell som i hovedsak baserer seg på brukernes egne valg og preferanser. En sterk side ved slik modell er at den kan gi den enkelte bruker et større sortiment å velge ut i fra og hvilken leverandør som ut i fra pris og service kan gi det beste tilbudet. Dette forutsetter imidlertid nødvendig informasjonstilgang og tilstrekkelig kunnskap om marked og leverandører til å kunne velge det riktige hjelpemiddelet.

En hovedsvakhhet ved et markedsbasert system som utelukkende baserer seg på brukernes egne valg er at man i for stor grad overlater vanskelige avgjørelser til den enkelte. En optimal og brukerrettet tilpasning sikres etter utvalgets vurdering, best når ulike ytelser, tjenester og tiltak ses i sammenheng og en markedsbasert modell vil i mindre grad kunne samordne brukerens totale tjeneste- og tilretteleggingsbehov. Man kan derfor stå i fare for at den kompetanse som hjelpemiddelsentra-

lene og kommunene besitter for å få til gode individuelle tilpasninger vil stå i fare for å fragmentere og forvitte. Kommunene vil være særlig sårbare i større og komplekse saker uten et kompetansemiljø som hjelpemiddelsentralene representerer. Et markedsbasert system med kun brukervalg vil også i mange tilfeller kunne bety en kostnadsoverveltning til kommunene. For eksempel når det gjelder omsorgstrengende eldre personer med sanse- tap uten pårørende som får tilskudd til hjelpemidler, vil det i praksis være hjemmetjenesten som må anskaffe de nødvendige hjelpemidlene og lære vedkommende opp. En vesentlig svakhet vil i en slik sammenheng være knapphet på kompetanse som kan gå utover kvaliteten på tilbudet til den enkelte. For å motvirke en slik utvikling kan det være aktuelt å legge opp til en kombinasjon av tilskudd og offentlig utrednings- og oppfølgingsinnsats.

En annen svakhet ved et system som utelukkende baserer seg på brukernes egne valg er at brukeren kan mangle kompetanse om egne behov og funksjonsnivå, og anskaffer hjelpemidler som ikke fyller nødvendige kravene og standarder. Resultatet er at hjelpemidlet blir mindre formålseffektivt ved at den enkelte bruker får et vesentlig dårligere tilbud enn det som var ment.

Utvalget mener likevel at det på kort sikt kan være aktuelt å vurdere nærmere delelementer av en slik modell, som for eksempel å utnytte de fordelene som en tilskuddsbasert modell har, i form av kostnadseffektivitet og økt valgfrihet. Økt bruk av tilskudd kan være formåls- og kostnadseffektivt når det gjelder hjelpemidler som ikke krever vesentlig tilpasning, og når det gjelder teknisk mer avanserte produkter. Det kan også tenkes at hjelpemidler som pr. i dag formidles gjennom bestillingsordningen i stedet kan gis som tilskudd.

9.5 Den frivillighetsbaserte modellen

Regjeringen har uttalt at den har som mål for sin politikk at omfanget av frivillig omsorg bør opprettholdes og styrkes⁴. Den frivillige og i hovedsakelig familiebaserte omsorgen er nesten på størrelse med den kommunale omsorgen. Samspillet mellom den formelle og uformelle omsorgen kan ta nye former og oppgavene kan bli endret i framtidens omsorgstjenester.

Over halvparten av den voksne befolkningen deltar i frivillig arbeid i løpet av et år og det utføres

3. Moen, E. R. og Riis, C. (2004) Kontraksstyring og konkurranseutsetting i tilknytning til SATS-reformen. Notat til utvalget

4. St.meld. nr. 45 (2005–2006) Mestring, mulighet og mening, framtidens omsorgsutfordringer

i overkant av 113 000 årsverk i regi av frivillige organisasjoner. Det viser at frivillig sektor spiller en viktig rolle og har stor oppslutning både i funksjonshemmedepolitikken og i befolkningen generelt,

Denne oppslutningen legger grunnlaget for at frivillig sektor også kan oppfylle viktige samfunnsoppgaver og samfunns mål. Utfordringen er å finne gode modeller og metoder for hvordan myndighetene kan samarbeide med frivillige sektor om å løse felles utfordringer, og hvordan myndighetene kan bidra til at frivillighetens ressurser i større grad kan kanaliseres mot de ønskede målene, uten at dette går på bekostning av frivillighetens uavhengighet og troverdighet.

Hovedprinsippet i en frivillighetsbasert modell bygger på at frivillige organisasjoner gis myndighet til å forvalte velferdsytelser og tjenester på hjelpemiddelområdet på vegne av det offentlige, som i prinsippet kan innebære at de tar på seg et hovedansvar for oppgaver i formidlingen av hjelpemidler. I utgangspunktet vil en slik modell kunne ha to hovedformer:

1. Offentlig *finansiering* gjennom tilskudd/refusjon til frivillige organisasjoner som gir ytelser basert på offentlig regelverk om tildeling
2. Offentlig *støtte/bidrag/bevilgning* til frivillige organisasjoner som gir hjelp til personer med funksjonsnedsettelse bl.a. ved opplæring og informasjonsvirksomhet

I dagens system finnes innslag av det andre alternativet på synshemmede-, hørsels- og tolkeområdet der aktuelle brukerorganisasjoner spiller en viktig rolle når det gjelder bl.a. opplærings- og tilpassningskurs som omfatter tilbud både på første- og andrelinjenivå. Noen organisasjoner har i dag avtaler med helseforetakene mens andre igjen får stønad via folketrygden eller kommuner til å drive kurs og opplæring.

I det første alternativet forutsettes det at det offentlige overlater ansvaret overfor den enkelte bruker til den frivillige organisasjonen som sørger for nødvendig hjelp og støtte. Organisasjonen yter bistand ut fra eget formål og verdigrunnlag, og finansierer virksomheten ved ulike inntektskilder, her under offentlig støtte. Dette kan dreie seg om medlemskurs, opplæring, informasjon og i noen grad tjenestetilbud. I mange tilfeller anbefales også pasienter å bli medlem i en brukerorganisasjon tilknyttet vedkommendes bestemte lidelse/funksjonsnedsettelse, fordi de ofte kan bidra med nyttig informasjon, veiledning og er ofte godt oppdatert på ny kunnskap som kan være nyttig for den enkeltes hverdagsliv.

Etter utvalgets vurdering vil det være det første alternativet der det offentlige finansierer og der frivillige organisasjonene eventuelt administrerer og utfører oppgaver på vegne av det offentlige, som vil være det mest realistiske.

9.5.1 Drøfting av den frivillighetsbaserte modellen

En viktig og sterk side ved den frivillige modellen er at man utnytter bedre den legitimitet og kompetanse som frivillige organisasjoner sitter inne med når det gjelder brukere av hjelpemidler sine behov. I tillegg til å være formålseffektivt, vil en slik modell bidra til å imøtekomme behovet for mer brukermedvirkning.

Etter utvalgets vurdering vil likevel en modell der frivillig sektor overtar en hovedrolle for behovsvurdering, forvaltning, tildeling og formidling av hjelpemidler kunne stå overfor betydelig utfordringer og ha klare begrensninger i forhold til å kunne ta et helhetsansvar for forvaltning og formidling av hjelpemidler til alle grupper med funksjonsnedsettelse. Dette vil kreve en ny og mer robust organisering av de frivillige organisasjonene for å sikre nødvendig bredde- og spisskompetanse og profesjonalitet i forhold til ulike oppgavene. Modellen vil også ha begrensninger når det gjelder å behandle taushetsbelagt informasjon, som også av andre rettsikkerhetshensyn vil måtte kreve et omfattende statlig klage-, anke- og tilsynssystem.

En ytterligere svakhet ved en slik modell vil være at den vil være at den i hovedsak vil være basert på tredjepartsfinansiering i form av øremerkede refusjonsordninger eller stykkprisfinansiering. Øremerkede refusjonsordninger har også den svakhet ved seg at det åpner opp for kostnadsoverveltning gjennom at statens muligheter for kostnadskontroll svekkes.

9.6 Utvalgets tilråding

9.6.1 Hovedmål og premisser for en fremtidig modell

Etter utvalgets vurdering er et viktig bidrag til å nå hovedmålet om aktiv deltakelse, likeverd og inkludering, at fremtidige brukere av hjelpemidler sikres en helhetlig og koordinert bistand. Dette gjelder både brukere av med behov for hjelpemidler og tilrettelegging i dagliglivet og brukere av hjelpemidler med behov for hjelpemidler i arbeid og utdanning. For å oppnå større gjennomføringskraft i forhold til en slik målsetting ser utvalget det som viktig å vurdere nærmere hvordan det kan være

mulig å få en forsterket innsats for å inkludere flere brukere av hjelpemidler i arbeid og om det gjennom å justere forholdet mellom statlig og kommunalt ansvar for hjelpemiddelformidlingen i dagliglivet, er mulig å legge grunnlaget for en mer robust fremtidig modell. På bakgrunn av drøftingene av krav og hensyn til et fremtidig hjelpemiddelsystem i kapittel 8 har utvalget kommet til et sett med premisser som en fremtidig modell må bygge på.

Et sentralt premiss for dagens modell er at den bygger på et samarbeid og en ansvars- og oppgavedeling mellom staten ved arbeids- og velferdsetaten, herunder hjelpemiddelsentralene med kommunene og arbeidsgivere. Utvalget ønsker å videreføre og forsterke dette samarbeidet.

Når det gjelder samarbeidet mellom staten og arbeidsgivere om hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, mener utvalget at staten fortsatt må ha et klart ansvar for å sikre hjelpemidler og nødvendig tilrettelegging for arbeidssøkende personer med funksjonsnedsettelse. Det samme gjelder personer som er i ferd med å falle ut. Utvalget mener det er dokumentert at dagens hjelpemiddelsystem, i for liten grad er innrettet i forhold til behovet for en forsterket innsats når det gjelder å inkludere funksjonsnedsatte i arbeidslivet. I tråd med NAV-reformens og IA-avtalens mål, reiser dette etter utvalgets vurdering, behov for en fremtidig modell som i langt større grad ses i sammenheng med arbeids- og velferdsetatens øvrige virkemidler for inkludering i arbeidslivet.

Når det gjelder ansvar og oppgaver for hjelpemidler i dagliglivet er det i dag fordelt på to forvaltningsnivå, kommunene forvalter hjelpemidler i institusjon og til å dekke kortvarige behov, mens staten forvalter hjelpemidler til å dekke permanente behov. Videre har spesialisthelsetjenesten ansvaret for behandlingshjelpemidler. I tillegg er det mange organisatoriske oppsplittinger både innad i kommunen og innad på hjelpemiddelområdet. I lys av fremtidige utfordringer, har utvalget vektlagt å få til en samordning av tjenester og hjelpemiddeltilbud og å unngå kostnadsoverveltning mellom forvaltningsnivåene. anbefalt modell samler vedtakskompetansen både for tjeneste- og hjelpemiddeltilbudet i dagliglivet på kommunalt nivå, samtidig som finansieringen av begge typer tilbud rammefinansieres. Dette er nødvendig for å få en mer robust finansiering av hjelpemiddelsystemet på kommunalt nivå. Utvalget mener dette er viktig for å unngå framtidig overforbruk av hjelpemidler relativt til tjenester. Samtidig mener utvalget at hensynet til ikke å utsette kommunene for en for stor økonomisk risiko som i siste instans kan påføre brukere av hjelpemidler et dårligere tilbud,

tilsier at en slik overføring av ansvar bør begrenses til enklere hjelpemidler som ikke krever spesialtilpasning.

Hensynet til å sikre en mer helhetlig og koordinert bistand for komplekse behov er etter utvalgets syn et annet viktig premiss for en fremtidig modell. Dette har ma. sammenheng med at brukerundersøkelser viser at graden av fornøydhet med hjelpemiddelforvaltningen faller, dess yngre og dess mer komplekse behov det er snakk om. Resultatet av disse undersøkelsene viser også at eldre brukere med mer enkle behov for hjelpemidler gjennomgående er fornøyde med tilbudet. Utvalget mener derfor at det er behov for en fremtidig modell basert på en mer fleksibel andrelinjorganisering, som i langt større grad har fokus på brukere med komplekse behov som trenger koordinert og særlig oppfølging fra flere instanser. Dette tilsier også at staten ved hjelpemiddelsentralene fortsatt forvaltnings- og finansieringsansvaret for øvrige hjelpemidler, som ikke faller inn under sortimentet for basishjelpemidler.

Utvalget mener at et viktig og avgjørende krav en fremtidig modell må være at det ikke skapes nye gråsoner. For brukere med behov for hjelpemidler fra begge forvaltningsnivåene, eller i gråsonen mellom disse, er det av stor betydning at ansvaret er klart plassert. I utgangspunktet kan en modell som legger opp til et skille mellom basis- og mer avanserte og kostbare hjelpemidler som krever spesialtilpasning ha en begrensning når det gjelder å gi brukere av hjelpemidler et helhetlig og samordnet tilbud. Utvalget har valgt å legge vekt på at dette er en arbeidsdeling som kommunene og hjelpemiddelsentralene kjenner godt til gjennom dagens bestillingsordning. Utvalget vil også peke på at individuell plan (IP) er et viktig verktøy i samhandlingen omkring brukere av hjelpemidler med komplekse behov som trenger langvarige og koordinerte tjenester. Det er i kommunen vedkommende bor og mottar størsteparten av de tjenester og nødvendig tilrettelegging som det er behov for å koordinere og samordne overfor andre etater i kommunen og overfor eksterne samarbeidspartnere. Kommunen vil ha mye bedre oversikt over og nærhet til de ulike lokale tjenestetilbud og rammebetingelser enn det hjelpemiddelsentralene kan forutsettes å ha. Dette tilsier at koordineringsansvaret i den enkelte sak må ligge i kommunen og det bør utarbeides én individuell plan for hver enkelt bruker.

I samsvar med tilrådingene i kapittel 11 om regelverket forutsetter utvalget at retten til hjelpemidler og nødvendig tilrettelegging følges opp på regelverkssiden i form at det forankres på lovnivå i

gjeldende sektorlovgivning. Utvalget har videre understreket betydningen av et effektivt og godt klage- og ankesystem på hjelpemiddelområdet, og må legge til grunn at dette hensynet ivaretas i pågående lov- og utredningsarbeid.

I tillegg forutsetter tilrådingen eksistensen av et overordnet system for tilsyn og kontroll på hjelpemiddelområdet. Uavhengig av om den enkelte bruker fremmer en klage eller ikke, er dette en viktig del av rettssikkerheten.

En overføring av ansvar og oppgaver fra staten til kommunene forutsetter at disponible budsjettmidler avsatt til formålet følger med. Det vil også medføre færre oppgaver og endrede funksjoner i Arbeids- og velferdsetaten. Utvalget forutsetter at det er arbeids- og velferdsdirektørens ansvar å gjennomgå ressursbehov og organisering i lys av foreslåtte endringer:

- Ansvar for forvaltning og formidling av hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet forblir i et statlig ansvar som i dag, men foreslås harmonisert med øvrig regelverk og arbeids- og velferdsetatens virkemidler for arbeidsinkludering og å hindre utstøting fra arbeidslivet.
- Ansvar for forvaltning og formidling, herunder finansiering av basishjelpemidler i dagliglivet overføres til kommunene.
- Ansvar for forvaltning og formidling av øvrige hjelpemidler, herunder dyrere hjelpemidler og hjelpemidler krever spesialtilpasning forblir et statlig ansvar.

De nærmere konsekvensene av anbefalt modell redegjøres for og drøftes nærmere i kapittel 12 om hjelpemidler og dagligliv, kapittel 13 om hjelpemidler til oppvekst, lek og læring, og kapittel 14 om hjelpemidler og arbeid.

Kapittel 10

Sentrale spørsmål for utformingen av et fremtidig hjelpemiddelsystem

Både folketrygdloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven bygger på kompensasjonsprinsippet. Dette innebærer at det er samfunnets ansvar å kompensere for følgene av funksjonsnedsettelse for den enkelte. Et hjelpemiddel er i tråd med dette definert som et av flere virkemiddel som samfunnet stiller disposisjon med sikte på at personer med funksjonsnedsettelse så langt som mulig, skal bli likestilt og delta på lik linje med andre. Med dette til grunn ønsker utvalget i dette kapitlet å drøfte et utvalg spørsmål som etter utvalgets vurdering er viktige og sentrale å adressere i utformingen av et fremtidig system:

- Hva er et hjelpemiddel og hva er et forbruks-gode – hva bør dekkes av det offentlige?
- Er det behov for et mer tilskuddsbasert system?
- Bør det innføres egenandeler på hjelpemidler eller bør de fortsatt fullfinansieres?
- Er det behov for et rådgivende ekspertorgan for fortløpende å vurdere hva som er et hjelpemiddel?

Disse spørsmålene er etter utvalgets vurdering viktige å besvare av flere grunner.

Et fremtidig hjelpemiddelsystem må etter utvalgets vurdering reflektere at personer med funksjonsnedsettelse på linje med alle andre, i størst mulig grad ønsker å bestemme over eget liv. Et slikt ønske forutsetter et system som gir økt rom for valgfrihet, uavhengig av om man er avhengig av hjelp fra andre. Utvalget legger derfor til grunn at personer med funksjonsnedsettelse på linje med øvrige brukere av offentlig sektor ønsker en utvikling av hjelpemiddelsystemet, som innretter seg i forhold til brukernes behov og tilbakemeldinger.

Som drøftet i kapittel 7 vil det raskt voksende antall eldre, føre til at det innen 2035 blir dobbelt så mange innbyggere i Norge over 80 år. Men også på kort sikt vil det denne utviklingen ha konsekvenser. I følge befolkningsstatistikken fra SSB¹ fra juni 2009 forventes det i perioden 2010–2015 en økning

av personer i aldersgruppen 67 år med 16 prosent fra omlag 620 000 i 2010 til 720 000 i 2015 – dvs. en årlig gjennomsnittlig vekst på 20 000 personer.

De aller fleste vil som i dag, ønske å bo hjemme eller i en eldrebolig, så sant de føler seg trygge på at de får tilgang til god hjelp og nødvendig tilrettelegging. Hovedandelen av morgendagens eldre vil ha et annet forbruk, livsstil og andre ressurser til å møte alderdommen enn tidligere generasjoner. Etter utvalgets vurdering bidrar denne utviklingen til økende etterspørsel etter tjenester og forbruksprodukter på det åpne markedet som skal som skal gjøre dagliglivet lettere å mestre. I tillegg til at fremtidige brukere vil ønske større valgfrihet, aktualiserer denne utviklingen spørsmålet om det er behov å definere nærmere hvor grensen for det offentliges ansvar skal gå.

En slik utvikling understøttes også av økt kjøpekraft blant eldre. Tilgjengelig statistikk fra SSB viser at eldre har vært «inntektsvinnere» gjennom det siste tiåret. Siden begynnelsen av 2000-tallet har medianinntekten etter skatt for enslige 65 år og eldre økt med 41 prosent, mens pensjonistpar økte sin inntekt med nesten 46 prosent fra 2000 til 2008. For alle hushold økte median husholdsinntekt etter skatt med nærmere 34 prosent i denne perioden, målt i faste priser.

På bakgrunn av at eldres situasjon og levekår har de siste 10 – 15 årene blitt vesentlig bedret, blir *alder* i enkelte sammenhenger trukket fram som en måte å avgrense ytelsene og tjenestene på. I et arbeidsnotat i forbindelse med utvalgsarbeidet har forsker² Christian Andersen, SNF konkludert med at inntektsnivå og sammensetning av inntekten for de eldste aldersgruppene av hjelpemiddelbrukere i stor grad er identisk med befolkningen for øvrig.

Samtidig vil utvalget peke på at den enkeltes muligheter til å kunne takle og møte de utfordringene som livet gir, vil variere. Det er til dels store sosiale ulikheter i befolkningen og en liten gruppe vil på grunn av materielle, psykososiale og adferds-

1. SSB: www.ssb.no/emner/02/03/folkfram/

2. Kilde: Arbeidsnotat til Hjelpemiddelutvalget, Christian Andersen, SNF (2009)

relaterte risikofaktorer, ha komplekse funksjonsnedsettelse og vesentlig dårligere helse. Dette kan også konsekvenser for å ønske eller ha muligheten til selv å ville velge hjelpemiddel. Det foreligger etter utvalgets vurdering, klare indikasjoner på at levekårene til personer med funksjonsnedsettelse, herunder brukere av hjelpemidler i yrkesaktiv alder er annerledes³ enn levekårene til befolkningen for øvrig. Til sammenligning med eldre over 65 år, har medianinntekten etter skatt blant enslige under 45 år økt med bare med 17 prosent målt i faste priser i perioden 2001 – 2008. Ikke minst har dette med sammenheng med graden av tilknytning til arbeidslivet.

10.1 Hva er et forbruksgode/ forbruksgjenstand og hva er et hjelpemiddel – hva skal dekkes av det offentlige?

I kapittel 2 i utredningen har utvalget definert hva som er et hjelpemiddel og hva som er forbruksgode. Et hjelpemiddel er et kompensatorisk virkemiddel som skal bidra til å utjevne gapet mellom den funksjonsnedsatte personen og de krav til funksjon samfunnet stiller, mens et forbruksgode er et produkt, som er fremstilt med befolkningen som målgruppe, og ikke produsert spesielt med henblikk på å avhjelpe en nedsatt psykisk eller fysisk funksjonsevne.

Det kan med andre ord betraktes som et produkt eller en gjenstand som kan kjøpes av alle og som gjennom sine egenskaper tilfredsstiller vanlige menneskelige behov. Det er viktig å presisere at universelt utformede produkter og vanlig utstyr også kan avhjelpe en funksjonsnedsettelse.

Grensen mellom hva som kan defineres som et hjelpemiddel og hva som faller i kategorien forbruksgode kan ikke settes en gang for alle, men vil endre seg over tid. Tilsvarende vil heller ikke grensene for hva som anses som rimelig at samfunnet representert ved den offentlige velferden skal dekke utgiftene for og hva som vurderes som alle manns eie og som den enkelte selv bør dekke, være statiske. Et eksempel på dette er økningen i biltettheten. I følge statistikk fra SSB⁴ har nå 80 prosent av alle husholdninger i Norge bil, mens en

fjerdedel har to eller flere biler. Det betyr at bil i stor grad har blitt alle manns eie. Tall fra SBB⁵ viser også at PC-tettheten i befolkningen generelt nærmer seg 90 prosent, mens når det gjelder husholdninger med barn er prosentandelen enda høyere. Tilsvarende prosentandel for befolkningen generelt var i 2003 i underkant av 70 prosent. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at enkeltgrupper som for eksempel eldre kvinner ser ut til å falle utenfor den digitale utviklingen.

Det er også eksempler på at utstyr har vært definert som et hjelpemiddel, men som det ikke lengre gis støtte til. Noen gjenstander av ulike årsaker hele tiden vært betraktet som forbruksvare, som for eksempel briller som med noen unntak ikke er stønadsberettiget.

Alder har også betydning for hvorvidt en nedsatt funksjon er å betrakte som del av naturlig aldringsprosess eller om situasjonen inntreffer i yngre år. I folketrygden var det tidligere en 70 års grense for å få stønad til hjelpemidler. Dette hang sammen med at 70 år var aldersgrensen for alderspensjonen og vurderingen var at man således allerede mottok en stønad som også kunne dekke utgifter til hjelpemidler. En slik aldersgrense kan begrunnes med at funksjonsnedsettelse i alderdommen kan for å være del av en naturlig aldringsprosess og er følgelig mer spesifikt aldersrelatert og noe som i større grad måtte anses å være den enkeltes eget ansvar. Senere opphevet man 70-årsgrensen for hjelpemidler fordi man vurderte det slik at det ikke var svekkelser som alene kunne relateres til alder, men knyttet seg til sykdom på vanlig måte⁶

I forbindelse med forslag om å innføre rettigheter i den kommunale helse- og sosialtjenesten knyttet til brukerstyrt personlig assistent (BPA) ble det foreslått en 70-årsgrense. Forslaget var at bare de som hadde fått vedtak om BPA før 70 år skulle ha det som rettighet⁷.

I dagens regelverk på hjelpemiddelområdet finnes det også eksempler på slike aldersgrenser. Det gis for eksempel ikke stønad til bil hvis funksjonsnedsettelsen er oppstått etter fylte 70 år.

I NOU 2009: 14 Et helhetlig diskrimineringsvern pekes det på at alder omfattes av forbudet mot diskriminering i arbeidsmiljøloven kapittel 13. Arbeidsmiljøloven gjelder arbeidsforhold. Videre vises det til at helsevesenet peker seg ut som et område der eldre, ut fra et behov for å prioritere

3. Thomas Hugaas Molden, Christian Wendelborg og Jan Tøssebro (2009): Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne, analyse av levekårsundersøkelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne 2007 (LKF). NTNU Samfunnsforskning AS.

4. Publikasjonen Dette er Norge, Statistisk sentralbyrå oktober 2009

5. SSB: www.ssb.no/ikt/, februar 2010

6. Ot.prp. nr. 6 (1970–71)

7. Høringsnotat om sterkere rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistent (BPA) fra Helse- og omsorgsdepartementet 02.07.2007

mellom pasientene på grunn av begrensede ressurser, kan være utsatt for forskjellsbehandling. Prioriteringsforskriften (FOR-2000-12-01-1208) regulerer hvilke pasienter som skal prioriteres i helsevesenet. Ulik alvorlighetsgrad, ulik forventet nytte og ulik kostnadseffektivitet er legitime grunner for forskjellsbehandling. Det pekes videre på at alder er blant de faktorer som kan redusere effekten av tiltak og visse sosiale behov, og er derfor et kriterium som kan inngå i en skjønsmessig prioriteringsbeslutning på klinisk nivå. Derfor konkluderes det med at mange eldre vil ha et vern utenfor arbeidslivet gjennom lovens forbud mot diskriminering

Videre vil utviklingen når det gjelder universell utforming ha betydning. Kravet om tilgjengelighet og brukbarhet for personer med nedsatt funksjonsevne⁸ gjennom hovedløsninger som kan brukes av alle, gjelder ikke bare bygninger og offentlige, men i like stor grad vanlige produkter og forbruksgjenstander. På dette området skjer det en rivende utvikling som gir personer med funksjonsnedsettelse nye muligheter som følge av at produkter med ulike typer ny teknologi tas i bruk. Mange brukere, særlig yngre følger med i den teknologiske utviklingen og ønsker å ta i bruk nye løsninger. I dag finnes det for eksempel mobiltelefoner med innlagt skjermleser som kan lese opp alt som står i displayet. Skjermleseren gjør altså at standardteknologi også kan brukes av en som ikke ser.

Denne utviklingen er imidlertid ikke forbeholdt ulike standardprodukter, men omfatter også programvare og tilleggsløsninger med mer spesialisert funksjonalitet som kan kjøpes og tilpasses standardproduktet.

Spørsmålet om det er samfunnets ansvar å dekke utgifter utstyr til trening, stimulering og aktivisering er også en viktig og aktuell problemstilling i forhold til hva som er rimelig at den enkelte kjøper selv eller som kan være kan regnes som et forbruksgode kontra det som bør være et offentlig ansvar. Trening og stimulering handler om å trene opp og vedlikeholde funksjoner, og som drøftet i kapittel 11 skal folketrygden bare dekke stønader som skal kompensere for en funksjonsnedsettelse. Det er likevel gjort et unntak når det gjelder hjelpemidler til slike formål for barn og yngre personer opp til 26 år. Følgen av dette er at det gis stønad over folketrygden til en rekke vanlige forbruksgjenstander, som for eksempel peda-

gogiske leker og vanlige fritidsartikler. En del produkter i denne gruppen kan også være læremidler eller ha et rehabiliteringsformål.

Stønad til hjelpemidler til fritidsaktiviteter som skal gjøre det mulig for personer med funksjonsnedsettelse å delta i slike aktiviteter på like linje med alle andre, er også begrenset av 26-års grensen.

10.1.1 Utvalgets vurderinger

Etter utvalgets vurdering er det vanskelig å dra et helt eksakt grensesnitt mellom hjelpemidler og hva som er generelle produkter og tjenester rettet mot allmennheten, og som følgelig vil være å betrakte som forbruksgoder. Som følge av flere forhold, som velstandsutvikling, teknologisk utvikling og økte krav til universell utforming vil grensesnittet ikke være gitt en gang for alle, men endre seg over tid. Et hjelpemiddel er et kompensatorisk virkemiddel som skal bidra til å utjevne gapet mellom den funksjonsnedsatte personen og de krav til funksjon samfunnet stiller. Som en generell regel mener utvalget det fortsatt må være samfunnets ansvar å kompensere for nødvendige merutgifter til hjelpemidler.

Utvalget mener at det kan argumenteres for at jo mer det dreier seg om et behov som kommer som en naturlig følge av aldring og livsfasen man er inne, desto mer realistisk er det å tenke seg at det vil være snakk om å dekke et mer allment menneskelig behov. Gjelder det derimot å kompensere for funksjonsnedsettelse for en person i ung alder, eller en funksjonsnedsettelse hos en eldre person som ikke kan tilskrives alder, har den det gjelder i større grad et rettskrav overfor samfunnet. I NOU 2009:14 Et helhetlig diskrimineringsvern pekes det på at et generelt diskrimineringsforbud som også gjelder utenfor arbeidslivet vil omfatte offentlige helse- og sosialtjenester. På den andre siden finnes det også som drøftet foran, legitime grunner til forskjellsbehandling. Utvalget legger dette til grunn, men finner det vanskelig å skulle argumentere for å avgrense eller beregne den enkeltes ansvar for å dekke utgifter til gjenstander og eventuelle hjelpemidler, kun relatert til alder. Alder alene gir ingen indikasjon verken på behov for tjenester og ytelser eller for eventuell betalingsevne, men må eventuelt suppleres med andre hensyn, som for eksempel inntekts- og formuesforhold og hva slags behov det er snakk om utgiftsdekning for.

Etter utvalgets vurdering kjennetegnes området av at en del forbruksgoder/artikler som på gitte tidspunkter kan befinne seg i en mellomfase

8. Med «nedsatt funksjonsevne» eller «funksjonsnedsettelse» menes at en kroppsdel eller en av kroppens fysiske eller kognitive funksjoner er tapt, skadet eller på annen måte nedsatt. (Fra NOU 2005: 8 Likeverd og tilgjengelighet.)

med hensyn til å ha en viss kompensatorisk funksjon og samtidig kunne være forbrugsgode.

Noen artikler, fortrinnsvis til trening og stimulering som i dag dekkes over folketrygden, er etter utvalgets vurdering å betrakte som vanlige leker eller utstyr som foreldre kjøper til sine barn. En del andre artikler som også faller inn under ordningen har et rehabiliteringsformål og bør etter utvalgets syn inngå i basissortimentet som utvalget i kapittel 9, jf. kapitlene 11 og 12, foreslås blir overført til kommunene.

Utvalget vil presisere at dette endrer ikke det grunnleggende skille i dagens regelverk mellom forbrugsgoder og hjelpemidler, herunder ordinære, nødvendige tekniske hjelpemidler til personlig bruk som rullestol, høreapparat og førerhund og spesialtilpassede innretninger som elektroniske leselister og andre tilsvarende hjelpemidler.

10.2 Er det behov for et mer tilskuddsbasert hjelpemiddelsystem?

Etter utvalgets vurdering må et fremtidig hjelpemiddelsystem hensynta at utviklingen på hjelpemiddelområdet, på linje med resten av samfunnet, går i retning av at brukere ønsker større frihet til å kunne velge hva slags hjelpemiddel og tilrettelegging den enkelte vil ha. Det kan dreie seg om at brukere ønsker et annet hjelpemiddel enn de har fått tildelt, eller at de ønsker en annen type med andre eller flere spesifikasjoner. Dagens hjelpemiddelsystem er i hovedsak en utlånsbasert modell, der hjelpemidlet forblir statens eiendom. Det innebærer mellom annet at anskaffelser av hjelpemidler omfattes av Lov om offentlige anskaffelser. Håndteringen av dette er nærmere omtalt i kapittel 4.

I dagens system er ordninger som stønad til trygdebil gruppe 1, stønad til datamaskin og stønad til høreapparat alle eksempler på tilskuddsbaserte ordninger, og innebærer at den enkelte bruker får et tilskudd, vedkommende kjøper selv hjelpemiddelet og det forblir hans eller hennes eiendom. Når stønad til hjelpemiddel gis er det som hovedregel det best egnede og rimeligste hjelpemidlet. Utdrøiningene i forhold til dagens system er ofte knyttet til at bruker kan ønske et mer teknologisk avanserte produkter med flere funksjoner enn hva folketrygden normalt gir støtte til. Ønsker bruker en mer kostbar løsning som ikke kan forsvares ut fra vilkåret i folketrygdloven om «nødvendighet», kan det ikke tilstås stønad. Et mer tilskuddsbasert system gir flere muligheter til å

kunne betale ekstra for et bedre produkt med flere spesifikasjoner enn det offentlige vil kunne gi stønad til.

Som redegjort for i kapittel 11 om regelverket vil hva som anses som «nødvendig» kunne endre seg stadig raskere i årene som kommer. Denne utviklingen har sammenheng med at teknologi- og velferdsutviklingen generelt gjør at hva som anses som vanlige forbruksprodukter blant befolkningen stadig er i endring. Produkter som gis som hjelpemidler utvikles stadig og blir bedre, mer avanserte og brukervennlige. Dette gjelder særlig innen IKT-feltet og kognitive hjelpemidler.

Utviklingen av kombinasjonsprodukter er et annet utviklingstrekk som er utfordrende. Det kan være produkter som inneholder funksjonell teknologi for personer med funksjonsnedsettelser, men som samtidig har utstyr som faller utenfor hjelpemiddelbegrepet. Den teknologiske utviklingen vil trolig bidra til at det fremover vil være flere og flere produkter i denne kategorien. Dette aktualiserer spørsmålet om økt bruk av tilskudd for disse produktgruppene kan være en løsning.

En forutsetning for å kunne ha større grad av valgfrihet med økt innslag av tilskudd er at disse hjelpemidlene da blir brukers eiendom. Slik systemet er i dag er det Arbeids- og velferdsetaten som eier det enkelte hjelpemiddel og låner det ut til bruker. Når bruker selv blir eier av hjelpemidler reiser dette en rekke andre spørsmål, bla. knyttet til eventuelle behov for individuell tilpasning, tilgjengelighet til leverandør, råd og veiledning, vedlikehold, reparasjon etc. I utgangspunktet kan en slik utvikling også påvirke brukers av hjelpemidler sin status fra å være «brukere» i retning av å bli «forbrukere», med de rettigheter og krav til den enkelte bruker og leverandør som dette utløser.

Et tilskuddssystem som utelukkende baserer seg på brukernes egne valg kan imidlertid medføre at forvaltningen i for stor grad overlater avgjørelser til den enkelte som kan oppleves uoversiktlig, risikofylt og som innebærer dilemmaer mange vil føle det vanskelig å takle. Erfaringer fra bla. brukerpassordningen som er nærmere omtalt i kapittel 5 viser at nettopp derfor takker noen enkeltbrukere nei når de får tilbud om brukerpass. Retten personer med funksjonsnedsettelser har til å utøve valg og ha kontroll over eget liv må også veies opp mot retten som bruker til ikke å bli satt i en situasjon man ikke har mulighet til å overskue konsekvensene av. Fra flere hold har det blitt fremhevet at en større grad av tilskudd kan medføre at fagligheten i selve formidlingen forringes vesentlig.

10.2.1 Utvalgets vurderinger

Utvalget tilrår økt bruk av tilskudd, som et målrettet og formålstjenlig virkemiddel med sikte på at brukere får mer valgfrihet. Dette vil i første rekke være mest aktuelt for forholdsvis enkle og rimelige hjelpemidler og for noen mer teknologisk avanserte produkter, der utviklingen skjer raskt.

Etter utvalgets vurdering må brukere som velger å motta tilskudd, på linje med øvrige brukere av hjelpemidler, kunne få råd og veiledning i kommunen eller hos hjelpemiddelsentralen. En bruker som ønsker å motta tilskudd istedenfor å låne et hjelpemiddel og som har behov for koordinering i forhold til andre vil ha de samme rettigheter i forhold til å få en individuell plan samarbeidet mellom bruker/pårørende, hjelpemiddelsentralen og øvrige aktører som leverer tjenester.

Når det gjelder annen produktinformasjon, reparasjon og service må dette ivaretas av leverandørsiden, som for øvrige forbruksgjenstander. På linje med apotekbransjen må det etter utvalgets vurdering innledes et samarbeid med relevante aktører på produsent- og leverandørsiden med sikte på å sikre at behov for tilretteleggingskompetanse, nødvendig opplæring og oppfølging, herunder krav til service og reparasjon ivaretas.

Noen brukere vil fortsatt ønske å låne hjelpemiddelet istedenfor å få et tilskudd. Derfor tilrår utvalget at et framtidig system må romme at brukere som måtte ønske det, fortsatt har en mulighet til fortsatt å låne bestemte hjelpemidler.

Etter utvalgets syn, er ikke dette et område som det er hensiktsmessig å regulere en gang for alle. Et mer tilskuddsbasert system vil måtte utvikles og justeres gradvis i takt med at den løpende faglige og teknologiske utviklingen på feltet og hvilke typer hjelpemidler det etter hvert blir mulig å kjøpe på det åpne marked.

10.3 Egenandeler på hjelpemidler eller fortsatt fullfinansiering?

I mandatet for utredningen vektlegges hensynet til å utvikle et mer helhetlig finansieringssystem som gir de ønskede incentiver slik at en oppnår et samfunnsmessig sett helhetlig og godt hjelpemiddeltilbud. En begrunnelse for en eventuell innføring av egenandeler eller brukerbetaling på hjelpemidler kan begrunnes i fra hensynet til et mer kostnads- og formåleffektivt bruk av hjelpemidler ved at blir en mer optimal balanse mellom tilbud og etterspørsel. Videre kan en eventuell innføring av egenandeler på hjelpemidler begrunnes ut i fra rent fiskale

hensyn, som et bidrag til finansieringen selve hjelpemiddelet.

I kapittel 8 påpekes behovet for en harmonisering av finansieringen av tjenester og ytelser. Hjelpemidler gitt over folketrygden har per i dag ingen egenandeler, mens det for en lang rekke tjenester i helse- og omsorgssektoren, etter nærmere vilkår er innført egenandeler. Utvalget mener derfor at det er i en slik sammenheng, det kan være aktuelt å vurdere innføring av egenandeler på hjelpemidler.

En eventuell innføring av egenandeler på hjelpemidler kan ikke bare vurderes opp mot hensynet til harmonisering opp mot regelverket på helse- og omsorgsområdet. Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (lov 20. juni 2008 nr. 42 om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne) gir vern mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Loven har ingen definisjon av begrepet nedsatt funksjonsevne, men det fremgår av lovens forarbeider at det favner vidt. Diskrimineringsgrunnlaget omfatter både fysiske, psykiske og kognitive funksjonsnedsettelse. Det er ikke oppstilt krav til varighet eller alvorlighetsgrad, men det forutsettes en avgrensning mot rent forbigående eller bagatellmessige forhold som ikke påvirker funksjonsevnen i nevneverdig grad.

Egenandeler og brukerbetaling

Hjelpemidler er en del av de tiltak som brukerne av offentlige velferdstilbud mottar, ofte sammen med øvrige helse- og omsorgstjenester. Kostnadene ved helse- og omsorgstjenestene dekkes i hovedsak av det offentlige. Hovedbegrunnelsen for egenbetaling innenfor helse- og omsorgssektoren har vært å redusere veksten i de offentlige utgiftene og frigjøre ressurser til en videre utbygging på særlig prioriterte områder. En annen begrunnelse har vært at egenbetaling vil bidra til å dempe etterspørselen fra personer med mindre problemer, slik at personer med større behov lettere kan få sine behov dekket. For en del tjenester dekker det offentlige kostnadene fullt ut, hjelpemidler fra folketrygden har ikke hatt egenandeler, mens for andre er det fastsatt en viss egenandel. For noen tjenester og produkter må den enkelte i utgangspunktet dekke alle utgiftene, bla. gjelder dette tannhelsetjenesten for voksne, legemidler på hvit resept, samt reseptfrie legemidler.

Den statlige reguleringen av kommunale betalingsordninger varierer fra sektor til sektor. Prinsippet om ikke å kreve mer enn selvkost har i stor grad vært retningsgivende for kommunenes mulighet til å kreve betaling utenom i de tilfeller

hvor de utfører tjenester som ellers kan leveres i markedet⁹. På helse- og sosialsektoren regulerer staten ganske detaljert hva kommunene kan ta av bruker/egenbetaling, noe som kommer tydelig frem ved det todelte regelverket på området. (For nærmere redegjørelse se faktaboks i kapittel 4.) Når det gjelder andre kommunale tjenester med egenbetaling finansieres for eksempel barnehager gjennom foreldrebetaling, øremerkede tilskudd og kommunenes frie inntekter. Et annet eksempel er skolefritidsordningen som finansieres dels gjennom brukerbetaling og dels gjennom kommunens frie inntekter.

Brukerbetalingen i de kommunale helse- og sosialtjenestene er blitt vurdert en rekke ganger. Bla. sendte Sosialdepartementet et notat¹⁰ på høring i 2004. Årsaken til dette var at man mente den statlige delfinansieringen gir insentiver til hvordan kommunene organiserer tjenestene.

Det todelte regelverket betyr blant annet at brukere kan betale forskjellig for de samme tjenestene avhengig av om de ytes i eller utenfor institusjon. Regelverket bør i større grad oppmuntre kommunene til å utforme tjenestetilbudet ut i fra lokale behov og hva som er samfunnsøkonomisk lønnsomt. I St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening omtales saken og det foreslås ingen endringer i reguleringen, men en presisering av gjeldende rett.

10.3.1 Skjerming

I kapittel 8 redegjør utvalget for hensynet til likebehandling som et av flere, sentrale hensyn og krav som bør stilles til et fremtidig hjelpemiddelsystem. Det skal bidra til en rettferdig fordeling av inntekt og levekår, gi sikkerhet mot tap av inntekt, og sikre den enkelte hjelp og omsorg når behov melder seg. Likebehandlingsprinsippet innebærer at vurderinger av innføring av egenandeler (brukerbetaling) bør inneholde vurderinger av skjermingsordninger for enkeltbrukere med særskilte behov.

Hovedprinsippene bak egenbetalingen har vært at så lenge storbrukerne ble skjermet, kunne egenandelene for «folk flest» som har et beskjedent forbruk til helse- og omsorgstjenester, øke en del. Hvis brukerbetalingen får uønskede fordelingsvirkninger kan det være aktuelt med skjermingsordninger. I NOU 1997:8 Om finansiering av kommunesektoren, drøftes behov for skjermingsordninger.

«Det er en hovedregel at ansvaret for å realisere fordelingspolitiske målsetninger bør legges på generelle skatter (for eksempel progressiv inntektsskatt) og direkte overføringer (trygd og lignende). Når generelle skatter og direkte overføringer betraktes som mer treffsikre fordelingspolitiske virkemidler enn subsidi-ering av kommunale og fylkeskommunale tjenester bygger dette på en forutsetning om at inntekt er et tilfredsstillende mål på levestandard. I praksis er ikke inntekt alltid et godt mål på levestandard bl.a. fordi kostnadene ved å dekke grunnleggende velferdsbehov varierer. Det er for eksempel betydelig variasjon i behovet for legetjenester og av fordelingshensyn kan det være ønskelig å skjerme personer med et stort behov. I slike tilfeller vil generelle skatter og direkte overføringer basert på upåvirkelige kriterier være lite treffsikre.»

I NOU 1997:17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester, legges det vekt på at tjenestenes forskjellige karakter tilsier at det kan være behov for flere ulike brukerbetalings- og skjermingsordninger. Det kan være to måter å betale for en tjeneste på; betaling etter inntekt eller betaling etter forbruk.

Det første prinsippet er *inntektsgradert brukerbetalingsordninger*, hvilket betyr individuell fastsettning av betalingsnivå etter betalingsevne. En kan vurdere å innføre behovsprøvde ordninger i stedet for universelle ordninger. Dette hindrer at bruker avstår fra nødvendige tjenester grunnet dårlig økonomi. Noen mulige problemer knyttet til en slik betalingsordning er at den vil være tyngre å administrere enn et system med flat betalingssats. Praktiseringen av behovsprøving kan gå på bekostning av effektiviteten i systemet. Det koster en innsats fra forvaltningen å skulle følge opp behovsreglene overfor bruker. Samtidig er det slik at hvis man ikke kommer frem til et inntektsbegrep som faktisk gjenspeiler forskjeller i betalingsevne, vil omfordelingen kunne skje både urimelig og tilfeldig.

Det andre prinsippet er *brukerbetaling og skjerming etter forbruk av tjenester*. Dette betyr at brukerbetalingen fastsettes på bakgrunn av at forbruk med den ulempe at den økonomiske belastningen for storforbrukere vil kunne bli urimelig stor. For å unngå dette vil det være nødvendig med skjermingsordninger innenfor et forbruksbasert brukerbetalingssystem. I praksis betyr dette ofte en innføring av utgiftstak. Alle brukere betaler for forbruk av tjenester opp til et visst nivå. Når dette utgiftstaket er nådd, fritas den enkelte for brukerbetaling. Noen problemer knyttet til et slikt system er at etter at utgiftstaket er nådd vil den enkelte

9. St.meld. nr.17 Makt og demokrati (83)

10. Sosialdepartementet (2004) Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester, høringsnotat.

bruker ha få insentiver for å vurdere sin etterspørsel av eventuelt unødvendige tjenester. Dette kan unngås ved at brukere som passerer taket bare får delvis kostnadsfrihet. Et slikt system vil imidlertid ikke gi like god skjerming, da den samlede brukerbetalingen til tross for reduserte satser vil kunne bli svært stor. Administrativt vil de ulike kompensasjonsordningene være mer arbeidskrevende jo mer individuell vurdering det kreves.

I tillegg er det slik at en gruppe som skjermes for brukerbetaling er *barn og unge*. Årsaken er at det anses som spesielt viktig at barn og unge ikke skal måtte avstå fra gode velferdsordninger. Dette er også en gruppe som har behov for til dels hyppige skifte av hjelpemidler fordi de vokser.

10.3.2 Utvalgets vurderinger

En eventuell innføring av egenandeler på hjelpemidler kan etter utvalgets syn begrunnes ut i fra flere hensyn. Som redegjort for over har hovedbegrunnelsen for egenbetaling innenfor helse- og omsorgssektoren vært å redusere veksten i de offentlige utgiftene og frigjøre ressurser til en videre utbygging på særlig prioriterte områder. En annen begrunnelse har vært at egenbetaling vil bidra til å dempe etterspørselen fra personer med mindre problemer, slik at personer med større behov lettere kan få sine behov dekket.

Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved barnløshet, svangerskap og fødsler, aleneomsorg for barn, sykdom, skade, uførhet, alderdom og dødsfall (§1–1). Prinsippet har vært å gi økonomisk og annen kompensasjon for i forbindelse med varig funksjonsnedsettelse, sykdom og uførhet. I dagens hjelpemiddelsystem er det slik at hjelpemidler fra folketrygden er uten egenandeler. Et sentralt spørsmål i dette er, i forbindelse med utvalgets forslag om at ansvaret for finansieringen av basishjelpemidler skal overføres til kommunen, skal det fortsatt være slik at hjelpemidler vurderes som så vesensforskjellig, fra øvrige helse-, sosial, og omsorgstjenester at det fortsatt bør være fritak av egenandeler også i et fremtidig system.

Utvalget legger til grunn at hjelpemidler er ment å skulle kompensere for en funksjonsnedsettelse. De er også ment i vesentlig grad å skulle avhjelpe de varig nedsatte følgende av funksjonsevnen. I et slikt perspektiv kan det argumenteres for at hjelpemidlet er med å sikre lik deltagelse på linje med andre. På den andre siden har hovedprinsippene bak egenbetalingen vært at så lenge storbrukerne ble skjermet, kunne egenandelene for «folk

flest» som har et beskjedent forbruk til helse- og omsorgstjenester, øke en del.

Etter en samlet vurdering finner utvalget at det ikke er forenlig med prinsippene om likestilling, inkludering og deltakelse å innføre egenandeler på hjelpemidler som er ment å skulle kompensere for varige og vesentlige funksjonsnedsettelse. Utvalget ser likevel for seg at en god del hjelpemidler etter hvert går over til å dekke «vanlige behov» og vil få mer og mer karakter av å være en vanlig forbruksgjenstand og som det rimelig at den enkelte betaler noe av selv. Utvalget mener at det i slike tilfeller kan være hensiktsmessig å yte tilskudd i en overgangsfase. En slik mellomløsning kan i praksis innebære at en egenandel, ved at de ikke fullfinansieres.

10.4 Er det behov for et rådgivende ekspertorgan for fortløpende å vurdere hva som er et hjelpemiddel?

Innledningsvis i dette kapitlet har utvalget sett nærmere på hva som er å anse som et hjelpemiddel og hva som er et forbruksgode. Utvalget har pekt på at forhold som den aldrende befolkning, velferdsutvikling, økte krav til universell utforming vil bidra til at grensesnittet mellom hva som er et hjelpemiddel og hva som er forbruksgode, ikke vil være gitt en gang for alle, men endre seg over tid. Videre har utvalget, i forbindelse med utvalgsarbeidet fått en rekke innspill, herunder fra referansegruppen og fra ¹¹Teknologirådet som tilsier at behovet å ta i bruk ny teknologi for å øke muligheten til å mestre og føle seg trygg i hverdagen vil øke. Eksempler på omsorgsteknologi er:

- Kroppssensorer eller biosensorer overvåker helsetilstand. Måling og evaluering av for eksempel hjerterytme, lungekapasitet eller blodverdier, kan øke kronikerens mulighet for hjemmebasert behandling, medisinerings eller automatisk tilkalling av akutt hjelp.
- Smarthusteknologi er teknologier installert i boliger. De kan brukes til å overvåke, varsle og utføre handlinger etter valgte kriterier. Installasjonen kan for eksempel styre lys, varme, dører og vinduer og varsle fall, brann eller vannlekkasjer.
- Springsteknologi er utstyr som kan beregne og opplyser om geografisk posisjon. I dag finnes for eksempel GPS-løsninger til å bære på

11. Rapport fra Teknologirådet: Framtidens alderdom og ny teknologi, 2009

kroppen, feste på en rullator eller liknende, til nytte for personer med svekket orienteringsevne og for deres omsorgsansvarlige.

I en rapport fra Northern Research Institute (Norut), Nasjonalt Senter for Telemedisin og Rune Devold AS (2009) som har sett nærmere på bruken av smarthusteknologi og videokonsultasjoner, pekes det på at begge tiltak kan være samfunnsøkonomiske lønnsomme.

Dette aktualiserer sammen med en rekke andre faktorer, behovet for et mer faglig fundert system som kan gi innspill til en mer kontinuerlig vurdering av hvilke produktgrupper av hjelpemidler det offentlige bør gi stønad til og hva som er å anse som et forbruksgode. For noen produktkategorier som havner i en gråsoner kan det være aktuelt å vurdere å gi tilskudd. I dag er dette i hovedsak en del av de årlige budsjettprosessene¹². Tilsvarende vil det etter utvalget syn på bakgrunn av forslaget om å overføre av ansvaret for forvaltning og formidling, herunder finansiering av basishjelpemidler¹³ i dagliglivet overføres til kommunene, være behov et system som fortløpende kan gi innspill til håndtering av skillet mellom basishjelpemidler og mer kostbare hjelpemidler til å dekke komplekse behov og som kan kreve spesialtilpasning.

I dagens system, har Arbeids- og velferdsetaten et sentralt brukerutvalg knyttet til den nasjonale styringsenheten for NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. Formålet med brukerutvalget er å få innspill og tilbakemeldinger fra brukersiden på etatens tjenestetilbud. Brukerutvalget møtes seks ganger i året og består av seks brukerrepresentanter og representant fra styringsenheten. FFO har fire brukerrepresentanter mens SAFO har to representanter. Det er også faste brukerrepresentanter i de referansegruppene som utarbeider kravspesifikasjoner til ulike produktgrupper ved offentlige anskaffelser. Det er i underkant av 30 referansegrupper i forbindelse med anskaffelsesområdet. I tillegg til at det er brukerrepresentasjon i de fleste prosjekter som gjennomføres som har betydning for tjenestetilbudet gjennomføres på hjelpemiddelområdet.

10.4.1 Utvalgets vurderinger

Regjeringen oppnevnte i juli 2009 et offentlig utvalg, Hagenutvalget, som skal se nærmere på behovet for nye løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer, med sikte på å ta innovative

grep og nyskaping i forhold til teknologi, arkitektur, forskning og organisasjonsutvikling.

Uavhengig av dette utvalgets konklusjoner mener et samlet hjelpemiddelutvalg, det i et fremtidig system for tilrettelegging og hjelpemiddelformidling er behov et rådgivende ekspertorgan som fortløpende kan følge utviklingen på området med sikte på bistå Arbeids og velferdsetaten med å utforme, utdype og kvalitetssikre grunnlaget for beslutninger om når et hjelpemiddel ikke lenger bør anses som et hjelpemiddel og når eventuelle nye produkter bør anses som hjelpemidler. Organet vil også kunne ha en funksjon knyttet til vurderinger av hvilke produktområder hvor det er aktuelt å velge tilskudd. Utvalget er også opptatt av at det ikke etableres nye gråsoner mellom kommunenes nye ansvar for basishjelpemidler og mer avanserte og kostbare hjelpemidler som krever spesialtilpasning som fortsatt vil være statens ansvar. Utvalget mener at et slikt organ bør kunne gi innspill til at det fortløpende er et effektivt og håndterbart skille mellom disse to hjelpemiddelkategoriene.

Skal et slikt organ kunne gi faglige funderte innspill til nasjonale standarder på områder drøftet over må det ha en bred og representativ forankring på nasjonalt nivå, og romme aktører på tvers av fag, nivå og sektorer, herunder representanter for brukerinteresser, kommunesektoren og leverandørsiden.

Etter utvalget vurdering bør et slikt organ bør ikke gi råd om enkelthjelpemidler fra enkeltprodusenter men bør ha en rolle i forhold til å kvalitetssikre beslutningsgrunnlaget i forkant av Arbeids- og velferdsetatens beslutningsprosess. Dette vil være særlig aktuelt i saker som gjelder hjelpemidler som er nyvinninger som kan føre til vesentlige endringer i tilbudet og dermed også for ressursbruken.

Med utgangspunkt i dagens system, mener utvalget at Arbeids- og velferdsetaten bør ha en sekretariatsrolle for dette organet. Det vil innebære å utrede saken og presentere beslutningsgrunnlaget så godt som mulig for ekspertorganet. Beslutningsgrunnlaget vil bla inneholde bakgrunnsdokumentasjon, mulige alternativer, sannsynlige nytteeffekten av hjelpemidlene knyttet til de gruppene det er ment for, samt økonomiske og administrative konsekvenser. Arbeids- og velferdsetaten vil gjennom dette arbeidet måtte få en forsterket rolle i form av å monitorere leverandør- og produsentmarkedet.

Et slikt organ vil kunne bidra til et bedre grunnlag for kvalitetssikring av tiltak der samfunnsøkonomiske kostnader og konsekvenser må vurderes

12. Nærmere beskrivelse i kapittel 4

13. Se kapittel 2. for nærmere definisjon.

samlet i forhold til hva det offentlige skal gi støtte til. Dette vil kunne være med å sikre optimal bruk av tilrettelegging og hjelpemiddelressursene.

Utvalget tilrår på denne bakgrunn at det opprettes en rådgivende, bredt sammensatt ekspertorgan for fortløpende vurdering og prioritering av hva som til enhver tid er å anse som et hjelpemiddel og hva er et forbruksgode.

10.4.2 Samlet vurdering og tilråding

Etter utvalgets syn må utviklingen av et fremtidig hjelpemiddelsystem i langt større grad enn i dagens system, imøtekomme hensynet til valgfrihet og økt brukerinnflytelse. En viktig utfordring vil være å avstemme brukernes forventninger med tilgjengelige ressurser.

På denne bakgrunn har utvalget følgende tilrådinger:

Som en generell regel mener utvalget det fortsatt må være samfunnets ansvar å kompensere for nødvendige merutgifter til hjelpemidler. Et forbruksgode er et produkt eller en gjenstand som kjennetegnes av å være allemannseie, men der ansvaret for finansiering påhviler den enkelte.

Utvalget tilrår økt bruk av tilskudd som et målrettet og formålstjenlig virkemiddel med sikte på at brukere får mer valgfrihet. Dette vil i første rekke være mest aktuelt for forholdsvis enkle og rimelige hjelpemidler og for mer teknologisk avanserte produkter, der utviklingen skjer raskt. Det kan også

være aktuelt i forhold til utstyr som kan ha en kompenserende funksjon, men der det også vil være rimelig med egenfinansiering. Et mer tilskuddsbasert system vil måtte utvikles og justeres gradvis i takt med at den løpende faglige og teknologiske utviklingen på feltet og hvilke typer hjelpemidler det etter hvert blir mulig å kjøpe på det åpne marked.

Utvalget legger til grunn at retten til hjelpemidler ikke kan knyttes til alder alene som grunnlag for tildeling.

Utvalget mener det ikke er forenlig med prinsippene om likestilling, inkludering og deltakelse i en eventuell ny formålsbestemmelse i regelverket, å innføre egenandeler på hjelpemidler som er ment å skulle kompensere for varige og vesentlige funksjonsnedsettelse.

Utvalget tilrår at det opprettes et rådgivende ekspertorgan som kan følge utviklingen på området med sikte på bistand knyttet til utforming, utdyping og kvalitetssikring av grunnlaget for beslutninger om når et hjelpemiddel bør vurderes som et basishjelpemiddel, når et hjelpemiddel ikke lenger bør anses som et hjelpemiddel som er det offentliges ansvar og når eventuelle nye produkter bør anses som hjelpemidler. Organet bør også kunne uttale seg om områder hvor det kan være aktuelt å gi tilskudd som alternativ til utlån. Utvalget tilrår at brukerorganisasjonene også er representert i ekspertorganet.

Kapittel 11

Regelverket på hjelpemiddelområdet

11.1 Innledning

Utvalget viser til kortere omtale av regelverket i kapitlene 4 (dagens system), 12 (dagliglivet), 13 (oppvekst, utdanning og læring) og 14 (arbeidsliv). I kapittel 11.3 – 11.9 har utvalget en mer omfattende gjennomgang av gjeldende rett med hovedvekt på folketrygdlovens ytelser. Innledningsvis redegjøres det for et forskningsoppdrag som utvalget har initiert og det gis en oversikt over internasjonale forpliktelser og en historisk gjennomgang av rettsutviklingen, jf. kapittel 11.1 – 11.2.

Utvalget er bedt om å utrede og komme med tilrådinger om fremtidig regelverk på hjelpemiddelområdet, og det vises til utvalgets vurderinger i kapittel 11.10 og oppsummering av tilrådinger i kapittel 11.11. Utvalget foreslår at det nedsettes et lovutvalg som utreder hjelpemiddelområdet.

11.1.1 Forskningsoppdrag

Arbeids- og inkluderingsdepartementet inngikk 12. november 2008 en forskningskontrakt med Universitetet i Bergen, Det juridiske fakultet, med professor Jan Frithjof Bernt som prosjektleder. Oppdragets tittel var «En juridisk betenkning om rettighetslovgivning, rettigheter og skjønnsanvendelse som virkemidler på hjelpemiddelområdet» med målsetting at prosjektet først og fremst skulle gi en oversikt og drøfting av balansen mellom likebehandling, rettighets- og regelstyring på den ene siden og skjønsmessige og individuelt tilpassede løsninger for brukerne på den annen. Forsker Beate S. Birkenfeldt har utført oppdraget i samarbeid med prosjektleder. Betenkningen ble levert 24. august 2009. Den tar utgangspunkt i at rettskravet på individuelt tilpasset dekning av behovet for hjelpemidler må ha et omfang og en kvalitet som sikrer at sentrale menneskerettighetsbestemmelser er oppfylt. Menneskerettighetene som rettslig grunnlag vurderes og det gis en presentasjon av sentrale regelverk som skal sikre rettighetene til funksjonshemmede. Betenkningen gjennomgår også dagens norske hjelpemiddelregler og ser nærmere på de mest sentrale i lys av menneskerettighetsforpliktelsene. Betenkningen tar for seg

problemstillinger knyttet til regelstyring kontra faglig skjønn, samt organisering av hjelpemiddelområdet. I en avsluttende kommentar tilrås at det settes i gang et videre utredningsarbeid med sikte på en generell lov om hjelpemidler til funksjonshemmede.

11.1.2 Om internasjonale forpliktelser

Som vist til i kapittel 3 om utvalgets verdigrunnlag er den europeiske menneskerettskonvensjonen av 1950 (EMK) inkorporert i norsk rett gjennom lov 21. mai 1999 nr 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettighetsloven). Norge er bundet av flere internasjonale konvensjoner som forplikter konvensjonspartene til å sikre ikke-diskriminering, blant annet på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter¹ (ØSK) ble vedtatt 16. desember 1966 og trådte i kraft 3. januar 1976. Den er blant de sentrale konvensjonene som er inkorporert i norsk lov gjennom menneskerettsloven og gjelder som norsk lov. Det følger av menneskerettsloven § 3 at bestemmelsene i disse konvensjonene ved motstrid skal gå foran bestemmelser i annen lovgivning, dvs. at konvensjonsbestemmelsene har forrang i tilfelle det blir konstatert at de er i konflikt med annen lovgivning. Artikkel 11 i ØSK forstås som en rett til en minimumsstandard av nødvendige basisgoder og muligheter for deltakelse i hverdagsliv og samfunnsnivå, og at enhver skal gis mulighet til å nyte basisnødvendigheter under verdige forhold. Sentrale rettigheter i konvensjonen er retten til helse (artikkel 12), retten til utdanning (artikkel 13 og 14) og retten til arbeid (artikkel 6). Som konvensjonspart har Norge forpliktet seg til å sette alt inn på at rettigheter som er anerkjent i konvensjonen gradvis blir gjennomført fullt ut med alle egnede midler, og da særlig ved lovgivningsvedtak, jf. ØSK artikkel 2 nr 1. Norge som stat er også forpliktet til å garantere at de rettigheter som er anerkjent blir utøvet uten forskjellsbehandling og med lik rett for kvinne og mann. Staten er forpliktet til å respek-

1. Se Birkenfeldt side 8 flg og side 43 flg

tere og beskytte menneskerettighetene, men også legge til rette for oppfyllelse av rettigheter. Konvensjonen overvåkes av en egen ekspertkomité, ØSK-komiteen. Statene skal rapportere særskilt om hvordan rettighetene er oppfylt i forhold til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) med to tilleggsprotokoller er inkorporert i norsk lov gjennom menneskerettsloven. Den inneholder flere bestemmelser av betydning for vernet mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne, men inneholder ikke bestemmelser som spesielt omhandler rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, slik den gjør for kvinner, barn og etniske, religiøse og språklige minoriteter. Mange av rettighetene er imidlertid særlig aktuelle for personer med funksjonsnedsettelse, jf. Artikkel 6 som beskytter retten til liv (relevant ved spørsmål om medisinsk behandling av nyfødte med sterke funksjonsnedsettelse), Artikkel 7 som forbyr tortur og annen nedverdiggende eller umenneskelig behandling (spesielt viktig for personer med nedsatt funksjonsevne i institusjon og fanger med psykiske eller fysiske funksjonsnedsettelse) og Artikkel 17 som beskytter privatlivet (viktig bestemmelse for personer som er avhengige av assistanse og spesielt for de som bor i institusjon). Konvensjonen håndheves av FN's menneskerettighetskomité og tilsyn skjer ved behandling av periodiske rapporter.

FNs barnekonvensjon, som også er inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettsloven, skiller seg ut ved at den spesifikt angir funksjonsnedsettelse («disability») som diskrimineringsgrunnlag. Konvensjonens artikkel 23 omhandler rettighetene til barn med nedsatt funksjonsevne. Statene er gjennom denne bestemmelsen forpliktet til å anerkjenne at

«et barn som er psykisk eller fysisk utviklingshemmet, bør ha et fullverdig og anstendig liv under forhold som sikrer verdighet, fremmer selvstendighet og bidrar til barnets aktive deltakelse i samfunnet».

Artikkel 23 nr 3 sier at

«Idet det anerkjennes at funksjonshemmede barn har særlige behov, skal hjelp som ytes i samsvar med nr 2 gis gratis når dette er mulig, samtidig som foreldrenes eller andre omsorgspersoners økonomi tas i betraktning, og hjelpen skal innrettes slik at funksjonshemmede barn har effektiv adgang til og mottar undervisning, opplæring, helsetjenester, rehabiliteringstjenester, forberedelse til arbeidslivet og rekreasjonsmuligheter på en måte so best

mulig fremmer barnets sosiale integrering og personlige utvikling, herunder dets kulturelle og åndelige utvikling.».

Siden barn med funksjonsnedsettelse er særlig beskyttet etter en spesiell bestemmelse, må statene rapportere særskilt om oppfyllelsen av disse forpliktelsene til FN's barnekomité. Norge rapporterer til FN hvert 5. år om norsk oppfølging og FN's ekspertkomité, barnekomiteen, gir deretter anbefalinger til norske myndigheter om områder den mener bør forbedres

EMK håndheves av Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD). EMDs dommer er juridisk bindende for de statene som har sluttet seg til konvensjonen. Domstolens avgjørelser har stor betydning når innholdet av konvensjonens bestemmelser skal fastlegges.

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne ble vedtatt av FN's hovedforsamling 13. desember 2006. Konvensjonen slår fast at de alminnelige menneskerettigheter skal gjelde også for mennesker med nedsatt funksjonsevne. De landene som ratifiserer konvensjonen skal «*treffe alle lovgivningsmessige, administrative og andre tiltak som er nødvendige for å virkeliggjøre de rettigheter som er nedfelt i denne konvensjon*», det vil si en folkerettslig forpliktelse til å etterleve konvensjonens bestemmelser. Norge signerte konvensjonen 30. mars i 2007 sammen med 80 andre land og EU-landene. Barne- og likestillingsutvalget utreder om lovgivningsmessige og/eller andre tiltak bør eller må gjøres før ratifisering. Utvalget er kjent med at regjeringen tar sikte på at konvensjonen skal legges fram for Stortinget for ratifikasjon våren 2010.

Det overordnede målet for EUs politikk overfor personer med funksjonsnedsettelse er et samfunn som er åpent og tilgjengelig for alle. Hindringer og barrierer skal identifiseres og fjernes. EUs strategi har tre fokusområder: *Samarbeid mellom Kommisjonen og medlemslandene, Full deltakelse for mennesker med funksjonsnedsettelse og Sektoransvarsprinsippet i utarbeidelse av politikken*. Det siste betyr at det enkelte Generaldirektorat skal foreslå lover og iverksettelse av politikk på sine respektive områder, og har blant annet gitt seg utslag i sentrale transportdirektiver som også er gjennomført i norsk rett.

EUs politikk for personer med funksjonsnedsettelse skal forhindre diskriminering og legge til rette for selvstendige liv og aktiv samfunnsdeltakelse. Kjernen i EUs strategi er Handlingsplan for personer med nedsatt funksjonsevne (2004–2010). Innen 2010 ønsker EU kommisjonen å se forbe-

dringer i utsiktene til *arbeid og tilgjengelighet og muligheten til selvstendig liv*. Planen sikter mot å integrere spørsmål som berører funksjonshemmedes levekår i all relevant EU politikk og forbedre tilgjengeligheten av bebyggede omgivelser, transport og IKT. Kommissjonen forbereder en ny strategi for 2010–2020.

Amsterdam-traktatens art 13 verner mot diskriminering og gir beskyttelse mot forskjellsbehandling². Den er ikke en del av EØS-avtalen, og gjelder derfor ikke som norsk rett. Stortinget har imidlertid samtykket i innlemming i EØS-avtalen av fellesskapshandlingsprogrammet om motkjemping av diskriminering (2001–2006) som ble vedtatt av Rådet 27. november 2000. Gjennomføringen av dette i norsk rett gjorde det ikke nødvendig med lov- eller forskriftsendringer. Regjeringen uttalte også i forbindelse med dette samtykket at det uavhengig av programmet er ønskelig at Norge på disse områdene har lovgivning som tilsvarer EU-regelverket og pekte på endringene i arbeidsmiljøloven for å sikre gjennomføring av rådsdirektiv 2000/78/EF om forbud mot diskriminering i arbeidslivet og 2000/43/EF om likebehandling uavhengig av rase eller etnisk opphav. Man kan si at man gjennom endringer i henholdsvis arbeidsmiljøloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven har implementert intensjonene som ligger til grunn for direktivene³.

Den 2. juli 2008 innførte EU kommissjonen en antidiskrimineringspakke under dens fornyede sosiale agenda. Pakken består av et forslag til et nytt direktiv om likebehandling, som forbyr diskriminering på grunn av alder, funksjonshemming, seksuell orientering, religion, eller overbevisning utenfor ansettelsesforhold og en meddelelse, som er et omfattende tiltak i kampen for antidiskriminering og fremme av like muligheter.

Som en følge av erkjennelsen at lovgivning i seg selv ikke er tilstrekkelig, benytter EU i tillegg til diskrimineringslovgivning også mer «frivillige» konsensuspregede virkemidler. Dette kan for eksempel være informasjonsutveksling, gjensidig læring og kunnskapsbygging, men også mer forpliktende virkemidler der medlemslandene kommer til enighet om felles retningslinjer eller standarder gjennom den åpne koordineringsmetoden (The Open Method of Coordination (OMC)). Her arbeider EU sammen med og støtter medlemslandene i å utvikle sin politikk, innenfor et integrert rammeverk. Det finnes ikke en egen åpen koordineringsmetode for spørsmål relatert til personer

med funksjonsnedsettelse, men gjennom OMC innenfor sosialpolitikk, arbeid og utdanning fremmes også spørsmål som berører funksjonshemmedes levekår. Dette er ikke en del av EØS-avtalen, men gjennom EØS-avtalen er Norge med og finansierer PROGRESS (2007–2013) som er et EU-program som finansierer aktiviteter som skal understøtte EUs mål innenfor arbeid, sosialpolitikk og like muligheter, herunder forhindre diskriminering. Dette gir Norge mulighet til å delta i de ulike aktivitetene som finansieres gjennom programmet.

Den europeiske sosialpakt tilsvarer langt på vei FN's konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK). Sosialpakten er den viktigste avtalen på det sosiale området i *Europarådet*. Den omfatter barns og ungdoms rettigheter, familie- og likestillingsrettigheter, vern av arbeidstakere ved opphør av arbeidsforhold, vern av organisasjonsfrihet og retten til arbeid, sikring mot sosial utestenging og retten til bolig. Norge har ratifisert store deler av den reviderte sosialpakten, som håndheves gjennom rapportering fra statene.

Menneskerettighetsbestemmelsene kan ses på som rettslige grunnverdier, relevant for retten til hjelpemidler⁴. De handler om rett til bevegelsesfrihet og handlingsfrihet, om likestilling, som kan knyttes opp til positive rettigheter som rett til arbeid og utdanning, men også forbudet mot diskriminering som gir rett til frihet fra forskjellsbehandling. Sist, men ikke minst, pekes det på retten til verdighet i betydningen av det å kunne bevare sin personlige integritet og være i stand til å utvikle seg og retten til et privatliv.

Utvalget legger til grunn at staten gjennom gjeldende norsk lovgivning ivaretar sine menneskerettighetsforpliktelser.

11.2 Historikk

Mot slutten av 1800-tallet økte oppmerksomheten omkring og arbeidet for uføre. Fattighjelp, som var den forsørgelsen arbeidsudyktige kunne få, var en mager og nedverdiggende form for bistand som de aller fleste forsøkte å unngå. Men for å klare seg selv måtte uføre ha et støtteapparat rundt seg. Mye av omsorgen for uføre skjedde på privat initiativ, dels som en del av religiøst fundert sosialarbeid, dels innenfor mer generell filantropi. Flere organisasjoner tok opp arbeidet for funksjonshemmede som døve, blinde og vanføre – som var den tidens begrep for bevegelseshemmede⁵.

2. Se Birkenfeldt side 9 flg

3. Se Birkenfeldt side 10

4. Se Birkenfeldt side 16 flg

Et organisert arbeid for vanføre startet først opp i 1892⁶ da Arbeidsskolen for vanføre ble åpnet i Oslo. Skolen ble opprettet på initiativ av Agnes og Nanna Fleischer med støtte fra private bidrag. I det andre driftsåret bevilget Stortinget det første statsbidrag. Søstrene Fleischer samarbeidet med kirurgen Bülow-Hansen, som drev en ortopedisk klinikk og her ble det gitt nødvendige operasjoner og tilpasset proteser. I 1893 ble «Foreningen til understøttelse av trengende vanføre» opprettet og i 1902 ble «Sophies Minde» (Arbeidsklinikk for vanføre) med plass til 60 elever, åpnet i Oslo. Klinikken ble oppført ved hjelp av en jubileumsgave som ble samlet inn i anledning av kong Oscar II's regjeringsjubileum i 1897. I 1931 var Centralanstalten fullført, og det ble gitt undervisning i håndverks- og andre praktiske fag ved klinikkens skole. Klinikken ga blant annet behandling etter poliomyelitt og på poliklinikken kunne alle vanføre bli undersøkt gratis og få legekundig veiledning i forbindelse med innleggelse, anskaffelser av bandasjer og proteser m.v.

I 1916 oppnevnte Forsvarsdepartementet et Centralstyre for vanføre til å forestå og lede arbeidet med de vanføre i fred og krig. Centralstyret tok blant annet initiativ til at det fra 1917 fantes kommunale vanførenemnder i de fleste kommuner. Forsorgen for de vanføre var et kommunalt ansvar. Centralstyret ble i 1920 overført til Sosialdepartementet, jf. St.prp. nr. 126 (1920) Om bevilgning av Statskassen til Centralstyret for Vanføre. Proposisjonen omhandler også en henstilling frå Centralstyret til statsmyndighetene om å ta opp til behandling spørsmålet om en ordning for å skaffe vanføre hjelp til legebehandling, utdanning og erverv, så de i størst mulig grad kunne bli selvhjulpne. Det ble foreslått at ordningen burde bygges på lovbestemmelser, slik at stat, fylke og kommunen kunne ta del i utgiftene i et visst forhold.

I april 1924 la et utvalg oppnevnt av Sosialdepartementet frem et utkast til lov om vanføre. Det følger av Ot. prp. nr. 41 (1936) om lov om vanføre at behandlingen av saken ble utsatt på grunn av vanskelige økonomiske forhold, og på grunn av at man ønsket å se på erfaringene med Centralanstaltens virksomhet. I 1934 ble saken tatt opp på ny og 31. mars 1936 ble nevnte proposisjon fremmet og

loven ble vedtatt 19. juni 1936. Det ble ansett særlig viktig å få inn lovbestemmelser som sikret rett til utdanning og nødvendig lege- og sykehusbehandling. Vanføreløven bestemte også at det skulle skaffes «nødvendig og hensiktsmessig bandasje (protese)» og utgiftene skulle utredes av kommunen med bidrag fra staten.

Det første skrittet i retning av en uføretrygd (utenom trygd for yrkesskader som ble innført i 1894) kom i 1936 ved lov midlertidig lov om hjelp til blinde og vanføre.⁷ Sosiallovkomiteen⁸ bemerker den omveltningen som har skjedd i forholdet til blinde etter at den første blindeskolen ble opprettet i Paris i 1784. Land etter land opprettet blindeskoler og ordnet etter hvert blindeundervisning gjennom lov. Norge fikk sin første lov på dette området 8. juni 1881, senere avløst av lov 4. juni 1915 med senere tilleggslover.

Vanføreløven av 5. desember 1958 nr 1 avløste vanføreløven av 1936⁹, men medførte ikke endringer i midlertidig lov om hjelp til blinde og vanføre av 1936. Loven styrket blant annet retten til undervisning og yrkesopplæring og innførte rett til rullestol og andre tekniske hjelpemidler. Loven medførte at bestemmelsene om økonomisk behovsprøving av utgiftene til proteser, støttebandasjer og lignende ble opphevet og kommunen ble pålagt å dekke utgiftene mot 4/10 refusjon fra staten.

Den midlertidige trygdloven om hjelp til blinde og vanføre ble opphevet fra 2. januar 1961, da lov 22. januar 1960 nr 2 om attføringshjelp og lov 22. januar 1960 nr 1 om uføretrygd trådte i kraft. Etter attføringsloven kunne det ytes blant annet bidrag til dekning av utgifter ved anskaffelse av spesielle tekniske hjelpemidler, for eksempel for døve og blinde når dette var av vesentlig betydning for ervervsmessig attføring¹⁰. Etter uføretrygdloven kunne det blant annet ytes lån eller bidrag til anskaffelse av tekniske hjelpemidler i ervervsøyemed¹¹.

I 1966 og 1970 ble trygdlovene samlet i én lov, lov av 17. juni 1966 nr 12 om folketrygd, den første samlingen av stønads- og trygdlover. Loven videreførte bestemmelser om adgang til å gi stønad til hjelpemidler som var nødvendige for å kunne gjennomføre yrkesmessig attføring. I 1971 fikk folkestrygdloven bestemmelser som ga rett til hjelpemidler også for de som på grunn av sykdom, skade

5. Se «Langsomt ble landet et velferdssamfunn – Trygdens historie 1894-1994» av Øyvind Bjørnson og Inger Elisabeth Haavet. Boken ble skrevet på oppdrag fra Sosialdepartementet til Trygdejubileet høsten 1994 i sammenheng med hundreårsdagen for den første trygdloven, ulykkesforsikringsloven, av 1894.

6. Ot. prp. nr. 41 (1936) Om lov om vanføre, se også vedlegg om Vanføreforsorgen i Norge.

7. Ot.prp. nr. 37 (1936) Om ei millombels lov om trygd til blinde og vanføre

8. Sosiallovkomiteen av 1935. Innstilling II. Om hjelp til blinde og vanføre.

9. Ot.prp. nr. 41 (1958) Om lov om vanføre

10. Ot.prp. nr. 17 (1965–66) Om lov om folketrygd, kapittel IX.

11. Ot.prp. nr. 17 (1965–66) Om lov om folketrygd, kapittel X.

eller lyte hadde begrenset evne til å kunne greie seg i dagliglivet¹².

Den 28. februar 1997 ble det vedtatt en helt ny folketrygdlov som trådte i kraft 1. mai 1997. Formålet med denne loven var først og fremst forenkling og modernisering.

I lovgivningen har tiltak og tilbud til personer med funksjonsnedsettelse gått fra spesialiserte løsninger knyttet til type og grad av funksjonsnedsettelse, supplert med frivillig innsats og veldedighet til normalisering og sosial integrering. I St.meld. nr. 88 (1966–67) Om utviklingen av omsorgen for funksjonshemmede het det:

«Et viktig prinsipp i den nye tankegangen er normalisering. Dette vil si at en ikke skal trekke unødvendige skillelinjer mellom funksjonshemmede og andre når det gjelder medisinsk og sosial behandling, oppdragelse, utdanning, sysselsetting og velferd».

Manneråk-utvalget¹³ ble oppnevnt for å utrede funksjonshemmedes rettigheter i en større sammenheng og foreslå ulike strategier og virkemidler for å fremme funksjonshemmedes deltakelse og likestilling i samfunnet. Sosialdepartementet la 13. juni 2003 fram en stortingsmelding¹⁴ med Regjeringens forslag til strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne. Lov 20. juni 2008 nr. 42 om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) trådte i kraft 1. januar 2009.

11.3 Gjeldende rett – folketrygdloven

De viktigste bestemmelsene om stønad til hjelpemidler følger av folketrygdloven kapittel 10, men suppleres av bestemmelser i sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og arbeidsmiljøloven m.fl.

11.3.1 Formål

Folketrygdloven § 1–1 er en overordnet og generelt utformet formålsbestemmelse som ikke gir særlige føringer for tolkingen av bestemmelsene i kapittel 10. Etter innføringen av arbeidsavklaringspenger, arbeidsevnevurderinger og aktivitetspla-

ner i nytt kapittel 11, har kapittel 10 fått overskriften «*Stønad for å kompensere for utgifter til bedring av arbeidsevnen og funksjonsevnen i dagliglivet*». Etter § 10–1 presiseres formålet etter lovendringen slik: «Formålet med ytelser etter dette kapitlet er å kompensere for bestemte utgifter til bedring av arbeidsevnen og funksjonsevnen i dagliglivet for medlemmer som har sykdom, skade eller lyte.» Heller ikke denne formålsbestemmelsen er egnet til å gi særlige føringer når det gjelder tolkingen av retten til stønad etter kapittel 10.

Lovers formål (eventuelt det formålet som er kommet til uttrykk i en enkelt lovbestemmelse) har betydning for tolkingen. Bernt-utvalget¹⁵ foreslår følgende formål i utkastet til lov om sosial- og helsetjenester i kommunene:

«Formålet med denne loven er å bidra til å sikre trygge og forsvarlige levekår og fremme folkehelse og gode sosiale og miljømessige forhold ved opplysning og annen forebyggende virksomhet, økonomisk stønad og andre sosial- og helsetjenester. Det skal legges vekt på å utvikle og styrke sosialt fellesskap og solidaritet i nærmiljøet.»

Bernt-utvalget har videre gjennom et forslag til krav til hvordan tjenestene skal gis, foreslått blant annet følgende bestemmelser: «Tjenestetilbudet skal bygge på respekt for mottakerens menneskeverd og personlige integritet. Det skal ta sikte på å styrke mottakerens mest- rings- og funksjonsevne, og hans eller hennes evne til en selvstendig og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.»

I den nye loven om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen¹⁶ (delvis oppfølging av Bernt-utvalget) har § 1 har fått følgende utforming:

«Formålet med loven er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet. Loven skal bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.»

I lovproposisjonen (forarbeidene) styrkes betydningen av formålsbestemmelsen ved at departementet blant annet sier at bestemmelsen vil være retningsgivende for prioriteringer generelt og for tolkning av den enkelte bestemmelse. Lovens formål er utvidet i forhold til gjeldende sosialtjenestelov (som det flyttes bestemmelser fra) med tanke på å fremme overgang til arbeid, og utvidelsen skal

12. Ot. prp. nr 6 (1970–71) Om lov om endringer i lov om folketrygd

13. NOU 2001:22 Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer

14. St.meld. nr. 40 (2003–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer

15. NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

16. Ot.prp. nr. 3 (2008–2009), se side 42

støtte opp under egen forsørgelse ved arbeid, og understreke at økonomisk stønad er ment som en midlertidig ytelse. Bestemmelsen er også ment å understreke at oppfyllelsen av lovens formål krever at kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen samarbeider med blant annet andre deler av kommunen og med Arbeids- og velferdsetaten.

11.3.2 Særlig om kravet om medlemskap og opphold i Norge

Kravet om medlemskap og opphold i Norge

Det er et vilkår etter folketrygdloven § 10–2 at brukeren har vært medlem av trygden i tre år før han eller hun setter fram krav om en ytelse, eller at vedkommende har vært medlem i trygden i minst ett år umiddelbart før han eller hun setter fram krav om en ytelse, og i denne tiden har vært fysisk og psykisk i stand til å utføre et normalt inntektsgivende arbeid. Inngangsvilkårene kan oppfylles ved sammenlegging av norsk tid og tid i andre EØS-land, jf. rådsforordning (EØF) nr. 1408 art. 18. Det kreves ikke rent faktisk at vedkommende har vært i arbeid. Oppholds kravet lå i folketrygdloven fra 1967 og ble i hovedtrekk videreført i 1997-loven. Trygdlovutvalget (NOU 1990:20 Forenklet folketrygdlov) fant det hensiktsmessig at et generelt vilkår om opphold i Norge for attføringsstønadene ble opprettholdt fordi det handler om stønader tilpasset norske forhold, og stønader som er avhengig av nær oppfølging fra myndighetenes side. Det ble pekt på at ordningene med gjenbruk av tekniske hjelpemidler også forutsetter opphold i Norge. Utvalget foreslo imidlertid en innstramning i forhold til gjeldende praksis gjennom vilkår om medlemskap under utenlandsopphold. Utvalget mente at personer som ikke er medlem av trygden vanligvis har så liten tilknytning til Norge at det ikke foreligger noen grunn til å yte de aktuelle stønadene. Forslagene ble fulgt opp av departementet i Ot. prp. nr. 29 (1995–96) Om ny lov om folketrygd. Etter folketrygdloven § 10–3 første ledd er det et vilkår for rett til hjelpemidler at medlemmet oppholder seg i Norge. Det følger imidlertid av § 10–3 annet ledd (slik det lyder etter endringslov 19. desember 2008 nr 106 om arbeidsavklaringspenger m.m.) at medlem med rett til helsetjenester i utlandet etter § 5–24 får dekket utgifter til høreapparat og ortopediske hjelpemidler m.m. under opphold i utlandet og at det for andre stønader etter § 10–7 kan gjøres unntak fra oppholds kravet når særlige grunner gjør det rimelig. Arbeids- og velferdsetaten legger i sin praksis knyttet til unntakshjemmelen vekt på varigheten og formålet med utenlandsoppholdet.

Adgangen til å ta med hjelpemidler fra Norge til utlandet er avhengig av flere forhold, blant annet av om flyttingen er midlertidig eller mer permanent og om flyttingen skjer til land innenfor eller utenfor EØS-området. Det eksisterer ikke noen felles EU- eller EØS-trygdeordning, og det er derfor opp til hvert enkelt land å bestemme hvilke trygdeordninger som skal etableres. Det er imidlertid fastsatt fellesskapsbestemmelser om koordinering av trygd i rådsforordning (EØF) nr. 1408/71 og i den såkalte gjennomføringsforordningen, rådsforordning (EØF) nr. 574/72. Formålet er å sikre at en person som har flyttet til eller oppholder seg i et annet medlemsland, ikke kommer dårligere ut enn en person som alltid har bodd og arbeidet i ett enkelt medlemsland. Spørsmålet om å ta med hjelpemidler under opphold i utlandet er komplisert: Når en person flytter til et land innenfor EØS-området mer permanent, skal hjelpemidler som hovedregel ytes fra det landet hvor personen tar bopel. Hvis personen fortsatt er trygdet i sitt hjemland, mottar for eksempel full alderspensjon, kan myndighetene i det landet vedkommende flytter til, kreve utgiftene betalt av vedkommendes hjemland. Det gjelder likevel unntak for en del kroppsnære hjelpemidler, for eksempel proteser, som kan medtas ved flytting.

Etter utvalgets syn er det behov for en vurdering av adgangen til å ta med hjelpemidler til utlandet, både i forbindelse med midlertidig og mer permanent opphold. Muligheten for å bringe med seg hjelpemidler til utlandet er et viktig spørsmål for personer under utdanning. Dersom personer med funksjonsnedsettelse skal ha samme muligheter som andre til å gjennomføre studier i utlandet, er det avgjørende å kunne bringe med seg hjelpemidler. Adgangen til å ta med hjelpemidler til utlandet reiser omfattende spørsmål, blant annet fordi det handler om et bredt stønadstilbud etter ulik lovgivning og avhengig av om det handler om midlertidig eller permanent flytting. Det har også betydning om medlemskapstilknytning til folketrygden opprettholdes og det handler om ulike ordninger og handlingsrom for nasjonale regler avhengig av om flyttingen skjer innenfor eller utenfor EØS-området. Utvalget konstaterer at regjeringen er klar over at økt mobilitet i befolkningen påvirker bruken av trygde- og velferdsordningene og at det er behov for å vurdere konsekvensene av at det er blitt enklere å flytte mellom land, både midlertidig og permanent og at studenter, arbeidstakere og pensjonister tilbringer i stadig utstrekning perioder av sitt liv i utlandet. Dette er noe av bakgrunnen for at Regjeringen den 5. mai 2009 oppnevnte et utvalg med professor Grete Brochmann som

leder, som skal se nærmere på hvordan globaliseringen påvirker våre velferdsordninger og gi mer kunnskap om hvordan den norske velferdsmodellen fungerer i en tid med økt inn- og utvandring. Utvalget skal legge fram sin utredning innen 6. mai 2011. Gjennomgangen av velferdsordningene vil også fange opp folketrygdens kapittel om hjelpe-midler.

Utvalget går derfor ikke nærmere inn på en vurdering av vilkårene for å ta med stønader på hjelpemiddelområdet til utlandet, men forutsetter at dette vil bli fulgt opp og sett i sammenheng med oppfølgingen av en NOU om velferd og migrasjon.

11.3.3 Nærmere om inngangsvilkårene

Sykdom, skade, lyte

Etter bestemmelsene i §§ 10–5 og 10–6 forutsettes det årsakssammenheng mellom sykdom, skade eller lyte og nedsatt inntektsevne eller vesentlig innskrenkede muligheter for å velge yrke eller arbeidsplass (§ 10–5 første ledd bokstavene a og b) og nedsatt funksjonsevne i dagliglivet (§ 10–6 første ledd).

De helse-relaterte ytelsene i folketrygdloven har alltid hatt et medisinsk inngangsvilkår, dokumentert gjennom erklæring fra lege, og redusert arbeidsevne av andre årsaker har ikke gitt rett til ytelser. Hvilken betydning vilkåret har hatt, har imidlertid variert noe og i flere sammenhenger er det pekt på at sykdom er et problematisk tildelingskriterium. Det vises til NOU 2007:4 Ny uførestønad og ny alderspensjon til uføre, se særlig kapittel 5.3 Uføreordningen i folketrygden og kapittel 11.4 Det medisinske inngangsvilkåret. Dette utvalget mente at det fortsatt bør være et medisinsk inngangsvilkår til uføreordningen, men pekte samtidig på at det kan være hensiktsmessig å nedtone det medisinske inngangsvilkåret i uføresaker, i betydningen av å legge til rette for prosesser som i større grad retter oppmerksomheten mot de mulighetene som finnes i arbeidslivet. Utvalget mente også at arbeidsevnevurderinger må være det sentrale verktøyet for å avklare den enkelte arbeids- og inntektsevne og dermed også avklare behovet for inntektssikring. Det mente videre at arbeidsevnevurderingene som verktøy i Arbeids- og velferdsetaten foreløpig ikke har en kvalitet som gjør det aktuelt å vurdere å sløyfe det medisinske inngangsvilkåret.

I folketrygdlovens nye kapittel 11 om arbeidsavklaringspenger opprettholdes kravet om årsakssammenheng mellom nedsatt arbeidsevne og sykdom, skade eller lyte. Departementet mener at det i dette fortsatt skal ligge at det ikke kreves at hel-

seproblemer skal være en hovedårsak til redusert arbeidsevne, men de må være en vesentlig medvirkende årsak og det skal fortsatt handle om en rent medisinsk vurdering av årsakssammenheng.

Varig- og vesentlighetskrav

Både i forhold til stønad til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet og i dagliglivet er det et varighetskrav knyttet til funksjonsnedsettelsen som i praksis tolkes til 2 – 3 år. I forhold til § 10–5 første ledd bokstav b er det ikke stilt krav om varighet, men sett i sammenheng med vilkårene i bestemmelsen må det forutsettes at rent forbigående problemer ikke gir rett til stønad, jf. vilkåret om at mulighetene til å velge yrke eller arbeidsplass må være vesentlig innskrenket og kriteriene i bestemmelsens annet ledd (alder, utdanning, yrkesbakgrunn, arbeidsmuligheter på hjemstedet m.m.).

Etter § 10–5 bokstav a må sykdom, skade eller lyte ha medført nedsatt evne til å utføre inntektsgivende arbeid, og i denne sammenheng skal det også legges vekt på kriteriene i bestemmelsens annet ledd. Etter § 10–6 er det et vilkår at sykdom, skade eller lyte har medført at funksjonsevnen i dagliglivet er vesentlig nedsatt.

Tiltak som er nødvendige og hensiktsmessige

Det er også et inngangsvilkår for rett til stønad etter folketrygdloven at tiltak vurderes som nødvendig og hensiktsmessig for at medlemmet skal bli i stand til å skaffe seg eller beholde høvelig arbeid eller for å bedre funksjonsevnen i dagliglivet eller for at vedkommende skal kunne bli pleid i hjemmet. Det handler her om en konkret vurdering av det individuelle behovet, hvor det særlig blir lagt vekt på formål og nytteverdi. Som Birkenfeldt¹⁷ peker på, er nytteverdien et sentralt vurderingstema både i forhold til vilkårene i §§ 10–5 og 10–6 om varighet og vesentlighet og i forhold til om tiltak vurderes som nødvendig og hensiktsmessig. Vurderingen bygger på et behovsprinsipp i forhold til hvilke hjelpemidler som vil bedre funksjonsevnen i arbeidslivet. Når det gjelder dagliglivet, er selve muligheten til fungering det viktigste vurderingstemaet.

11.3.4 Stønadsformene

Stønadstilbudet reguleres i § 10–7, som bestemmer at et medlem som fyller vilkårene for stønad til

17. Se Birkenfeldt side 26 flg

bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet eller i dagliglivet kan få stønad i form av utlån av, tilskudd til eller lån til ulike former for «hjelpemidler». Folketrygdloven bruker «kan»-formen i forhold til stønader til hjelpemidler, det vil si at det i utgangspunktet er opp til etatens frie skjønn og med utgangspunkt i stønadstilbudet, å avgjøre hvilken stønad som kan gis når inngangsvilkårene er oppfylt. I relevante NOU-er er «retten» til stønad framstilt forskjellig: I NOU 2001:22 Fra bruker til borger omtales stønadene i folketrygdloven som en rettighet når vilkårene er oppfylt uten at rettighetsproblematikken drøftes. I NOU 2005: 8 Likeverd og tilgjengelighet pekes det på at bestemmelsen etter ordlyden ikke er utformet som et rettskrav, men at det er gitt retningslinjer for å sikre ensartet rettsanvendelse.

Stønadstilbudet er svært omfattende. Det handler i § 10–7 første ledd bokstav a) om tekniske og praktiske hjelpemidler av enhver art, mens bokstavene b) til i) handler om konkrete hjelpemidler eller tjenester (til å dekke behov både i dagligliv og arbeidsliv). Etter § 10–7 annet ledd kan det gis særskilt stønad til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet og etter tredje ledd til opplæringstiltak i dagliglivet. Det er et betydelig rom for faglig skjønn med hensyn til hvilke former for stønad som kan gis: Med hjemmel i § 10–7 fjerde ledd har Arbeidsdepartementet gitt et omfattende og detaljert forskriftsverk:

Forskrift av 25. mars 1997 nr 264 om inngåelse av pris- og leveringsavtaler for førerhunder til synshemmede.

Forskrift av 15. april 1997 nr 318 om stønad til hjelpemidler mv. til bedring av funksjonsevne i arbeidslivet og i dagliglivet og til ombygging av maskiner på arbeidsplassen.

Forskrift av 15. april 1997 nr 319 om stønad til lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte.

Forskrift av 15. mai 1997 nr. 320 om stønad til tolkehjelp for hørselshemmede.

Forskrift av 15. april 1997 nr. 321 om stønad til tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde.

Forskrift av 18. april 1997 nr 336 om stønad til dekning av utgifter til ortopediske hjelpemidler, brystprotese, ansiktsdefektprotese, øyeprotese og parykk.

Forskrift av 18. april 1997 nr 337 om stønad til høreapparat og tinnitusmaskerere.

Forskrift av 15. desember 2000 nr 1303 om stønad til kjøp av bil til funksjonshemmede – prisgrense.

Forskrift 8. mars 2003 nr 290 om stønad til motorkjøretøy eller annet transportmiddel.

Med hjemmel i arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 12 er det i tillegg gitt forskrift av 15. april 1997 nr 322 om faglig utvalg for førerhundspørsmål og forskrift av 15. april 1997 nr 323 om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar.

Etter folketrygdloven § 10–17 faller retten til ytelser etter kapittel 10 bort i den utstrekning ytelsene faller inn under ytelsene i annen lovgivning.

11.4 Arbeidsmarkedsloven

Arbeidsmarkedslovens formål er å bidra til å oppnå et inkluderende arbeidsliv gjennom et velfungerende arbeidsmarked med høy yrkesdeltakelse og lav arbeidsledighet, jf. § 1 i loven. Departementet kan etter § 12 gi nærmere regler om arbeidsmarkedstiltakene og fastsette nærmere formål, innhold, personkrets og organisering av tiltakene (uten å definere tiltak nærmere). Forskrift av 11. desember 2008 nr 1320 om arbeidsrettede tiltak mv. har som formål å styrke tiltaksdeltakernes muligheter til å få eller beholde arbeid ved å fastsette hvordan ulike arbeidsrettede tiltak eller andre tjenester skal være utformet. Det er en forutsetning for deltakelse i tiltak at det vurderes som nødvendig og hensiktsmessig for at deltakeren skal skaffe seg eller beholde inntektsgivende arbeid.

11.5 Kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven

Helsetjenestens formål er å fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og å søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

Kommunene har med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven blant annet ansvaret for medisinsk habilitering og rehabilitering, herunder formidling av hjelpemidler.

Forskrift av 28. juni 2001 nr 765 om habilitering og rehabilitering er gitt med hjemmel i både kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven og gjelder habiliterings- rehabiliteringstjenester etter begge lover. Formålet med forskriften er å sikre nødvendig tilbud av tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltakelse. Forskriften skal sikre at tjenestene tilbys og ytes ut fra et brukerperspektiv, samordnet, tverr-

faglig og planmessig, i eller nærmest brukerens vante miljø og i en for brukeren meningsfylt sammenheng. Forskriften fastslår at tjenestetilbudet (etter begge lover) skal omfatte alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemning eller kronisk sykdom og det skal også omfatte personer som står i fare for å utvikle varig funksjonshemning eller kronisk sykdom.

Kommunens ansvar i forhold til hjelpemidler og ergonomiske tiltak er presisert i § 11, som fastslår at kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av brukerens samlede behov, og om nødvendig skal kommunen be om bistand fra Arbeids- og velferdsetaten eller fra andre relevante instanser. Kommunens ansvar omfatter hjelpemidler og ergonomiske tiltak ved midlertidige behov (under 2 år) og statlig finansierte hjelpemidler etter folketrygdloven kapittel 10 ved varige behov (over 2 år).

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første avsnitt har enhver rett til *nødvendig helsehjelp* i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. Den som oppfyller lovens vilkår har et rettskrav på nødvendig hjelp fra kommunen, jf. pasientrettighetsloven § 2-1, men det innebærer ikke at vedkommende har et ubetinget rettskrav på en bestemt tjeneste. Det er i utgangspunktet forvaltningen som ut fra opplysningene i saken fatter beslutning om hvilke tjenester som skal tilbys, men likevel slik at det skal tas hensyn til søkerens ønsker.

Kommunens ansvar omfatter hele formidlingsprosessen, det vil si avdekking og utredning av behovet, nødvendig utprøving, bistand i forbindelse med søknad om hjelpemidler, tilpassing, montering og enklere service og reparasjon, samt motivasjon og opplæring av bruker i hjelpemidlets funksjon.

For hjelpemidler ved midlertidig behov, kan kommunen følge opp ansvaret for enkelte deler av prosessen ved å inngå samarbeid med andre instanser, for eksempel andre kommuner, private leverandører eller produsenter av hjelpemidler. Kommunens ansvar for formidling av hjelpemidler og tilrettelegging gjelder uavhengig av om hjelpemiddelbehovet er knyttet til hjem/nærmiljø, skole, fritid m.v.

Det følger videre av felles habiliterings- og rehabiliteringsforskrift at kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføringen av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud og at man

med gjennomføring mener planlegging, utforming, utøving og evaluering. Kommunen og det regionale helseforetaket bør dessuten legge til rette for at brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av denne virksomheten, jf. § 5 i forskriften. Videre pålegges kommunen å samarbeide med sosialtjenesten ved behov og skal også vurdere å henvise til spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende skal det regionale helseforetaket sørge for blant annet samarbeid med kommunen og andre etater når det er nødvendig.

Staten ved de regionale helseforetakene har ansvaret for at det tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, jf. § 2-1a i spesialisthelsetjenesteloven. Dette ansvaret omfatter behandlingshjelpemidler, det vil si hjelpemidler som er egnet til opprettholdelse eller helbredelse av helsetilstand og funksjon. Lovens formål er etter § 1-1 særlig å fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning, bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, til et likeverdig tjenestetilbud, til at ressursene utnyttes best mulig, til at det tilpasses pasientenes behov og at det blir tilgjengelig. Det har vært en diskusjon om pleie, omsorg og forebygging er oppgaver for spesialisthelsetjenesten. Pleie, omsorg og forebygging er ikke primær oppgaver for spesialisthelsetjenesten, men det skal likevel ytes pleie og omsorg i forbindelse med behandling av den enkelte pasient. Det er dessuten en forutsetning at spesialisthelsetjenesten skal bruke sin kompetanse til forebyggingsarbeid både individuelt overfor den enkelte pasient og generelt gjennom veiledning av kommunehelsetjenesten, jf. Ot. prp. nr. 10 (1998-99) om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Den som oppfyller lovens vilkår har et rettskrav på nødvendig hjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. pasientrettighetsloven § 2-1, men det innebærer ikke at vedkommende har et ubetinget rettskrav på en bestemt tjeneste. Det er i utgangspunktet forvaltningen som ut fra opplysningene i saken fatter beslutning om hvilke tjenester som skal tilbys, men likevel slik at det skal tas hensyn til søkerens ønsker. § 2-1 tredje ledd hjemler forskrift av 1. desember 2000 nr 1208 om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp.

Forskrift av 28. juni 2001 nr 765 om habilitering og rehabilitering er gitt med hjemmel i både kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Gjennom en felles forskrift knyttes et bredt habiliterings- og rehabiliteringsansvar sammen, basert på samarbeid. Se kapittel 11.8.1 om individuell plan.

11.6 Sosialtjenesteloven

Formålet med sosialtjenesteloven er å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Loven skal bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Mens kommunehelsetjenesteloven bestemmer at kommunens helse- og omsorgstjenester skal omfatte pleie og omsorg knyttet til helsefaglige oppgaver, er andre typer omsorg (for eksempel hjemmehjelp, omsorgsboliger og hjelpemidler) hjemlet i sosialtjenesteloven.

Sosialtjenesteloven § 4-2 pålegger kommunen å ha bestemte sosiale tjenester, men etablerer ikke rett for brukerne til disse tjenestene. § 4-3 bestemmer imidlertid at de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har rettskrav på hjelp etter § 4-2 bokstav a – d. Sosiale tjenester etter § 4-2 bokstav a handler om praktisk bistand og opplæring (herunder hjelpemidler) og nevner særlig brukerstyrt personlig assistanse (BPA) til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. Det er kommunen som avgjør hvilke tjenester som skal tilbys, men kommunen skal etter sosialtjenesteloven § 8-4 rådføre seg med brukeren og legge stor vekt på brukerens synspunkter.

Helse- og omsorgsdepartementet la i høringsnotat 29. juni 2007 fram forslag om sterkere rettighetsfesting av ordningen med BPA. Forslaget innebærer blant annet en rett for bruker med omfattende tjenestebehov, som oppfyller vilkårene etter sosialtjenesteloven §§ 4-3 og 4-2 a, til å kreve at tiltakene og tjenester skal organiseres som BPA.

11.7 Arbeidsmiljøloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven

11.7.1 Arbeidsmiljøloven

Etter arbeidsmiljøloven har arbeidsgiver et tredelt ansvar for organisering og tilrettelegging: Arbeidsgiver har en generell plikt til å drive et systematisk arbeid med forebygging og tilrettelegging for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for alle arbeidstakere (§ 4-1), en generell plikt til å organisere og tilrettelegge arbeidet for den enkelte ut fra alder, kyndighet og øvrige forutsetninger (§ 4-2) og endelig en plikt til individuell tilrettelegging av arbeid for arbeidstakere med redusert arbeids-

evne på grunn av sykdom eller andre helsemessige forhold (§ 4-6).

Etter § 4-6 skal arbeidsgiver blant annet, så langt det er mulig, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid ved redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende. Arbeidsgivers plikter gjelder både ved varig redusert arbeidsevne og ved kortere sykefravær. Bestemmelsen tar særlig sikte på tilbakeføring av sykmeldte arbeidstakere. Tilretteleggingskravet er vidtrekkende, men ikke absolutt; det skal legges til rette «så langt det er mulig». Det betyr at det skal foretas en konkret helhetsvurdering, der virksomhetens art, størrelse, økonomi og arbeidstakers forhold må veies opp mot hverandre.

Med hjemmel i folketrygdloven er gitt en forskrift om tilretteleggingstilskudd¹⁸. Formålet med tilskuddet er å legge til rette for at arbeidstakere som på grunn av sykdom, skade eller lyte har redusert arbeidsevne kan opprettholde arbeidsforholdet. Dette tilskuddet kan gis i forhold til en rekke tilretteleggingstiltak, herunder hjelpemidler (forutsatt at stønad ikke ytes etter § 10-7). Det handler om en ordning som kan være et viktig supplement til arbeidsmiljølovens, diskriminerings- og tilgjengelighetslovens og folketrygdens tiltak (hjelpemidler), men den forskjellsbehandler virksomhetene, for så vidt som den kun omfatter virksomheter som har inngått IA-avtale. Rammen for ordningen var i 2009 på om lag 330 mill. kr.

11.7.2 Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven

Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven trådte i kraft 1. januar 2009. Den har som formål å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter til samfunnsdeltakelse for alle, uavhengig av funksjonsevne, og å hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Loven skal også bidra til nedbygging av samfunnsskapte, funksjonshemmende barrierer og hindre at nye skapes. Loven gjelder på alle samfunnsområder, men omfatter ikke familieliv og andre forhold av personlig karakter. Det betyr at den gjelder for både offentlig og privat sektor og den regulerer også arbeidslivet og boligsektoren (se nedenfor om § 12 i loven).

Etter lovens § 4 første ledd er diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne forbudt. Begrepet nedsatt funksjonsevne er ikke definert i loven, men det fremgår av forarbeidene at det favner vidt. Dis-

18. Forskrift 19. desember 2003 nr 1671 om tilretteleggingstilskudd

krimineringsgrunnlaget omfatter både fysiske, psykiske og kognitive funksjonsnedsettelse. Det er ikke oppstilt krav til varighet eller alvorlighetsgrad, men det forutsettes en avgrensning mot rent forbigående eller bagatellmessige forhold som ikke påvirker funksjonsevnen i nevneverdig grad¹⁹.

Offentlig og privat virksomhet rettet mot allmennheten har etter § 9 en plikt til generell tilrettelegging (universell utforming). Slik virksomhet skal arbeide aktivt og målrettet for en utforming eller tilrettelegging av hovedløsningen i fysiske forhold slik at virksomhetens alminnelige funksjon kan benyttes av flest mulig og slik at det etableres en likeverdig og ikke-stigmatiserende tilgjengelighet for flest mulig. Universell utforming innenfor offentlig virksomhet og privat virksomhet rettet mot allmennheten er viktig for å sikre en likeverdig samfunns- og yrkesdeltakelse uavhengig av funksjonsevne. Offentlig virksomhet forvalter felles ressurser og har en rekke tilbud rettet mot allmennheten, blant annet skoler, barnehager, sykehus, NAV-kontorer, fritidsklubber, idrettsanlegg og kulturbygg. Private virksomheter som henvender seg til allmennheten med tilbud og tjenester, som butikker, restauranter og transportmidler pålegges også en aktivitetsplikt.

Av særlig interesse for hjelpemiddelområdet er § 12 om plikt til individuell tilrettelegging av arbeidsplass og arbeidsoppgaver. Bestemmelsens første ledd viderefører arbeidsmiljøloven § 13–5 om vern mot diskriminering. Etter § 12 har arbeidsgiver en plikt til å foreta rimelig individuell tilrettelegging av arbeidsplass og arbeidsoppgaver for å sikre at arbeidstaker eller arbeidssøker med nedsatt funksjonsevne kan få eller beholde arbeid, ha tilgang til opplæring og annen kompetanseutvikling samt utføre og ha mulighet til fremgang i arbeidet på linje med andre. Plikten gjelder så langt det er rimelig, men ordlyden er ikke ment som noen begrensning i forhold til tidligere bestemmelse i arbeidsmiljøloven. Plikten må også ses i sammenheng med § 12 femte ledd som unntar tilrettelegging som innebærer en uforholdsmessig byrde. Det følger av forarbeidene til loven at denne begrensningen må ses som en sikkerhetsventil og at den ikke må tolkes for vidt. Det legges likevel ikke opp til at det skal foretas en tradisjonell «kost/nytte vurdering». I utgangspunktet må man akseptere at individuell tilrettelegging medfører økte kostnader i forhold til personer uten nedsatt funksjonsevne. Ved vurderingen av om tilretteleg-

gingen innebærer en uforholdsmessig byrde skal det også legges vekt på virksomhetens ressurser. Det betyr at det må stilles strengere krav til en stor og ressurssterk bedrift enn til en mindre med dårlig økonomi. Det samme må gjelde i forhold til kommuner med ulik størrelse og økonomisk situasjon. Kostnadene vil alltid være et grunnleggende moment i vurderingen av om tiltaket må anses som en «uforholdsmessig byrde». Kostnadene må likevel ikke ses isolert i forhold til virksomhetens ressurser, men også ses i forhold til den enkelte som nyter godt av tilretteleggingen. Det må også tas med i vurderingen om andre kan ha nytte av tiltakene i form av bedret tilgjengelighet. Offentlige støtteordninger må også vektlegges. Om offentlige støtteordninger dekker deler av, eller hele utgiften ved individuell tilrettelegging, skal det selvsagt mer til for at slik tilrettelegging blir ansett som en uforholdsmessig byrde. Dette gjelder særlig på arbeidslivets område²⁰. Etter § 12 sjette ledd regnes brudd på plikten til individuell tilrettelegging som diskriminering. Likestillings- og diskrimineringsombudet skal håndheve brudd på plikten, og kan blant annet pålegge retting, jf. § 16 første ledd. I noen tilfeller kan brudd på plikten utløse krav på oppreisning, jf. § 17 første ledd.

11.7.3 Forholdet mellom tilrettelegging på arbeidsplassen etter arbeidsmiljøloven, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven og folketrygdloven

Arbeidsmiljøloven § 4–6 tar særlig sikte på tilbakeføring av sykmeldte arbeidstakere og gir arbeidsgiver en tilretteleggingsplikt når arbeidstaker underveis i et arbeidsforhold får redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje eller liknende.

Diskrimineringsloven § 12 omfatter ikke bare de som har en funksjonsnedsettelse og er i arbeid, men også de som har nedsatt funksjonsevne når de søker arbeid, f.eks. personer med medfødt funksjonsevne. Behovet for tilrettelegging må være av en viss styrke og varighet for å begrunne krav om individuell tilrettelegging. Tilretteleggingsplikten i denne loven har ikke som formål å gi særlige rettigheter, men å sikre like muligheter for blant annet funksjonshemmede arbeidstakere. Likebehandlingskravet kan kreve at arbeidsgiver iverksetter tiltak. Plikten til individuell tilrettelegging er

19. Se Ot. prp. nr. 44 (2007–2008) om lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)

20. Se kapittel 8.6.4.2 i Ot. prp. nr. 104 (2002–2003) Om lov om endringer i lov 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø mv. (likebehandling i arbeidslivet)

plassert i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven for å synliggjøre det menneskerettslige perspektivet ved manglende individuell tilrettelegging.

Tilretteleggingsplikten etter diskriminerings- og tilgjengelighetsloven og etter arbeidsmiljøloven er delvis overlappende. Midlertidig redusert arbeidsevne reguleres etter arbeidsmiljøloven som er ment å ha et vidt nedslagsfelt, men hvor formålet er å motvirke sykefravær og uførhet. Arbeidsgivers plikter etter diskriminerings- og tilgjengelighetsloven er mer omfattende, f.eks. i forhold til tilgang til opplæring og annen kompetanseutvikling.

Folketrygdlovens bestemmelser om stønad til hjelpemidler, ombygging av maskiner og tilrettelegging av fysisk miljø på arbeidsplassen kommer til anvendelse når tilretteleggingsplikten etter arbeidsmiljøloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven er oppfylt, jf. folketrygdloven § 10–17 om at retten til ytelse etter kapittel 10 faller bort når ytelsene kommer inn under ansvarsområdet i annen lovgivning. *Tilretteleggingstilskuddet* etter folketrygdloven (til IA-virksomheter) kommer til anvendelse når tilretteleggingsplikten etter arbeidsmiljøloven, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven og folketrygdloven § 10–7 er oppfylt.

11.8 Rett til individuell plan og arbeidsevnevurdering

11.8.1 Individuell plan

Det følger av arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 15 tredje ledd at alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Denne retten må ses i sammenheng med bestemmelsene i første og annet ledd om at enhver som henvender seg til NAV-kontoret har rett til informasjon om forvaltningens tjenester og ytelse, at kontoret tidligst mulig skal avklare brukerens helhetlige behov og at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utarbeides i samarbeid med brukeren.

Den individuelle planen skal utarbeides i samarbeid med bruker og NAV-kontoret skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. Det vises til tilsvarende bestemmelser om individuell plan i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernlov og sosialtjenesteloven. Etter forskrift 23. desember 2004 nr 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven har den delen av tjenestepa-

paratet som brukeren henvender seg til, en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes uavhengig av om bruker mottar eller har mottatt bistand fra andre. Arbeidsdepartementet er i gang med å utarbeide utkast til forskrift som knytter arbeids- og velferdsforvaltningslovens bestemmelse om individuell plan til helse- og sosiallovgivningen.

Med virkning fra 1. januar 2010 har barneverntjenesten i kommunen plikt til å utarbeide og følge opp individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tjenester når det er nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet. Kommunens plikt gjelder de tilfellene hvor barn med behov for langvarige barneverntiltak også trenger langvarige tiltak fra andre tjenester. Barne- og likestillingsdepartementet har varslet at det vil utarbeide forskrift om når individuell plan skal utarbeides og om planens nærmere innhold og utforming.

11.8.2 Arbeidsevnevurdering som redskap og metode og aktivitetsplan

Stortinget har vedtatt en bestemmelse om rett til vurdering av behov for bistand for å beholde eller skaffe seg arbeid og rett til aktivitetsplan, jf. arbeids- og velferdsforvaltningsloven ny § 14 a, som trådte i kraft 1. mars 2010. Det handler her om rettigheter som supplerer § 15 om samarbeid med bruker og individuell plan. Alle som henvender seg til NAV-kontoret har rett til å få vurdert sitt bistandsbehov, og brukere med behov for mer omfattende vurdering av dette, skal få en skriftlig vurdering av blant annet bistandsbehovet, for eksempel når arbeidsevnen av ulike årsaker er nedsatt. I disse tilfellene kan bistand for å komme i arbeid være vesentlig, og hensiktsmessige og målrettede virkemidler bør iverksettes snarest mulig. I de tilfellene hvor NAV-kontoret ikke har kompetanse til å vurdere det konkrete fysiske eller ergonomiske tilretteleggingsbehovet, vil det henvende seg til nærmeste hjelpemiddelsentral. Ved mer sammensatte arbeidsevnevurderinger og avklaring av tilretteleggingsbehov vil også Arbeidsrådgivningskontorene (ARK) og Senter for yrkesrettet attføring være viktige samarbeidspartnere for NAV-kontoret. Arbeids- og velferdsetaten har ansvar for at aktivitetsplan blir utarbeidet og bruker har rett til å delta i utarbeidelsen av planen. Hvis bruker samtidig har krav på individuell plan, skal forvaltningen legge til rette for at planene blir samordnet.

11.9 Rettssikkerhet

11.9.1 Innledning

I forvaltningsretten er begrepet rettssikkerhet tradisjonelt benyttet om et sett med virkemidler som skal sikre at den enkelte borger får oppfylt sine rettigheter i forhold til det offentlige. Rettssikkerhet innebærer blant annet at den offentlige myndighetsutøvelsen skal være forankret i på forhånd gitte rettsregler, slik at borgerne på den måten kan forutberegne sin rettsstilling og innrette seg i tillit til dette. Begrepet rettssikkerhetskrav benyttes om fordringer til rettssystemet (materielle regler), mens rettssikkerhetsgarantier benyttes om normer for hvordan kravene oppfylles, så som saksbehandlingsregler, tilsyn og kontroll (prosessuelle regler). Rettssikkerhetskrav er således de innholdsmessige krav til eller skranker for den offentlige myndighetsutøvelse som følger av grunnleggende krav til rettsordenen ut fra rettsstatlige og velferdsstatlige idealer. Med rettssikkerhetsgarantier siktes det til normer som sikrer gode og rette avgjørelser i forvaltningen og i domstolene. Dette kan være saksbehandlingsregler som tjenesteyterne skal følge, eller at mottakerne skal ha anledning til å klage på tjenestene dersom de mener tjenesteyteren har gjort feil. Eksistensen av et overordnet system for tilsyn og kontroll, uavhengig av om den enkelte mottaker fremmer en formell klage, er også en del av dette²¹.

11.9.2 Klageorganer

Vedtak i klagesaker etter *folketrygdloven* og *sosialtjenesteloven* følger i utgangspunktet forvaltningsloven, med mindre annet er bestemt i den enkelte lov.

Klage på enkeltvedtak etter folketrygdloven (hjelpemiddelområdet) går etter fornyet behandling i den instansen i etaten som har fattet vedtaket, til NAV Klageinstans Øst. En sentralisering av klagebehandlingen fra 1. januar 2008 var først og fremst begrunnet i behovet for å sikre likebehandling og ensartet praksis i hjelpemiddelsentralene og forvaltningsenhetene.

Avslag på klage til NAV Klageinstans kan påklages til Trygderetten. Både ved klage til NAV Klageinstans og anke til Trygderetten kan alle sider av saken prøves, inkludert skjønnutøvelsen. Trygderetten kan ikke omgjøre et vedtak til ugunst for den

som har anket saken. En anke over Trygderetten avgjørelse går direkte til lagmannsretten.

Klage på enkeltvedtak etter sosialtjenesteloven som gjelder hjelpemidler, og som er fattet av NAV-kontoret eller annen enhet i kommunen, går etter fornyet behandling til fylkesmannen som klageinstans. Fylkesmannen kan prøve alle sider ved vedtaket, men kommunens frie skjønn kan bare overprøves dersom fylkesmannen finner at skjønnen er åpenbart urimelig. Vedtaket kan ikke endres til skade for klager, med mindre dennes interesser må vike for hensynet til andre privatpersoner eller offentlige interesser. Fylkesmannens vedtak kan bringes inn for de ordinære domstolene. En klagesak kan også bringes direkte inn for domstolene, det vil si at det ikke er noe vilkår at saken er prøvd for fylkesmannen først.

Klage på enkeltvedtak etter *arbeidsmarkedsloven* går til NAV Klageinstans, og kan deretter bringes inn for de ordinære domstolene. Arbeidsmarkedsloven har flere unntak og begrensninger i forhold til forvaltningsloven, blant annet kan avslag på søknad om et konkret arbeidsmarkedstiltak ikke påklages²².

Etter *kommunehelsetjenesteloven* skal forvaltningslovens regler om klage gjelde med de særreglene som følger av §§ 2–1 og 2–4. Etter kommunehelsetjenesteloven gjelder klageadgangen «avgjørelsen» om rett til helsehjelp, slik at det er adgang til å klage både der det treffes formelle enkeltvedtak og der det tas uformelle avgjørelser om helsehjelp.

Kommunehelsetjenesteloven har en «to-trinns» klageordning. Den som søker helsehjelp, kan først påklage avgjørelsen til det organet kommunestyret bestemmer. Går avgjørelsen klager imot eller avvises klagen, kan det klages videre til Helsetilsynet i fylket. I kommunehelsetjenesteloven er det ikke gitt særregler om klageinstansens kompetanse. Dette betyr at reglene i forvaltningsloven skal gjelde. En klagesak etter kommunehelsetjenesten kan bringes inn for domstolene når klageadgangen er uttømt.

Etter kommuneloven er det et obligatorisk krav at det gjennomføres forvaltningsrevisjon i kommunene.

Klage på enkeltvedtak som gjelder behandlingshjelpemidler etter *spesialisthelsetjenesteloven* kan påklages til Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet utreder imidlertid klagesystemet, jf. omtale av rapport fra Helsedi-

21. Se kapittel 6.4 i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

22. Se kapittel 7 i Ot.prp. nr 62 (2003–2004) Om lov om arbeidsmarkedstjenester

rektoratet om behandlingshjelpemidler fra juli 2008 nedenfor.

Denne gjennomgangen viser at det er betydelige forskjeller både med hensyn til klageorgan, organets kompetanse i klagesaker og selve klageordningen (fram mot eventuell domstolsbehandling) når det gjelder tiltak og tjenester som faller inn under «hjelpemidler». Reguleringen av hjelpemiddeltilbudet i ulik lovgivning under stat og kommune, med ulike klageordninger, skaper en uoversiktlig situasjon for brukerne og myndighetene, og ordningene ivaretar ikke hensynet til at hjelpemiddelbehovet bør vurderes i sammenheng med andre tjenester i et helhetlig perspektiv.

11.9.3 Hovedtrekk andre rettssikkerhetstiltak

Tilsyn og internkontroll

Begrepet *tilsyn* brukes i ulike betydninger. I St.meld. nr. 17 (2001–2002) Om statlig tilsyn er det definert slik:

«Tilsynsbegrepet kan i vid forstand forstås som et fellesbegrep for all aktivitet eller virkemiddelbruk som iverksettes for å følge opp et lovverks intensjoner. Kjernen i tilsynsrollen er imidlertid den konkrete kontrollen av virksomhetenes etterlevelse av en norm som allerede er fastsatt ved lov, forskrift eller enkeltvedtak, samt reaksjoner ved avvik.»

Formålet med tilsyn er å styrke tjenestene og dermed også rettsikkerheten for brukerne.

Det statlige tilsynet på *sosial- og helseområdet* er hjemlet i sosialtjenesteloven § 2–7, i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 9 og i § 2 i lov 30. mars 1984 nr 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten. Fylkesmannen fører tilsyn med sosiale tjenester og Helsetilsynet i fylket med helsetjenester.

Statlig tilsyn er ett av flere virkemidler for å følge opp intensjonene i lovverket. Tilsyn og rådgivning basert på erfaringer fra tilsyn skal medvirke til at befolkningens behov for tjenester blir ivarettatt, at tjenestene blir drevet på en faglig forsvarlig måte, at svikt i tjenesteytingen forebygges og at ressursene i tjenestene blir brukt på en forsvarlig og effektiv måte. Sosialtjenesten og helsetjenesten er regulert av lovgivning som forplikter alle som yter tjenester. Regelverket har krav om hvilke tjenester som skal være på plass, hva som er forsvarlige tjenester, om saksbehandling, rettigheter osv. Tjenesteyterne, både private og offentlige, har ansvar for å overholde kravene i regelverket. Som sikkerhet fører myndighetene tilsyn med at dette skjer, og med at alle som yter tjenester selv

kontrollerer at virksomheten er i tråd med kravene (internkontroll – se nedenfor). Tilsynet retter seg mot virksomheter og på helseområdet også mot helsepersonell, som er forpliktet etter helsepersonelloven. Tilsyn kan foregå som en planlagt aktivitet (planlagt tilsyn), som en reaksjon på hendelser (hendelsesbasert tilsyn) og med et overordnet perspektiv (områdeovervåkning).

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet med kommunale sosial- og helsetjenester. Dette innebærer ansvar for den overordnede styringen av tilsynet og kommer blant annet til uttrykk gjennom styring av prioritering av områder og tema for tilsyn, metode- og policyutvikling og harmonisering av tilsynsutøvelsen²³. Statens helsetilsyns ansvar er hjemlet i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten, i sosialtjenesteloven § 2–7 og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 10. I praksis betyr dette at Statens helsetilsyn er overordnet myndighet for fylkesmannen og Helsetilsynet i fylkene hva gjelder tilsyn.

Regjeringen la 11. desember 2009 fram Meld. St. 7 (2009–2010) Gjennomgang av særlovshjemler for statlig tilsyn med kommunene. Meldingen har sin bakgrunn i Innst. O. nr 19 (2006–2007) hvor regjeringen ble gitt i oppdrag å foreta en samordnet og helhetlig gjennomgang av alle reglene i sektorlovgivningen som gir hjemmel for statlig tilsyn med kommunene. Det vises også til Ot. prp. nr 97 (2005–2006) om innføring av et nytt kapittel 10 A i kommuneloven om statlig tilsyn med kommunesektoren. Kapittel 10 A inneholder felles regler om rammer, prosedyrer og virkemidler for statlig tilsyn med kommunesektoren. Reglene har som mål å gjøre statens tilsyn med kommunene mer oversiktlig, enhetlig og forutsigbart. Det nye kapitlet 10 A legger opp til at det er særlovene som skal angi hvilke områder det skal føres tilsyn med og kommuneloven fastsetter hvordan tilsyn skal gjennomføres (rammer og myndighet for tilsyn, saksbehandlingsregler, klage og virkemiddelbruk). Tilsynsreglene i kommuneloven er gitt en utforming som forutsetter at det er fylkesmennene som skal føre alt statlig tilsyn med at kommunene oppfyller sine lovpålagte kommuneplikter. Helse- og omsorgsdepartementet redegjør i meldingens kapittel 12.1 om forholdet til blant annet kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Det understrekes at gjeldende tilsyn med helse- og sosialtjenesten foregår i tråd med de hovedprinsip-

23. Forarbeider er Ot. prp. nr. 105 (2001–2002) om lov om endringer i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover

pene som er lagt til grunn i kommuneloven kapittel 10 A. Av hensyn til sammenhengen med aktørpliktene i helsetjenesten og forholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, vil departementet videreføre dagens ordning med et helsetilsyn i hvert fylke som egen tilsynsmyndighet for helsetjenesten og direkte underlagt Statens helsetilsyn. Helse- og omsorgsdepartementet viser imidlertid også til det pågående arbeid med helse- og sosiallovgivningen (oppfølgingen av Berntutvalget²⁴) og oppfølgingen av St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Det arbeides ut fra en intensjon om at forslag til lovendringer kan fremmes overfor Stortinget i 2010, og det opplyses at dette blant annet gjelder endringer i lovgivningen som skal tydeliggjøre de kommunale oppgavene, slik som vurdering av ny helse- og omsorgslov. Helse- og omsorgsdepartementet vil i denne sammenhengen fremme forslag til endringer i tilsynsbestemmelsene med sikte på å harmonisere helse- og sosiallovgivningen med kommuneloven kapittel 10 A.

Internkontroll er den enkelte virksomhetens eget kontrollsystem. Slik kontroll er hjemlet i sosialtjenestens § 2–1 annet ledd om plikt til å føre internkontroll på de lovområder som omfattes av fylkesmannens tilsyn. På helsetjenesteområdet er internkontroll hjemlet i lov om statlig tilsyn § 3. Det er gitt en felles forskrift 20. desember 2002 nr 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Formålet er

«å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivning oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.»

Med internkontroll forstås systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivning. Hensikten med internkontroll er å oppnå kvalitetsforbedring.

Tilsyn og internkontroll i Arbeids- og velferdsetaten

Tilsynsansvaret for den statlige delen, Arbeids- og velferdsetaten, reguleres av Arbeidsdepartementets alminnelige ansvar for kontroll av underliggende virksomhet, jf. Reglement for økonomistyring i staten (fastsatt ved kronprinsregentens resolusjon) og Bestemmelser om økonomistyring i

staten (gitt av Finansdepartementet) 12. desember 2003. Økonomireglementet gir i § 15 bestemmelser om kontroll med at underliggende virksomheter utfører sine oppgaver på forsvarlig måte og i henhold til § 14. I § 14 pålegges alle virksomheter å etablere systemer og rutiner som har innebygd intern kontroll. Ordningen med fylkesmannstilsyn og kommunal plikt til å føre internkontroll i ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, etablerer ulike tilsyns- og internkontrollordninger for kommunal og statlig del av NAV-kontoret.

Pasient- og brukerombudet

Ordningen med et pasient- og brukerombud i hvert fylke er hjemlet i pasientrettighetslovens kapittel 8. Ombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester, kommunale helsetjenester (med unntak av privat virksomhet som del av helsetjenesten i kommunene, jf. kommunehelsetjenesteloven kapittel 4) og sosiale tjenester etter sosialhelsetjenesteloven. Pasient- og brukerombudet skal arbeide selvstendig og uavhengig for å ivareta pasientens og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten og sosialtjenesten, og for å bedre kvaliteten i tjenestene. Det kan gi informasjon om rettigheter til pasienter, brukere og pårørende og kan bistå med å formulere og videreformidle spørsmål eller klage til rette instans.

Likestillings- og diskrimineringsombudet og nemnda

Diskrimineringsombudsloven, som gir regler om organiseringen av og virksomheten til ombudet og nemnda, bestemmer at de skal føre tilsyn med og medvirke til gjennomføringen av regelverket etter lov 20. juni 2008 nr 42 om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven). Ombudet tar opp saker av eget initiativ eller etter henvendelse fra andre, men skal ikke behandle en sak dersom den er avgjort av en domstol eller brakt inn for en domstol til avgjørelse. Nemnda får saker til behandling enten ved at en av partene klager på Ombudets uttalelser eller hastevedtak, eller ved at ombudet bringer saken inn for nemnda.

Sivilombudsmannen

Sivilombudsmannen skal arbeide for at det i den offentlige forvaltning ikke blir gjort urett mot den enkelte borger og at embets- og tjenestemenn og

24. NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten, Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helse-tjenester

andre som virker i forvaltningens tjeneste ikke gjør feil eller forsømmer sine plikter, jf. lov 22. juni 1962 nr 8 om Stortingets ombudsmann for forvaltningen. Kontrollen utøves på grunnlag av innkomne klager, men Sivilombudsmannen kan også ta opp saker av eget tiltak. Hvis det klages over en avgjørelse som det er adgang til å få overprøvd av et høyere forvaltningsorgan, skal Ombudsmannen ikke behandle klagen med mindre han finner særlig grunn til å ta saken opp straks. Kontrollen omfatter ikke domstolenes virksomhet, det vil si heller ikke avgjørelser som ved klage, anke eller annet rettsmiddel kan bringes inn for en domstol.

11.10 Utvalgets vurderinger av regelverket

11.10.1 Innledning

I mandatet er det presisert at dagens organisering, ansvarsdeling og samarbeidsflater mellom stat, kommune og andre aktører kan skape uklarheter og gråsoner som resulterer i arbeids- og tidskrevende saksbehandling, som igjen kan føre til andre uklarheter for brukerne og forvaltningen. Det pekes også på at manglende samordning kan bidra til at kostnadene blir høyere enn nødvendig.

Utvalget er bedt om å utrede og komme med tilrådninger om fremtidig regelverk som ivaretar følgende hensyn:

- Sikre et juridisk ramme- og regelverk som ivaretar behovet for nødvendig fleksibilitet og som gir rom for gode individuelt tilpassede løsninger for brukere
- Sikre effektive og robuste løsninger som håndterer krav til kvalitet og tilgjengelighet, rettsikkerhet og likebehandling
- Sikre nødvendig kostnadskontroll og -effektivitet, herunder unngå kostnadsoverveltning mellom forvaltningsnivåer
- Avstemme brukernes forventninger og opplevelse av nivå, service og kvalitet på ytelser og tjenester med tilgjengelige ressurser

Kjerneverdiene aktiv deltakelse, likeverd og inkludering danner grunnlaget for utvalgets tilrådninger når det gjelder regelverket for hjelpemidler. Det overordnede målet er at mennesker med funksjonsnedsettelse skal ha muligheter til personlig utvikling, deltakelse og livsutfoldelse på linje med andre samfunnsborgere. Utvalget legger til grunn at regelverket er en viktig del av rammebetingelsene som kan sikre disse mulighetene.

Som mandatet fastslår, er dagens system på hjelpemiddelområdet ikke en konsekvens av en

helhetlig vurdering, men av et sett med enkeltbeslutninger. Området samlet sett framstår som komplisert og uoversiktlig og det er behov for en helhetlig gjennomgang. Utvalget mener dette er en dekkende beskrivelse også av regelverket, og viser til sin gjennomgang av noen områder i dette kapitlet. Utvalget ser ikke på seg selv som et lovutvalg, og det har ikke vært mulig å gjennomgå og få en fullstendig oversikt over dagens omfattende regulering og praktiseringen av regelverket. Dette har også sammenheng med at det ikke bare er lover og forskrifter som regulerer området, men også retningslinjer, rundskriv og beslutninger m.m. Utvalget antar dessuten at en gjennomgang av Trygderettens avgjørelser på hjelpemiddelområdet kan gi viktig informasjon om problemområder som det også bør tas hensyn til i et videre utredningsarbeid.

På denne bakgrunnen går utvalget i dette kapitlet gjennom en del områder og tilrår endringer og legger premisser for endringer, samtidig som det forutsetter at det settes ned et lovutvalg som utreder fremtidig lovgivning på hjelpemiddelområdet.

11.10.2 Sterkere sektoransvar

Hjelpemiddelområdet kan ikke skilles ut som et selvstendig politikkområde. Hjelpemidlene inngår som viktige virkemidler i, og henger derfor sammen med, politikken på en rekke områder innenfor ulike sektorer som helse- og omsorg, arbeidsliv, barnehage, utdanning, boligspørsmål m.m.

Utvalget vil trekke fram at dagens regulering av hjelpemiddelområdet i folketrygden er preget av at det er utviklet over lang tid og uten en vurdering av behovet for tilpasninger og integrering i forhold til utviklingen i samfunnet, reformer på ulike områder og behovet for forenkling og modernisering. Den kommunale helse- og sosialtjenesten ble tilført nye store oppgaver gjennom forvaltningsreformer i 1980- og 1990-årene. Kommunehelsetjenesteloven, sykehjemsreformen og reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming har lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på lokalt nivå til alle innbyggerne i kommunen, uavhengig av alder, diagnose, økonomi, sosial status eller andre forhold. Utviklingen av omsorgstilbudet kan nedfelles i viktige trekk som for eksempel desentralisering gjennom at oppgaver er overført til kommunen fra statlig og fylkeskommunalt nivå, integrering og avinstitusjonalisering²⁵.

25. St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening

Regjeringen har erkjent at samhandlingsutfordringene mellom stat og kommune består: I St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* pekes det på enigheten om at det offentlige skal ta ansvar for at befolkningen tilbys gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester og at hovedutfordringene er knyttet til at behovet for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok, at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom og at demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. I stortingsmeldingen pekes det på hjelpemidlenes betydning og dagens arbeidsdeling og samarbeidsflater mellom stat, kommune og andre aktører er en sentralt tema. Helse- og omsorgsdepartementet varsler i Prop. 1 S (2009–2010) at det vil bli fremmet lovforslag overfor Stortinget i 2010 som følger opp samhandlingsreformen. Det gjelder blant annet endringer i kommunehelsetjenesteloven som skal tydeliggjøre de nye kommunale oppgavene, vurdering av ny felles helse- og sosiallov for kommunene (oppfølging av Bernt-utvalget) og lovgrunnlaget for den nye samarbeidsordningen mellom kommuner og helseforetak. Basert på omtalen av hjelpemidlenes betydning og dagens arbeidsdeling/samarbeidsflater i meldingen, forutsetter utvalget at stønad til hjelpemidler vil være tema i den varslede oppfølgingen av reformen.

Utvalget har i kapittel 9 foreslått at ansvaret for basishjelpemidler i dagliglivet (til å dekke midlertidige og permanente behov) overføres til kommunene. Et tydeligere sektoransvar på dette området vil bety forenkling og sikre et langt mer helhetlig ansvar. Forslaget baserer seg på at ansvaret for hjelpemidler til å dekke mer komplekse og sammensatte behov, fortsatt skal være et statlig ansvar.

Gjennomgangen av enkeltområder i dette kapitlet viser at sektoransvarsprinsippet ikke er gjennomført når det gjelder ansvaret for stønader til hjelpemidler. Til tross for en betydelig utvikling av kommunale helse- og sosialtjenester og et omfattende tjenestetilbud på kommunalt nivå, medfører regulering av rettigheter i folketrygdloven at kommunene ikke har det fulle ansvaret for funksjonshemmede i forhold til helse- og sosialtjenester. Det er etablert spesialordninger i folketrygdloven som enten fungerer som supplement til kommunale tjenester eller overlapper kommunalt ansvar og etablerer gråsoner. Som drøftet i kapitlene 8 (reformbehovene) og 9 (organisasjonsmodeller) vil en finansiering over folketrygden av stønader som kommunen i prinsippet administrerer, gjennomgående gi lav kostnadseffektivitet og dårlige incentiver for eksempel i forhold til gjennbruk.

Det er som hovedregel en fordel for brukeren og en forutsetning for god inkludering, at brukerens rett til stønad til hjelpemidler er en integrert del av helse- og sosialtjenestene.

I St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering*, jf. kapittel 11 Nye arbeidsrettede tiltak og tjenester, foreslår Regjeringen blant annet å videreutvikle og fornye arbeidsrettede tiltak og tjenester. Det vises til at grenseflaten mellom brukere i ulike målgrupper ofte er flytende, at målgruppetilhørighet kan skifte over tid, og at etableringen av en ny etat innebærer at flere virkemidler samles under samme tak. Det gir økte muligheter for å se virkemidlene i sammenheng og tilpasse tilbudet til den enkelte brukers bistandsbehov. Meldingen legger opp til å sikre lik tilgang til tjenester og arbeidsrettede tiltak basert på arbeidsevne, ressurser og behov. Et bedre og mer individtilpasset tiltakstilbud skal gi Arbeids- og velferdsetaten en mer oversiktlig og ryddig verktøykasse.

Som en oppfølging av meldingen er stønad til arbeidstrening, fadder, skolepenger, semesteravgift og eksamensgebyr, jf. tidligere §§ 11–6 og 11–8 i folketrygdloven opphevet, og erstattet av bestemmelser om tilskudd i forskrift av 11. desember 2008 nr 1320 om arbeidsrettede tiltak mv., gitt med hjemmel i arbeidsmarkedsloven.

Basert på at folketrygdloven formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter, videreføres bestemmelser som kompenserer for merutgifter som påføres når en person er under utredning eller gjennomføring av et arbeidsrettet tiltak. Dette gjelder blant annet stønad til bøker og undervisningsmaterieell og reiseutgifter m.m., jf. forskrift av 10. februar 2010 nr 153 om tilleggsstønader etter folketrygdlovens kapittel 11 (jf. sammenhengen med innføringen av arbeidsavklaringspenger fra 1. mars 2010).

Som Regjeringen peker på i meldingen, oppstår behovet for bistand når det er et gap mellom den enkeltes forutsetninger og arbeidslivets krav. Gapet kan reduseres både gjennom tiltak for å styrke individets forutsetninger og gjennom tiltak for å endre arbeidslivets krav. Meldingen omtaler ikke hjelpemidler i arbeidslivet, og utvalget vil derfor trekke fram disse hjelpemidlene som en type tiltak og tjenester som kan fylle gapet mellom den enkeltes forutsetninger og arbeidslivets krav, og følgelig er viktig å ha med i verktøykassa. Retten til arbeidshjelpemidler har størst verdi når den bidrar til at en arbeidsgiver kan inkludere en arbeidstaker med funksjonsnedsettelse og når NAV-kontoret kan bruke arbeidshjelpemidler aktivt, kanskje sammen med annen arbeidsrettet bistand. Arbeidshjelpemidlene må være synlige både for

etaten og for brukerne. Det vises til ambisjonen om at det på NAV-kontoret skal være et tilnærmet helhetlig og koordinert tjenestetilbud der tiltak og tjenester kan vurderes samlet.

Folketrygdloven er i hovedsak en inntektssikringslov som i tillegg skal bidra til å utjevne inntekt og levekår over den enkeltes livsløp og mellom grupper av personer. Stønader til hjelpemidler handler om en type fysisk tilrettelegging og bistand i form av personlig hjelp, tekniske løsninger/gjenstander og ergonomiske tiltak m.m. Vurderingen av det konkrete bistandsbehovet skjer ofte i en helhetlig sammenheng hvor også andre tiltak og tjenester kan ha betydning.

Etter utvalgets vurdering mening tilsier hensynet til å finne gode, individuelt tilpassede løsninger for brukerne at folketrygdens regelverk på hjelpemiddelområdet gjennomgås med utgangspunkt i sektoransvarsprinsippet for å sikre likebehandling av personer med nedsatt funksjonsevne. Et sterkere og klarere sektoransvar vil også bidra til bedre kostnadskontroll og større kostnadseffektivitet.

11.10.3 Områder med overlappende ansvar/gråsoner m.m.

Etter folketrygdloven § 10–17 faller retten til ytelse etter kapittel 10 bort i den utstrekning ytelsene faller inn under ytelsene i annen lovgivning. Det er likevel på flere områder spørsmål om overlappende ansvar/gråsoner og uklare ansvarsforhold. Utvalget vil trekke fram noen områder:

Hjelpemidler i arbeidslivet

Stønad til hjelpemidler i arbeidslivet og ombygging av maskiner og tilrettelegging av fysisk miljø på arbeidsplassen

Etter folketrygdloven § 10–7 første ledd bokstav a) kan det gis hjelpemidler for at medlemmet skal kunne skaffe seg eller beholde høvelig arbeid og § 10–7 annet ledd gir også rett til stønad til ombygging av maskiner og tilrettelegging av fysisk miljø på arbeidsplassen. Stønadene er nevnt i forskrift av 15. april 1997 nr 318 om stønad til hjelpemidler mv. I § 2 i forskriften presiseres det at det kan gis stønad i form av hjelpemidler for at medlemmet skal kunne få eller beholde høvelig arbeid eller gjennomføre utdanning eller arbeidstrening og § 5 sier at ombygging av maskiner og tilrettelegging av fysisk miljø skal skje i samråd med hjelpemiddelcentralen. Her er det for øvrig spørsmål om forholdet mellom lov og forskrift. Det stønadstilbudet som følger av § 10–7 annet ledd hjemler ikke til-

skudd til å gjennomføre utdanning eller arbeidstrening som synes å følge av § 2 i forskriften.

Utvalget mener at de samme grunnene som tilsa flytting av attføringsstønadene fra folketrygden til arbeidsmarkedsloven (forskrift) og forenkling og forbedring av arbeidsmarkedstiltakene, tilsier at stønader til hjelpemidler etter folketrygdloven § 10–7 første ledd bokstav a til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet og § 10–7 annet ledd samles i arbeidsmarkedsloven, med styrking at helhetlige tiltak overfor personer med nedsatt funksjonsevne som målsetting. Utvalget vil også trekke fram tjenester etter § 10–7 første ledd (rettet mot døvblinde og syn- og hørselshemmede) hvor også hensynet til en helhetlig innsats overfor brukergruppen tilsier at stønadene (når gjelder arbeidslivet) flyttes til en ny arbeidsmarkedslov. Det vises til omtalen av forutsetningene for en slik flytting under overskriften *Særlig om arbeidsmarkedsloven* nedenfor.

Utvalget vil også vise til at det med hjemmel i folketrygdloven er gitt en *forskrift om tilretteleggingstilskudd*. Formålet med tilskuddet er å legge til rette for at arbeidstakere som på grunn av sykdom, skade eller lyte har redusert arbeidsevne kan opprettholde arbeidsforholdet. Dette tilskuddet kan gis i forhold til en rekke tilretteleggingstiltak, herunder hjelpemidler (forutsatt ikke gitt etter folketrygden § 10–7 eller faller inn under arbeidsgivers plikter etter arbeidsmiljøloven).

Tilretteleggingstilskuddet er det mest brukte virkemiddelet under IA-avtalen, og bruken av og erfaringene med tilretteleggingstilskuddet har vært positiv, jf. SINTEF's rapport: Evaluering av IA-avtalen (2001–2009) av 22. juni 2009.

Det handler med andre ord om en supplerende ordning, dog slik at den er begrenset til IA-virksomheter, det vil si private og offentlige virksomheter som har inngått IA-avtale. I denne sammenheng er det interessant å se nærmere på hvilke virksomheter som har inngått IA-avtale: SINTEF opplyser i sin evalueringsrapport at de nyeste tallene viser at 56 pst av arbeidstakerne i Norge arbeider i virksomhet med IA-avtale. I statlig forvaltning og fylkeskommunal forvaltning er under en prosent av arbeidstakerne utenfor IA-avtalen, og i kommunal forvaltning er omtrent to prosent ansatt i virksomhet som ikke er omfattet av avtalen. Oppslutningen er betydelig lavere i privat sektor og offentlig næringsvirksomhet, der kun 36 pst av de ansatte er omfattet av IA-avtale. Den laveste andelen finnes i virksomhet knyttet til primærnæringene, der kun 16 pst av de ansatte er i IA-virksomheter. Tallmaterialet om oppslutningen rundt IA-avtalen forteller samtidig noe om hvilke arbeidsgi-

vere som har størst utbytte av ordningene under avtalen, herunder tilretteleggingstilskuddet. SINTEF viser i sin evaluering til at det er et dilemma at enkelte virkemidler ikke er generelle. Det oppleves av flere som problematisk at man ikke gir alle virksomheter tilgang til det man har tro på at virker. I evalueringen sier SINTEF for øvrig at det er tydelige behov for mer målrettet differensiert arbeid med sektor- og næringsspesifikke strategier på alle delmålene i IA-avtalen.

Utvalget mener at det er grunn til å vurdere bruken av tilretteleggingstilskuddet i forhold til det som er Regjeringens overordnede mål for politikken på Arbeidsdepartementets ansvarsområde, nemlig at den skal bidra til like muligheter for arbeid, velferd og et inkluderende samfunn gjennom å ta i bruk og utvikle de virkemidler en samlet arbeids- og velferdspolitik, arbeidsmiljø- og sikkerhetspolitikk og innvandrings- og integreringspolitikk gir. I Prop. 1 S (2009–2010), Arbeidsdepartementets budsjettproposisjon, pekes det også på viktigheten av å skape et mer inkluderende arbeidsliv basert på enkeltmenneskets ressurser og verdighet. Et inkluderende arbeidsliv innebærer å forebygge helseskader og utstøting fra arbeidslivet og det skal legges til rette for at de som helt eller delvis ikke kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver, fortsatt skal kunne delta i arbeidslivet. Det vises også til at tilretteleggingskravet etter arbeidsmiljøloven § 4–6 er vidtrekkende, men ikke absolutt, det skal legges til rette «så langt det er mulig». For små virksomheter som heller ikke er med i IA-avtalen, kan tilrettelegging bety en økonomisk belastning som den enkelte virksomhet ikke kan bære.

Utvalget mener at tilretteleggingstilskuddet kan utgjøre et viktig supplement til arbeidsgivers ansvar og til arbeidshjelpemidlene, men at dette tilskuddet kan gjøres mer målrettet, blant annet når det gjelder bruken av hjelpemidler, og at det bør hjemles i en ny arbeidsmarkedslov. Det bør utgjøre en del av et samlet arbeidsrettet tilbud for å styrke innsatsen for at personer som står utenfor arbeidslivet kan få nødvendig og hensiktsmessig bistand. Utvalget er særlig opptatt av at det gjøres mer for arbeidssøkende ungdom med funksjonsnedsettelser og personer som i dag har midlertidige eller varige uføreytelser, men som gjerne vil inkluderes i arbeidslivet.

Særlig om arbeidsmarkedstiltaket varig tilrettelagt arbeid (VTA)

Folketrygdloven § 10–5 fjerde ledd bestemmer at det ikke gis hjelpemidler til bedring av funksjons-

evnen til personer som mottar alderspensjon, uførepensjon eller AFP som gir pensjonspoeng. Det er gjort unntak for personer som mottar uførepensjon, forutsatt at stønaden til hjelpemiddel vil føre til at uførepensjonen faller bort eller blir redusert.

Varig tilrettelagt arbeid (VTA) er et statlig arbeidsrettet tiltak som skal gi tilbud om sysselsetting til personer med små utsikter til arbeid innenfor ordinært arbeidsliv. Det er nærmere regulert i forskrift av 11. desember 2008 nr 1320 om arbeidsrettede tiltak mv. VTA skal bidra til å utvikle ressurser hos deltakerne gjennom kvalifisering og tilrettelagte oppgaver og VTA-virksomhetene driver produksjon av varer og tjenester for salg på det åpne markedet. Målgruppen er personer som har eller i nær framtid forventes å få innvilget varig uførepensjon, og gir følgelig ikke rett til stønad etter folketrygdloven § 10–5 fjerde ledd. VTA er ikke tidsbegrenset, men det skal likevel vurderes overføring til andre arbeidsmarkedstiltak eller til ordinært arbeid. VTA er knyttet til egne virksomheter i skjermet sektor, men det kan også tilbys tiltaksplasser innenfor ordinære virksomheter.

Prosjektet Arbeidsplassstilrettelegging for sterkt fysisk funksjonshemmede, til daglig kalt Marensroprosjektet, har henvendt seg til utvalget og etterlyst hjelpemidler for personer med VTA. Dette begrunnes med at manglende rett til hjelpemidler utgjør en flaskehals for integrering av sterkt funksjonshemmede i ordningen. Det foreslås konkret et unntak i loven som medfører at personer i tiltaket VTA og med uførepensjon, kan få stønad til hjelpemidler.

Utvalget ser betydningen av at arbeidsmarkedsbedrifter kan tilby best mulige tiltak og tjenester i forhold til sin målgruppe. Utvalget vil peke på at deltakelse i VTA i en del tilfeller kan være en inngangsmulighet til arbeid på et eller annet nivå, og at deltakelse i VTA i seg selv kan være en medvirkende årsak til at personer ikke får behov for andre ytelser. Utvalget ser derfor nytten av at hjelpemidler vurderes som en del av det helhetlige tilbudet som virksomhetene skal tilby til brukerne. Utvalget viser til at regjeringen den 29. januar 2010 nedsatte et offentlig utvalg som skal vurdere arbeidsmarkedstiltakene overfor personer med nedsatt arbeidsevne. Utvalget skal vurdere rollen skjermede virksomheter (arbeidsmarkedsbedrifter og vekstbedrifter) har i attføringsarbeidet og alternative modeller for hvordan behovet til målgruppen kan dekkes i framtiden. Arbeidet skal være slutført ved utgangen av 2011. En viktig utfordring for utvalget er å komme med forslag som kan bidra til at flere kommer inn i arbeidslivet. I tillegg til å vurdere virkemiddelbruken overfor personer med

nedsatt arbeidsevne, skal utvalget gjennomgå og vurdere skjermede virksomheters rolle i arbeidsmarkedspolitikken. Dette utvalget skal også vurdere om virksomhetene leverer tjenester som er fleksible og godt tilpasset dagens og morgendagens arbeidsliv, samt vurdere innholdet og kvaliteten av virksomhetenes arbeid og komme med forslag til forbedringer.

Utvalget legger til grunn av gjennomgangen av virkemiddelbruken i skjermede virksomheter overfor personer med nedsatt arbeidsevne også vil omfatte hjelpemidler.

Funksjonsassistent i arbeidslivet og brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Funksjonsassistent i arbeidslivet – budsjettstyrt forsøksordning

Siden 1997 har det vært i gang et forsøk med ordningen funksjonsassistent i arbeidslivet. Forsøket var først administrert av Sosial- og helsedirektoratet, deretter av Trygdeetaten, men ligger nå under NAV Hjelpemiddelsentral i Møre og Romsdal. Målgruppen for ordningen er personer med sterk fysisk funksjonsnedsettelse.

Funksjonsassistenten ytes primært av en person som er ansatt på arbeidsplassen, men det er også mulig å ansette egen assistent, for eksempel for selvstendig næringsdrivende, oppdragsmottakere og frilansere. Ordningen omfatter også arbeidssøkende, som kan få forhåndstilsagn om assistanse når de fyller vilkårene. Assistenten skal ikke utføre stønadsmottakers ordinære arbeidsoppgaver, men bistå med praktisk hjelp i forbindelse med arbeidsoppgavene og personrettet aktivitet knyttet til påkledning, hygiene, mat og liknende. Stønad til funksjonsassistent kan bare gis dersom andre tiltak ikke kan avhjelpe behovet for assistanse. Det betyr at det skal foretas en vurdering av om arbeidsgivers tilretteleggingsplikt er oppfylt og om lovhjemlede tiltak vil kunne avhjelpe behovet for bistand.

Etter oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet ble ordningen evaluert av Econ Pöyry i 2008. Evalueringen viser at ordningen bidrar til at personer med sterke funksjonsnedsettelser kommer i (og blir værende i) arbeid, at det er få brukere av ordningen og at kriteriene for å bli omfattet av ordningen bør utvides. Direktoratet har som følge av evalueringen tilrettelagt for bedre informasjon om ordningen, særlig overfor fylker hvor bruken er begrenset, men det foreligger foreløpig ikke noen utredning eller vurdering av konsekvensene av å utvide og lovfeste ordningen.

Etter utvalgets mening må oppfølgingen av prøveordningen fra 1997 og spørsmålet om å utvide og lovfeste en ny ordning prioriteres høyt. Blant annet bør det vurderes om funksjonsassistentordningen også kan erstatte lese- og sekretærhjelpsordningen (i arbeidslivet). Det vil være naturlig å vurdere denne stønaden som alternativ eller supplerende i forhold til stønadstilbudet i arbeidslivet, og en ny ordning hører etter utvalgets mening hjemme sammen med arbeidshjelpemidler i en revidert arbeidsmarkedsløve.

Brukerstyrt personlig assistent (BPA)

Etter sosialtjenesteloven skal de kommunale tjenestene blant annet omfatte brukerstyrt personlig assistanse (BPA) til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.

Brukerstyrt personlig assistanse følger de vanlige reglene for bistand etter sosialtjenestelovens kapittel 4. Kommunen har en plikt til å ha et tilbud om tjenesten og kommunen avgjør i utgangspunktet om dette er en hensiktsmessig tjeneste i det enkelte tilfelle. Kommunen har plikt til å rådføre seg med brukeren og skal legge stor vekt på brukers synspunkter.

Muligheten til å få brukerstyrt personlig assistanse er ikke begrenset til bestemte funksjonshemminger, diagnoser eller liknende så lenge funksjonshemmingen ikke er til hinder for å utøve nødvendig brukerstyring. Ordningen medfører at brukeren selv fungerer som arbeidsleder for assistentene. Kommunen kan være arbeidsgiver for assistenten, alternativt kan dette overlates til bruker eller andelslag.

Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått å rettighetsfeste ordningen med brukerstyrt personlig assistent, og varslet at spørsmålet vil bli vurdert i det pågående arbeid med å utrede en ny helse- og sosiallov (oppfølgingen av Bernt-utvalget) hvor siktemålet er en lovproposisjon til Stortinget i 2010.

Ordningen omfatter ikke perioder hvor bruker befinner seg innenfor annen organisert virksomhet som for eksempel arbeid. Det vil imidlertid i mange tilfeller være hensiktsmessig å samordne ulike assistenttiltak slik at brukeren får et begrenset antall personer å forholde seg til.

Sosialtjenesteloven bestemmer i § 3-2 at sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgavene som den er pålagt etter loven. Samarbeid mellom den kommunale sosialtjenesten og

Arbeids- og velferdsetaten om assistentordninger vil være et godt eksempel her.

Arbeids- og utdanningsreiser – budsjettstyrt forsøksordning

Siden 2001 har det vært i gang forsøk med ordningen arbeids- og utdanningsreiser. Ordningen administreres av NAV Forvaltning Lillehammer og den praktiske koordineringen er lagt til kjørekontorene i de regionale helseforetakene.

Målgruppen for ordningen er personer som har funksjonsnedsettelse som gjør det umulig for dem å bruke offentlig transport i forbindelse med arbeid og utdanning. Målet er at funksjonsnedsettelsen ikke skal føre til at de må takke nei til arbeid eller utdanning på grunn av manglende transport. Ordningen praktiseres fleksibelt og basert på et prinsipp om at man forsøker å tilpasse retningslinjene til brukernes behov. En gjennomført kartlegging viser at arbeids- og utdanningsreiser er et godt virkemiddel i forhold til å bidra til økt deltakelse i arbeidslivet.

Etter utvalgets vurdering er det behov for at også denne ordningen følges opp med sikte på en vurdering av om den bør gjøres permanent (lovfestes).

Særlig om arbeidsmarkedsloven

Formålet med loven er å bidra til at arbeidsmarkedet fungerer best mulig ved at sysselsettingen i befolkningen er høy og arbeidsledigheten holdes på et lavt nivå. Loven skal bidra til at arbeidssøkere får jobb, at arbeidsgivere får arbeidskraft og at skadevirkninger av arbeidsledighet forebygges og dempes. På denne måten skal loven også bidra til et inkluderende arbeidsliv, det vil si et arbeidsliv som i størst mulig grad gir alle mennesker med en viss arbeidsevne mulighet til å skaffe seg lønnet arbeid. Gjennom forskrift til loven er det gitt bestemmelser om en rekke arbeidsrettede tiltak som skal bidra til at formålet nås. Det kan handle om tiltak til avklaring av den enkeltes arbeidsevne og eventuelle ytterligere behov for bistand for å komme i eller beholde arbeid, hvor avklaringen skal være individuelt tilpasset og kan inneholde gjennomgang av og veiledning i forhold til delen enkelte muligheter på arbeidsmarkedet. Det kan handle om arbeidsrettet rehabiliteringstiltak, arbeidspraksis, oppfølgingstiltak, arbeid med bistand med sikte på integrering av personer med nedsatt arbeidsevne i ordinært arbeidsliv, opplæringstiltak (herunder utdanning), bedriftsintern opplæring, ordning med tidsbegrenset lønnstilskudd, tiltak i arbeidsmarkedsbedrift og

varig tilrettelagt arbeid (VTA). Det gis tilskudd til «tiltaksarrangør», som kan være alt fra virksomheter/organisasjoner som gjennomfører arbeidsrettede tiltak i samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten og arbeidsgiver som får tilskudd som ansvarlig for bedriftsintern opplæring, til et undervisningssted hvor en person får ordinær utdanning.

Formålet med bestemmelsene i folketrygdloven om arbeidshjelpemidler er å bidra til at arbeidssøkere med funksjonsnedsettelse får arbeid eller beholder arbeid, og i tillegg kan arbeidsmarkedsrettene være svært viktige for denne gruppen. Utvalget mener at en lovfesting av retten til arbeidshjelpemidler i arbeidsmarkedsloven vil bety at alle virkemidlene samles i én lov, og det vil gi økte muligheter for å tilpasse et individuelt tilbud til den enkelte brukers bistandsbehov. Det vises til St.meld. nr. 9 (2006–2007) Arbeid, velferd og inkludering og regjeringens ambisjon om å videreutvikle og fornye arbeidsrettede tiltak og tjenester. Etter utvalgets vurdering kan arbeidshjelpemidler gjennom en mer sentral og tydelig plassering i regelverksammenheng være med å bidra til slik videreutvikling og fornying. Forutsetningen for dette forslaget fra utvalgets side er at retten til arbeidshjelpemidler ikke svekkes i forhold til innholdet i rettighetene slik de er utformet i folketrygdloven i dag. Utvalget mener at arbeidshjelpemidler bør hjemles i et eget kapittel i arbeidsmarkedsloven med en egen formålsbestemmelse og utvalget viser særlig til at det forutsettes at dagens klage- og ankeadgangen etter folketrygdloven videreføres i «ny» og mer effektiv arbeidsmarkedslov.

Hjelpemidler i dagliglivet

Definisjonsproblemer knyttet til «dagligliv»

Det følger av folketrygdloven § 10–6 at det kan gis stønad til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet. I Ot. prp. nr. 10 (2003–2004) om lov om endringer i folketrygdloven og enkelte andre lover, som ble fremmet 17.10.2003, skriver departementet at formålet med stønaden er å finansiere tiltak som hjelper funksjonshemmede å fungere bedre i dagliglivet og redusere den sosiale risikoen som funksjonshemningen medfører. Departementet redegjør videre for at trygdeetatens fortolkning har vært opplevd som snever i forhold til hva som inngår i en naturlig del av dagliglivet. Trygderetten har avsagt kjennelser i flere saker der Rikstrygdeverkets vedtak er omgjort og begrepet «dagligliv» er fortolket mer utvidende enn det som følger av trygdeetatens retningslinjer, slik at også fritidsaktiviteter er omfattet. Departementet viser i proposi-

sjonen til at en utvidelse av anvendelsesområdet kostnadmessig vil utgjøre betydelige beløp og at en utvidelse til kun å gjelde visse typer aktiviteter ikke vil virke rettfærdig overfor brukerne. Videre sies det at alternativet vil være at alle fritidsaktiviteter som krever spesialutstyr dekkes dersom det er av stor betydning for den enkelte å kunne utføre slike aktiviteter. Departementet uttaler at en slik utvidet fortolkning vil innebære betydelige avgrensingsproblemer og at det derfor ikke finner det økonomisk forsvarlig å legge om trygdeetatens praksis. For å unngå en utvidet fortolkning, foreslår departementet derfor i proposisjonen å definere «dagliglivet» i forskrift slik at tidligere praksis opprettholdes, det vil si at dagliglivet ikke skal anses å omfatte hjelpemidler i forbindelse med rekreasjon, fritidsinteresser, trening mv. Foreslått lovendring ble vedtatt, og § 10–6 fikk et nytt tredje ledd om at departementet kan gi forskrift om stønad etter denne paragrafen fra 1. januar 2004. Det er imidlertid ikke gitt noen forskrift for å unngå en utvidet fortolkning av begrepet «dagligliv».

I forbindelse med praktiseringen av regelverket er «dagligliv» utvidet på to områder: Det ene handler om spesiallaget utstyr eller ordinært utstyr som er spesialtilpasset for deltakelse i sport og lek, det andre handler om utstyr (ikke spesialtilpasset) til trening, stimulering og lek. For begge områder er det av økonomiske grunner satt en aldersgrense på 26 år. Utgifter til begge disse formålene har hatt en sterk økning de siste årene.

Spesialtilpasset utstyr for lek og sport (aktivitetshjelpemidler)

Dette er hjelpemidler som kompenserer for en funksjonsnedsettelse i forhold til deltakelse i fritidsaktiviteter som lek og sport, og som lånes ut av hjelpemiddelsentralene. Mange av hjelpemidlene er kostbare sammenlignet med prisene som ellers betales for utstyr til samme eller tilsvarende fritidsaktiviteter, og de må ofte tilpasses individuelt. Det er i tillegg et kompetansekrevende område for Arbeids- og velferdsetaten i forhold til behovet for å holde seg oppdatert på produktspekter og utvikling på området. Brukerorganisasjonene har mange år arbeidet aktivt for å få fjernet aldersgrensen på 26 år.

Utgiftene til aktivitetshjelpemidler var i 2009 på om lag 13 – 15 mill. kr. Det er usikre anslag knyttet til konsekvensen av fjerning av aldersgrensen, men Arbeids- og velferdsetaten anslår at det kan handle om en utgiftsøkning på mellom 15 og 25 mill. kr.

Utvalget antar at denne type spesialutstyr fortsatt bør reguleres i folketrygdloven og tilrår at aldersgrensen på 26 år oppheves. En oppheving av aldersgrensen må likevel ses i sammenheng med og behovet for en avklaring av hva «aktivitetshjelpemidler» skal omfatte. Utvalget antar også at det ligger innsparingsmuligheter i en gjennomgang av retten til ordinært utstyr til trening, stimulering og lek som foreslås overført til kommunene, se neste punkt.

Utstyr til trening, stimulering og lek

I 1992 ble det åpnet for å gi stønad til hjelpemidler for barn inntil 12 år til trening, stimulering og aktivisering av den motoriske funksjonsevnen. Aldersgrensen ble hevet til 18 år i 1996 og 26 år i 2003. Det ble også gjort en utvidelse slik at det kan gis hjelpemidler til å opprettholde eller bedre både den motoriske og den kognitive funksjonsevnen. Den siste hevingen av aldersgrensen ble gjort med den begrunnelse at man ønsket å gi stønad også til de som ble uføre i ungdommen, spesielt trafikkskadde.

Etter utvalgets mening er dette et tilbud som har nær sammenheng med ansvaret for forebyggende helsearbeid, behandling, rehabilitering og habilitering som ligger i kommunehelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten. Forskrift 28. juni 2001 nr 765 om habilitering og rehabilitering, som er gitt med hjemmel i både kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven gjelder habiliterings- rehabiliteringstjenester etter begge lover.

Tjenestetilbudet og ytelsene skal omfatte alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom. Tilsvarende skal gjelde for personer som står i fare for å utvikle varig funksjonshemming eller kronisk sykdom. Såkalte treningshjelpemidler i folketrygden kan bli valgt ut fra at det har folketrygden som finansieringskilde og brukeren får dermed ikke en helhetlig behovsvurdering fra helsesiden. Det vil imidlertid i forhold til denne stønaden være helt nødvendig å vurdere de hjelpemidlene som gis i dag i forhold til grensene for det offentliges ansvar, jf. at det etter hvert er blitt alminnelige at folk skaffer seg treningsutstyr, deltar på helsestudio med mer. Det vises ellers til at utgiftene i 2009 kan anslås til mellom 49 og 53 mill. kr.

Etter utvalgets vurdering bør ansvaret for denne stønaden flyttes til kommunehelsetjenesten (deler kan også gjelde spesialisthelsetjenesten) og den bør gis etter en helhetlig vurdering av bruke-

rens nødvendige behov og uavhengig av en bestemt aldersgrense. Utvalget antar at en nødvendig gjennomgang av området kan bety at en fjerning av aldersgrensen ikke vil ha økonomiske konsekvenser.

Tilskudd til opplæringstiltak til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet

Folketrygdloven § 10–7 tredje ledd gir rett til opplæringstiltak til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet. Stønaden er nærmere regulert i forskrift 15. april 1997 nr. 318 om stønad til hjelpemidler mv., jf. §§ 6 og 7 som begrenser stønaden til å gjelde (1) opplæring ved tilpassingskurs for hørselshemmede, synshemmede og døvblinde etter takster fastsatt av Arbeids- og velferdsdirektoratet, dog slik at formålet skal være å styrke medlemmets evne til å klare seg i dagliglivet eller arbeidslivet og (2) opphold ved folkehøgskole

«dersom oppholdet er nødvendig og hensiktsmessig som et ledd i medlemmets utvikling av personlig selvstendighetsgjøring for å klare dagliglivets gjøremål».

Det gis også stønad til reiseutgifter, oppholdsutgifter og utgifter til ledsager. Tilskuddet (1) brukes til en rekke ulike opplærings- og opptrenings tilbud, men omfatter bare personer med sansetap. Slik lovhjemmelen for forskrifter er utformet, hjemler den imidlertid verken begrensning av tilskuddet til opplæringstiltak i forhold til bestemte funksjonsnedsettelse eller utvidelsen til å omfatte tilskudd til bedring av evnen til å klare seg i arbeidslivet. Når det gjelder (2) folkehøgskoleopphold, er det også grunn til å stille spørsmålsteget ved begrensningen av opplæringstiltak til en type skoletilbud, hvilket synes å forutsette at det kun er folkehøgskoler som kan tilby et opplæringstiltak som kan bedre medlemmets funksjonsevne i dagliglivet, jf. lovens krav. For øvrig bestemmer sosialtjenesteloven (§ 4–2 om tjenester) at sosiale tjenester skal omfatte praktisk bistand og opplæring til dem som har et særskilt hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker og det menes her opplæring i forhold til dagliglivets behov.

Forskrift 28. juni 2001 nr 765 om habilitering og rehabilitering, som er gitt med hjemmel i både kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, gjelder habiliterings- rehabiliterings-tjenester etter begge lover. I følge forskriftens § 2 er habilitering og rehabilitering

«tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

Tjenestetilbudet og ytelsene skal omfatte alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom. Tilsvarende skal gjelde for personer som står i fare for å utvikle varig funksjonshemming eller kronisk sykdom. Kommunen har ansvaret for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering. Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (i og utenfor institusjon).

Utvalget mener at en situasjon med dobbelt-hjemling av ansvar er problematisk av flere grunner. Den kan på den ene siden føre til at kommunene (sosialtjenesteloven) og spesialisthelsetjenesten fraskriver seg ansvar og legger det økonomiske ansvaret på staten, på den andre siden forskjellsbehandles én gruppe i forhold til andre. Det skapes med andre ord betydelig uklarhet både for bruker og forvaltning. Det er også uheldig at det er gitt forskrifter som ikke har klar hjemmel i loven. Slik folketrygdloven er utformet, faller dessuten retten til ytelser dessuten bort når de hører inn under ansvarsområdet i annen lovgivning. Det er derfor grunn til å rydde opp på dette området og tydeliggjøre kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar uavhengig av type funksjonsnedsettelse. Oppryddingen kan skje gjennom at omtalte bestemmelser i folketrygdloven oppheves og at de midlene som Arbeids- og velferdsdirektoratet bruker i dag overføres til tiltak i regi av kommunene og spesialisthelsetjenesten med sikte på å samle styrke et helhetlig tilbud uavhengig av funksjonsnedsettelse og hindre ansvarsfraskrivelse mellom sektorer.

Hjelpemidler og tilrettelegging i grunn- og videregående skole

Etter folketrygdloven § 10–7 første ledd bokstav a ytes det stønad til skolehjelpemidler (som også omfatter barnehagebarn), med unntak av læremidler. Stønad til læremidler hører under kommunenes og fylkeskommunenes ansvarsområde, jf. lov 17. juli 1998 nr 61 om grunnskolen og den videregående opplæringa. Bakgrunnen for at «skolehjel-

pemidler» ble flyttet fra kommune/fylkeskommune til stat fra 1. januar 1997 var særlig at oppsplittet ansvar på flere forvaltningsnivåer skapte uheldige gråsoner og lite rasjonell utnyttelse av de samlede ressurser og ulik behandling av funksjonshemmede skoleelever. Departementet understrekte i Ot. prp. nr 4 (1996–1997) om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover at kommuner og fylkeskommuner fortsatt skal ha alt ansvar for diagnostisering og tilrettelegging av undervisning av funksjonshemmede elever og uttalte: «Videre skal ansvaret for at skolebygninger og miljøet for øvrig er tilpasset funksjonshemmede, fortsatt være plassert på henholdsvis kommuner og fylkeskommuner. Selv om hjelpemidlene vil bli skaffet til veie gjennom folketrygden, vil formidling, opplæring og oppfølging av hjelpemidler i undervisningen være et ansvar for kommunesektoren. Hjelpemiddelsentralen vil imidlertid fungere som en ressurs for kommuner/fylkeskommuner i forhold til råd og veiledning i enkeltsaker.»

Overføringen fra kommune/fylkeskommune til stat har ført til nye gråsoneproblemer, for eksempel når det gjelder å ta stilling til hva skal omfattes av læremidler som kommune/fylkeskommune har ansvaret for og hva er skolehjelpemiddel som staten har ansvaret for. I forhold til datahjelpemidler i skolen er det også et spørsmål om hvor langt det offentliges ansvar skal rekke. For å redusere folketrygdens utstyr til standard IT-utstyr for elever med lese- og skrivevansker ble det innført en tilskuddsordning fra 1. januar 2003. Ordningen medfører at datautstyret blir elevens eiendom og det kan fornyes etter fire år. Etter 1. august 2007 er imidlertid fylkeskommunen pålagt å holde elever under videregående opplæring med nødvendige digitale læremidler og digitalt utstyr. Nevnte tilskuddsordning gjelder derfor fortrinnsvis for elever før de kommer til videregående skole. Tilskuddsbeløpet er gradvis blitt redusert. På bakgrunn av tall fra SSB som viser at PC-tettheten i husholdninger med barn er over 90 prosent, er det etter utvalgets syn grunn til å vurdere en gradvis avvikling av tilskuddsordningen til ordinært datautstyr.

På denne bakgrunnen mener utvalget at oppfølgingen av Midtlyngutvalget også er interessant for hjelpemiddelområdet. Det vises til at Midtlyngutvalget foreslår at retten i dag til spesialundervisning i opplæringsloven § 5–1 erstattes av en *rett til ekstra tilrettelegging i opplæringen*. Den foreslåtte tilretteleggingen skal omfatte tiltak i form av personellressurser (færre elever per lærer enn i ordinær opplæring, tillegglærere, assistenter eller annet personell, kompetanse og kompetanseheving),

materielle ressurser (ulike typer hjelpemidler, fysisk tilpasning av undervisningsrom, spesialiserte læremidler) og organisatorisk tilrettelegging. Midtlyng-utvalget understreker at det ikke er noe skille mellom tilpasset opplæring og ekstra tilrettelegging i opplæringen. Det er hele tiden snakk om én opplæring, som skal være tilpasset, men for noen elever vil tilpasningen kreve ekstra tilrettelegging.

Utvalget forstår forslaget fra Midtlyng-utvalget som et forslag om et sterkere sektoransvar som også skal omfatte hjelpemidler og støtter dette. Utvalget foreslår videre at kommunens og fylkeskommunens ansvar for opplæring blir tydeliggjort i barnehageloven og i opplæringsloven.

Tilrettelegging av bolig

Kommunen har etter sosialtjenesteloven (og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen) hovedansvaret for å medvirke til å skaffe boliger til de som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Ansvaret omfatter også å medvirke til å skaffe boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker. Medvirkningsansvaret innebærer også at kommunen har et ansvar overfor brukerne gjennom å bistå med råd og veiledning, tilrettelegging og finansiering der dette ikke kan dekkes på annen måte.

Etter folketrygdloven § 10–7, jf. § 10–6, kan det gis stønad til tilrettelegging av bolig i form av løsørepregede hjelpemidler eller utstyr, for eksempel trappeheiser og prefabrikkerte rullestolramper. Folketrygdloven hjemler ikke tilskudd til bygningsmessige endringer som for eksempel utvidelser av døråpninger og fjerning av terskler og lignende. Husbanken og kommunene samarbeider om løsninger for de som trenger tilrettelagt bolig. Med virkning fra 1. januar 1978 ble stønad til bygningsmessige tiltak og sanitærtekniske endringer i bolig og bygging av bolig for funksjonshemmede overført fra folketrygden til Husbanken. De som har behov for tilrettelegging av bolig kan søke om bygningmessige endringer fra Husbanken i form av grunnlån, startlån og boligtilskudd. Ved vurderingen av spørsmålet om utgiftene i det enkelte tilfelle skal dekkes av folketrygden eller hører inn under Husbankens ansvarsområde, legges det vekt på hvorvidt tiltaket anses som ledd i en boligendring eller oppføring av ny bolig/tilbygg/utbedring eller om det gjelder anskaffelse/installasjon av utstyr (løsøre) med henblikk på å avhjelpe en funksjonshemming. Forskjellen mellom ordnin-

gene er også at finansieringsordningene i Husbanken er behovsprøvde, i motsetning til hjelpemidlene fra folketrygden. I NOU 2001:22 Fra bruker til borger konkluderes det med at det oppsplittede finansieringsansvaret ofte resulterer i at løsninger blir valgt ut fra mulig betalingskilde, og ikke ut fra hvilken kilde som er mest formålstjenlig for brukeren.

Som en del av Prosjekt bustadtilpassing har Husbanken og Arbeids- og velferdsetaten en forsøksordning i utvalgte kommuner som gjelder bedre tilrettelegging av boliger for personer med nedsatt funksjonsevne. Prosjektet har hatt fokus på samarbeidet mellom de ulike aktørene på kommunalt nivå og staten ved Husbanken og Hjelpemiddelsentralen. Gjennom forskrift av 7. september 2004 nr 1248 (forsøkshjemmel) er det åpnet for at brukere som fyller kriteriene for å få trappeheis og/eller løfteplattform, men som ønsker og er tjent med å få boligen tilrettelagt på ett plan, kan velge tilskudd i stedet for hjelpemiddel. Stønadene er begrenset oppad til det trappeheisen/løfteplattformen ellers ville ha kostet og fører dermed tilsynelatende ikke til merutgifter for folketrygden. Tilskuddet kan inngå i en felles finansieringsplan sammen med midler fra Husbanken/kommunen og egenfinansiering. Dette er en ordning som er blitt godt mottatt, men det kan stilles spørsmål ved om den ikke bygger opp under valg av løsninger ut fra betalingskilden, i dette tilfellet folketrygden.

St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening beskriver de langsiktige utfordringene for framtidens kommunale omsorgstjenester og angir både strategier og konkrete tiltak fram til 2015. Omsorgsplan 2015 oppsummerer tiltakene. Ett av dem er det nye investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger fra Husbanken, jf. forskrift av 25. februar 2004. Tilskuddet er samtidig et ledd i en langsiktig plan for å sikre at kommunene er godt forberedt på den betydelige veksten i antall eldre i årene som kommer. Regjeringen sier også i meldingen under overskriften Framtidas boformer:

«Bostøtte, tilskuddsordninger og betalingsordninger bør innrettes slik at de stimulerer til at flere private boliger blir tilrettelagt for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne. Det skal lønne seg å tilrettelegge egen bolig eller bygge nye boliger med god tilgjengelighet og «smart» husteknologi.»

Regjeringens satsing er knyttet til sykehjem og omsorgsboliger, og utvalget legger til grunn at satsingene fra det offentlige i framtiden må knyttes til de gruppene som av ulike grunner har problemer

med å ivareta sine interesser på boligmarkedet selv og som må ha en tilrettelagt bolig. I disse tilfellene er det behov for rett til bistand. Utvalget vil imidlertid peke på at den betydelige veksten i antall eldre i årene framover krever at de som selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, må forventes å gjøre dette uten bistand for myndighetene, for eksempel gjennom å skaffe seg en mer egnet bolig når situasjonen krever det.

Etter utvalgets vurdering er det behov for ordninger som representerer forutsigbarhet og klare rettigheter for brukerne, samtidig som løsninger ikke velges ut fra finansieringsmulighetene i enkelttilfeller. Det er behov for å styrke retten til bistand fra kommunen til de som ikke er i stand til å skaffe seg tilrettelagt bolig selv.

Utvalget antar videre at det er naturlig å se på trappeheis og løfteanordninger som bygningsmessige endringer og tilrettelegging av bolig som hører inn under Husbankens ansvarsområde, det vil si at disse ordningene bør flyttes. Dette må utredes videre. Videre er det behov for et styrket samarbeid mellom kommunen og Husbanken.

Særlig om behandlingshjelpemidler, ortopedi og hørselsområdet

Behandlingshjelpemidler

Ansvar for behandlingshjelpemidler med tilhørende forbruksmateriell ble overført fra tidligere Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene med virkning fra 1. januar 2003, jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003) for budsjetterminen 2003 (Sosialdepartementet). Det ble vist til at behandlingshjelpemidler er en del av et aktivt medisinsk behandlingssopplegg som tilbys av spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionene tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon (også spesialistbehandling som foregår i hjemmet). Dette innebærer at bruker har krav på behandlingshjelpemidler dersom dette er nødvendig i forbindelse med medisinsk behandling. Midlene som ble overført skal dekke utgiftene til innkjøp, resirkulering, vedlikehold, reparasjon, installering, montering, tilpassing, utlevering og administrasjon av behandlingshjelpemidler.

Overføringen medførte at ansvaret for behandlingshjelpemidler med tilhørende utstyr og forbruksmateriell ble samlet hos de regionale helseforetakene. Helsetjenesten er i stadig utvikling og endring. Som for andre områder innenfor spesialisthelsetjenesten gjelder ansvaret også når det skjer endringer som følge av medisinsk og teknologisk utvikling. De regionale helseforetakene må,

som for all annen behandling, vurdere om nye typer behandlingshjelpemidler skal tilbys, og til hvilke pasienter.

Arbeids- og velferdsetaten og de regionale helseforetakene har rapportert om uklarheter når det gjelder ansvaret for behandlingshjelpemidler og tilhørende utstyr etter ansvarsoverføringen. Bakgrunnen er at etaten fortsatt administrerer enkelte behandlingshjelpemidler, jf. Vedlegg 7 til § 10–7 a m.v. (Arbeids- og velferdsetatens retningslinjer i rundskriv) til tross for at ansvaret er overflyttet til spesialisthelsetjenesten. Det er utarbeidet en uttømmende liste over de behandlingshjelpemidlene som kan gis. Denne praksisen har skapt en uklar rettslig situasjon, idet Trygderetten med utgangspunkt i retningslinjene har konkludert med at et konkret behandlingshjelpemiddel likevel unntaksvis skal behandles som et hjelpemiddel etter folketrygdloven (TRR-2008–2479). Den praksisen som er etablert medfører også at behandlingshjelpemidler i stor grad omfatter samme type utstyr som gis til trenings- og stimuleringsformål. Helsedirektoratet fikk i oppdrag å avklare spørsmål knyttet til behandlingshjelpemidler og en arbeidsgruppe la fram en rapport i juli 2008. I rapporten er vurderingen at alle behandlingshjelpemidler må defineres som spesialisthelsetjenestens ansvar, med mindre de er regulert i folketrygdloven, hvilket antas å være i samsvar med forutsetningen for overføringen. Helse og omsorgsdepartementet arbeider med en oppfølging av rapporten, og vil også vurdere systemet for klage.

Utvalget legger til grunn at det ikke minst av hensyn til brukere, men også spesialisthelsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, er behov for en snarlig opprydding som på en egnet måte tydeliggjør spesialisthelsetjenestens helhetlige ansvar for behandlingshjelpemidler i og utenfor institusjon.

Ortopediske hjelpemidler – delt ansvar

Personer med nedsatt funksjonsevne kan etter folketrygdloven § 10–7 første ledd få stønad til utgifter til ortopediske hjelpemidler, slik som proteser, korsetter, støtteskiner og ortopediske sko. Utgifter til brystproteser, øyepoteser, parykker og ansiktsdefektproteser dekkes helt eller delvis.

Det er legespesialister på området som søker om ortopediske hjelpemidler for bruker, mens de ortopediske verkstedene lager proteser eller ortoser basert på henvisningene. Arbeids- og velferdsetaten gjør vedtak om stønad basert på sakkyndig uttalelse og utbetaler stønaden. Etaten har i liten grad mulighet til å overprøve de faglige vurderingene som foretas av spesialisthelsetjenesten, noe

som medfører at det blir svak kontroll av utbetalningene. Ortopediske hjelpemidler produseres og leveres i dag av 21 ortopediske verksteder. To av disse er aksjeselskap eiet av helseforetak, mens de resterende verkstedene er privateide. Den umiddelbare effekten av dette er at det offentlige i liten grad er engasjert i eller bruker ressurser på planlegging og drift av ortopediske verksteder. I stedet har forvaltningen fokus på regulering og kontroll.

Dagens refusjonssystem for ortopediske hjelpemidler gir i liten grad incitament til kostnadseffektivitet. 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. Dette har gjort at kvaliteten på ortopediske hjelpemidler er høy, og at leveringstiden kort.

Hørselsområdet – delt ansvar

I 2002 ble det på oppdrag fra Helsedepartementet og Sosialdepartementet utarbeidet en plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet; «Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede». Det ble i 2007 utarbeidet av tidligere Sosial- og helsedirektoratet i 2007 en større rapport på bakgrunn av arbeidet til en bredt sammensatt arbeidsgruppe. Rapporten «Å høre og bli hørt. Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling» var bestilt fra Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet i 2006. Rapporten tok opp en rekke sentrale problemstillinger på hørselsområdet, og kom med forslag til konkrete forbedringer blant annet med hensyn til samhandling og regelverksutvikling. Det ble også foreslått en helt ny modell for høreapparatorganiseringen, med blant annet etablering av en nasjonal høreapparatssentral, et omfattende gjenbruksystem og en tilskuddsmodell. Dette forslaget ble ikke fulgt opp av Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. En rekke tiltak ble imidlertid igangsatt fra 2009. Blant annet etableres det forpliktende samarbeidsavtaler mellom Arbeids- og velferdsetaten, spesialisthelsetjenesten om kommunene på system- og brukernivå med ansvars- og oppgavefordeling. Høreapparatene skal bli brukers eiendom, og det skal etableres rutiner for å øke effektiviteten i systemet og hindre svakheter i økonomistyringen. Høreapparater formidles av spesialisthelsetjenesten eller private øre, nese, hals spesialister. Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for formidling, tilpassning, service og reparasjoner.

På samme måte som for ortopediske hjelpemidler, har Arbeids- og velferdsetaten i liten grad mulighet til faglig å overprøve søknadene eller rekvisisjonene, noe som medfører at det er svak kontroll knyttet til utbetalingene. Formidling av høreapparater foregår som regel før man har vurdert aktuelle hørselshjelpemidler som kan komme i tillegg (teleslynger, varslingssystemer etc.), selv om det kan være behov for å vurdere høreapparater og hjelpemidler i sammenheng.

Forslag om samling av ansvar på områdene ortopedi og høreapparater

Utvalgets *flertall* (medlemmene Lars-Erik Borge, Espen Bratberg, Alice Kjellevoid, Toril Lahnstein, Rannveig H. Pedersen, Anita Røraas og Audun Østerås) mener at hensynet til kostnadseffektivitet og mest mulig helhetlig ansvar der beslutningene i realiteten treffes, tilsier at vedtaks- og finansieringsansvaret for ortopediske hjelpemidler og høreapparater legges til spesialisthelsetjenesten. Man vil da få én instans med et helhetlig og faglig ansvar for området, som også i større grad kan ta ansvar for at det foretas kvalifiserte vurderinger ved tilståelse av ulike produkter.

Utvalgets *mindretall* (lederen Arnt Holte) vil ikke støtte forslaget om å overføre finansieringsansvaret for ortopediske hjelpemidler samt høreapparater fra folketrygdloven til spesialisthelsetjenesteloven. Mindretallet mener at både høreapparater og ortopediske hjelpemidler klart faller inn under definisjonen av hjelpemidler, og at det derfor er prinsipielt riktig at disse finansieres over folketrygden på lik linje som andre tekniske hjelpemidler. Mindretallet mener at en overføring av finansieringsansvaret for ortopediske hjelpemidler og høreapparater til helseregionene kan føre til at det primært legges til grunn en vurdering av den helsemessige effekten av hjelpemidlet. Denne kan i enkelte tilfeller tenkes å avvike fra en vurdering der en legger hovedvekten på hvorvidt hjelpemidlet vil redusere funksjonsnedsettelsen for eksempel i en yrkessammenheng eller utdannings situasjon.

11.10.4 Rettigheter og faglig skjønn

Utvalget mener at det, uavhengig av lovhjemling, er behov for en rettighetsregulering på hjelpemiddelområdet som gir stort rom for faglige vurderinger og utøvelse av et faglig skjønn. I denne skjønnens anvendelsen må en sikre brukerens medvirkning og brukerens innsikt og kompetanse skal regnes som del av det faglige skjønnnet. Et større innslag av

faglig skjønn kan kreve en rettslig regulering som i mindre grad fastsetter detaljerte regler om hvilke former for hjelp og stønad som skal gis og reiser spørsmål om rettigheter kan knyttes til en rettslig standard med økt fokus på resultat. Det sentrale kjennetegnet ved begrepet rettslig standard er behovet for vurderinger av en annen karakter i tillegg til de juridiske, nemlig etiske vurderinger, helsefaglige vurderinger eller politiske vurderinger. Utvalget mener videre at det er behov for en vurdering av kravene til kompetanse i tjenestene og til faglig veiledning.

På *helse- og sosialtjenesteområdet* har brukeren krav på tjenester når inngangsvilkårene er oppfylt, men i utgangspunktet ikke et ubetinget rettskrav på en bestemt tjeneste. Bernt-utvalget peker på at selv om utgangspunktet er valgfrihet innenfor faglige forsvarlighetsrammer når det gjelder hvordan tjenestemottakerens behov skal dekkes, foreligger det enkelte bestemmelser som legger føringer for hvordan kommunene skal løse oppgavene. Kommunehelsetjenesteloven pålegger blant annet kommunen plikt til å sørge for sykehjem eller annen boform for heldøgns omsorg og pleie. Tilsvarende er kommunene i sosialtjenesteloven pålagt å sørge for plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester og brukerstyrt personlig assistanse²⁶.

Bernt-utvalget har valgt å foreslå en rettighetsmodell²⁷ for helse- og sosialtjenester fra kommunene som utvalget mener det er nærliggende å vurdere i forhold til rett til hjelpemidler. Etter dette forslaget er grunnvilkåret for et rettslig krav på tjenester at det er tale om «nødvendig hjelp». I dette ligger det to krav: For det første må det være tale om et behov som knytter seg til en minstestandard for helse, funksjonsevne eller sosiale forhold. Denne minstestandarden defineres av et faglig forsvarlighetskrav slik dette har utkrystallisert og utviklet seg i tjenestep praksis, tilsynspraksis og rettspraksis. Dernest må det være tale om et behov som tjenestemottaker ikke med rimelighet kan forventes å være i stand til å oppfylle selv. Dette siste kravet er for hjelpemidlenes vedkommende sammenlignbart med det som er omtalt som «innslagspunktet» nedenfor under overskriften «Offentlig ansvar for hjelpemidler». Bernt-utvalget angir i en rettighetskatalog tjenester som kommunen har rettslig plikt til å gi den som oppfyller lovens vilkår, og den er gjort mest mulig generell og resultatret-

26. NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten, side 66

27. NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten, side 132 merknader til § 3-1

tet i utformingen. Brukerstyrt personlig assistent er imidlertid omtalt som en selvstendig rettighet.

Bernt-utvalgets forslag til rettighetsmodell ligger tett opp til den rettighetsmodellen som Birkenfeldt presenterer under kapittel 5.5.3 i sin betenkning, se særlig sidene 49–50. Hun peker på at konkrete lovfestede rettigheter knyttet til presist angitte situasjoner kan sikre borgerne rettigheter, samtidig som en slik regelstyring i mange sammenhenger vil være lite hensiktsmessig og kan trekke oppmerksomheten bort fra den faglige vurderingen som må ligge til grunn for de tildelingsbeslutninger som tas. Videre vises det til at utviklingen har gått i retning av at man i stedet for detaljerte regler om betingelser og ytelser, knytter det offentliges plikter og borgernes rettigheter til en rettslig standard som refererer seg til de krav man ut fra faglighet og menneskeverd finner å måtte stille til karakteren og omfanget av velferdsstatlige ytelser som borgerne er sterkt avhengig av. Fokus rettes på resultatet, det rettslige kravet er knyttet til det å få den hjelp man trenger for å overvinne et helseproblem, et sosialt problem eller en funksjonshemming. Birkenfeldt viser blant annet til pasientrettighetsloven som gir borgeren krav på «nødvendig helsehjelp» (§ 2–1 første og andre ledd), noe som ut fra § 1–1 må forstås som et krav på «tilgang på helsehjelp av god kvalitet», sosialtjenesteloven § 4–3 som fastsetter et krav på hjelp etter lovens § 4–2 for den «som er helt avhengig av praktisk hjelp for å greie dagliglivets gjøremål» og i vår sammenheng folketrygdloven §§ 10–5 og 10–6, jf. § 10–7 første ledd. Denne modellen gir besluttede organer et betydelig rom for faglig skjønn med hensyn til hvilke former for hjelp eller stønad som skal gis, og det vises til katalogen over virkemidler i henholdsvis kommunehelsetjenesteloven § 1–3 andre ledd, spesialisthelsetjenesteloven § 2–1 a første ledd, sosialtjenesteloven § 4–2 og folketrygdloven § 10–7 første ledd.

Utvalget tilrår at Bernt-utvalgets rettighetsmodell legges til grunn også for utformingen av rett til stønader til hjelpemidler i ny lovgivning. Dagens rettigheter etter folketrygdloven inneholder imidlertid et bredt spekter av stønadsformer og det vil være nødvendig å foreta en mer konkret vurdering av utformingen av nye regler på enkeltområder. Utvalget vil også understreke betydningen av at brukers rett til medvirkning blir lovfestet.

11.10.5 Andre føringer i forhold til behovet for lovendringer

Om behovet for formålsbestemmelse

Folketrygdloven kapittel 10 om hjelpemidler sier i dag at formålet med stønaden er å kompensere for bestemte utgifter til bedring av funksjonsevnen. Etter utvalgets vurdering bør bestemmelser om stønader til hjelpemidler være knyttet til formålsbestemmelser som kan styrke måloppnåelsen, forutsetningsvis utformet noe forskjellig avhengig av om hjelpemidlet er knyttet til arbeidsliv eller dagligliv. Samtidig bør det tas hensyn til at behovet for hjelpemidler i mange sammenhenger vil representere ett av flere behov som skal dekkes med hjemmel i samme lov. Utvalget vil for eksempel anta at Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp Bernt-utvalget og vurdere innholdet i en formålsbestemmelse i ny helse- og omsorgslov som vil handle om mange tjenester, og hvor hjelpemidler vil være én type tjeneste/tiltak. Det kan da være grunn til å vurdere om hensynet til behovet for en mer synlig formålsbestemmelse i forhold til hjelpemidler skal påvirke utformingen av den alminnelige formålsbestemmelsen i loven eller om det skal knyttes en særskilt formålsbestemmelse til et kapittel om hjelpemidler i loven. Tilsvarende vil gjelde i forhold til plasseringen av ansvaret for hjelpemidler i arbeidslivet i arbeidsmarkedsloven.

Utvalget mener uansett at en formålsbestemmelse knyttet til rettigheter for personer med nedsett funksjonsevne må bygge opp under at regelverket skal sikre likeverd og individuelt tilpassede løsninger i samarbeid med bruker, som kan styrke brukers funksjons- og mestringsevne som grunnlag for aktiv deltakelse i samfunnet. En formålsbestemmelse må samtidig, avhengig av lovplassering, utformes mer konkret i forhold til relevant lovs ansvarsområde. Det vises her som eksempel til ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, hvor betydningen av formålsbestemmelsen er styrket for å fremme måloppnåelsen, jf. omtalen i kapittel 11.3.1.

Om brukermedvirkning, individuell plan, aktivitetsplan og koordinator

Brukermedvirkning er lovfestet i relevant lovgiving på ulik måte i dag:

Arbeids- og velferdsforvaltningsloven kan brukes som et eksempel på lovgivning som tar sikre på å sikre brukermedvirkning på systemnivå når den bestemmer at representanter for brukerne skal medvirke i forbindelse med planlegging, gjennomføring og evaluering av etatens tjenester. Det følger

av forarbeidene til loven at brukermedvirkning på systemnivå for kommunenes del vil bli regulert i avtalen med Arbeids- og velferdsetaten²⁸. Tilsvarende bestemmer forskrift om habilitering og rehabilitering for kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesteområdet at kommunen og regionalt helseforetak skal legge til rette for at brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av virksomhetene.

Arbeids- og velferdsforvaltningsloven ivaretar hensynet til brukermedvirkning på individnivå gjennom en bestemmelse om at brukerens helhetlige behov skal avklares tidligst mulig og at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren. Det følger av merknadene til § 15 i loven at

«personer som av ulike årsaker er falt ut av eller ikke er kommet inn på arbeidsmarkedet, skal møte et offentlig tjenestetilbud som kan yte rask og individuelt tilpasset hjelp i en slik situasjon. Målet om en helhetlig arbeids- og velferdsforvaltning betyr at forvaltningen skal ha fokus på hele mennesket og brukerens samlede bistandsbehov.»

Forskrift om habilitering og rehabilitering bestemmer at den enkelte bruker skal medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliterings tilbud og sosialtjenesteloven bestemmer at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med tjenestemottaker og at det skal legges stor vekt på hva vedkommende mener. Denne bestemmelsen er også videreført for sosiale tjenester lagt til NAV-kontoret, det vil si at lovgiver her har valgt en delvis dobbelthjemling av medvirkningsansvaret på individnivå.

Utvalget mener at det er en svakhet ved bestemmelsen om brukermedvirkning i arbeids- og velferdsforvaltningsloven: Den handler på systemnivå om Arbeids- og velferdsetaten som pliktsubjekt og fanger følgelig også opp hjelpemiddelcentralene. Brukermedvirkningen på *individnivå* er imidlertid knyttet til NAV-kontoret som pliktsubjekt og det kan bli oppfattet som om hjelpemiddelcentralene faller utenfor kravet. Dette kan åpenbart ikke ha vært meningen og bør rettes opp.

Utvalget legger stor vekt på at brukermedvirkning (uavhengig av lovhjemling) både på system- og individnivå blir lovfestet og på en måte som kan sikre medvirkning på et tidlig tidspunkt som forutsetning for det endelige resultatet, nemlig individuelt tilpassede løsninger for bruker.

Individuell plan, aktivitetsplan og koordinator

Retten til individuell plan for den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester er ikke lovfestet i folketrygdloven og det er ikke vanlig å utarbeide slik plan ved behov for hjelpemidler etter folketrygdloven kapittel 10. Retten til individuell plan er nå lovfestet i arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 15 tredje ledd. NAV-kontoret er imidlertid pliktsubjekt, og det bør derfor på egnet måte tydeliggjøres at dette også er Arbeids- og velferdsetatens ansvar i saker som behandles andre steder i organisasjonen enn ved et NAV-kontor. Tilsvarende uklarhet er også skapt i forhold til retten til aktivitetsplan etter ny § 14a, som bygger på at en sak behandles ved NAV-kontoret, dog slik at Arbeids- og velferdsetaten pålegges et ansvar for at aktivitetsplan blir utarbeidet.

Barnehageloven og opplæringsloven mangler bestemmelser om individuell plan, men både Midtlyng-utvalget og Flatø-utvalget, som begge avga sine innstillinger i 2009, har foreslått at det tas inn bestemmelser om slik plan i lovverkene for barnehage og skole. Formålet er å sikre bedre koordinering av innsats og overganger i opplæringsløpet. Midtlyng-utvalget foreslår også at bestemmelsene i dagens særlover om individuell plan harmoniseres og viser til at en fellesbestemmelse om individuell plan i aktuelle lovverk etter utvalgets oppfatning vil ha en viktig pedagogisk effekt og gi flere profesjoner og instanser et aktivt forhold til verktøyet. Det framheves også at individuell plan bør videreutvikles som verktøy. Forskrift om individuell plan bestemmer at det til enhver tid er én tjenesteyter som har hovedansvaret for å koordinere tiltak og tjenester, det vil si at dette ikke skal belastes for eksempel foreldre. Midtlyng-utvalget foreslår likevel at området styrkes med en rett til tjenestekoordinator (personlig koordinator) ved behov for langvarige og koordinerte tjenester og uavhengig av om brukeren har individuell plan. Begrunnelsen for dette er behovet for å motvirke at foreldre må påta seg en belastende administratorrolle overfor det offentlige hjelpeapparatet. Det vises også til forslaget i Samhandlingsreformen om at pasienter med behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene.

Utvalget vil framheve individuell plan som et viktig verktøy i og vil støtte Midtlyng-utvalget og Flatø-utvalgets forslag om individuell plan, og Midtlyng-utvalgets forslag om koordinator slik det er beskrevet foran, jf. også forslaget i Samhandlingsreformen. Utvalget mener, i likhet med Midtlyng-utvalget, at individuell plan bør knyttes til en

28. Se Ot. prp. nr 47 (2005–2006) Om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen side 80

fellesbestemmelse i alle aktuelle lovverk fordi dette kan ha en viktig pedagogisk effekt og kan styrke mer aktiv bruk av og samarbeid om dette verktøyet.

Om det medisinske inngangsvilkåret i folketrygdloven

Det kan se ut som mye av bakgrunnen for det medisinske inngangsvilkåret i folketrygdloven ligger i et behov for å avgrense mot rett til ytelser ved arbeidsuførhet som skyldes andre problemer, for eksempel sosiale eller økonomiske, jf. her folketrygdloven § 8–4 første ledd, hvor dette også sies uttrykkelig.

Utvalget mener at det er grunn til å stille spørsmål ved om det på hjelpemiddelområdet er det samme behovet for å opprettholde kravet om at funksjonsevnen må være redusert som følge av sykdom, skade eller lyte. For det første vil det ordinært ligge sykdom, skade eller lyte bak behovet for et hjelpemiddel og det er i praksis en vurdering av funksjonsnedsettelsen og av om tiltak er nødvendige og hensiktsmessige som er avgjørende for utfallet i saken. Det innhentes funksjonsvurderinger fra ergoterapeuter, fysioterapeuter, pedagoger og andre spesialister som grunnlag for vurdering av behovet. I enkelte sammenhenger kan det være behov for en vurdering fra lege, hvor legeerklæringen ikke gir tilstrekkelig med opplysninger (for eksempel om graden av redusert syn). For det andre kan man vanskelig tenke seg at en person som har en vesentlig funksjonsnedsettelse, uavhengig av årsakssammenheng, ikke skal få bistand ved stønadsbehov. Situasjonen er ikke sammenlignbar med den som foreligger når det er snakk om inntektssikringsordninger. I mange sammenhenger vil det være en flytende overgang mellom funksjonsnedsettelse som skyldes sykdom, skade eller lyte og redusert funksjonsevne som skyldes svekkelse som følge av høy alder. Endelig kan det vises til at annen relevant lovgivning ikke stiller krav om årsakssammenheng mellom sykdom, skade eller lyte og redusert funksjonsevne som vilkår for rett til tjenester. Etter kommunehelsetjenesteloven har enhver rett til nødvendig helsehjelp og etter sosialtjenesteloven er den personkretsen som sosiale tjenester skal omfatte løst formulert, jf. begrepene «andre årsaker» og «sosiale problemer». Det antas at de tilstander som er nevnt mer er eksempler på årsaker til stønadsbehov enn avgrensningskriterier²⁹.

Utvalget mener på denne bakgrunn at framtidig lovgivning knyttet til hjelpemidler ikke skal stille som vilkår for rett til stønader at det foreligger årsakssammenheng mellom sykdom, skade eller lyte og redusert funksjonsevne. Etter utvalgets vurdering vil dette ikke bety at flere får rett til stønad til hjelpemidler enn etter gjeldende lovgivning og forslaget har derfor ingen økonomiske konsekvenser.

Særlig om varighetskravet

Etter gjeldende lovgivning omfatter kommunens ansvar hjelpemidler og ergonomiske tiltak ved midlertidige behov (under 2 år) og staten har ansvaret for hjelpemidler etter folketrygdloven kapittel 10 ved varige behov (over 2 år). En flytting og samling av ansvar for hjelpemidler i dagliglivet som i dag er kommunens ansvar ved midlertidige behov, vil derfor overflødiggjøre et varighetskrav som inngangsvilkår.

Når det gjelder hjelpemidler i arbeidslivet, er det som nevnt foran ikke et varighetskrav i loven i forhold til en situasjon hvor sykdom/skade/lyte har redusert mulighetene til å velge yrke eller arbeidsplass vesentlig, men det forutsettes at rent forbigående problemer ikke gir rett til stønad. Når en person «*har fått sin evne til å utføre inntektsgivende arbeid varig nedsatt*» som loven sier, handler det om et varighetskrav på om lag to år.

Utvalget vurderer det som viktig at Arbeids- og velferdsetatens har sterkere fokus på bruk av hjelpemidler i et helhetlig tilbud til personer med nedsatt funksjonsevne. Utvalget mener derfor at det ikke bør stilles et varighetskrav som utelukker aktiv bruk av hjelpemidler som kan bidra til at brukeren får arbeid eller kan beholde høvelig arbeid. Det er naturlig å avgrense mot rent forbigående problemer, men etaten bør kunne vurdere om konkret bruk av hjelpemidler er nødvendig og hensiktsmessig også i en situasjon hvor den reduserte funksjonsevnen ikke nødvendigvis kan antas å ville komme til å vare i to år eller mer.

Om behovet for et forsvarlighetskrav

Sosialtjenesteloven pålegger ikke sosialtjenesten en uttrykkelig plikt til forsvarlig tjenesteyting, men på bakgrunn av forarbeider og sammenholdt med lovens formål og rettspraksis, er det blitt innfortolket et forsvarlighetskrav. I ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen³⁰ er kravet til kommunen om forsvarlige tjenester lovfestet. Her vises til at forsvarlige tjenester må være tilgjengelige og at de må holde et kvalitativt nivå som er i

29. Kjønstad m.fl. Sosial trygghet og rettssikkerhet s. 94

samsvar med samfunnsutviklingen og gjeldende norm for godt sosialfaglig arbeid. Formålsbestemmelsen i lovutkastet anviser at tjenestene ikke må være statiske, men tilpasses den generelle velferdsutviklingen. Det innebærer et ansvar for at tjenestene er forsvarlige både når det gjelder innhold og omfang. Kommunen vil også være ansvarlig for å organisere virksomheten slik at den sikrer at tjenestene som ytes er forsvarlige. Forskrift om habilitering og rehabilitering³¹ bestemmer at tjenestene som tilbys skal være forsvarlige. Arbeids- og velferdsforvaltningsloven har ikke lovfestet krav om forsvarlige tjenester knyttet til etatens tjenester ved NAV-kontoret og kravet er heller ikke lovfestet i folketrygdloven.

I relevant helse- og sosiallovgivning er det med andre ord lovfestet et forsvarlighetskrav, som gjerne beskrives som en rettslig standard knyttet til tilfredsstillende kvalitet, tilgjengelighet (ytelse til rett tid) og i tilstrekkelig omfang³². Tjenestetilbudet skal også så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten og det skal legges stor vekt på hva klienten mener, jf. sosialtjenesteloven § 8–4. Det skjønnet som utøves når det vurderes om forsvarlighetskravet er oppfylt, kalles gjerne rettsanvendelsesskjønn og er (i motsetning til et såkalt fritt skjønn) fullt ut overprøvbart på samme måte som inngangsvilkårene til stønaden. Dette betyr at den stønaden som er gitt ikke må falle inn under en faglig forsvarlig minstestandard, som må vurderes konkret i den enkelte sak.

Etter utvalgets vurdering bør bestemmelser om stønader til hjelpemidler (uavhengig av lovhemling) omfatte lovpålegg om at tjenestene skal være forsvarlige. Et lovfestet forsvarlighetskrav vil styrke brukernes rettssikkerhet, jf. også sammenhengen med internkontroll og tilsyn i forhold til lovpålagte plikter.

Om behovet for prosessuelle og personelle regler

Utvalget tar utgangspunkt i at de prosessuelle reglene i forhold til ny lovgivning vil følge forvaltningslovens regler og gi betryggende sikkerhet for saksbehandlingen. Utvalget legger også vekt på at relevant lovgivning både på helse- og sosialtjenesteområdet og på arbeids- og velferdsforvalt-

ningsområdet har bestemmelser i dag om brukermedvirkning på system- og individnivå, som forutsettes videreført.

Etter sosialtjenesteloven har kommunen ansvaret for nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell og personalet har en plikt til å delta i opplæringen og etter kommunehelsetjenesteloven har kommunen plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring og skal sørge for at ansatt helsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning. I sitt forslag til lov om sosial- og helsetjenester i kommunene foreslår Bernt-utvalget en videreføring gjennom lovfesting av kommunens ansvar for at sosial- og helsetjenestens personell får den nødvendige opplæring, herunder etter- og videreutdanning. Det betyr igjen at personalet vil være forpliktet til å delta i opplæring som anses nødvendig for å holde kvalifikasjonene ved like. Bernt-utvalget begrunner dette som nødvendig for å opprettholde og styrke kommunens mulighet til å gi gode og forsvarlige tjenester. Dette prinsippet er også fulgt i ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, hvor kommunens ansvar for nødvendig opplæring av kommunens personell i arbeids- og velferdsforvaltningen er lovfestet.

Opplæring og kompetansebygging er en viktig forutsetning for gjennomføringen av NAV-reformen. Arbeids- og velferdsforvaltningsloven lovfester ikke etatens plikt til opplæring, men Arbeids- og velferdsetatens plikt til å sikre at ansatte til enhver tid har tilstrekkelig og nødvendig kompetanse for å utføre oppgavene etter loven, følger av etatens arbeidsgiveransvar. Dette ansvaret ligger også på kommunene, men man har altså valgt å lovfeste det i helse- og sosiallovgivningen.

Etter utvalgets vurdering er arbeidsgiveransvaret for nødvendig opplæring og kompetansebygging og arbeidstakeransvaret for å holde seg faglig á jour på sitt ansvarsområde en viktig forutsetning for at forvaltningens skal gi gode og forsvarlige tjenester, og det er grunn til å foreslå å lovfeste kravet i relevant lovgivning. Utvalget mener at det for Arbeids- og velferdsetatens ansvarsområde er naturlig å vurdere dette i arbeids- og velferdsforvaltningsloven for å tydeliggjøre at de samme kravene gjelder for både statlig og kommunal virksomhet.

Offentlig ansvar for hjelpemidler

Slik folketrygdlovens kapittel om hjelpemidler er utformet, er det et vilkår for stønad at hjelpemiddeltiltak vurderes som nødvendige og hensiktsmessige. Det er en flytende overgang fra denne vurderingen til vurderingen av hvilke tiltak som

30. Ot. prp nr 103 (2008–2009) som flytter de individuelle tjenestene: Opplysning, råd og veiledning, økonomisk stønad og kvalifiseringsprogram og stønad fra sosialtjenesteloven til ny (egen) lov

31. Forskrift 28. juni 2001 nr 765 (gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven)

32. NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

skal gis den enkelte. Et detaljert regelverk i lov og forskrift, supplert av omfattende rundskriv og Arbeids- og velferdsetatens praktisering, representerer myndighetenes syn på nivået, eller det som eventuelt kan ses på som innslagspunktet for rett til stønad når vilkårene er oppfylt. Utvalget tenker da på en nedre grense, det vil si en avgrensning mot hjelpemidler som kan være til nytte i arbeidsliv og dagligliv, men som det er vanlig at folk anskaffer selv (eventuelt har alternativer til), uavhengig av om funksjonsevnen er nedsatt eller ikke. Som drøftet i kapittel 10 er det på dette området hele tiden en utvikling: På den ene siden utviklingen i velferdssamfunnet, på den andre produktutviklingen. I vurderingen av dette innslagspunktet spiller det en rolle hva det er rimelig at det offentlige skal ta finansieringsansvaret for. I vurderingen av hvilke tiltak det offentlige hjelpemiddeltilbudet skal bestå av, må trekkes en klartest mulig grense. I utgangspunktet skal brukeren ha en forsvarlig tjeneste, og et individuelt tilpasset tilbud hvor det også skal legges vekt på brukers syn. Forvaltningen skal ha kompetanse i forhold til riktig valg av løsning. Det skal treffe valg av løsning basert på forsvarlighet og faglige vurderinger, men må også tas økonomiske hensyn. Bernt-utvalget foreslår at det må være tale om å dekke et behov som «tjenestemottaker ikke med rimelighet kan forventes å være i stand til å oppfylle selv».

Utvalget mener at hensynet til rettssikkerhet, forutberegnelighet, likebehandling og kostnadskontroll tilsier at det utformes regler i ny lovgivning tydeliggjør det offentliges ansvar for hjelpemidler i tråd med Bernt-utvalgets forslag.

Om rettssikkerhet

Klage og anke – tilsyn og internkontroll

Utvalget vil understreke betydningen av at det opprettholdes et effektivt og godt klage- og ankesystem på hjelpemiddelområdet, og legger til grunn at dette hensynet ivaretas i tilknytning til en revisjon av lovgivningen på hjelpemiddelområdet. Dette betyr at klageinstansen har rett og plikt til å prøve alle sider av et vedtak, herunder skjønnsutøvelsen.

Utvalget vil peke på at pasientrettighetsloven gir pasienten rett til å påklage manglende oppfyllelse av retten til medvirkning og informasjon, og en klage kan rettes til Helsetilsynet i fylket. Etter utvalgets vurdering bør en tilsvarende regel vurderes knyttet til rett til stønader til hjelpemidler.

Som nevnt foran i kapittel 11.9.3 inneholder nytt kapittel 10 A i kommuneloven felles regler om rammer, prosedyrer og virkemidler for statlig tilsyn med kommunesektoren (herunder kommu-

nens virksomhet i NAV-kontoret). Tilsynsreglene i kommuneloven er gitt en utforming som forutsetter at det er fylkesmennene som skal føre alt statlig tilsyn med at kommunene oppfyller sine lovpålagte kommuneplikter og fylkesmennene kan pålegge retting. Eksistensen av et overordnet system for tilsyn og kontroll, uavhengig av om den enkelte bruker fremmer en klage eller ikke, er også en viktig del av rettssikkerheten, og utvalget vil videre understreke betydningen av gode tilsyns- og kontrollordninger på hjelpemiddelområdet.

11.11 Utvalgets tilrådinger

Dagens regelverk i folketrygden gir omfattende rettigheter til stønad til hjelpemidler i dagligliv og arbeidsliv. Regelverket framstår, både for brukeren og forvaltningen, som komplisert og uoversiktlig gjennom omfattende regulering i lov, forskrifter, rundskriv med mer. Det er preget av at det har vokst fram gjennom enkeltbeslutninger på bekostning av helhets- og sektoransvarstenkning. Det er dessuten problematisk at regelverket suppleres av beslutninger om rett til stønader fattet på departements- og direktoratsnivå. Plasseringen av et særskilt ansvar for hjelpemidler i folketrygdloven skaper uklarheter, gråsoner og fare for kostnadsoverveltning mellom forvaltningsnivåer, og motarbeider det utvalget ser på som kjerneverdier på området: Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering.

Utvalget mener at et sterkere sektoransvar vil kunne bidra til mer helhetlige løsninger og mer rasjonell utnyttelse av dagens ressurser på hjelpemiddelområdet. Ett eksempel er kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester, hvor målet for kommunene er å tilby helhetlige tjenester som er tilpasset brukernes individuelle behov. Etter utvalgets vurdering kan dette målet best nås ved at hjelpemidler i dagliglivet, uavhengig av om behovet er varig eller ikke, omfattes av kommunens ansvar (se utvalgets forslag nedenfor). Utvalget mener at dagens regulering i folketrygdloven etablerer unødvendige skiller mellom tiltak og tjenester til brukere med funksjonsnedsettelse og andre brukere, og at hensynet til helhet og integrering tilsier statlige spesialordninger kun når sterke grunner krever slik særskilt regulering. Utvalget legger vekt på at lovfesting av ansvar i sektorlovgivningen også på en bedre måte vil synliggjøre ansvar.

På denne bakgrunnen vil utvalget foreslå følgende endringer i forhold til dagens regulering i folketrygdloven:

- Ansvar for basishjelpemidler til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet overføres til kommunene
- Ansvar for utstyr til trening, stimulering og lek overføres til kommunene (deler kan også gjelde spesialisthelsetjenesten) og aldersgrensen oppheves
- Ansvar for tilskott til opplæringstiltak i dagliglivet overføres til henholdsvis kommunen og spesialisthelsetjenesten (avhengig av en vurdering av ansvars plassering)
- Spesialisthelsetjenestens ansvar for hjelpemidler i og utenfor institusjon tydeliggjøres i spesialisthelsetjenesteloven
- Sterkere sektoransvar for opplæringshjelpemidler (må vurderes i sammenheng med oppfølgingen av Midtlyng-utvalget)
- Flytting av ansvar for trappheis og løfteanordninger utredes med tanke på overflytting til Husbankens ansvarsområde
- Hjelpemidler til å bedre funksjonsevnen i arbeidslivet flyttes til en ny arbeidsmarkedslov

Utvalgets *flertall* (medlemmene Lars-Erik Borge, Espen Bratberg, Alice Kjelle vold, Toril Lahnstein, Rannveig H. Pedersen, Anita Røraas og Audun Østerås foreslår at ansvaret for ortopediske hjelpemidler og høreapparater flyttes til spesialisthelsetjenesteloven, mens utvalgets *mindretall* (lederen Arnt Holte) foreslår at disse ordningene opprettholdes i folketrygdloven.

Utvalget har i kapittel 9 lagt til grunn av ansvaret for mer komplekse og sammensatte behov fortsatt skal være et statlig ansvar. Dette gjelder også spesialtilpasset utstyr for lek og sport (aktivitetshjelpemidler), hvor det også er foreslått at aldersgrensen oppheves.

I forhold til stønader etter folketrygdloven på områder som utvalget ikke har omtalt særskilt, legges det til grunn at det foreslåtte lovutvalget vil gjennomgå disse med utgangspunkt i om særskilte grunner tilsier fortsatt regulering i folketrygdloven eller om hensynet til sterkere sektoransvar tilsier flytting til annen lovgivning.

Utvalget foreslår videre at

- kommunens og fylkeskommunens ansvar for opplæring tydeliggjøres i barnehageloven og opplæringsloven
- retten til bistand fra kommunen (etter sosialtjenesteloven) til de som ikke er i stand til å skaffe seg tilrettelagt bolig selv, styrkes
- en utredning av forsøksordningen med funksjonsassistent prioriteres med sikte på lovfesting av rett til slik ordning i ny arbeidsmarkedslov

- forsøksordningen med arbeids- og utdanningsreiser følges opp med sikte på vurdering av om bør gjøres permanent (lovfestes)
- tilretteleggingstilskuddet målrettes bedre, at det omfatter også arbeidssøkere og gjøres tilgjengelig for alle arbeidsgivere i ny arbeidsmarkedslov
- det i forhold til dagens varighetskrav knyttet til arbeidshjelpemidler åpnes for fleksibilitet

Utvalget ser positivt på at stønad til arbeidshjelpemidler vurderes i forhold til VTA og forutsetter at det utvalget som skal vurdere virkemiddelbruken i skjermede virksomheter også vurderer hjelpemidler.

Utvalget støtter Midtlyng-utvalget og Flatø-utvalgets forslag om individuell plan i lovverkene for barnehage og skole. Det samme gjelder forslaget om personlig koordinator. Utvalget mener, i likhet med Midtlyng-utvalget, at individuell plan bør knyttes til en fellesbestemmelse i alle aktuelle lovverk, ikke minst for å sikre mer aktiv bruk av og samarbeid om dette verktøyet.

Videre foreslår utvalget følgende premisser for ny lovgivning (uavhengig av sektor plassering og lovhjemmel):

- Formålsbestemmelse som bygger opp under likeverd, inkludering, aktiv deltakelse og brukermedvirkning
- Rettskrav på ytelser
- Rettighetsregulering med stort rom for faglige vurderinger og utøvelse av faglig skjønn
- Sterk vekt på brukermedvirkning på system- og individnivå for å sikre individuelt tilpassede løsninger for bruker
- Lovfestet rett til å påklage manglende oppfølging av rett til medvirkning og informasjon
- Det stilles ikke krav om årsakssammenheng mellom sykdom, skade og lyte og redusert funksjonsevne som vilkår for rett til stønader
- Lovfesting av krav om forsvarlige tjenester
- Gode tilsyns- og internkontrollordninger
- Effektivt klage- og ankesystem med full overprøving
- Tydeliggjøring av arbeidsgivers ansvar for opplæring (samme krav for statlig og kommunal virksomhet)
- Det offentlige ansvaret for stønad til hjelpemidler begrenses til kompensasjon for de følgende funksjonsnedsettelsen har for den enkelte og som det ikke er rimelig at den enkelte tar ansvar for selv

Det har ikke vært mulig for utvalget å gjennomgå og få en fullstendig oversikt over dagens omfat-

tende regulering og praktiseringen av regelverket i folketrygdloven og annet relevant regelverk. Utvalget mener det er behov for en utredning av framtidig lovgivning som også omfatter en gjennomgang av Arbeids- og velferdsetatens praksis og Trykderettens avgjørelser, og foreslår derfor at det

settes ned et lovutvalg. Et lovutvalg bør også se nærmere på betydningen av supplerende stønadsordninger som f.eks grunnstønad etter folketrygdloven, som skal kompensere for nødvendige ekstrautgifter knyttet til ulike hjelpemidler, og skattelovens bestemmelser om særfradrag.

Kapittel 12

Hjelpemidler og dagligliv

Hjelpemiddelutvalget er bedt om å se nærmere på mulige langsiktige grep som kan gi effektive og langvarige kvalitets- og kompetanseforbedringer i systemet for forvaltning og formidling av hjelpemidler. Formidling av hjelpemidler til dagliglivet utgjør en stor andel av sakene på hjelpemiddelområdet. Dette bekreftes av funn i FAFO-rapport¹ om at søknader på hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet utgjør en mindre del av saksporteføljen. Som redegjort for i kapittel 7 vil økende levealder og vekst i andelen eldre også medføre økt forekomst av aldersrelaterte og kroniske tilstander med påfølgende funksjonsvikt. I pleie- og omsorgstjenesten i kommunene ser man også en økning i yngre brukere med omfattende bistandsbehov. Med et økende antall eldre kan insitamentene i finansieringsordningen medføre at kommunene ikke iverksetter generelle tiltak/tilrettelegging og/eller velger modeller som først og fremst er tilpasset finansieringsordningen.

I lys av denne utviklingen mener utvalget det er viktig å være oppmerksom på utviklingstrekkene når ansvaret for hjelpemidler i dagliglivet skal drøftes. Utvalget mener at senere års utvikling på området der kommunene har opparbeidet stadig større kompetanse på formidling av hjelpemidler, gir rom for å vurdere dagens arbeids- og ansvarsfordeling mellom stat og kommune.

Kommunenes bruttoutgifter til pleie- og omsorgstjenestene var i 2008 på vel 70 mrd. kr. Samme år utgjorde disse tjenestene en tredel av de kommunale budsjettene. Som redegjort nærmere for i kapittel 4, var folketrygdens samlede utgifter til hjelpemidler, tjenester og andre tiltak på hjelpemiddelområdet innen Arbeids- og velferdsetaten i 2008 på 5,2 mrd. kr (jf. kapittel 5). Betydningen av et vel fungerende samarbeid mellom kommune og stat understrekes ved at om lag 2,8 mrd. kr av disse midlene er hjelpemidler formidlet gjennom hjelpemiddelsentralene. Stortingets behandling av samhandlingsreformen vil ha betydning for oppgavefordeling og samhandling mellom kommune og stat også på hjelpemiddelområdet, jf. den nære sam-

menhengen mellom behovet for hjelpemidler i dagliglivet og kommunens ansvar etter sosialtjenesteloven- og kommunehelsetjenesteloven. Utvalget mener at behovet for hjelpemidler i dagliglivet har nær sammenheng med kommunens ansvar for sosial- og helsetjenester og derfor i større grad bør finne sin løsning i kommunen.

Drøftinger og problemstillinger i forhold til arbeids- og ansvarsdeling i aksene kommune – stat er et sentralt utgangspunkt for dette kapitlet, herunder første- og andrelinjen i systemet som skal sikre hjelpemidler og nødvendig tilrettelegging i dagliglivet. Tilrådingene i dette kapitlet bygger videre på de overordnede drøftingene knyttet til regelverk, finansiering og organisering i kapitlene 8, 9, 10 og 11. Området hjelpemidler i dagliglivet favner vidt, utvalget begrenser derfor beskrivelser og drøftinger til å omfatte de områder der det foreslås tiltak eller endringer innenfor hjelpemiddelsentralens og kommunens oppgaveportefølje.

12.1 Hva omfattes av hjelpemidler i dagliglivet?

Stønad til hjelpemidler i dagliglivet er regulert i folketrygdloven kapittel 10. Formålet med å gi stønad til hjelpemidler i dagliglivet, er å gi personer med funksjonsnedsettelse bistand til å fungere bedre og kunne delta i viktige og nødvendige aktiviteter i hverdagen. Formålet er også å øke muligheten til å leve og delta i samfunnet på lik linje med andre, samtidig som man reduserer risiko for sosial utstøting. Stønaden er knyttet til hvordan personen kan utføre sine *dagligdagse* gjøremål, og den skal løse *praktiske* problemer i dagliglivet. I tillegg omfattes hjelpemidler som gir mulighet til å bli pleiet i hjemmet, og som tilrettelegger arbeidsforholdene for familiemedlemmer og/eller hjemmetjenester. Hjelpemidler i barnehage, skole og deltagelse i organisasjonsarbeid og politisk arbeid, anses også som en del av dagliglivet.

Den enkeltes tilretteleggingsbehov er individuelt. Behovet avhenger av den enkeltes funksjonsnedsettelse, men på hvilke arenaer og omgivelser hjelpemidlene skal brukes påvirker også valget. En

1. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, FAFO-rapport 2009:40

del brukere har behov for mange og/eller komplekse teknologiske hjelpemidler. Det krever spesiell oppfølging, tilpassing og kompetanse for å kunne få et fullverdig tilbud. Også her er man avhengig av tett samhandling med andre aktører, som den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For å sikre brukerne et godt tilbud er det også opprettet statlige kompetansesentra for sjeldne diagnosegrupper. Hos hjelpemiddelsentralene utgjør andel brukere med såkalte komplekse saker anslagsvis ca. 10–15 prosent av brukerne. På disse sakene bruker hjelpemiddelsentralene ca. 28 prosent av årsverkene². Tidsbruk per sak varierer i stor grad, og arbeidsprosessen er ikke strømlinjeformet. Disse sakene krever at sentralene har mye kontakt med bruker for å undersøke eller utrede behov, prøve ut ulike løsninger og drive opplæring i bruk av hjelpemidler og løsninger som ofte kan være teknisk avanserte. Ofte gjøres dette i tett samarbeid med øvrig tjenesteapparat, fortrinnsvis kommunene. Kanskje må det innhentes kompetanse fra kompetanseenheter i egen etat, spesialisthelsetjenesten, spesialpedagogiske kompetansesenter, leverandører og andre aktuelle samarbeidspartnere. Prosessen foregår da ikke lineært, men i flere runder der utprøving og tilpasning vurderes og justeres.

Andre ganger vil brukeren selv avklare sine behov og finne egnet løsning, eller behovet avklares av kommunen, som sender en bestilling eller søknad til hjelpemiddelsentralen som resulterer i en leveranse. Løsningen krever ofte ingen ytterligere tilpasning, og det å benytte hjelpemidlet krever heller ingen spesiell opplæring. Eldre brukere oppgir i større grad at de har færre komplekse hjelpemidler og at de har kontakt med bare én hjelpeinstans i formidlingsprosessen (jf. kapittel 5). I statistikkgrunnlaget fra hjelpemiddelsentralene framkommer det at gjennomsnittlig utlånsverdi for yngre brukere er langt høyere enn for brukere over 67 år. Dette gir også en indikasjon på at de yngre aldersgruppene har mer omfattende funksjonsnedsettelse enn de eldre brukerne.

PwC-rapporten³ viser til at det for mange hjelpemidler er snakk om en funksjonsforbedring både i forhold til dagligliv, skole og/eller arbeid (rullestol, synshjelpemidler, kommunikasjon mv.). Mange hjelpemidler har derfor en sektorovergripende funksjon i forhold til bruken av dem. Beho-

vet for hjelpemiddel må også ses i sammenheng med andre funksjonsfremmende tiltak.

I dag er det et todelt finansieringssystem for stønad til hjelpemidler, jf. kapittel 4. Folketrygden er en viktig finansieringskilde for hjelpemidler til hjemmeboende, herunder beboere i omsorgsbolig.

12.2 Overføring av basishjelpemidler til kommunene

For beboere i institusjon er det et delt ansvar mellom kommune og folketrygden, der kommunen for eksempel dekker pleie- og omsorgshjelpemidler mens folketrygden dekker individuelle hjelpemidler som rullestol m.m. Kommunen har finansieringsansvaret for hjelpemidler ved midlertidig behov uansett bosituasjon. Når man videre i dette kapitlet omtaler hjelpemidler til dagliglivet, mener man i all hovedsak hjelpemidler for varig behov for hjemmeboende.

12.2.1 Formidling av basishjelpemidler

Kommunenes kompetanse i forhold til hjelpemidler og tilrettelegging har blitt styrket gjennom hjelpemiddelsentralenes opplæringsvirksomhet. Som en konsekvens av dette og et behov for å effektivisere saksbehandlingen og leveringstiden for enkle, rimelige og/eller høyfrekvente hjelpemidler, ble *bestillingsordningen* innført i 2002. Ordningen kan kun benyttes der bruker har fått hjelpemidler fra folketrygden tidligere, dvs. at det ved første gangs bruk må sendes en ordinær søknad for at inngangsvilkårene kan vurderes av hjelpemiddelsentralen. Formålet med ordningen er å redusere dobbeltarbeid, bidra til raskere levering av enkle hjelpemidler, mindre ressursbruk til administrasjon og distribusjon og mer tid til rådgiving og formidlingsarbeid. Produktspekteret innenfor bestillingsordningen er etter innføringen utvidet etter hvert som man har høstet erfaring og bygget opp erfaring og kompetanse i kommunene. Sentralene kontrollerer kommunenes praktisering og forbruk gjennom etterkontroll og dialog.

Formidlingen av hjelpemidler innenfor bestillingsordningen er kommunens ansvar. Hjelpemiddelsentralene forestår innkjøp, lagerhold, gjenbruk og periodisk ettersyn av elektromedisinsk utstyr. Utlevering fra kommunalt lager, enkelt vedlikehold, reparasjoner og noe gjenbruk er kommunene ansvarlig for, mens reparasjoner av det elek-

2. Kartlegging av hjelpemiddelsentralene og SYA, Agenda, februar 2008

3. Rapport. Organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet. PricewaterhouseCoopers AS, Oslo, 2009

tromedisinske utstyret (senger og personløftere) gjøres av hjelpemiddelsentralene.

Det vil si at ansvaret for ulike oppgaver i formidlingsprosessen er fordelt slik:

- Ansvar for finansiering av alle hjelpemidler (hjelpemiddelsentralen)
- Innkjøp av alle hjelpemidler (hjelpemiddelsentralen)
- Ansvar for lagerhold og transport til kommunalt lager (hjelpemiddelsentralen)
- Ansvar for utleveringslager (kommunen)
- Avdekke behov hos brukere (kommunen)
- Utrede, saksbehandle og bestille (kommunen/brukeren)
- Utp prøve, tilpasse og levere hjelpemidler til bruker (kommunen)⁴
- Veiledning, opplæring og eventuell trening av bruker (kommunen)
- Reparasjon/service av hjelpemidler (kommune og hjelpemiddelsentral)
- Evaluere hensiktsmessighet og nytte av hjelpemiddel (kommunen)
- Gjenbruk (kommune og hjelpemiddelsentral)

I stor grad betyr dette at kommunen gjennomfører hele formidlingsprosessen, mens hjelpemiddelsentralen kun gjennomfører innkjøp, lagerhold/transport til kommunalt lager, noe vedlikehold/repasj on og gjenbruk. For å kunne foreta bestilling må kommunen/brukeren ha gjennomført opplæring hos hjelpemiddelsentralen og blitt godkjent som rekvirent.

Kostnadsovervelting fra kommune til stat når det gjelder hjelpemidler er antakelig ikke et stort problem i dag, fordi alternative løsninger sjelden

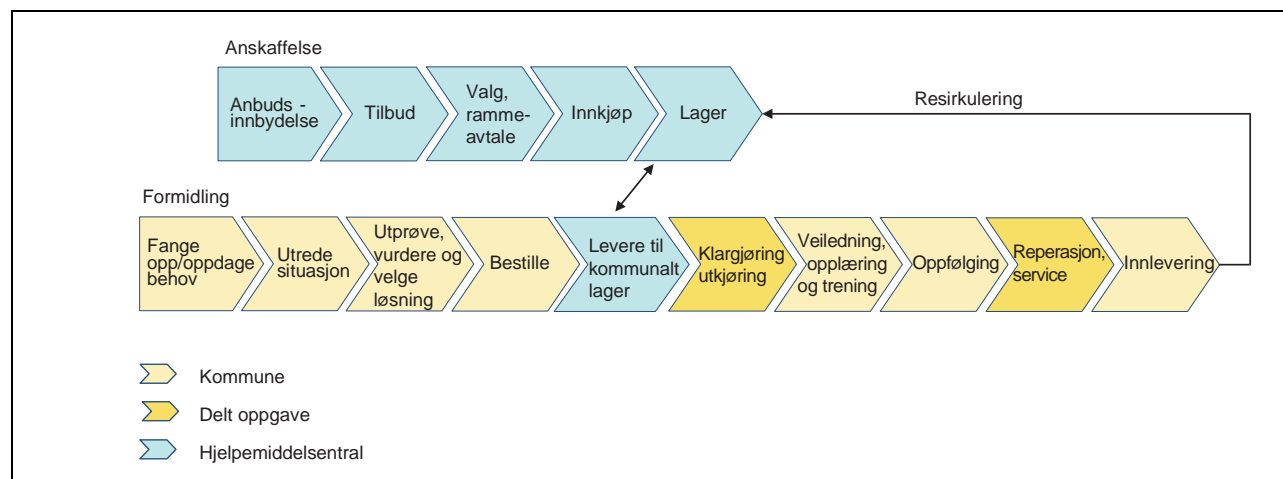
vil redusere behovet for individuelle hjelpemidler. Bedre tilrettelegging og/eller økt fokus på habilitering/rehabilitering, vil i mange sammenhenger bety at hjelpemidlene kan utnyttes på en mer funksjonsfremmende måte, men vil i liten grad være *alternativer* til hjelpemidlet. For eksempel vil økt tilrettelegging kunne medføre økt nytte av en elektrisk rullestol, men sjelden medføre at behovet for hjelpemiddelet bortfaller. I *noen* grad kan imidlertid insitamentene i finansieringsordningen medføre at kommunene (eller andre instanser) ikke iverksetter generelle tiltak/tilrettelegging og/eller velger organisasjonsmodeller som først og fremst er tilpasset finansieringsordningen. Dette kan i følge PwC bli et *større* problem med økt eldrebe-folkning, særlig innenfor organiseringen av tilbudet innen pleie og omsorg.

Nærmere om hjelpemiddelsentralens bestillingsordning

Bestillingsordningen ble innført i 2002 og omfatter enkle hjelpemidler til en verdi under 10 prosent av 1 G (grunnbeløpet i folketrygden). Hjelpemidlene skal ikke kreve tilpasninger eller særlig opplæring. Godkjente rekvirenter i kommunene skal gjennom erfaring og opplæring ha kompetanse til å vurdere om hjelpemidlet anses nødvendig og hensiktsmessig.

Det var i starten begrensede produktkategorier som kunne tas inn på bestillingsordningen. Etter hvert som sentralene og kommunene gjorde seg erfaringer med ordningen, ble flere produktkategorier som for eksempel enkle syn- og hørselshjelpemidler m.m. tatt inn i ordningen. Produktspekteret består i all hovedsak av hjelpemidler til bruk ved personlig hygiene, på- og avkleddning, matlagning m.m, bevegelseshjelpemidler som kryk-

4. Hjelpemiddelsentralen klargjør/gjenbruker elektromedisinske utstyr



Figur 12.1 Formidlingsprosessen ved bestillingsordningen

ker, rullatorer, samt hjelpemidler knyttet til nedsatt syn og hørsel (jf. figur 12.1). Hjelpemidler i bestillingsordningen er produkter som krever få eller ingen tilpasninger.

Ordningen ble utvidet i 2007 til å gjelde fire produktgrupper⁵ med en verdi over 10 prosent av G. Den siste gruppen med senger, elektrisk hjertebrett og personløftere er høyfrekvente hjelpemidler som er særlig aktuelle overfor brukere med pleie- og omsorgsbehov. Økningen kom delvis i 2007, men 2008 er første hele driftsår etter utvidelsen.

I 2008 utgjorde antall utlånte hjelpemidler på bestillingsordningen ca. 41 prosent av det totale antall utlånte hjelpemidler. Antallet hjelpemidler over bestillingsordningen var om lag 234 600 mens det totale antallet hjelpemidler som ble lånt ut fra hjelpemiddelsentralene var om lag 565 000 i 2008.

Utlånsverdien av hjelpemidler på bestillingsordningen utgjorde ca. 11 prosent (kr. 284 734 407) av den samlede utlånsverdien ved hjelpemiddelsentralene (kr. 2 435 477 800). Det vil si at bestillingsordningen utgjør en betydelig andel med hensyn til volum (antall hjelpemidler), men en relativt mindre andel av utlånsverdien.

Agendarapporten⁶ viste at hjelpemiddelsentralene på det tidspunktet den ble gjennomført brukte 2,4 prosent av ressursene på bestillingsordningen. Innkjøpsressursene er etter dette betydelig effektivisert siden denne kartleggingen ble utført ved at det er opprettet en sentral forsyningsenhet (nasjo-

nal innkjøpssentral) som forestår mye av dette arbeidet.

Hjelpemidler som utleveres over bestillingsordningen er i de fleste tilfellene av relativt lav innkjøpsverdi, enkle i bruk, har et klart definert bruksområde og liten gjenbruksverdi. Unntaket er særlig knyttet til enkelte forflytningshjelpemidler samt produktgruppen med en verdi over 10 prosent av G. Oversikten viser at den største verdien ligger i kategori 18 (blant annet senger og hjertebrett) og kategori 12 (ganghjelpemidler, personløftere, rullestol m.m.).

12.2.2 Ulike modeller for overføring av basishjelpemidler til kommunene

I en drøfting av konsekvenser ved overføring av ansvaret for basishjelpemidler til kommunene, tar utvalget utgangspunkt i produktkategorier som er omfattet av dagens *bestillingsordning*. Utvalget presiserer at bestillingsordningen i denne sammenhengen er et utgangspunkt for prinsipiell drøfting. Ved en eventuell gjennomføring vil det være nødvendig å gjennomgå de ulike produktkategoriene for ikke å lage uhensiktsmessige eller uheldige gråsoner i ansvarsfordelingen mellom kommune og stat. Utvalget er noe usikker på om hjelpemidler til barn bør inngå i en slik ansvarsoverføring, da det på dette området er mer lavfrekvente problemstillinger og behov enn hos voksne. En overføring av et mer helhetlig ansvar forutsetter at kommunene får finansieringsansvaret for de aktuelle hjelpemidlene. En ansvarsoverføring vil videre innebære en drøfting av utførelsen av forvaltningsmessige oppgaver som innkjøp, reparasjon og gjenbruk som i dag gjøres av hjelpemiddelsentralene. Anskaffelsesprosessen og inngåelse av avta-

5. Senget, personløftere, standard manuell rullestol med kryssramme og elektriske hjertebrett

6. Kartlegging av hjelpemiddelsentralene og SYA, Agenda Utredning & Utvikling, februar 2008

Tabell 12.1 Antall brukere av bestillingsordningen, antall utleverte hjelpemidler og verdien av disse

	År		
	2006	2007	2008
Antall brukere	61 737	67 572	65 508
Antall utleverte hjelpemidler	212 363	234 084	234 601
Antall hjelpemidler i gjennomsnitt pr. bruker	3,4	3,5	3,6
Verdien av utleverte hjelpemidler i NOK	186 396 572	213 819 937	284 734 407
Gjennomsnittlig leveringstid	7,6 dager	6,8 dager	5,9 dager

Tabell 12.2 Oversikt over produktkategorier i bestillingsordningen

Type hjelpemiddel	Antall i prosent	Verdi av utlån
Kat 03 For behandling og trening: Treningsmatte, pøller, terapiball	0,3	849 451
Kat 09 Til personlig stell og beskyttelse: Hjelpemidler til vasking, bading og dusjing, toalettbesøk, hårpleie som kam og hårbørste, av- og påkledning m.m.	16,8	33 093 235
Kat 12 Hjelpemidler ved personforflytning: Ganghjelpemidler for eksempel krykker, mobilitetsstokk, rullatorer, trillebord, personløfter, enkel standard rullestol	20,4	85 986 407
Kat 15 Hjelpemidler i husholdningen: Utstyr til å spise- og drikke (kopper, glass, tallerken, bestikk), utstyr for å tilberede mat som kniver, skjærebrett, div. andre husholdningsredskap, oppvaskhjelpemidler, rengjøringsutstyr som bøttetralle m.m.	9,6	4 127 427
Kat 18 Hjelpemidler for innredning og tilpasning av bolig: Hjelpemidler for å høgderegulere møbler, sitteputer, arbeidsstol, terskeeliminators, div. støtteanordninger, seng/hjertebrett, røykeforkle m.m.	30,8	101 840 196
Kat 22 Hjelpemidler for kommunikasjon, informasjon og varsling: Komfyrvakt/tidsbrytere. Optiske hjelpemidler. div. luper og lamper, div talehjelpemidler som ur, vekt, røykvarslere m.m. Hørselshjelpemidler som samtaleforsterker, teleslynge, alarm og varselhjelpemidler m.m. Lesehjelpemidler som bladvender, bokholdere m.m.	18,1	53 829 187
Kat 24 Hjelpemidler for håndtering og transport av produkter og varer: Div. emballasjeåpnere, sakser, div. grepstilpassinger, gripetenger, festeanordninger, sklihindrende underlag m.m.	3,8	4 306 222
Kat 27 Hjelpemidler og utstyr for miljøforbedring, verktøy og maskiner: Luftfukter	0,1	293 913
Kat 30 Hjelpemidler for lek og fritidsaktiviteter (Huske barn)	0,3	408 369
Sum	100	284 734 407

ler med leverandører av hjelpemidler vil også bli drøftet.

Overføring av finansieringsansvar til kommunene for basishjelpemidler kan drøftes ut fra tre mulige prinsipielle finansierings- og organisasjonsmodeller:

1. Overføring av ansvar for basishjelpemidler innenfor bestemte produktkategorier til kommunen.
2. Overføring av ansvar for basishjelpemidler innenfor bestemte produktkategorier til kom-

munen. Statlig ansvar for anskaffelsesprosess og inngåelse av avtaler med leverandørene som gjør det mulig for kommunene å gjøre avrop og kjøpe inn under sentrale avtaler som i dag, under forutsetning av at kommunene ønsker å inngå et slikt innkjøpssamarbeid.

3. Overføring av finansierings- og formidlingsansvaret av hjelpemidler innenfor bestemte produktkategorier til kommunen, mens staten fortsatt forestår anskaffelse, innkjøp, lagerhold, materialdistribusjon og gjenbruk.

Modell 1: Overføring av ansvar for basishjelpemidler innenfor bestemte produktkategorier til kommunen

Dersom hele ansvaret for hjelpemidler innenfor de produktkategorier som i dag utgjør bestillingsordningen overføres til kommunene, vil det i første rekke medføre endringer med hensyn til finansiering, anskaffelser, lager, logistikk og ansvar for gjenbruk. Kommunene gjennomfører allerede i dag i stor grad formidlingsoppgaver knyttet til disse hjelpemidlene, samt at de i stor grad også foretar reparasjon og gjenbruk på de enkle/rimelige hjelpemidler.

Konsekvenser for kommunene

Folketrygdfinansierte hjelpemidler finansieres i dag gjennom bevilgninger over stønadsbudsjettet, mens tjenestene finansieres over driftsbudsjettet. Kommunens formidlingsvirksomhet er i all hovedsak finansiert gjennom kommunens frie inntekter og rammetilskudd over inntektssystemet. Det antas at en overføring av finansieringsansvaret for hjelpemidler til kommunene vil medføre en utgiftsøkning for kommunene i størrelsesorden som tilsvarende utgifter som i dag går med til disse hjelpemidlene. Det forutsettes omtrent samme volum av hjelpemidler selv om kommunene overtar finansieringsansvaret. Det er i dag kommunene som utreder behov og foretar bestilling for sine brukere. Det antas at dette behovet ikke endrer seg i betydelig grad dersom kommunene overtar finansieringen. Det dreier seg i stor grad om hjelpemidler som i liten grad kan erstattes med andre virkemidler eller alternative metoder.

Selve finansieringen vil måtte skje gjennom økt rammeoverføring. For kommunene vil en slik finansiering over tid være avhengig av i hvor stor grad rammeoverføringen kompenserer for prisstigning og økt forbruk i takt med økning i eldrebeholdningen. Det vil da det være opp til de statlige rammetilskuddene å justere for prisvekst og/eller økt forbruk.

Den største konsekvensen for kommunene med hensyn til organisering og kompetanse vil være knyttet til anskaffelse og innkjøp, lager og logistikk. utfordringene vil være avhengig av omfanget av produktkategorier som overføres.

Anskaffelsesprosessen knyttet til hjelpemidler er et relativt komplisert felt. utfordringene i dagens system er i stor grad knyttet til målet om å ha en produktbredde av hjelpemidler med ulike funksjonalitet som skal dekke de fleste brukerbehov. Arbeids- og velferdsetaten har sentralisert

anskaffelsesområdet (nasjonale rammeavtaler) for å oppnå størst mulig effektiviseringsgevinster og spesialisert kompetanse på området. utfordringen ved en overføring av anskaffelsesområdet til kommunene vil i stor grad være knyttet til kvalitetsstandard på hjelpemidlene og opprettholdelse av bredde i forhold til produktspekter. Kommunene har en viss erfaring med innkjøp og lagerhold ved at de dekker korttidsbehovet for en del enklere hjelpemidler, samt hjelpemidler i kommunale institusjoner. Omfanget er imidlertid begrenset i forhold til det produktspekteret av hjelpemidler som anskaffes innenfor bestillingsordningen. En del hjelpemidler på kommunenes korttidslagre er dessuten utrangerte hjelpemidler som overtas fra hjelpemiddelsentralene.

Det antas derfor at det raskt melder seg et behov for å vurdere stordriftsfordeler både med hensyn til selve anskaffelsesprosessen, lager/logistikk og utnyttelse av markedsrett i forhold til leverandørsiden. Slike tilpasninger kan enten oppstå gjennom interkommunalt samarbeid og/eller tettere samarbeid mot leverandørmarkedet, utføringsbedrifter eller andre private kompetansemiljøer. Mer formalisert interkommunalt samarbeid vil kunne utvikle seg til nye hjelpemiddelsentraler i kommunal regi. En desentralisering av anskaffelse og distribusjonsløsninger vil i følge PwC kunne skape effektivitetsutfordringer i forhold til dagens løsning.

Hvis man legger til grunn at kommunene overtar produktkategoriene innenfor dagens bestillingsordning, inklusive tre av de fire produktområdene som har en verdi over 10 prosent av G (manuell rullestol⁷ unntas for ikke å splitte ansvaret for en produktkategori), så vil det få forholdsvis store konsekvenser i forhold til investeringskostnader for kommunene. Spesielt senger er plasskrevende utstyr både i forhold til lagerkapasitet og krav til spesialbil for distribusjon til/fra bruker. Senger med tilbehør utgjorde omlag 47 mill. kr og mobile personløftere i underkant av 10 mill. kr i 2008. Dette er utstyr som sentralene i dag har et effektivt distribusjonssystem for og som det er høy gjenbruksgrad på, men som også er av stor betydning for kommunenes samlede vurdering av pleie- og omsorgstjenester i forhold til andre tiltak som hjelpemidler. Kommunene gjennomfører i dag ikke gjenbruk på trygdefinansiert elektromedisinsk utstyr. Når det gjelder reparasjon, ettersyn og gjenbruk av elektromedisinsk utstyr, stilles det krav til kompetanse. Dette er kompetanse som kommunene enten opparbeide selv eller kjøpe fra leverandører.

7. Enkel standard rullestol

Hvis man derimot legger til grunn at kommunene i hovedsak overtar de produktkategoriene som har en verdi under 10 prosent av G, blir overføringen mindre omfattende. Når det gjelder selve formidlingen, vil en overføring av disse hjelpemidlene ikke bety store endringer for kommunene fordi de allerede i dag har dette ansvaret. De vil få noe større utfordringer i forhold til å skaffe seg oversikt over markedet og holde seg faglig oppdatert. Transport til/fra mellomlager og brukers hjem og service/reparasjoner/gjenbruk, utføres i stor grad av kommunene allerede i dag. I stedet for at hjelpemidlene returneres til hjelpemiddelsentralene, overtas de i stor grad av kommunene som inkluderer dem i de midlertidige korttidslagrene, jf. RO-rapporten som viser til at innkjøpskostnadene til kommunenes hjelpemiddellagre var redusert for kommuner som kunne overta hjelpemidler som sentralene ikke selv skulle gjenbruke. I følge hjelpemiddelsentralenes utlånsregister ble det fra 1.juli 2005 til utgangen av 2009 registrert at hjelpemidler til en nyprisverdi av om lag 640 mill. kr er gitt vederlagsfritt til kommuner, institusjoner og frivillige organisasjoner. Kommunene er den største mottager av disse hjelpemidlene. Modellen vil i stor grad kunne avskaffe dagens skille mellom kommunalt ansvar for midlertidig behov og det statlige ansvaret for brukere med varig behov.

Kommunene vil kunne redusere noe av lager/logistikkutfordringene ved å inngå ulike former for samarbeid/kontrakter med leverandører eller andre kommuner. Behovet for å utvikle nye ordninger og behov for lokaliteter vil være avhengig av hvilke produktkategorier som overføres. Kommunenes administrative utgifter vil i stor grad være knyttet til økte personellressurser, økt produkt- og anskaffelseskompetanse samt behov for større lagerlokaliteter. Kommunene vil måtte investere i IKT-løsninger som kan gi dem oversikt over brukerne og hva de til enhver tid har av hjelpemidler (materialadministrasjon).

I følge PwC⁸ vil det spesielt for mange små kommuner medføre behov for nye stillinger i formidlingsapparatet og teknisk service. For disse kan det være særlig aktuelt å finne interkommunale samhandlingsløsninger. PwC mener det eksakte behovet er vanskelig å anslå, men at det kan bety 2–3 årsverk i gjennomsnitt for kommunene.⁹ Behovet for ressurser vil imidlertid være avhengig av hvilke produktkategorier som overf-

res, samt kommunens valg av organisasjonsformer som interkommunalt samarbeid for å utnytte stor-driftsfordeler. PwC finner også at kommunenes prioriteringer/ressurser knyttet til habilitering og rehabilitering er et (varierende) problem med hensyn til saksbehandlingstid og kompetanse når det gjelder behovskartlegging og løsninger innenfor hjelpemiddelområdet. Ut fra PwC ressursanslag vil en ansvarsoverføring kunne innebære behov for 860–1290 årsverk på landsbasis, i tillegg til investering i lagerlokaliteter og IKT-løsninger. Dette arbeidskraft- og kompetansebehovet kan imidlertid ikke ses isolert fra beregninger fra SSB, som tilsier at arbeidskraftbehovet kan øke med 54 000 årsverk fram til 2030, og om lag 130 000 årsverk fram til 2050. Knapphet på pleiepersonell kan i årene fremover tilsi at dette behovet må erstattes av hjelpemidler og annen tilrettelegging i hjemmet. Derfor vil det ut fra samfunnsøkonomiske betraktninger være nødvendig med en viss kompetanse- og ressursforsterkning av det kommunale hjelpeapparatet for å sikre at kommunens prioriteringer/ressurser dreies over på habiliterings- og rehabiliteringsoppgavene.

Konsekvenser for brukerne

I de fleste tilfeller vil det også være lønnsomt for kommunene å ha brukere som i større grad greier seg selv og dermed er mindre kostnadskrevende med hensyn til omsorgs- og bistandsbehov.

Et helhetlig kommunalt ansvar for disse hjelpemidlene vil føre til mindre forskjeller mellom hjelpemiddelsituasjonen i kommunale institusjoner og private hjem/omsorgsboliger. Finansieringsordningen vil bli mer «nøytral» i forhold til boform/omsorgstilbud, og ikke forskjellsbehandle brukere avhengig av boform. Dette gjelder særlig senger og personløftere. Kommunens valg av omsorgstilbud vil ikke påvirkes av finansieringsordninger innenfor hjelpemiddelområdet. I tillegg fjernes dagens skille mellom brukere med midlertidig og varig behov.

Brukere med behov for flere typer hjelpemidler vil kunne oppleve at hjelpemiddelformidlingen i større grad blir et delt ansvar mellom stat og kommune, der enkelte hjelpemidler leveres av kommunen, mens andre leveres av hjelpemiddelsentralene. Allikevel er det også slik i dag at brukerne når det gjelder hjelpemidler over bestillingsordningen, først og fremst forholder seg til kommunen i formidlingsprosessen, mens mer avanserte hjelpemidler og utredning gjennomføres i kontakt med hjelpemiddelsentralen eller andre kompetansetilgjør.

8. Overføring av basishjelpemidler til kommunene, PricewaterhouseCoopers, Notat: 2.12.09

9. Dette bør utredes litt mer, selv om det vil være umulig å komme frem til eksakte tall ettersom dette avhenger av hvilken organisasjonsform kommunene velger.

Konsekvenser for staten

For hjelpemiddelsentralene vil en overføring av basishjelpemidler til kommunene først og fremst bety reduksjon i innkjøp, lagerhold og logistikkjenester overfor kommunene. En rapport fra Agenda¹⁰ viste at hjelpemiddelsentralene kun benytter 2,4 prosent av ressursene på bestillingsordningen. Innkjøpsoppgavene er etter dette betydelig effektivisert ved at den sentrale forsyningsenheten forestår mye av dette arbeidet.

Hjelpemiddelsentralene vil med en slik omlegging i større grad kunne rendyrke sin rolle som kompetansenhet overfor kommunene og brukere med mer komplekse brukerbehov og/eller behov for avanserte hjelpemidler. Selv om hjelpemiddelsentralene må overføre ressurser til kommunene i tråd med den ressursmengde som i dag benyttes innen bestillingsordningen, vil dette i mindre grad gå ut over hjelpemiddelsentralens kjerneoppgaver.

I følge PwC kan det samlede utgiftsnivået antakelig bli noe høyere, *forutsatt* at tilbudet til brukerne ikke reduseres. Et høyere utgiftsnivå vil særlig være knyttet til redusert effektivitet i innkjøp, lager, logistikk og gjenbruk dersom hver enkelt kommune skal gjennomføre dette på egenhånd. Et noe høyere utgiftsnivå vil i noen grad kunne oppveies av at kommunene vil ha et sterkere incentiv til å gjenbruke hjelpemidler enn det som er tilfelle i dagens system. Graden av redusert effektivitet vil også være avhengig av hvilke produktkategorier som overføres. Det er mulig å se for seg ulike løsninger med interkommunalt samarbeid og/eller tettere samarbeid med leverandører i lager/logistikk-kjeden. Et alternativ til økt lagerkapasitet i kommunene, vil være løsninger basert på bestilling og levering etter inngått rammeavtale direkte fra leverandør uten unødig spill av tid og ressurser i form av fordyrende mellomledd og lager.

Dette siste vil imidlertid kunne reflekteres i noe høyere priser på produktgruppene ved at leverandørene eventuelt må binde seg til kortere leveringstider og økte transportutgifter.

Modell 2: Overføring av et ansvar for basishjelpemidler innenfor bestemte produktkategorier til kommunen. Statlig ansvar for anskaffelsesprosess og inngåelse av avtaler med leverandørene som gjør det mulig for kommunene å gjøre avrop og kjøpe inn under sentrale avtaler, under forutsetning av at kommunene ønsker å inngå et slikt innkjøpssamarbeid

Denne modellen forutsetter som modell 1 at ansvaret for basishjelpemidler innenfor bestemte produktkategorier overføres til kommunen, *unntatt* ansvaret for å gjennomføre selve anskaffelsesprosessen og inngåelse av avtaler med leverandørene. Modellen forutsetter innkjøpssamarbeid mellom kommunene og Arbeids- og velferdsetaten der kommunene står som oppdragsgiver for en slik innkjøpsordning. Det følger av forskrift om offentlige anskaffelser at oppdragsgiver som har foretatt innkjøp fra eller gjennom en slik innkjøpsordning/sentral, anses for å ha overholdt reglene i forskrift om offentlige anskaffelser, dersom anskaffelsesenheten har overholdt reglene. Oppdragsgiver som benytter innkjøpsordningen trenger med andre ord ikke selv å følge anskaffelsesregelverket. Bestemmelsen omfatter for eksempel at oppdragsgiver (kommunene) legger inn en bestilling på varer eller tjenester hos anskaffelsesenheten. Forutsetningen er at anskaffelsesenheten følger forskrift om offentlige anskaffelser. Det innebærer at anskaffelsesprosessen og inngåelse av avtaler kan forbli på statlig nivå som i dag. Arbeids- og velferdsetaten vil i denne modellen fortsatt kunne inngå avtaler med leverandørene forutsatt at dette er et ønske fra kommunene. En kommune er imidlertid et selvstendig rettssubjekt med selvstendige rettigheter og plikter, og må selv kunne velge om den vil inngå et innkjøpssamarbeid eller ikke.

Utvalget har i modelldrøftingene i kapittel 9 pekt på effektivitets- og kompetanseutfordringer knyttet til at hver enkelt kommune skal håndtere anskaffelser av hjelpemidler. Kommunene trenger i denne modellen ikke å bygge opp kompetanse eller bruke ressurser på selve anskaffelsesprosessen. Det forutsettes i denne modellen at kommunene kan gjøre avrop og kjøpe inn hjelpemidler gjennom de sentrale avtalene. I denne modellen vil det måtte tas høyde for at kommunenivået involveres i anskaffelsesprosessen på den måten at de er representert i arbeidet med å utarbeide kravspesifikasjoner og produktevalueringer.

Modellen er etter utvalgets mening mer egnet til å møte utfordringer knyttet til kompetanse og kvalitet slik de er beskrevet under modell 1.

10. Kartlegging av hjelpemiddelsentralene og SYA, Agenda Utredning & Utvikling AS, februar 2008

Arbeids- og velferdsetaten vil fortsatt kunne produsere produkt- og priskataloger over hjelpemidler etter avtale og oppdatere produktinformasjonen. Når det gjelder konsekvenser for kommuner, brukere og stat utover det som er beskrevet om anskaffelsesprosess og avtaleinngåelse, så vil disse i hovedsak være de samme som beskrevet under modell 1. Ressursanslaget for kommunene vil i denne modellen sannsynligvis kunne bli noe lavere enn PwCs ressursanslag for modell 1.

Modell 3: Kommunene får finansierings- og formidlingsansvaret av basishjelpemidler, mens staten fortsatt forestår innkjøp, lagerhold og gjenbruk.

Den statlige innkjøpsordningen og lager/logistikkfunksjonen slik den er bygd opp gjennom sentrale avtaler og felles forsyningsjeneste, er i følge PwC¹¹ en effektiv organisering av anskaffelsesområdet på hjelpemiddelområdet. Selv om hjelpemiddelsentralene kan ha et ytterligere utviklingspotensiale på dette området, vil det være vanskelig å se at kommunene kan gjennomføre dette mer effektivt hver for seg eller i ulike interkommunale samarbeidsformer. Dersom kommunene bygger opp interkommunale eller regionale enheter for å utnytte egne ressurser til dette best mulig, vil man i stor grad være i en situasjon der det *både* er regionale kommunale sentraler og statlige hjelpemiddelsentraler. For å unngå en slik situasjon kan man tenke seg å opprettholde et statlig ansvar for anskaffelser, lager og logistikk (forsyning) selv om kommunene overtar finansierings- og formidlingsansvaret. Mange av hjelpemidlene er høyfrekvente og med stort volum og en effektiv logistikkfunksjon er viktig for en effektiv ressursutnyttelse, korte leveringstider og høy produktkompetanse.

En utfordring med denne løsningen vil være knyttet til prising av hjelpemiddelsentralenes arbeid, dvs. hvilke påslag i produktpris det statlige formidlingsapparatet skal gjøre for å finansiere sine anskaffelses-, lager- og logistikkjenester. I følge PwC¹² vil kostnadene antakelig bli mindre totalt sett for det offentlige enn om kommunene skal utføre dette arbeidet hver for seg. Mange av hjelpemidlene i bestillingsordningen er av ulike årsaker heller ikke egnet for gjenbruk. En del av hjelpemidlene beholdes allerede i dag i kommunen og gjenbrukes i de kommunale korttidslagrene.

Konsekvenser for kommunene

En modell der kommunene får finansieringsansvaret for hjelpemidlene, mens ansvaret for anskaffelser, innkjøp og materialadministrasjon ligger på statlig nivå, gir små konsekvenser i forhold til det praktiske arbeidet sammenlignet med dagens situasjon. For kommunene vil en slik arbeidsdeling først og fremst bety overtakelse av finansieringsansvaret over rammetilskuddene.

Prinsipielt vil modellen få små konsekvenser for kommunene med hensyn til økt kompetansebehov knyttet til produkter, anskaffelser, lager og logistikk. I stor grad vil arbeidsdelingen mellom stat og kommune være slik den er i dag. Kommunene har ved innføringen av bestillingsordningen allerede måttet gjennomføre investeringer i økt kompetanse og formidlingsapparatet.

12.2.2.1 Konsekvenser for brukerne

Med en slik fordeling av ansvar mellom stat og kommune, vil mulige konsekvenser for brukerne med hensyn til produkter og utvalg sannsynligvis bli minimale i forhold til dagens ordning.

Konsekvenser for staten

Modell 3 vil ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratet bety økte kostnader i forhold til utvikling av nødvendige IKT-systemer, samt administrative ressurser. Modellen vil kreve IKT-utvikling på flere områder. I dagens datasystem er all registrering av hjelpemidler i utlansregisteret på individnivå. I en slik modell må IKT-systemet utvikles slik at hjelpemidler som skal finansieres av kommunen registreres på kommunenivå. Det må utvikles pris- og faktureringsystem koblet opp mot hjelpemiddelsentralenes datasystem. Etaten har i dag ikke datasystem som svarer til et slikt behov. En modell der sentralene skal stå for gjenbruk av kommunefinansierte hjelpemidler vil dessuten stille krav om det utvikles et prisingssystem for brukte hjelpemidler i IKT-systemet.

Dagens system for gjenbruk i regi av hjelpemiddelsentralene, der brukte hjelpemidler leveres på tvers av kommunegrensene, vil utfordres i en modell der kommunene skal finansiere og NAV gjenbruke. Sentralene vil i en slik modell utfordres i forhold til å kunne opprettholde samme gjenbrukseffektivitet på tvers av kommunegrensene. Modellen vil kunne stå i motsetning til at hjelpemiddelsentralenes innsats i større grad bør innrettes mot brukere med mer sammensatte behov og/eller mer avanserte hjelpemidler og en større

11. Organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet, PricewaterhouseCoopers AS, Oslo, 2.april 2009

12. Overføring av basishjelpemidler til kommunene, PricewaterhouseCoopers, Notat: 2.12.09

satsing på hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet. I denne modellen vil hjelpemiddelsentralene få økt ressursbruk over mot forvatningsoppgaver som kan gå på bekostning av de brukerrettede tjenestene.

12.2.3 Utvalgets vurdering

Som drøftet i kapittel 9 mener utvalget ut fra en samlet vurdering at en overføring av finansierings- og forvaltningsansvaret for basishjelpemidler representerer en akseptabel økonomisk risiko for kommunene.

Utvalget anbefaler at det foretas en gjennomgang av produktkategorier som det er rimelig at bruker selv tar ansvar for eller som kan anses som forbruksvare og ikke lenger et offentlig ansvar. Det vises til kapittel 10 for drøfting og forslag på tematikken forbruksgode vs hjelpemiddel. Enkle redskaper til bruk i daglige aktiviteter kan etter utvalgets mening i større grad anses som forbruksvarer og den enkeltes ansvar. Det har dessuten vært en utvikling i retning av at flere produkter er universelt utformet. Flere produkter på det åpne markedet kan ha tilsvarende funksjoner som de som i dag defineres som hjelpemidler. En slik gjennomgang er etter utvalgets mening nødvendig, og uavhengig av en endret ansvarsfordeling på hjelpemiddelområdet.

Utvalget anbefaler videre at sentralenes rolle i forhold til de mer komplekse og kompetansekravende sakene/områdene styrkes, jf. anbefalinger i kapittel 13 og 14. Utvalget mener at ansvaret for basishjelpemidler (inkludert pleie- og omsorgshjelpemidler) bør overføres til kommunene.

Utvalget anbefaler at man ved en overføring må se på de samlede offentlige kostnadene og ikke på folketrygdens utgifter isolert. En forutsetning for en overføring bør etter utvalgets vurdering være at kommunene både kompetansemessig og ressursmessig er i stand til å overta ansvaret. En ansvarsoverføring bør etter utvalgets mening ses i sammenheng med det ansvaret kommunene allerede har når det gjelder midlertidig behov. Etter utvalgets syn må det være en målsetning at en ansvarsoverføring reduserer dagens skille mellom midlertidig og varig behov i størst mulig grad.

Utvalget viser til drøfting av tre prinsipielle modeller for en eventuell overføring av basishjelpemidler, alternativt avgrenset til pleie- og omsorgshjelpemidler til kommunen med påfølgende konsekvenser for kommuner, bruker og stat. De forutsetninger som er beskrevet ovenfor

bør etter utvalgets syn ligge til grunn ved en ansvarsoverføring uansett hvilke modell som velges.

Modell 1 og 2 bygger i prinsippet på en modell der kommunene overtar et helhetlig ansvar for utvalgte produktkategorier, forskjellen er at ved modell 2 vil Arbeids- og velferdsetaten fortsatt kunne ha ansvar for anskaffelsesprosessen og avtaleinngåelse med leverandørene gjennom et innkjøpssamarbeid med kommunene. Kommunene vil da kunne stå som oppdragsgivere overfor den statlige anskaffelsesenheten, alternativt kan kommunene velge å ta ansvaret for innkjøp selv. Modell 2 vil etter utvalget mening løse kompetanseutfordringer rundt anskaffelsesprosessen og de risikomomenter som er beskrevet rundt sortiment under modell 1. Arbeids- og velferdsetaten vil i modell 2 fortsatt kunne ivareta pris- og produktinformasjon på hjelpemidler etter avtale som etter utvalgets syn er en viktig kvalitets- og kompetansefaktor. Modellene vil kunne utfordre kommunene i forhold til ressursbehov, men samtidig mener utvalget at en slik overføring må ses i sammenheng med den forestående samhandlingsreformen. Modellene vil sette krav til økte lagerlokalteter og nye IKT-løsninger, som i noen grad kan kompenseres med bestilling og levering direkte fra leverandør. Ressurs- og kostnadsomfanget vil avhenge av omfanget av produktkategorier som overføres. Utvalget legger til grunn at et noe høyere utgiftsnivå på disse oppgavene i noen grad vil kunne oppveies av at kommunene vil ha et sterkere incentiv til å gjenbruke hjelpemidler enn det som er tilfelle i dagens system.

Modell 3 ville etter utvalgets mening avhjulpet de kommunale utfordringene i forhold til ressursbehov, lokaliteter m.m. Utvalget ser imidlertid at en slik modell vil kunne stå i motstrid til at kommunene er selvstendige rettssubjekter som må stå fritt i forhold til å velge organisering og finansiering av oppgavene.

Etter en samlet vurdering mener utvalget at modell 2 bør utredes videre ut fra de forutsetninger og prinsipper som skisseres når det gjelder innkjøpssamarbeid mellom stat og kommune. Ved en ansvarsoverføring bør en se på de samlede offentlige kostnadene og ikke bare folketrygdens utgifter. En overføring må ikke skape nye gråsoner mellom stat og kommune, med den konsekvens at brukere kan risikere å bli kasteballer mellom ulike ordninger. Modellen forutsettes utarbeidet i et nærmere samarbeid mellom staten og representanter for kommunesektoren.

12.3 Behov for tilrettelagt bolig

Et av regjeringens boligpolitiske hovedmål er å øke antall boliger som er tilgjengelige for personer med funksjonsnedsettelse. Dette gjelder personer som er født med eller som i relativt ung alder får en funksjonsnedsettelse og eldre som opplever at alderen gradvis nedsetter deres funksjons- eller orienteringsevne¹³. I boligmeldingen¹⁴ vises det til at 11 prosent av befolkningen har boligrelevant funksjonshemming. Det sies videre at graden av hemming og krav til boligutforming varierer sterkt. De fleste kan klare seg selv i en bolig med enkle tilpasninger dersom den i utgangspunktet ikke krever forsering av (mange) trapper. Andre må ha mer omfattende tilrettelegging. I *Fra bruker til borger*¹⁵ vises det til at personer med funksjonsnedsettelse har begrensede valgmuligheter når det gjelder bolig og bosted. Dette skyldes ikke bare dårlig fysisk tilgjengelighet og manglende infrastruktur, men har også sammenheng med at tjenestetilbudet i en del kommuner er knyttet opp mot spesielle boliger. Ifølge St.meld. nr. 23 (2003–2004) vil behovet for tilrettelagte boliger øke sterkt i årene fremover i forbindelse med den demografiske utviklingen og veksten i andelen eldre. I følge Handlingsplanen for økt tilgjengelighet (2004) utgjør tilveksten av ny bebyggelse ca. 2 prosent per år av den totale bygningsmassen. Den lave tilveksten av nye boliger og det faktum at mange av disse boligene heller ikke er tilgjengelige for bevegelsehemmede, gjør det nødvendig å fokusere på tilgjengelighet i eksisterende boligmasse. Tilgjengeligheten i boligmassen er lav i Norge, anslagsvis 7 prosent av samtlige boliger var bygget med livsøpsstandard, jf. levekårsundersøkelser i 2001 og 2004¹⁶. Egnede boliger er også ofte dyre boliger. I kapittel 5 vises det til at bruttoinntekt og bruttoformue er lavere for brukere av hjelpemidler enn generelt for befolkningen. Konsekvensen er at personer med funksjonsnedsettelse har få valgmuligheter når boligen ikke lenger er funksjonell.

Grenseflater mellom folketrygdens og Husbankens ordninger

I 1978 ble det foretatt en grensdragning mellom folketrygden og Husbankens ordninger. Husbanken fikk ansvar for prosjektering og bygningsmessige tilpasninger, og trygdeetaten fikk ansvar for refu-

sjon av hjelpemiddel (løsøre). Den store forskjellen på ordningene er at hjelpemiddel fra folketrygden er rettighetsbasert, mens finansieringsordningene i Husbanken er behovsprøvd. Manneråkutvalget¹⁷ viser til at det oppsplittede finansieringsansvaret kan resultere i at løsninger blir valgt ut i fra mulig betalingskilde, og ikke ut fra hvilken løsning som er mest formålstjenlig for brukeren. Dette kan for eksempel illustreres ved at folketrygdfinansiert trappeheis foretrekkes fremfor utbedring av bolig, som må finansieres med egne midler og lån. Boligmeldingen¹⁸ anbefaler, i tråd med Manneråkutvalget, at grensene mellom folketrygden og Husbankens finansieringsansvar blir klarere. Etter utvalgets oppfatning bør folketrygdens og Husbankens virkemidler utvikles slik at ordningene kan virke gjensidig utfyllende. Husbankens virkemidler overfor funksjonshemmede ble evaluert i 2002¹⁹. Rapporten viser til ulike måter boligmarkedet skaper funksjonshemmende barrierer. For det første er andelen *fysisk tilgjengelige* boliger svært lav. For det andre viser rapporten til manglende *strukturell tilgjengelighet*. I tillegg anbefales at man ser på grensdragningen mellom Husbankens ordninger og folketrygdens rettigheter.

Boligrådgivning

Tilpasningssaker er ofte komplekse og krever kompetanse på mange felt. Tilpasningen kan løses enten bygningsmessig eller ved installasjon av hjelpemidler, eller i en kombinasjon²⁰. Når en person har behov for å tilrettelegge boligen med en kombinasjon av hjelpemidler og ombygging, må et stort antall etater inn i bildet både ved utredning av løsninger og senere ved utbedringen.

Selv om det finnes mange gode unntak, er området preget av at bruker kan få en tilfeldig og lite helhetlig tjeneste. Brukerne får for dårlig informasjon om alternative løsninger og konsekvenser av disse. Det tiltaket som bruker velger til slutt er ikke alltid kvalitetssikret når det gjelder økonomi og behov. Det er ofte liten eller ingen oppfølging for å se om tiltaket fungerer, og det er vanskelig å fastslå om offentlige midler blir brukt målrettet. De senere årene har kommunene tatt over en stadig større del av de økonomiske ordningene og virkemidlene som Husbanken tidligere behandlet.

17. NOU 2001:22 Fra bruker til borger

18. NOU 2002:2 Boligmarkedene og boligpolitikken

19. Bliksvær, Trond (2002): Klient, omsorgstaker eller herre i eget hus? En evaluering av Husbankens tiltak for funksjonshemmede, Nordlandsforskning NF-rapport nr. 19

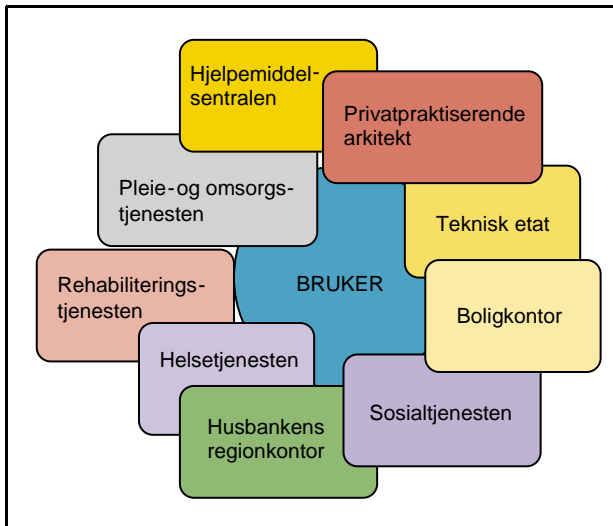
20. Boligtilpasning, Husbanken Region vest og Arbeids- og velferdsetaten, oktober 2006

13. St.meld. nr. 23 (2003–2004) Om boligpolitikken

14. NOU 2002:2 Boligmarkedene og boligpolitikken

15. NOU 2001:22 Fra bruker til borger

16. Full deltagelse for alle? Utviklingstrekk 2001–2006, L. Gulbrandsen, 2006



Figur 12.2 Ulike kommunale og statlige aktører i boligrådgivningen (i tillegg kommer håndverkere i selve utbedringsfasen)

Samtidig har Husbanken også gått fra regelstyring til målstyring og i stor grad fjernet regelverket som de kommunale saksbehandlerne skal behandle sakene etter²¹. De fleste kommuner har lagt disse ordningene til et boligkontor eller sosialtjenesten. På kommunalt nivå er det opp til den enkelte kommune hvordan de ønsker å organisere boligrådgivningen. Kommunene har ansvar for å sørge for formidling av hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte bruker. Tradisjonelt er det ergoterapeuter og fysioterapeuter som jobber med formidling av hjelpemidler og tilrettelegging av miljø. I boligsaker kan det være behov for å samarbeide med andre instanser i kommunen som har kunnskap om bygningsmessige og økonomiske forhold (som boligkontor/sosialkontor, teknisk etat, vaktmestere som foretar mindre boligendringer). Det er ingen instans/etat som har et formelt ansvar for å bistå bruker med å koordinere de ulike hensynene som må legges til grunn før en utbedringsløsning velges.

Boligprosjekt

Husbanken og tidligere Rikstrygdeverket inngikk i 2004 en samarbeidsavtale hvor hovedmålet var å ivareta brukers behov for en samordnet oppgaveløsning og tjenestetilbud. *Prosjekt Boligtilpasning* ble etablert i januar 2005, og et modellforsøk ble igangsatt i 15 kommuner i Hordaland og Sør-Trøndelag. Målet med prosjektet var å legge til rette for

at personer med tilgjengelighetsproblemer i egen bolig skulle få en mer hensiktsmessig boligløsning. Prosjektet har hatt fokus på samarbeidet mellom de ulike aktørene og etatene. Målet er å etablere boligrådgivning i forsøkskommuner, sikre kommunalt samarbeid mellom ulike sektorer, samt å samordne og bruke de økonomiske virkemidlene mer fleksibelt. Bruker som fyller vilkårene for å få folketrygdfinansiert heisløsning, kan for eksempel få utbetalt et tilskudd i stedet når det er mer hensiktsmessig å tilrettelegge boligen på ett plan. Tilskuddet inngår da i en felles finansieringsplan sammen med midler fra Husbanken, kommunen og privat bank. Hensikten er å unngå «paradokssakene» der det installeres dyre midlertidige hjelpemiddelløsninger og i stedet få varige løsninger med nødvendige funksjoner på en flate. Prosjektet ble evaluert av Statskonsult i 2006²² med positivt resultat. Blant annet på denne bakgrunn bestemte Arbeids- og inkluderingsdepartementet at prosjektet skulle videreføres og utvides til alle fylkene i 2007. Videre drift må utredes. Det vises til problematiseringen av finansieringsspørsmålet i kapittel 11.10.3.

Utfordringer på hjelpemiddelområdet når det gjelder boligtilpasning

Det kan gis støtte til hjelpemidler for å øke den fysiske tilgjengeligheten til og i boligen, herunder trappeheis, løfteplattform, ramper, omgivelseskontroll/døråpnere mv. Valg av denne typen hjelpemiddel må ses i sammenheng med andre nødvendige tilretteleggingsbehov for at bruker skal kunne fungere i boligen. I 2008 var de samlede utgiftene på hjelpemidler til husholdning og boligtilpasning på om lag 729 mill. kr. Denne kategorien omfatter et vidt spekter av hjelpemidler som senger, spesielle sittemøbler, hev/senk løsninger på bad og kjøkken, bord- og arbeidsstoler, belysning m.m. i tillegg til hjelpemidler som bedrer tilgjengeligheten. De samlede utgiftene innenfor disse produktkategoriene har hatt en relativt sterk vekst de siste årene. Økningen fra 2003 til 2008 var på ca. 26,8 prosent målt i faste 2008-kr. Man antar at veksten fortsetter de neste årene også, særlig med tanke på fremtidig vekst i antall eldre. Det har spesielt vært en økning i installering av heiser og ramper siste årene. Antall utlånte trappeheiser økte fra 982 i 2006 til 1158 i 2008 (18 prosent). Antall utlånte fastmonterte ramper økte fra 9741 i 2006 til 14203 i

21. Rapport Prosjekt bustadtilpassing, 2006 Husbanken/NAV

22. Evaluering av Prosjekt Boligtilpasning – om sikring av hensiktsmessige løsninger for personer med tilgjengelighetsproblem i egen bolig. Rapport nr.2006:8 Statskonsult

2008 (46 prosent). Det er også økt bruk av omgivel-seskontroll/døråpnere. Installeringen av automa-tiske åpnere/lukkere av dører økte fra 1456 i 2006 til 2309 i 2008 (59 prosent). Installasjonskostna-dene har økt fra 85,4 mill. kr i 2006 til 111,1 mill. kr i 2008 (30 prosent). Boligtilpasninger fordrer også bruk av håndverkstjenester som snekker, rørleg-ger og elektriker i forbindelse med installering av hjelpemidler, i tillegg til de mer spesialiserte tje-nestene i forbindelse med installering av heis. Alle kostnader i forbindelse med installering belastes hjelpe-middelsentralenes driftsbudsjett og en fortsatt vekst på området vil kunne gi sentralene budsjett-messige utfordringer i tiden framover.

Når det gjelder området tilpasning av bolig kan utfordringene relatert til hjelpemiddelområdet deles i to hovedkategorier; *tilrettelegging av enebolig m.m.* og *tilrettelegging av fellesarealer i flerleilig-hetsbygg*.

Tilrettelegging av enebolig m.m.

Her finner man gjerne hustander der et familie-medlem brått får en endret livssituasjon eller at familien får et barn med funksjonsnedsettelse. Det er boliger som kan ha alternative løsningsmu-ligheter som ombygging i stedet for installering av trappeheis eller løfteplattform. Erfaringene fra boligprosjektet tilsier at det er et potensial for at om lag 15 prosent av *heissakene* kan ha et bedre løs-ningsalternativ gjennom tilpasning av boligen i ste-det for installering av hjelpemidlet. Hovedvekten av brukerne som nyttiggjør seg av ordningen består også av aldersgrupper som sannsynligvis skal bo lenge i boligen. De fleste har dessuten gjerne få alternative boligvalg i sin kommune. God og helhetlig rådgivning er imidlertid ofte en forut-setning for å finne gode løsningsalternativ på et oppstått boligproblem.

Erfaringer fra boligprosjektet er at det kan være problem å få til et samarbeid med teknisk etat/personer med byggteknisk kompetanse. Erfar-ingene er at resultatenheter kan vanskeliggjøre samarbeid mellom etater/enheter²³. Flatøutval-get²⁴ finner også at to-nivå modellen i mange kom-muner gir koordineringsutfordringer. Der teknisk etat eller personer med byggteknisk kompetanse har samarbeidet med andre faginstanser er erfarin-gene udelt positive. Prosjektet har synliggjort at ulike aktører har ulik kompetanse og tilnærings-

måte i tilpasningssaker. Å få tilgang til kompetanse både på kommunalt og statlig nivå har i følge eva-lueringen vært en gevinst for brukerne. Betydnin-gen av at bruker har en fast kontaktperson å for-holde seg til og som kan koordinere de ulike aktø-rene/fagfolkene, understrekes i prosjektet.

Tilrettelegging av fellesarealer i flerleilighetsbygg

Manglende universell utforming av fellesarealer i både nye og eldre flerleilighetsbygg øker utgiftene til folketrygden. Det dreier seg i hovedsak om installering av hjelpemidler som omgivel-seskontroll/døråpnere, trappeheis, ramper og terskeleli-minatorer m.m.

Trappeheiser

Installering av trappeheiser utgjør den største utfordringen når det gjelder tilrettelegging av fellesarealer i lavblokkbebyggelse. Det har i følge hjelpemiddelsentralene vært en stadig økende etterspørsel etter denne typen løsninger siste ti-året. Med utgangspunkt i den lave tilgjengeligheten i boligmassen vil sannsynligvis tendensen fortsatt øke i årene fremover. I 2004 var 20 753 boligblok-ker/bygårder uten heis av totalt 27 451²⁵. I en sam-menligningsstudie (2006) utført av NBBL²⁶, vises det til at Sverige har en heisdekning på 90 prosent i boligblokker på 4 etasjer, mens tilsvarende dek-ning i Norge er anslått til 10 prosent. Norge skiller seg fra andre nordiske land når det gjelder monter-ing av midlertidige trappeheisløsninger fremfor etterinstallering av varige heisløsninger. Både i Sverige og Finland har det i en årrekke eksistert støtteordninger som bidrar med opptil 50 prosent av kostnadene for installering av varige heisløsning-er²⁷. Det er ifølge Norske Boligbyggelag etter-installert 200 heiser i lavblokker på landsbasis i Norge de siste 20 årene. Noe som i følge NBBL har gitt en bedret tilgjengelighet til over 3000 boliger.

Det er i hovedsak eldre som opplever at aldrin-gen nedsetter deres gangfunksjon og mulighet til å forsere trapper som ønsker at det installeres trap-peheiser i fellesarealer. Trappeheis i fellesoppgang gir beboere mulighet til å komme seg ut av boligen som de ellers ikke ville hatt.

Det installeres trappeheiser opptil fjerde etasje. Når trappeheisen går over flere etasjer og kanskje også brukes av mer enn en beboer, er det ikke all-tid en god løsning. Heisen går sakte, det tar tid og

23. Evaluering av Prosjekt Boligtilpasning – om sikring av hen-siktsmessige løsninger for personer med tilgjengelighets-problem i egen bolig. Rapport nr. 2006:8 Statskonsult

24. NOU 2009:22 Det du gjør, gjør du helt

25. www.ssb.no (2004)

26. www.nbbl.no NBO-rapporten 2006

27. NBO-rapporten, www.nbbl.no, 2007

komme seg ut og inn, spesielt gjelder dette når man heller ikke kan oppbevare heisen i den etasje man bor og den må «hentes» fra kjelleren. Heisen har ofte kapasitetsproblemer når flere enn en beboer skal «dele på heisen». Det kan dessuten være en problematisk løsning når det gjelder reduksjon av areal i trappen for allmenn ferdsel for rømningsvei ved brann. Ved montering av trappeheis i fellesoppgang utgjør skinnesystemet den største kostnaden. Skinnesystemet støpes spesielt for den enkelte trappeoppgang og kan ikke gjenbrukes. Hjelpemiddelsentralene opplever i tillegg at det demonteres trappeheiser etter at beboer ikke lenger har behov for heisen, for så å få ny søknad på et senere tidspunkt når en annen beboer har fått problemer med trappene. Det er pr. 31.12.09 over 4150 trappeheiser i bruk til en verdi av 121 mill. kr. Antall utlånte trappeheiser økte med 18 prosent fra 2006 til 2008. En stadig økende andel av trappeheisene installeres i fellesoppganger. Det er i tillegg forholdsvis store årlige utgifter til service og reparasjoner på grunn av større slitasje og at trappeheiser i fellesoppganger er mer utsatt for ødeleggelser. Kostnader i forbindelse med installasjon, service og reparasjoner belastes hjelpemiddelsentralenes driftsbudsjett og vil gi sentralene budsjettmessige utfordringer i tiden framover. Til sammenligning ble det i statsbudsjettet for 2010 øremerket fem mill. av Husbankens boligtilskuddsmidler til prosjektering av og investering i etterinstallering av heiser.

12.3.1 Utvalgets vurderinger

Utvalget mener at tilpasning av bolig er et viktig virkemiddel for å sikre at personer med funksjonsnedsettelse får en egnet bolig. Dette vil bidra til at de i større grad mestrer eget boforhold og at deres behov for øvrige tjenester minker. Det er et kommunalt ansvar å medvirke til å skaffe egnet bolig. Boligrådgivning er i den forbindelse helt avgjørende for hvorvidt brukere får den hjelpen de har krav på. Utvalget viser også til nødvendigheten av at ulike hensyn blir koordinert når et tilretteleggingsbehov oppstår (jf. utvalgets anbefalinger i kapitlene 11 og 13 Individuell plan og bestemmelser om koordinering av tjenester). Utvalget mener at berørte departementer bør utrede en mer helhetlig løsning på området, (jf. utvalgets anbefalinger i kapittel 11). Utvalget presiserer også den enkeltes ansvar for å skaffe seg en egnet bolig i forbindelse med aldring og livsfaseproblematikk.

12.4 Hjelpemidler og utstyr for deltagelse i lek og sport

Fysisk inaktivitet er en økende utfordring, og inaktivitet øker i alle aldersgrupper. Aktivitetshåndboken²⁸ viser til en rekke forskningsrapporter som beskriver ulike effekter av fysisk aktivitet for alle aldersgrupper. I følge Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, er det å ivareta den fysiske, psykiske og sosiale utvikling viktig for alle²⁹. Det inkluderer også personer med funksjonsnedsettelser. NOVA³⁰ viser til at inkludering er mer effektiv enn medisiner for å hindre ensomhet og depresjoner. Beitostølen Helsesportsenter³¹ hevder at det kan være enda viktigere for funksjonshemmede å delta i fysisk aktivitet enn for andre. Det mener at fysisk aktivitet har spesielt stor relevans for de som har liten sosial erfaring og at fysisk aktivitet kan være en viktig arena for sosialisering og for å lære seg allmenne og generelle ferdigheter. I *Resept for et sunnere Norge*³² vises det til at undersøkelser tyder på at over halvparten av den voksne befolkningen har for lavt aktivitetsnivå. Fysisk aktivitet henger sammen med sosial status. Det er flere med høy utdanning enn med lav som mosjonerer. I Handlingsplanen for fysisk aktivitet³³ vises det til SSBs levekårsundersøkelser som oppgir at personer med nedsatt funksjonsevne er mindre fysisk aktive enn andre. I følge Handlingsplanen³⁴ handler det å få folk i aktivitet om å legge til rette for at folk enkelt skal kunne være fysisk aktive i hverdagen og på fritiden. Evalueringen av handlingsplanen vektlegger betydningen av å tilrettelegge for fysisk aktivitet som en del av hverdagens aktiviteter.

Direktoratet for naturforvaltning³⁵ viser til at mange med funksjonsnedsettelse er avhengig av personlige hjelpemidler for å kunne delta i ulike aktiviteter, men at det kan være vanskelig å få tilgang til slike hjelpemidler. Slike hjelpemidler kan være svært dyre og folketrygden gir ikke støtte til

28. Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling, 2009, Helsedirektoratet

29. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet: Fysisk aktivitet og helse. Rapport 2/2000. SEF, Oslo, 2000

30. NOVA-rapport, Funksjonshemming, ensomhet og depresjon, K.Thorsen og S.E. Clausen

31. Fysisk aktivitet og funksjonshemming, Beitostølen Helsesportsenter, 2001

32. St meld 16 Resept for et sunnere Norge (2002–2003)

33. Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009, Departementene

34. Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009), Departementene

35. Friluftsliv for funksjonshemmede. Anbefalinger om tiltak for å bedre funksjonshemmedes muligheter til friluftsliv. Utredning 2003-4. Direktoratet for naturforvaltning.

hjelpemidler (...) for personer over 26 år. Det viser til at friluftsliv og annen fysisk aktivitet er viktig for helse og livskvalitet for alle, ikke bare for dem under 26 år. I følge Beitostølen Helsesportsenter spiller tilpasning av aktivitetshjelpemidler en stadig viktigere rolle for å oppnå aktivitet blant funksjonshemmede i takt med samfunnsutviklingen, den nye aktivitetstrenden og teknologisk utvikling.

12.4.1 Aktivitetshjelpemidler (26-års grense)

Aktivitetshjelpemidler er utstyr som er spesielt utviklet for at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne delta i lek og sportsaktiviteter. Mange av hjelpemidlene er kostbare sammenlignet med hva befolkningen ellers betaler for utstyr til samme eller tilsvarende aktiviteter og de må ofte tilpasses individuelt. Det er i tillegg et kompetansekrevede område i forhold til å holde seg oppdatert over produktspekteret og nyutvikling på området. To hjelpemiddelsentraler har opparbeidet spesiell kompetanse på utvalgte aktivitetshjelpemidler. Når det gjelder utprøving av en del av disse hjelpemidlene, ligger det begrensninger i å få prøvet disse i en naturlig sammenheng, for eksempel i skibakken eller ute i naturen. Utprøvingen må i enkelte tilfeller også fungere som opplæring, der hjelpemidlene må prøves ut over flere dager blant annet for å finne det hjelpemiddelet som fungerer best. Med bakgrunn i dette er det etablert et samarbeid mellom de to ressursentralene og helsesportsentrene Beitostølen og Valnesfjord. Brukere som ønsker å prøve ut visse typer aktivitetshjelpemidler kan søke seg til et opphold ved helsesportsentrene. De to hjelpemiddelsentralene samarbeider om sakene, uavhengig av brukerens bosted.

12.4.2 Utstyr til trening og stimulering (26-års grense)

Departementet utvidet i 2003 stønaden til trening og stimulering, ikke bare i forhold til aldersgrensen, men også i forhold til formålet. Fra og med 2003, kan det gis stønad til vanlige leker om leken benyttes til trening og stimulering, forutsatt at utstyret inngår i en målrettet plan der funksjonsnivå og behov samt mål og tiltak for å nå målene beskrives. Avgrensningen vurderes opp mot hva som er vanlig utstyr blant hovedandelen av hva andre barn i Norge benytter/har tilgang til. Utvalget viser til kapittel 11 der det anbefales at utstyr som det i dag gis stønad til og som andre foreldre kjøper til sine barn bør tas ut som en del av det offentlige ansvar (jf. også drøfting om forbruksvare og eget/offentlig ansvar i kapittel 10). En del

av utstyret som gis til trening og stimulering er diverse typer leker og utstyr som skal gi sansestimulering som lyd, lys og tekstur, PC-spill m.m. eller det kan også være treningsutstyr som for eksempel fysioterapibenk, diverse treningsapparater, treningsmatter m.m. som ligger i grenselandet mellom trenings- og behandlingsutstyr. I tillegg kan det gis utstyr som benyttes i forbindelse med behandlingsmetoder som Doman og Petö (behandlingsmetoder utenfor Norge for barn med hjernesker). Det siste er gjerne spesialutstyr som ligger i grenselandet mellom trenings- og stimuleringsutstyr og behandlingsutstyr som er en del av helseforetakenes ansvar.

Utgifter til utstyr til dette formålet har hatt en sterk økning de siste årene. For 2006 var utgiftene for folketrygden på ca. 59 mill. kr, og i 2008 var de på ca. 79 mill. kr. For 2009 har utgiftene har gått noe ned til om lag 69 mill. kr. Arbeids- og velferdsdirektoratet forventer en fortsatt økning til disse formålene. En opphevelse av 26-årsgrensen innenfor dagens regelverk er estimert til å medføre en dobling av antall brukere.

12.4.3 Utvalgets vurderinger

Fysisk aktivitet er en prioritert folkehelsesatsing, utvalget mener også derfor at voksne med funksjonsnedsettelse må få samme mulighet til å delta i fysisk aktivitet som resten av befolkningen. Tiltretlagt utstyr for å drive med fysisk aktivitet er vanligvis langt dyrere enn ordinært sports- og aktivitetstutstyr for samme eller tilsvarende aktiviteter og ofte utenfor økonomisk rekkevidde for den enkelte (jf. kapittel 5 om inntekts- og formuessituasjonen for brukere av hjelpemidler). Foreldre med funksjonsnedsettelse har for eksempel i dag ikke samme mulighet til en aktiv fritid sammen med sine barn. Utvalget viser til kapittel 11 med anbefalinger om å oppheve aldersgrensen for aktivitetshjelpemidler og utstyr til trening og stimulering.

12.5 Tolking

De fleste rettigheter til tolking er hjemlet i folketrygdloven; tolk til høyere utdanning og på arbeidsplassen, ved helsetjenester, rehabilitering og til daglige gjøremål. Opplæringsloven gir rett til tolking i barnehage og grunnskole og for ungdom i videregående skole. Videre tolkes domstolloven slik at retten til tolking omfatter både tegnspråk og skrive-tolking. Utover dette gjelder pasientrettighetsloven som gir pasienten rett til medvirkning, informasjon og innsyn og forskriftene til loven som

understreker retten til tilrettelagt kommunikasjon ved for eksempel innleggelse på sykehus. Målet for tolketjenesten bør i følge Tolkeutredningen 2008³⁶ være at den ivaretar brukernes rett til kommunikasjon og sikre døve, døvblinde og hørselshemmedes rett til menings- og ytringsfrihet. Tolketjenesten skal fremme brukernes deltagelse og likestilling i arbeid og aktivitet, dagligliv og samfunnsniv. Tolketjenesten skal videre yte tjeneste på brukernes premisser og styrke muligheten for selvstendighet og sosialt liv. Tolkeutredningen slår fast at for døve, døvblinde og hørselshemmede som trenger tolk, er det å bli avskåret fra tolk ensbetydende med å bli fratatt retten til å kommunisere og ytre seg. Tolketilbudet omfatter i prinsippet alle tolkeformer: tegnspråktolkning, stemmetolkning, skrive- og tegntolkning og tegn som støtte til munnnavlesning, tolk- ledsagertjeneste for døvblinde m.m.

Tolketjenesten er en del av hjelpemiddelsentralens tjenestetilbud. Tolketjenesten består av om lag 170 ansatte tolker, samt at sentralene har avtale med om lag 370 frilanstolker. Tjenesten yter tolking for ca. 3500 tolkebrukere, hvorav om lag 85 prosent er døve og 15 prosent døvblinde eller døvblitte. Tolkning i dagligliv og andre arenaer gitt av frilanstolker var på ca. 36 mill. kr i 2008. Tolkning i arbeid og utdanning var ca. 50 mill. kr. Tolkning som gis av tolker ansatt på hjelpemiddelsentralene belastes sentralenes driftsbudsjett og kommer i tillegg. På tross av en jevn økning på tolketilbudet, er det underkapasitet i forhold til behovet for tolking. I 2008 var dekningsgraden generelt for tolking på 78 prosent, dvs at hver femte bruker som melder inn et tolkebehov ikke får dekket dette.

I prinsippet skal retten til tolking være den samme over hele landet. I praksis varierer tolketilbudet mye, først og fremst avhengig av hvor langt unna tolketjenesten tolkebrukeren bor. Kostnads-systemet for fordeling av utgifter i forbindelse med tolkeoppdrag er to-delt. Tolkeoppdrag for fast ansatte tolker belastes hjelpemiddelsentralens driftsbudsjett og setter økonomiske rammer for hvilke tolkeoppdrag hjelpemiddelsentralene kan påta seg, mens utgifter i forbindelse med tolkeoppdrag for frilanstolkene i sin helhet føres på stønadsbudsjettet. Finansieringsordningen innebærer at tolketjenesten fungerer dårligst for brukere som bor lengst fra sentralene.

Døve i arbeid kan også få bildetolkutstyr i tillegg til ordinær tolking. Arbeids- og velferdsetaten arbeider med å utvikle bildetolkning fra prosjekt til

permanent drift. Bildetolktjenesten er etablert med studioer tre steder i landet. Tilbudet er først og fremst for brukere i arbeidslivet, men det arbeides med å rekruttere flere brukere, og da særlig brukere som ønsker bildetolkning via 3G-mobiltelefon, uavhengig av arena. En bildetolktilbud overfor brukere som har/skaffer seg 3G-telefon vil på sikt kunne gi en mer fleksibel tjeneste, særlig ved behov for kortere tolkeoppdrag.

I statsbudsjettet for 2010 ble det foreslått at alle utgifter i forbindelse med tolking for døve og tolke- og ledsagerhjelp døvblinde skulle overføres fra stønadsbudsjettet til Arbeids- og velferdsetatens driftsbudsjett. Forslaget ble ikke vedtatt under Stortingets budsjettbehandling. I arbeids- og sosialkomiteens³⁷ innstilling ber komiteens flertall Regjeringen om å komme tilbake med en vurdering av forslaget om en eventuell flytting av bevilgningen (...) til tolkehjelp (...) i forbindelse med 2011-budsjettet. Komiteen viser til høringen 2. november 2009 hvor det fremkommer usikkerhet om tilgangen til hjelp og at tilbudet til brukerne kan bli svekket. Komiteens flertall viser videre til St.meld. nr. 40³⁸ som slo fast at sektoransvarsprinsippet skal legges til grunn for politikken overfor personer med nedsatt funksjonsevne. Retten til tolking og finansiering av tolketjenesten er i dag nedfelt i en rekke sektorlover. Flertallet er enig i behovet for en mer effektiv og helhetlig organisert tolketjeneste. I den forbindelse bør det vurderes om sektoransvarsprinsippet fortsatt skal gjelde og om det kan være eventuelle fordeler med å samle finansieringen av all tolketjeneste. Flertallet ønsker at dette vurderes i sammenheng med videre oppfølging av Tolkeutredningen 2008 og hjelpemiddelutvalgets helhetlige gjennomgang av forvaltning, organisering og finansiering av hjelpemidler. Flertallet understreker at rettighetene til bruker skal ivaretas ved en eventuell omlegging av finansieringen.

12.5.1 Utvalgets vurderinger

Etter utvalgets syn er det fortsatt en vei å gå før tolketjenestens mål om rett til tolking når man trenger det er innfridd. Befolkningen i sin alminnelighet kan ta retten til kommunikasjon som en selvfølge og trenger ingen offentlig tjeneste for å kunne benytte seg av den. Tolketjenesten er etter utvalgets mening samfunnets viktigste instrument for at

36. Tolkeutredningen 2008, Framtidens tolke- og kommunikasjonstjeneste for døve, døvblinde og hørselshemmede

37. Innst. 15 S (2009–2010) Innstilling til Stortinget fra arbeids- og sosialkomiteen, Prop. 1 S (2009–2010) med Tillegg 3 (2009–2010)

38. St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmede barrierer

retten til kommunikasjon kan sikres for døve og døvblinde. Utvalget mener i den forbindelse at selv om tolkemetodene slik vi kjenner dem i dag fortsatt vil forbli grunnleggende også i fremtiden, så må tolketjenesten være åpen for å ta i bruk nye teknologiske løsninger som kan supplere og gjøre tjenesten mer fleksibel og tilgjengelig. Etter utvalgets syn må også sektoransvarsprinsippet også legges til grunn for tolkeområdet. Samtidig vil utvalget peke på at det kan det være hensyn som tilsier at ansvaret legges til en sektorovergripende instans, særlig når det gjelder mer arenavhengig bistand.

Dette tilsier etter utvalgets vurdering at dagens finansieringssystem for tolkeoppdrag bør gjennomgås for å få et system som gir en best mulig effektiv utnyttelse av tilgjengelige tolkeressurser. Med bakgrunn i at mange døve og døvblinde i dag ikke får dekket sitt tolkebehov, mener utvalget at en omlegging må gjøres ut fra en helhetlig vurdering av en finansieringsform som sikrer at brukerne får de rettighetene de har krav på. Utvalget viser til kapittel 11 med forslag om nedsettelse av et lovutvalg som skal gjennomgå hele hjelpemiddelområdet i forhold til fremtidig lovforankring. Rett til tolking vil bli inkludert i dette arbeidet.

12.6 Ny teknologi

12.6.1 Nye muligheter og nye barrierer.

Teknologiforandringene skjer stadig raskere. Ny teknolog får spesielt stor betydning, ikke bare for samfunnsutviklingen, men også for enkeltmennesket. I vår tid gjelder dette blant annet utviklingen av informasjons- og kommunikasjonsteknologi, bioteknologi og nanoteknologi. Det er umulig å spå hvilke muligheter teknologisk forskning og utvikling vil bringe i fremtiden. Men den raske utviklingen gjør også at det stadig åpner seg nye muligheter for å kompensere for funksjonsnedsettelse, samtidig som ny teknologi også kan skape nye barrierer.

Teknologi kan gi nye muligheter for et selvstendig og meningsfullt liv. Det kan dreie seg om allerede utviklede produkter for hjelpemiddelmarkedet eller vanlige forbruksvarer. Ordinære produkter kan inneholde støttefunksjoner som, gjennom individuell tilrettelegging, kan ha en hjelpemiddel-funksjon for personer med funksjonsnedsettelse som for eksempel mobiltelefoner og GPS-enheter. Det kan være en utfordring å synliggjøre nytten av nye produkter. Denne utfordringen øker ettersom utviklingen av nye produkter øker, teknologiens nyttepotensial øker og grensesnittet mellom hjel-

pemidler og vanlige forbruksvarer er i bevegelse. Manglende etterspørsel på grunn av manglende utprøvnings- og implementeringsmuligheter for personer med funksjonsnedsettelse, kan bety at utviklingen foregår på andre målgruppers premiser. Det er grunn til å tro at nye hjelpemidler og produkter kan bety et stort kvalitetsløft for mange i forhold til å kunne leve et selvstendig og mer meningsfullt liv, samtidig som at nye løsninger kan bidra til å forbedre arbeidsmiljøet for ansatte i pleie og omsorgssektoren. Implementering av ny teknologi kan også redusere behovet for personlig assistanse.

Det bygges stadig flere leiligheter med «seniorprofil» og med smarthusteknologi (sensorteknologi) installert. Målgruppen er da godt voksne som har begynt å planlegge alderdommen. Smarthusteknologi i private prosjekter benyttes til økt sikkerhet, komfort, energiøkonomisering og underholdning. Teknologien har et utviklingspotensiale dersom beboerne på et senere tidspunkt trenger alarmer eller får behov for å styre lys, dører og vinduer m.m. Teknologien har eksistert lenge, men brukes i følge Teknologirådet³⁹ kun i et fåtall kommuner i Norge når det gjelder omsorgsboliger eller sykehjem. Etterspørselen etter smarthusteknologi fra personer med funksjonsnedsettelse og fagpersoner er liten. Årsaken kan være at teknologien og mulighetene som ligger i den er lite kjent. Det kan tyde på at fagmiljøene som veileder brukerne innretter sin kunnskap og informasjon mot det som dekkes av det offentlige. Konsekvenser kan være at brukere som er villige til å investere i mer avansert og fleksibel teknologi kanskje ikke får informasjon om at muligheten eksisterer.

Samtidig kan vår digitaliserte hverdag skape nye barrierer. Nye brukergrensesnitt for betjening av TV, radio, telefoner og døråpnere er kjente eksempler. For noen blir det behov for å forenkle eller finne løsninger, der bevegelsesvansker, sansetap eller forståelsesproblemer ikke gjør det mulig å benytte kompliserte grensesnitt. Hjelpemiddelsentralene/de landsdekkende kompetanseenheter (NAV SIKTE og NAV NONITE) sammen med andre teknologimiljøer, kan bistå i utvikling av løsninger med fokus på brukbarhet og brukervennlighet som gjerne er en forutsetning for at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne nyttiggjøre seg utstyret.

Å utnytte eksisterende og ny teknologi for å løse flere problemer vil være et viktig satsing for fremtiden. Kompetanseenhetene på hjelpemiddelområdet vil sammen med sentralene, ha en rolle i

39. Fremtidens alderdom og ny teknologi, Teknologirådet, Rapport 1 2009

utvikling og utprøvingen av nye muligheter for eksempel innenfor avstandsoverbyggende teknologi som mobile videokonferansesystemer, fjernstyring av PC (for eksempel på arbeidsplass). Det er for eksempel et pågående prosjekt om bruk av bærbart kamera og billedkontakt mellom sentralen og kommunalt ansatte i Troms. Det jobbes blant annet med hvordan sentralene raskere skal kunne bistå for eksempel blinde arbeidstakere via fjernstyring når det oppstår problemer med PCen. Det er gjennomført prosjekter om hvordan bruk av digital standardteknologi og håndholdte løsninger kan være til nytte for å organisere hverdagen for eksempel for ungdommer med autisme og Asperger syndrom.

Demens er en av de største utfordringene vi står ovenfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen. På nordisk nivå er man i ferd med å bygge opp kompetanse på området hjelpemidler og demens. *Teknikk og demens* er for tiden en stor satsning i Sverige som har hatt til hensikt å satse på å utvikle, anvende og fremskaffe erfaringer knyttet til eldre, tilrettelegging og hjelpemidler. Fagfeltet er dels av den mening at hjelpemidler til demente og de med kognitiv svikt må utformes og formidles på en annen måte enn for andre. Det innebærer blant annet at introduksjon av hjelpemidler bør skje over tid og så konkret som mulig.

Teknologier som smarthus eller sporingsteknologi vil kunne avlaste og støtte pårørende i deres arbeid. Sporingsteknologi kan gjøre det mulig å lokalisere personer med for eksempel demens. En rapport⁴⁰ om bruk av sporingsteknologi synliggjør behov for informasjon og veiledning.

12.6.2 Utvalgets vurderinger

Det er en generell tendens til at grensen mellom hjelpemidler og såkalte mainstreamprodukter blir mindre tydelige, noe som i et fremtidig perspektiv vil kunne ha en positiv effekt på innovasjon og produktutvikling, tilgjengelighet og prisnivå. På sikt vil dette kunne påvirke markedet for spesiellagede produkter ved at det kan bli mindre. Hjelpemiddel-

løsninger må i økende grad fungere sammen med generell teknologi. Kompatibilitet mellom generell teknologi og hjelpemidler kan være problematisk hvis ikke brukbarhet for alle integreres i den generelle formgivningen. Utvalget mener at det å utnytte digital standardteknologi for å løse problemene for personer med funksjonsnedsettelse bør være en satsing fremover. Økt globalisering er dessuten et viktig utviklingstrekk som også har betydning for dette feltet. Det innebærer et økt behov for å kunne orientere seg mer internasjonalt om nye hjelpemidler og utstyr. Hjelpemiddelsentraler og de andre kompetansemiljøene på hjelpemiddelområdet har en rolle i forhold til å synliggjøre nytten av nye produkter, utvikle informasjon og gi veiledning i valg av løsninger, uavhengig av finansieringsordninger. Dette inkluderer også utprøving av allerede eksisterende teknologi som kan anvendes på nye måter. Utvalget viser forøvrig til kapitlene 7, 10 og 15 når det gjelder drøftinger relatert til teknologi og hjelpemidler.

De aller fleste vil ønske å bo hjemme så lenge som mulig. Ny teknologi som smarthus teknologi og/eller velferdsteknologi kan bidra til dette. Personer med funksjonsnedsettelse og fremtidens eldre vil utgjøre en differensiert gruppe med ulike muligheter og behov. Flere vil ta i bruk ny teknologi i stadig større grad. I et utviklingsperspektiv er fokus på brukbarhet og brukervennlighet en forutsetning for at personer med funksjonsnedsettelse, pårørende, faglærte og ufaglærte helsearbeidere skal kunne nyttiggjøre seg utstyret i hverdagen. Også her mener utvalget at sentralenes tilretteleggingskompetanse og erfaring med ulike typer funksjonsnedsettelse og teknologi bør spille en viktig rolle for å sikre god brukervennlighet. Utvalget ser at individuelle hjelpemiddelløsninger må ses i sammenheng med både generell teknologiutvikling og ny velferdsteknologi. Utvalget viser i den forbindelse til arbeidet i Hagenutvalget⁴¹, som skal utrede muligheter og foreslå nye innovative grep og løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer med vekt på blant annet ny teknologi og boligtilpasninger (arkitektur/nye boformer).

40. Praktiske erfaringer ved bruk av lokaliseringsteknologi ved demens (2009), Norsk Regnesentral, Øystein Dale

41. Offentlig utvalg oppnevnt av Regjeringen 26.06.2009 – Innovasjon og omsorg

Kapittel 13

Hjelpemidler og tilrettelegging for barn og unge

13.1 Innledning

For at barn og unge med funksjonsnedsettelse skal gis like muligheter til vekst, læring og utvikling må det legges til rette for deltakelse på flere av samfunnets arenaer. Barnehage og skole spiller en avgjørende rolle for barn og unges muligheter videre i livet, og det er en grunnleggende verdi i den norske velferdsstaten at disse mulighetene blir så likeverdige som mulig.

Retten til grunnskoleopplæring gjelder alle og innebærer tilpasset og likeverdig opplæring i en inkluderende skole. I kapittel 11 har utvalget foreslått et sterkere sektoransvar for opplæringshjelpemidler og at dette blir vurdert i sammenheng med oppfølgingen av Midtlyngutvalget. Utvalget har lagt til grunn at hjelpemidler som krever integrering i den praktiske og pedagogiske sammenhengen overføres til opplæringsmyndighetene, og at ansvaret for opplæring etter at hjelpemidlene er mottatt, tydeliggjøres i både barnehage- og opplæringsloven.

Mange ulike offentlige myndigheter har ansvarsområder som er viktige i arbeidet med hjelpemidler og tilrettelegging for barn og unge med funksjonsnedsettelse. God samhandling og koordinering er ofte avgjørende for å få til gode og helhetlige løsninger for den enkelte bruker. Dette er ekstra viktig i barne- og ungdomsårene. Dette fordi barn og unge utvikler seg raskt, og med økende alder kan det oppstå nye og endrede funksjonsvansker og behov for bistand fra det offentlige. Samhandlings- og koordineringsutfordringene er kanskje særlig store ved overganger mellom ulike livsfaser som overgang fra barnehage til grunnskolen, mellom ulike skoler og ved overgang fra utdanning til arbeid. God planlegging, hjelp og veiledning for elever med funksjonsnedsettelse i overganger mellom grunnskolen og videregående opplæring og fra høyere utdanning og til arbeid ble i St.meld. nr. 40 (2002–2003)¹ trukket frem som et

sentralt mål for å bygge ned funksjonshemmede barrierer.

For å få til en bedre samordning av offentlige tjenester til utsatte barn og unge, satte regjeringen høsten 2008 ned et utvalg som skulle se nærmere på hvordan barn og unge med behov for bistand fra flere offentlige instanser, skulle kunne oppleve å ha kun «en dør» inn til det offentlige tjenesteapparatet (Flatøutvalget). Utvalget skulle se på samordning av både statlig og kommunale tjenester, og skulle særlig se på hvordan de kommunale tjenestene kan organiseres slik at samarbeidet mellom tjenestene blir mer forpliktende. Utvalget leverte sin innstilling² i desember 2009. Midtlyngutvalget som hadde i mandat å gjennomgå og komme med forslag til bedre læring for barn, unge og voksne med særskilte behov, ble nedsatt sommeren 2007 og innstillingen³ ble avgitt sommeren 2009. Forslagene fra utvalgene vil bli nærmere omtalt i den grad de anses relevante for temaet som gjennomgås i dette kapitlet.

I dette kapitlet blir det gjort rede for ansvarsfordelingen mellom ulike myndigheter knyttet til hjelpemidler og tilrettelegging for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Formålet med gjennomgangen er å identifisere utfordringer og eventuelle mangler ved dagens hjelpemiddelforvaltning som grunnlag for forslag til forbedringer slik at barn og unge får gode og helhetlige løsninger tilpasset den enkeltes behov.

13.2 Formidling av hjelpemidler til barn og unge i Arbeids- og velferdsetaten

13.2.1 Ulike stønader etter lov om folketrygd til bedring av funksjonsevnen for barn og unge

I kapittel 11 er det gitt en samlet fremstilling av stønader til hjelpemidler og tjenester for personer med funksjonsnedsettelse. I dette kapitlet vil vi

1. St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmede barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne

2. NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge

3. NOU 2009:18 Rett til læring

begrense fremstillingen til stønader til hjelpemidler og tjenester etter folketrygdloven til barn og unge. Hjelpemidler til barn gis etter folketrygdlovens § 10–6 *Stønad til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet*. Begrepet dagligliv er nærmere definert i forskrift⁴ og omfatter hjelpemidler til bruk barnehagen, grunnskolen, den videregående skolen og lærlingeordningen i tillegg til i dagliglivet. Utdanning utover grunn- og videregående skole faller utenfor begrepet dagligliv og reguleres av folketrygdlovens § 10–5 *Stønad til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet*. Hvilke hjelpemidler som det kan gis stønad til, reguleres av folketrygdlovens § 10–7 *Stønadsformer*. Etter denne bestemmelsen kan det gis stønad til hjelpemidler, herunder også skolehjelpemidler. Læremidler er skolens ansvar. I tillegg kan det gis stønad til diverse tjenester som lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte, tolkehjelp for hørselshemmede og tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde. Det kan også gis stønad til opplæring ved tilpasningskurs for hørselshemmede, synshemmede og døvblinde. Formålet med opplæringen skal være å styrke evnen til å klare seg i dagligliv eller i arbeidsliv. Videre kan det gis stønad til opphold ved folkehøgskole dersom oppholdet er nødvendig og hensiktsmessige som et ledd i utvikling av personlig selvstendiggjøring for å klare dagliglivets gjøremål.

Stønadene ytes i form av utlån, tilskudd eller lån, gis i forbindelse med tiltak som er nødvendig og hensiktsmessig for å bedre brukerens funksjonsevne. Retten til ytelser etter folketrygdloven faller bort dersom ytelsene kommer inn under ansvarsområdet i annen lovgiving.

Det foreligger ikke sikker kunnskap om i hvilken grad gråsonene mellom ulike regelverk fører til at barn og unge ikke får de hjelpemidlene eller den tilretteleggingen de har behov for. Det er grunn til å tro at ansvarsforholdene er relativt avklarte i de tilfeller hjelpemidlene har en tydelig kompensatorisk funksjon i forhold til funksjonsnedsettelsen og når hjelpemidlene åpenbart er å anse som læremidler eller et behandlingshjelpemiddel. Dette kommer også til uttrykk i en undersøkelse som PWC har gjennomført⁵ i tilknytning til dette utvalgsarbeidet. Ifølge PWC oppleves ikke gråsonene i forhold til hjelpemiddelområdet som særlig vanskelige, selv om man ikke er enig i alle grensedragninger som er gjort. Eksempler på områder der det har vært uklarheter, nevnes

enkelte hjelpemidler knyttet til barnehage/skole og utstyr og hjelpemidler til aktivisering, stimulering og trening.

Nærmere om skolehjelpemidler

Med skolehjelpemidler menes ethvert hjelpemiddel eller tiltak som kan bidra til å redusere praktiske problemer knyttet til skole/opplæringsinstitusjon for barn og unge med funksjonsnedsettelser. Skolehjelpemidler kan omfatte alle typer utstyr, men de fleste faller inn under gruppen datautstyr for personer med lese- og skrivevansker. Ofte gis det standard IT-utstyr til tekstbehandling med stavekontroll, men det kan også gis mer avansert datautstyr til elever med sammensatte vansker. Finansieringsansvaret for skolehjelpemidler ble overført til folketrygden fra kommuner og fylkeskommuner med virkning fra 1. januar 1997⁶. Bakgrunnen for endringen var et ønske om å unngå uheldige gråsoner der ansvaret var fordelt på flere forvaltningsnivåer, en mer rasjonell utnyttelse av de samlede ressursene til hjelpemidler og lik behandling av skoleelever med funksjonsnedsettelser. Forslaget var delvis basert på en undersøkelse fra 1988 fra Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede som viste at kommunene hadde mangelfulle rutiner for innkjøp, varehåndtering og resirkulering. Ved behandling av forslaget i Stortinget uttalte Sosialkomiteén følgende:

«Komiteén mener det er nødvendig med en bedre samordning når det gjelder all tildeling av hjelpemidler, også ved overgang til universitet/høgskole og videre ut i arbeidslivet. En større samordning vil gi store kostnadsbesparelser og bedre tilbudet for brukerne. Det er betenkelig at saksbehandlingsutgiftene i flere tilfeller kan bli større enn investeringen.»⁷

For å utnytte de samlede ressursene på en bedre måte og for å sikre lik og enklere behandling foreslo departementet å overføre finansieringsansvaret for skolehjelpemidler (herunder hjelpemidler til barnehagebarn) fra kommune og fylkeskommunen til folketrygden. På denne måten ville hjelpemidlene kunne følge skoleelevene ved flytting fra en kommune til en annen og ved overgang fra

4. jf. forskrift av 15.04.1997 nr. 318 om stønad til hjelpemidler mv. til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet og i dagliglivet og til ombygging av maskiner på arbeidsplassen.
5. PricewaterhouseCoopers AS april 2009: Rapport - Organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet

6. Jf. Ot.prp. nr. 4 (1996-97) Om lov om endringer i lov av 17. juni 1966 nr 12 om folketrygd og i enkelte andre lover (Samleproposisjon).

7. jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (1995-96), jf. St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 6 (1995-96) Enkelte endringer i bevilgningsforslagene for 1996 under enkelte kapitler under Sosial- og helsedepartementet (HVPU) (Intervensjonsklinikk) (Behandlingsreiser til utlandet)

grunnskole til videregående skole eller fra videregående skole til høyskole.

Ansvarsoverføringen innebar at hjelpemidler som personer med funksjonsnedsettelse trenger for å delta i undervisningen, finansieres av folketrygden, mens skolen fortsatt har finansieringsansvaret for pedagogiske hjelpemidler/programvare.

I lovframlegget for Stortinget ble det understreket at kommuner og fylkeskommuner fortsatt skulle ha alt ansvar for diagnostisering og tilrettelegging av undervisning for elever med funksjonsnedsettelse⁸ og for at skolebygninger og miljøet for øvrig er tilpasset de som har funksjonsnedsettelse. Selv om hjelpemidlene ville bli skaffet til veie gjennom folketrygden, skulle formidling, opplæring og oppfølging av hjelpemidler i undervisningen være et ansvar for kommunesektoren. Hjelpemiddelsentralen skulle fungere som en ressurs for kommunene/fylkeskommunene i forhold til råd og veiledning i enkeltsaker.

Etter ansvarsoverføringen ble det en sterk vekst i utgifter til datautstyr. Veksten var spesielt stor for standard datamaskiner for elever med lese- og skrivevansker. For å redusere folketrygdens utgifter til standard IT-utstyr ble det fra 1. januar 2003 innført en tilskuddsordning. Brukere som får innvilget søknad om standard datautstyr, har etter 2003 fått et fast beløp/tilskudd som de kan bruke ved anskaffelse av slikt utstyr. Om brukerne vil benytte tilskuddet til å anskaffe seg et dyrere utstyr, må brukerne dekke ekstrautgiftene selv. Datautstyret som blir elevenes eiendom, kan fornyes etter 4 år.

Brukere som har behov for spesielt tilrettelagte løsninger (maskin- eller programvare) låner utstyret fra hjelpemiddelsentralene. Det er hjelpemiddelbehovet som er avgjørende for om søknaden skal innvilges som tilskudd eller utlån.

Hjelpemidler i hjemmet

Barn og unge med funksjonsnedsettelse kan få hjelpemidler etter folketrygdloven til bruk ved lek og læring hjemme, på skolen og i tilknytning til fritidsaktiviteter.

Når det først er innvilget stønad etter folketrygdloven til hjelpemidler i skolesammenheng, kan det også gis hjelpemidler til benyttelse i hjemmet for at eleven skal kunne gjøre lekser. Dette innebærer at det kan gis stønad til to sett hjelpemidler, ett på skolen og ett i hjemmet forutsatt at

det ikke anses praktisk mulig å frakte hjelpemidlet med seg. Det gis også hjelpemidler til to hjem hvis det anses nødvendig. Hjelpemidler til bruk i hjemmet er til personlig bruk og tas med i videre skolegang.

Gjennom folketrygden gis det i utgangspunktet ikke stønad til hjelpemidler til forebygging. Det er imidlertid gjort et unntak for barn og unge under 26 år, som kan få stønad til utstyr til trening, stimulering og lek og til spesialtilpasset utstyr til sport og lek (aktivitetshjelpemidler) for å opprettholde og/eller bedre motorisk og kognitiv funksjonsevne. Utvalget har i kapittel 11 foreslått å oppheve aldersgrensen for stønad til spesialtilpasset utstyr for lek og sport (aktivitetshjelpemidler) og overføre ansvaret for utstyr til trening, stimulering og lek til kommunehelsetjenesten (ev. også til spesialisthelsetjenesten). Forslagene er nærmere omtalt og begrunnet i kapittel 11 og 12. Forslaget blir derfor ikke nærmere omtalt i dette kapitlet.

13.2.2 Hjelpemiddelsentralene

Innledning

Hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar er omhandlet i kap. 4. I dette kapitlet vil vi derfor begrense omtalen til hjelpemiddelsentralenes arbeid for barn og unge.

Hjelpemiddelsentralenes kapasitet og tilgjengelighet

Barn og unge er prioritert på hjelpemiddelområdet. Som det fremgår av kap. 5, utgjør barn og unge en forholdsvis liten del av hjelpemiddelsentralenes brukere. Ved inngangen til 2009 var om lag 10 prosent av antallet registrerte aktive hjelpemiddelbrukere i aldersgruppen 0–17 år. Tar man med brukere opptil 25 år, utgjør gruppen omlag 16 prosent. Men selv om denne gruppen utgjør en liten andel, legger arbeidet med tilrettelegging for barn og unge beslag på forholdsvis store ressurser. Sakene er ofte ressurskrevende fordi de er komplekse og krever ofte flere konsultasjoner for hver bruker. Mens om lag 30 prosent av de yngste brukerne (0–18 år) har komplekse hjelpemidler, har bare om lag 13 prosent i alderen 67 år og oppover komplekse hjelpemidler⁹. Kompleksiteten i sakene til de yngste aldersgruppene forsterkes av at mange brukere har behov for bistand fra flere instanser for å finne gode tilretteleggingsløsninger. Ifølge NAVs brukerundersøkelse fra 2008 hadde 40 pro-

8. Ot.prp. nr. 4 (2996-97) Om lov om endringer i lov 17 juni 1996 nr 12 om folketrygd og i enkelte andre lover (Samleproposisjon)

9. Rapport om brukerundersøkelse blant brukere av hjelpemidler, utgitt av NAV i mai 2009

sent av brukerne under 18 år vært i kontakt med mer enn 3 instanser.

De yngste brukerne har spesielt store utfordringer på hjelpemiddelområdet. NAVs brukerundersøkelse viser da også at det er de yngste med behov for komplekse hjelpemidler som var minst fornøyd med hjelpemiddelformidlingen. Grad av fornøydhet kan i noen grad kanskje også tilskrives ulike utfordringer de ulike brukerne har i sin hverdag. De yngste brukerne har større innslag av komplekse hjelpemidler som kan være en indikasjon på mer omfattende funksjonsnedsettelse.

Fordi barn utvikler seg fort, er det viktig at formidlingen skjer raskt. Behovet for hjelpemidler kan endres med årstidene og det er nødvendig at hjelpemidlene kommer til rett tid. Utfordringer knyttet til planlegging slik at hjelpemidlene og tilretteleggingen kommer tidsnok i forhold til barnets utvikling, kan ytterligere forsterkes ved at utviklingen kan være vanskelig å forutsi. Som et resultat av et brukermedvirkningsprosjekt i 2003, ble det opprettet et tilbud om en kontaktpersonordning for barnefamilier på hjelpemiddelsentralen. Hensikten var å sørge for mer kontinuitet og styrke muligheten for fremtidsplanlegging.

En annen utfordring har vært og er til dels fortsatt på noen områder, knyttet til lang leveringstid på hjelpemidler. Flere hjelpemiddelsentraler har igangsatt forsøk for å korte ned leveringstiden, basert på en såkalt «Her og nå formidling». Formålet er å korte ned ventetiden for produktgrupper som er tilgjengelige i sentralene. Metodikken ble først tatt i bruk på barneområdet, spesielt på områdene syn og hørsel. Metoden egner seg best for formidling av enklere hjelpemidler. Metoden er mindre egnet til å korte ned formidlingstiden for en del hjelpemidler til barn og ungdom enn for voksne. I motsetning til en del hjelpemidler for voksne, er det begrenset hvilke hjelpemidler til barn og unge som det er hensiktsmessig å lagreføre på hjelpemiddelsentralene. Det er et bredere produktspekter innenfor ulike hjelpemiddelgrupper på barneområdet, og behovene til barna er forskjellige. Det går også mindre mengder av disse produktene enn for hjelpemidler til voksne.

Det har vært mye innovasjon og utvikling av nye produkter innenfor barneområdet. Eksisterende produkter blir stadig forbedret med nye modeller. Foreldre ønsker det beste for sine barn, noe som gjør at de også vil ha de siste modellene. Dette bidrar også til at lagerføring og gjenbruk er mindre aktuelt for hjelpemidler til barn og unge enn for voksne. Mange hjelpemidler for barn blir importert, og av samme grunn som det ikke er hensiktsmessig å lagreføre hjelpemidler for hjelpe-

middelsentralene, er det også dyrt for leverandørene å sitte med lagre på ulike typer hjelpemidler for barn som det er vanskelig å forutse behovene for. Gjennom å inkludere stadig flere hjelpemidler for barn i de sentrale anskaffelsesprosessene er det på flere områder etablert mer forutsigbare leveringsbetingelser fra leverandørene.

Selv om hjelpemiddelsentralene prioriterer de yngste brukergruppene, må sentralene likevel i enkelte saker gi rådgivning via telefon og elektronisk kommunikasjon fordi de ikke har kapasitet til å gjennomføre utredninger i brukernes lokalmiljø. Kapasitetshensyn begrenser også sentralenes mulighet er til i større grad å følge opp enkeltsaker etter at komplekse hjelpemiddelløsninger er levert.

Hjelpemiddelsentralenes kompetanse

De største sentralene har egne rådgivere på området barn og unge, men som oftest jobber fagpersonene på flere arenaer (skole, hjem, fritid, arbeid).

På barneområdet er det ofte behov for spesialtilpassede løsninger som er kostbare og kan være teknisk kompliserte. Prosessen med å finne riktig løsning blir ofte ressurskrevende for både barnet, familien og fagpersonene. Det er nødvendig å ha praktisk erfaring med mange komplekse saker for å kunne bli dyktig på fagfeltet. For å finne frem til en god løsning må tilretteleggingen i mange tilfeller ses i sammenheng med andre medisinske tiltak fra spesialisthelsetjenesten, som for eksempel operativ behandling eller koordinering med annen behandling eller tiltak fra det pedagogiske støtte-systemet. Det kan være nødvendig å igangsette flere parallelle tiltak for at hjelpemidlet skal kunne fungere etter hensikten, noe som krever koordinering på tvers av fagmiljøer og sektorer. Selv om kommunene har et hovedansvar for koordinering og oppfølging, har alle involverte instanser et medansvar for å trekke inn nødvendig kompetanse og bidra etter behov. Utredning, tilpassing og opplæring henger nært sammen og krever derfor ofte praktisk skulder ved skulder samarbeid mellom ulike institusjoner.

Hjelpemidler til barn og unge har generelt blitt mer komplekse og det har etter hvert kommet til et langt større spekter av produkter. Utviklingen setter større krav til hjelpemiddelsentralene når det gjelder informasjon, rådgivning og veiledning overfor brukere, nærpersoner, det lokale hjelpeapparatet og andre samarbeidspartnere. Hjelpemiddelsentralen skal ha oversikt og kompetanse i forhold til å velge den best fungerende løsningen på et behov; ikke nødvendigvis det mest høyteknolo-

giske og komplekse hjelpemidlet hvor service og hjelp i barnets nærrområde kanskje ikke er tilgjengelig. Oversikt over den lokale kompetansen er derfor en viktig del av tilretteleggingskompetansen.

Arbeids- og velferdsdirektoratets brukerundersøkelse fra 2009 viser at det er behov for å bedre opplæringen og oppfølgingen etter at hjelpemidlene er mottatt. Bedre opplæring etterspørres spesielt av yngre brukere med komplekse hjelpemidler. Hjelpemiddelsentralene har utfordringer knyttet til omfang, bredde og spesialisering i den opplæringen de gjennomfører. Et større samarbeid mellom helseforetakene og det statlige pedagogiske støttesystemet om opplæringstiltakene, vil kunne gi større bredde og helhet i opplæringstilbudene overfor kommunene.

Landsdekkende tjenester

NAV Senter for IKT-hjelpemidler (SIKTE) er en tverrfaglig, landsdekkende spesialenhet på IKT-hjelpemidler for personer med funksjonsnedsettelser. Arbeidet er spesielt rettet mot personer med alvorlig grad av kombinerte syns- og hørselsskader og døvblinde, personer med sterkt reduserte bevegelsesfunksjoner og personer med fysiske skader som hindrer muligheten for kommunikasjon. Senteret gir råd og konsultasjon og er et supplement til det ordinære hjelpeapparatet. Senterets tilbud til barn og unge innebærer å bistå det relevante fagapparatet rundt det enkelte barn i utredning, valg og tilpasning av hjelpemidler, samt bidra til kompetanseheving som også kan komme andre barn til gode. Dette vil som oftest være skole/barnehage, PPT, lokal ergo- og fysioterapeut, habiliteringstjeneste, hjelpemiddelsentral og statlig spesialpedagogisk støttesystem. Andre aktuelle samarbeidspartnere er regionale og landsdekkende tjenester, som for eksempel Kommunikasjonsteamet ved Rikshospitalet. Kunnskapen som fremkommer gjennom det brukerrettede arbeidet benyttes videre i metodeutvikling¹⁰ og kunnskaps-spredning gjennom informasjonsarbeid¹¹, kursvirksomhet og forelesninger ved videreutdanning i alternativ og supplerende kommunikasjon¹².

10. Eks: Metodeboken «Fra vilje til uttrykk» ved Anne Kathrine Halvorsen og Eirin Brænde www.nav.no/sikte

11. Eks: E-læringsprogrammet «Samspill i barnehagen» ved Eirin Brænde www.nav.no/sikte

12. Videreutdanning ved Høyskolene i Vestfold og Sør-Trøndelag

13.3 Kommunenes ansvar for hjelpemidler og tilrettelegging for barn og unge

Kommunene har et omfattende ansvar for tilrettelegging for barn og unge med funksjonsnedsettelser. Ansvar på området er regulert i barnehageloven, opplæringsloven og forskrift om habilitering og rehabilitering¹³ som er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. I den grad kommunene mangler kompetanse knyttet til enkelt saker, vil de kunne trekke inn spesialkompetanse fra hjelpemiddelsentralene, SIKTE, statlige spesialpedagogiske kompetansesentra, hørselssentralene i spesialisthelsetjenesten mv.

Behovet for å innhente spesialkompetanse vil særlig være aktuelt i saker som er komplekse og som samtidig er sjeldne i kommunen.

13.3.1 Hjelpemidler og tilrettelegging etter barnehageloven

Kommunen har ansvar for tilrettelegging for barn etter barnehageloven¹⁴, og skal både som eier av barnehager og som den lokale barnehagemyndighet, påse at barnehagene drives i samsvar med gjeldende regelverk.

Barn som fyller ett år senest innen utgangen av august det året det søkes om barnehageplass, har etter søknad rett til å få en plass i barnehage. Barn med funksjonsnedsettelser har rett til prioritet ved opptak i barnehage. Når et barn med funksjonsnedsettelser først har fått plass i barnehage, oppstår plikten til å ta hensyn til barnet og barnets funksjonsnivå. Krav til barnehagens innhold er nærmere spesifisert i forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver¹⁵. Forskriften inneholder bestemmelser om barnehagens fysiske miljø, og ved planlegging av barnehagens utforming må det tas hensyn til samfunnets mål om nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Planlegging, lokalisering og bygging av nye barnehager bør være basert på prinsipper om universell utforming. Det betyr at produkter, byggverk og uteområder skal utformes på en slik måte at alle mennesker skal kunne bruke dem på en likestilt måte så langt det er mulig uten spesielle tilpasninger eller hjelpemidler.

Barnehagen har et særlig ansvar for å forebygge vansker og å oppdage barn med særskilte

13. jf. forskrift av 28.06.2001 nr. 765

14. jf. lov av 17.06.2005 nr. 64 om barnehager (barnehageloven)

15. Jf. forskrift av 01.03.2006 nr. 266 om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver.

behov. For disse barna kan det være aktuelt å gi et spesielt tilrettelagt tilbud. Tilretteleggingen kan gjelde både sosiale, pedagogiske og/eller fysiske forhold i barnehagen. Hjelpemidler er ikke regulert i barnehageloven.

I forskriften stilles det også krav til at barnehagene samarbeider med andre tjenester og institusjoner i kommunen for at barn og foreldre skal få et mest mulig helhetlig tilbud til beste for barnas oppvekst og utvikling.

Individuell plan er ikke hjemlet i barnehageloven. Både Midtlyngutvalget¹⁶ og Flatøutvalget¹⁷ har foreslått at det tas inn bestemmelser om individuell plan i både barnehageloven og opplæringsloven, slik at retten til en individuell plan blir gjennomgående i lovverket knyttet til barnehage og skole.

13.3.2 Hjelpemidler og tilrettelegging etter lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (Opplæringsloven)

Opplæringsloven¹⁸ pålegger kommunene en plikt til å oppfylle retten til grunnskoleopplæring for alle som er bosatt i kommunen, og fylkeskommunene en plikt til å oppfylle retten til videregående opplæring for alle som er bosatt i fylkeskommunen.

I opplæringsloven stilles det krav til at opplæringen skal tilpasses evnene og forutsetningene til den enkelte elev eller lærling. For enkelte elever vil ikke en individuell tilpasning innenfor rammen av vanlig undervisning være nok for å få et tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet. For disse vil det være aktuelt med spesialundervisning eller ekstra tilrettelegging i opplæringen.

Opplæringsloven inneholder en plikt til å tilrettelegge den enkelte elevs arbeidsplass uavhengig av om eleven har en funksjonsnedsettelse eller ikke. I en veileder utgitt 17. november 2006 av Kunnskapsdepartementet til opplæringsloven kapittel 9a – elevenes skolemiljø, står det at bestemmelsen

«innebærer at arbeidsplassen skal være slik at den ikke gir eleven skader eller plager i skjelett, muskler eller sanseapparat, og at den ikke hindrer elevens læring. Aktuelle forhold her kan være den ergonomiske utformingen og tilpassingen av stolen og leseputen. Elever som har problemer med syn eller hørsel, bør plasse-

res slik at de får best mulig utbytte av undervisningen».

Kravene om elevenes skolemiljø, gjelder også for skolefritidsordningen.

Opplæringsloven er utformet slik at den legger ansvaret på myndighetene for å sørge for nødvendig tilrettelegging, fremskaffing av utstyr mv. Regelverket er utformet slik at det gir stort rom for skjønnsvurderinger, men det er likevel uklart om de gir noen rettigheter til individuelle hjelpemidler. Midtlyngutvalget foreslår at retten til tilrettelegging i opplæringsloven også bør omfatte hjelpemidler¹⁹.

Opplæringsloven pålegger kommune og fylkeskommune å ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste som skal hjelpe skolen i arbeidet med å legge opplæringen i den enkelte skole til rette for elever med særlige behov.

PP-tjenesten skal hjelpe skolen i arbeidet for å legge opplæringen til rette for elever med særlige behov. PP-tjenesten skal jobbe på både system- og individnivå. Tjenesten skal sørge for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering der loven krever det. PP-tjenesten er styrket siden 2000 for å hjelpe skoler og barnehager med bedre tilrettelegging av gode og inkluderende utviklings- og læringsmiljøer. Antall elever med spesialundervisning etter enkeltvedtak har økt i de seneste årene. De fleste brukere har generelle lærevesker. PP-tjenesten har få brukere innenfor områdene, syn, hørsel, motorikk, autisme og multifunksjonshemming. Over halvparten av skolens personale og nesten tre fjerdedeler av barnehagens personale mener at tjenesten er lite tilgjengelig på kort varsel²⁰. PP-tjenesten opplever motsetningsstridende forventninger og ønsker mer tid til faglig samhandling på barns/elevs læringsarena med fokus på faktorer som legger til rette for bedre læring og mer samhandling med andre i støtteapparatet. Midtlyngutvalget²¹ foreslår at PP-tjenesten må innrettes slik at den jobber tettere på barnehager og skoler. Barnehagene har fått en tydelig plass i opplæringsløpet i de siste årene, og Midtlyngutvalget mener at PP-tjenesten må være en aktiv deltaker i utviklingen av et godt utviklings- og læringsmiljø også i barnehagen. Utvalget foreslår derfor at det tas inn en bestemmelse om PP-tjeneste i barnehageloven. Utvalget ønsker å videreutvikle og styrke PP-tjenestens kompetanse særlig på de høyfrekvente fagområdene som Statsped i mindre grad skal arbeide med. Etter Midtlyngutvalgets vurdering

16. NOU 2009:18 Rett til læring

17. NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge

18. Jf. lov av 17.07.1998 nr. 61 om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringsloven)

19. NOU 2009:18 Rett til læring

20. NOU 2009:18 Rett til læring

21. NOU 2009:18 Rett til læring

bør tjenesten bli en sentral aktør for å sikre et godt barnehagetilbud for alle, og sikre tilpasset, likeverdig og inkluderende opplæring i hele opplæringsløpet. Utvalget anser det nødvendig å styrke kompetansen i tjenesten gjennom både etablering av et nasjonalt utviklingssenter og et femårig kompetanseutviklingsprogram.

For elever som har behov for spesialundervisning, skal det etter opplæringsloven utarbeides en individuell opplæringsplan (IOP). Det er ikke bestemmelser om individuell plan i opplæringsloven. Både Midtlyngutvalget og Flatøutvalget²² har foreslått at det tas inn bestemmelser om individuell plan i både barnehageloven og i opplæringsloven, slik at retten til en individuell plan blir gjennomgående i lovverket knyttet til barnehage og skole. Det vil være hensiktsmessig å videreutvikle individuell plan som verktøy for å koordinere innsatsen og for å sikre overganger i opplæringsløpet.

13.3.3 Habiliterings- og rehabiliteringstjenester

Kommunens ansvar for hjelpemidler og tilrettelegging i en habiliterings- eller rehabiliteringsprosess er regulert i forskrift²³ som er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Forskriften pålegger kommunene å sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Ansvaret gjelder for alle som bor eller oppholder seg i kommunen, og som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, og for personer som står i fare for å utvikle varige funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom. Dette betyr at kommunen har ansvar for å yte nødvendig habiliterings- og rehabiliteringstjenester også for unge som er ferdige med grunnskolen, går på videregående skole, andre skoler eller er i arbeid.

Kommunens ansvar omfatter alle ledd i formidlingsprosessen selv om finansieringsansvaret er begrenset til hjelpemidler og ergonomiske tiltak ved midlertidige behov (under 2 år).

Alle kommuner er etter forskrift om habilitering og rehabilitering pålagt å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Det skal være en tydelig adresse for enkeltpersoner med behov for habilitering og rehabilitering, og et møtested for interne

og eksterne samarbeidspartnere. Kommunen skal etablere og utvikle et system som sikrer at tjenestene som tilbys er samordnet, tverrfaglig og planmessig og ytes ut fra et brukerperspektiv, for eksempel gjennom bruk av individuell plan. Individuell plan blir nærmere omtalt i kapittel 13.6.

13.3.4 Fylkeskommunale tjenester

Ansvar for planlegging, drift, faglig kvalitet og utvikling av videregående opplæring er etter opplæringsloven et fylkeskommunalt ansvar. Ansvaret innebærer blant annet at fylkeskommunene skal finansiere pedagogiske hjelpemidler til skolebruk, inklusive hjelpemidler som pedagogisk personell bruker i sin undervisning av eleven. Fra og med 1. august 2007 er fylkeskommunen pålagt å holde elevene med nødvendig trykte og digitale læremidler og digitalt utstyr.

Etter hvert som stadig flere fylkeskommuner innfører ordninger der alle elevene får, låner eller kjøper PC når de begynner på videregående skole, blir det mindre aktuelt å anskaffe PC gjennom hjelpemiddelsentralen. Aktuelt spesialutstyr til PC-en til den enkelte elev vil fortsatt kunne innvilges av hjelpemiddelsentralen.

I likhet med kommunene er også fylkeskommunen pålagt å ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste. Tjenesten skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanse- og organisasjonsutvikling for å legge opplæringa bedre til rette for elever med særlige behov. Tjenesten skal sørge for at det blir utarbeidet en sakkyndig vurdering der eleven krever det.

13.4 Plikt til tilrettelegging etter fagskoleloven, folkehøgskoleloven, lov om voksenopplæring og universitets- og høgskoleloven

Lov om voksenopplæring²⁴ inneholder ingen bestemmelser om tilrettelegging. I fagskoleloven, folkehøgskoleloven og universitets- og høgskoleloven²⁵ er kravene til læringsmiljø utformet nokså likt. Det stilles i alle lovene krav om at læringsmiljøet skal være fullt forsvarlig ut fra en samlet vurdering knyttet til studentenes helse, sikkerhet og velferd. Det stilles videre krav om at læringsmiljøet er utformet etter prinsippet om universell utforming,

22. NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge

23. Jf. forskrift av 28.06.2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering

24. Lov av 28.05.1976 nr. 35 om voksenopplæring

25. Lov av 20.06.2003 nr. 56 om fagskoleutdanning (fagskoleloven), lov av 06.12.2002 nr. 72 om folkehøgskoler (folkehøgskoleloven) og lov av 01.04.2005 nr. 15 om universiteter og høgskoler (universitets- og høgskoleloven)

og at skolen skal, så langt det er mulig og rimelig, legge studiesituasjonen til rette for studenter med særskilte behov. Bestemmelsen legger opp til at personer med funksjonsnedsettelse og andre studenter med særskilte behov skal få mulighet til å ta utdanning på lik linje med andre studenter.

13.5 Andre offentlige instanser som har ansvar knyttet til tilrettelegging for barn og unge

Barn og unge med funksjonsnedsettelse har ofte komplekse og sammensatte vansker²⁶. Dette gjør at det i enkelte saker vil være behov for å innhente spesialkompetanse fra det spesialpedagogiske støttesystemet eller fra spesialisthelsetjenesten.

13.5.1 Det statlige-pedagogiske støttesystemet (Statped)

Virksomheten til det statlige spesialpedagogiske støttesystemet er ikke lovregulert. Formålet med virksomheten er å yte spesialpedagogiske tjenester av god kvalitet til rett tid på individ- og systemnivå, særlig på områder der en ikke kan vente at kommunen har kompetanse. Over 50 prosent av Statspeds tjenester dreier seg om opplæring, utredninger og rådgiving rettet mot enkeltindivider²⁷. 16 prosent av oppgavene er systembasert kompetanseutvikling og kunnskapsspredning.

Statped består av blant annet 11 kompetansesentra som langt på vei er organisert som sentre for spesifikke fagområder som syn, hørsel, språk/tale/kommunikasjon, ervervet hjerne-skade, læringsmiljø/problemferd og sammensatte lærevansker. Midtlyngutvalget²⁸ anser dagens oppbygging som lite egnet til å ivareta behovene for brukere med sammensatte problemer. Utvalget anså dette som problematisk tatt i betraktning at en betydelig del av brukerne av Statped er multifunksjonshemmede. I likhet med PP-tjenesten opplever både barnehager og skoler at også Statped er fjerne fra praksisfeltet, og at tjenestene ikke retter seg tilstrekkelig mot den konkrete tilretteleggingen.

For bedre å møte behovene til brukere med sammensatte behov, foreslo Midtlyngutvalget å slå sammen virksomheten til fire spesialpedagogiske regionale flerkompetansesentre (sammenfall med

helseregionenes regionstruktur) under en felles ledelse. Det foreslås at regionsentrene skal lovfestes.

13.5.2 Spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i hver region. Tjenesten omfatter blant annet en habiliterings- og rehabiliteringstjeneste som har ansvar for å gi tverrfaglige spesialisttjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse. Habiliteringstiltak forventes å foregå i barnas og ungdommens vante miljø, hjemme, i barnehage og skole.

Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten er regulert i forskrift²⁹. Tjenesten kan inneholde diagnostikk, funksjonsutredninger, opptrening av funksjon, ferdighetstrening, intensiv spesialisert trening og tilrettelagt opplæring til brukere som trenger det, samt råd og veiledning til kommunen og opplegg for enkeltbrukere.

Forskriften har bestemmelser om samarbeid med andre etater dersom det anses nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte. Tjenesten skal om nødvendig gis ambulant, og det skal finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Helseforetakene har også plikt til å sørge for at det utarbeides individuell plan for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester³⁰.

Kompetansesentre for sjeldne diagnoser og tilstander er en tjeneste for mennesker med sjeldne og lite kjente diagnoser og tilstander som har behov for et godt tilrettelagt samfunn, helse- og omsorgstjenester, tekniske hjelpemidler og trygdeordninger. I 2008 var det 16 slike kompetansesentre i Norge³¹, og alle er tilknyttet regionale helseforetak. De gir tilbud til personer med over 300 ulike sjeldne tilstander.

13.6 Samhandling og koordinering

Samhandling og koordinering mot kommunene

Mye av hjelpemiddelsentralenes arbeid med formidling av hjelpemidler og tilrettelegging skjer ute i kommunene, i brukernes eget nærmiljø, og

26. Høringsutkast av 23.04.2009 fra Helsedirektoratet til Handlingsplan for habilitering av barn og unge.

27. NOU 2009: 18 rett til læring

28. NOU 2009:18 Rett til læring

29. Jf. forskrift av 28.06.2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering

30. Jf. Forskrift av 23.12.2004 nr. 1837 om individuelle planer etter helselovgivingen og sosialtjenesteloven

31. Helsedirektoratet sept 2009: Handlingsplan for habilitering av barn og unge

sammen med fagpersoner i kommunene. Samarbeidet er regulert i lokale samarbeidsavtaler.

Barn og unge med syns- og hørselsnedsettelser, vansker med kognisjon eller kommunikasjon og omfattende bevegelsesvansker, har ofte en lavfrekvent forekomst i mange kommuner. Kommunene vil derfor opparbeide seg mindre erfaring knyttet til tilrettelegging for barn med slike funksjonsnedsettelser, og vil ha behov for å innhente spesialkompetanse. Hjelpemiddelsentralene er den mest aktuelle samarbeidspartneren, men landsdekkende kompetansemiljøer innen hjelpemiddelområdet, andre regionale eller nasjonale kompetansemiljøer innen helse- og spesialpedagogikk bidrar også med viktig kompetanse. Ulike kompetansemiljøer trekkes inn i hele eller deler av formidlingsprosessen ut fra brukernes behov for tilrettelegging.

På området bevegelseshjelpemidler har det tradisjonelt vært mer grunnleggende kunnskap om hjelpemidler og tilrettelegging hos fysio- og ergoterapitjenestene i kommunen. På områdene kommunikasjon og kognisjon er det imidlertid lite kompetanse generelt sett i kommunene, og dette er områder hvor det heller ikke har vært satset på kontaktpersonordninger.

Barn som benytter individuelle hjelpemidler kan ha vansker med å benytte elektroniske læremidler i skolen, fordi programvare og dataapplikasjoner ikke er utformet slik at det er tilgjengelig for alle. Når det gjelder mulighet for barn som benytter individuelle hjelpemidler til å få tilgang til elektroniske læremidler i skolen, har det vært gjennomført et omfattende prosjekt i regi av Utdanningsdirektoratet for å utvikle kriterier og veiledning til læremiddelprodusenter. SIKTE har deltatt i kriterieutvikling og opplæring av aktuelle læremiddelprodusenter. Videre har det blitt utviklet verktøyprogram for utvikling av læremidler til spesialundervisning, slik at barn som bruker alternative betjenings- og styringssystemer for datamaskin, kan få tilgang til undervisningsmaterialet.

Resultater fra en undersøkelse av Econ Pöyry viser at brukere av avanserte kommunikasjonsløsninger i noen fylker savner oppfølgingsrutiner både i kommunen og fra hjelpemiddelsentralen³². En undersøkelse om synshemmedes IKT-barrierer og muligheter som ble gjennomført av Norsk Regnesentral i samarbeid med Norges Blindforbund, fant at det er utfordringer i forhold til kunnskap om IKT-hjelpemidler og læremidler, uklare

ansvarsforhold når det gjelder opplæring, samt store utfordringer knyttet til annet IKT-utstyr som hjelpemidlene og læremidlene skal fungere sammen med³³.

Utfordringer knyttet til kommunenes arbeid med å formidle hjelpemidler til barn og unge forsterkes ved at det generelt er store samhandlings- og koordineringsutfordringer i habiliteringsoppfølgingen for de minste barna. En undersøkelse fra 1996 av Møreforskning viser at familier til barn med moderate eller alvorlige syns- eller hørselsvansker hadde kontakt med i gjennomsnitt rundt ni hjelpeinstanser, mens familier til ungdom med tilsvarende funksjonsnedsettelser hadde kontakt med syv hjelpeinstanser³⁴. Tilsvarende tall for familier til barn med utviklingshemninger var ni i førskolealder og seks i alderen hvor ungdommen går i videregående skole. For alle brukergruppene som inngikk i denne kartleggingen, var det en klar tendens til at antall hjelpeinstanser ble redusert med økende alder:

Samhandling og koordinering mellom det statlige pedagogiske støttesystemet, spesialisthelsetjenesten og hjelpemiddelsentralene

Både spesialisthelsetjenesten og det spesialpedagogiske støttesystemet er viktige samarbeidspartnere for hjelpemiddelsentralene. I flere fylker er det inngått et samarbeid på systemnivå, der hjelpemiddelsentralene har eksterne utprøvmiljø hos habiliteringstjenesten og/eller ved et kompetansesenter i det statlige pedagogiske støttesystemet. Likevel viser det seg at de tre faginstansene ofte er involvert i de samme barna på ulike tidspunkt eller parallelt uten at tjenestene er koordinert.

Noen av de barna som har stort behov for nær samhandling mellom habiliteringstjenesten, det spesialpedagogiske støttesystemet og hjelpemiddelsentralene, har omfattende kommunikasjonsvansker kombinert med talevansker. Disse barna vil kunne oppnå mulighet til dialog, aktivitet og deltakelse gjennom bruk av avansert teknologi. Aktuelle hjelpemidlene er kostbare og faren for feilformidling av hjelpemidler er stor, både i form av under- og overformidling. I slike saker er gode utredninger av tale- og språkforståelsen fra spesialisthelsetjenesten og det statlige pedagogiske støttesystemet nødvendig for at hjelpemiddelsystemet

32. Hvordan kan formidlingen av avanserte tekniske kommunikasjons-hjelpemidler bli bedre? av Econ Pöyry, rapport nr. 2009-052

33. Fuglerud og Solheim: Synshemmedes IKT-barrierer og muligheter. Norsk Regnesentral 2008.

34. Helsedir sept 2009: Handlingsplan for habilitering av barn og unge (s 25)

skal kunne finne frem til gode teknologiløsninger som kan bidra til økt funksjon for den enkelte.

Erfaringer viser at hjelpeapparatet i kommunen og i skolen ofte vil ha behov for kontinuerlig veiledning rundt brukere med kommunikasjons-hjelpemidler og andre opplæringsintensive hjelpemidler som datahjelpemidler og en del mobilitets-hjelpemidler. Denne typen hjelpemidler krever betydelig opplæring av de som skal bruke hjelpemidlet, lærere og andre sentrale personer i nærmiljøet. Hjelpemidlet må inngå som en integrert del av tiltakene i skolen for å bedre barnets funksjon og gi økt mulighet for læring. Det er viktig at man i samarbeidet på tvers av ulike offentlige instanser og fagmiljøer får et system som sikrer nødvendig opplæring og oppfølging slik at hjelpemidlene blir brukt slik de var tenkt. Selve opplæringen og implementering av hjelpemidlet i hverdagen bør fortrinnsvis foregå lokalt, men det påligger de statlige etatene et ansvar i forhold til å følge opp at dette skjer og bidra med kunnskap og metodikk for at kommunen og andre nærpersoner skal kunne bistå brukere i å ta hjelpemidlene i bruk.

Individuell plan og bestemmelser om koordinering av tjenester

Et system der ansvar og oppgaver knyttet til formidling av hjelpemidler og tilrettelegging er fordelt mellom ulike sektorer og forvaltningsnivåer, er det en stor utfordring å få til nødvendig koordinering og samhandling. Det er knyttet spesielle utfordringer ved overgang fra barnehabilitering til voksenhabilitering, fra barnhage til skole, mellom ulike skoler og fra utdanning og til arbeid.

For å styrke samhandlingen på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer ble det i 2005 innført en ordning med individuelle plan³⁵. Planen skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Planen skal også være et verktøy for å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov. Planen skal også være et verktøy for å styrke samhandlingen mellom de ulike aktørene som yter tjenester i en konkret sak.

Bruk av individuell plan er ikke regulert i folketrygdloven, og tradisjonelt har det derfor ikke vært

vanlig å utarbeide en slik plan ved behov for hjelpemidler etter foletrygdlovens kapittel 10. Med virkning fra 1. juli 2006 gir arbeids- og velferdsforvaltningslovens (§ 15 tredje ledd) personer med behov for langvarige og kordinerte tjenester rett til individuell plan for oppgaver som hører inn under Arbeids- og velferdsetaten³⁶. Det lokale NAV-kontoret er pålagt å samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. Innen hjelpemiddelformidlingen har Arbeids- og velferdsetaten innført en ordning der individuell plan kan erstatte søknad om hjelpemidler. En god individuell plan vil kunne være et godt grunnlag for å sette hjelpemiddelbehovet inn i en helhet og kan hvis familien ønsker det, danne grunnlag for et rammevedtak knyttet til framtidig hjelpemiddelbehov. På denne måten vil saksbehandlingen knyttet til framtidig behov for hjelpemidler forenkles.

Det er ikke bestemmelser om individuell plan i verken barnehageloven eller opplæringsloven. Både Flatøutvalget³⁷ og Midtlyngutvalget³⁸ foreslo i at det tas inn en slik bestemmelse slik at rett til individuell plan blir gjennomgående i lovverkene for barnehage og skole. Begge utvalgene fremhever betydningen av individuell plan som et verktøy for å koordinere innsatsen og sikre overganger i blant annet opplæringsløpet.

Av forskrift til individuell plan fremgår at det til enhver tid er tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Midtlyngutvalget foreslo at det etableres en rett til en tjenestekoordinator (personlig koordinator) ved behov for langvarige og koordinerte tjenester, uavhengig av om tjenestemottaker har individuell plan. Dette for å motvirke at foreldre må påta seg den belastende administratorrollen overfor det offentlige hjelpeapparatet og sikre at de som har behov for koordinert og langvarig bistand, men av ulike grunner ikke ønsker individuell plan, likevel får nødvendig bistand. Forslaget om hjemlig av individuell plan i barnehageloven og i opplæringsloven vil ifølge Midtlyngutvalget medføre at personale i barnehage og skole vil kunne påta seg rollen eller funksjonen som personlig koordinator. Flatøutvalget foreslo at rett til en personlig koordinator forskriftsfestes i regelverket for individuell plan. Behov for å sikre de rettlige rettighetene for tjenestemottaker begrunner Flatøutvalget med til at det i

35. Jf. Forskrift av 23.12.2004 om individuelle planer etter helselovgivingen og sosialtjenesteloven

36. Jf. arbeidsmarkedsloven, folketrygdloven, sosialtjenesteloven og andre lover som forvaltes av arbeids- og velferdsforvaltningen

37. NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester forutsatte barn og unge

38. NOU 2009:18 Rett til Læring

praksis er svært varierende hvordan koordineringen av planarbeidet praktiseres. Flatøutvalget ønsker også at det utarbeides et veiledningsverktøy for personlige koordinatorene. Dette for å styrke kompetansen til koordinatoren. Sentrale temaer i verktøyet må etter utvalgets vurdering være kunnskap om de ulike hjelpeinstansers plikter og tjenester og individuell plan som verktøy.

13.6.1 Utvalgets vurdering og tilråding

Hjelpemiddelsystemet må utformes og forvaltes på en slik måte at det bidrar til at barn og unge med funksjonsnedsettelse gis like muligheter til vekst, læring og utvikling som funksjonsfriske barn. Barnehage og skole spiller en avgjørende rolle for barn og unges muligheter videre i livet, og det er grunnleggende verdi i den norske velferdsstaten å sikre at disse mulighetene blir så likeverdige som mulig.

Økt ansvar for hjelpemidler og tilrettelegging og for opplæring i barnehage – og opplæringsloven

Utvalget har i kapittel 11 foreslått at opplæringsmyndighetenes ansvar for hjelpemidler og tilrettelegging tydeliggjøres i barnehageloven og i opplæringsloven.

Retten til grunnskoleopplæring gjelder for alle uavhengig av funksjon, og innebærer tilpasset og likeverdig opplæring i en inkluderende skole. Av dette følger at barn og unge som har behov for ekstra tilrettelegging for å fungere innen en inkluderende ramme, skal få det. For noen vil det være nødvendig med omfattende tilrettelegginger som også vil kunne innebære store organisatoriske endringer og forutsette spesialisert kompetanse, for at de skal kunne få det utbytte av opplæringen som de har krav på.

Ved overføring av finansieringsansvaret for skolehjelpemidler til folketrygden i 1997, ble det i lovframlegget forutsatt at kommunene og fylkeskommunene fortsatt skulle ha alt ansvar for formidling, opplæring og oppfølging av hjelpemidler i undervisningen for personer med funksjonsned-

settelse³⁹. Midtlyngutvalget⁴⁰ foreslo også å utvide enkeltindividenes rett til ekstra tilrettelegging der også ulike typer hjelpemidler kan inngå.

På denne bakgrunn foreslår utvalget at hjelpemidler som krever integrering i den praktiske og pedagogiske sammenheng overføres til opplæringsmyndighetene, og at ansvaret for opplæring etter at hjelpemidlene er mottatt, tydeliggjøres i både barnehageloven og opplæringsloven.

Nødvendig kompetanse og opplæring rundt de mindre frekvente og mer komplekse sakene må fortsatt sikres i samarbeid med hjelpemiddelsenralene og nasjonale eller regionale kompetansesentre.

Samordning på tvers

Utvalget konstaterer at mange barn og unge med funksjonsnedsettelse har behov for tjenester fra flere ulike offentlige instanser, og at behovene endrer seg raskere enn hos voksne fordi barn og unge er i stadig utvikling og vekst. Utvalget merker seg at samhandlings- og koordineringsutfordringene er særlig store ved overganger mellom ulike livsfaser som fra barnehage til skole, mellom ulike skoler og fra utdanning til arbeid. Virkemidler som sikrer god koordinering og samordning vil derfor være av avgjørende betydning for å få til helhetlige løsninger tilpasset hver enkelt. Det vises i denne sammenheng til omtale i kap. 11 der utvalget støtter forslag fra både Midtlyngutvalget og Flatøutvalget om at det tas inn en bestemmelse om rett til individuell plan i både barnehageloven og opplæringsloven, og forslag om at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal ha rett til å få en personlig tjenestekoordinator.

Med en mer gjennomgående regulering av individuell plan og rett til personlig koordinator vil man få bedre virkemidler til å møte utfordringer også knyttet til overganger mellom ulike utdanninger og mellom utdanning og skole.

39. Ot.prp. nr. 4 (1996-97) Om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd og i enkelte andre lover (Samleproposisjon)

40. NOU 2009:18 Rett til læring

Kapittel 14

Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeid

14.1 Innledning

Hjelpemiddelutvalget er bedt spesielt om å se nærmere på om forvaltningen og formidlingen av hjelpemidler er innrettet slik at de bidrar til å styrke personer med funksjonsnedsettelsers deltakelse i arbeidslivet. I mandatet heter det:

«Utvalget skal spesielt se nærmere på om innretningen av ordningene samlet sett har et tilstrekkelig fokus på og bygger opp under arbeids- og aktivitetsrelatert innsats».

Mandatet må ses i sammenheng med NAV-reformen, der målet om flere i arbeid og aktiv virksomhet og færre som har trygd eller stønad som hovedkilde til forsørgelse, inngår som ett av tre hovedmål¹. NAV-reformen innebærer en ny organisering av arbeids- og velferdsforvaltningen² og gir nye muligheter til å gi en helhetlig bistand og oppfølging av brukerne. Strategier og tiltak for å styrke inkluderingen i arbeidslivet av personer i yrkesaktiv alder som har problemer med å finne innpass i yrkeslivet eller er i ferd med å falle ut av det, ble lagt frem i St.meld. nr. 9 (2006–2007) Arbeid, velferd og inkludering. Hjelpemiddelområdet ble ikke omhandlet i denne meldingen. Som drøftet i kapittel 11 om regelverket, ser utvalget det som en sentral oppgave å knytte hjelpemiddelområdet tettere til de øvrige virkemidlene med sikte på å inkludere flere med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet.

Som redegjort for i kapittel 7 og kapittel 8 har økt yrkesaktivitet blant personer med funksjonsnedsettelse vært et mål over lang tid og kommet klart til uttrykk i flere stortingsmeldinger³. Målet har også inngått som et av tre hovedmål i partenes avtale om et inkluderende arbeidsliv i hele avtale-

perioden fra 2001. Målet er videreført i den nye IA-avtalen⁴ som ble inngått 24. februar 2010 og som gjelder frem til 31. desember 2013.

I arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv i IA-sammenheng er arbeidsplassen vektlagt som den viktigste arenaen for å forebygge sykefravær, hindre utstøting og få flere med funksjonsnedsettelse i arbeid. Arbeidsgivere har et lovpålagt ansvar for individuell tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse. I denne sammenheng er det viktig at offentlige virkemidler utformes slik at de støtter opp om arbeidsgivers ansvar for et mer inkluderende arbeidsliv, og at arbeidsgiver får verken merutgifter eller vesentlig merarbeid ved ansettelse av personer med funksjonsnedsettelse.

Til tross for at målet om økt yrkesaktivitet har vært et uttalt mål over en lengre periode, har sysselsettingsandelen for gruppen ligget stabilt på om lag 45 prosent over flere år⁵. Til sammenligning kan det nevnes at for befolkningen totalt i alderen 15–66 år har sysselsettingsandelen ligget på i underkant av 80 prosent i de siste årene. Ifølge Statistisk sentralbyrås tilleggsundersøkelse til AKU er det et sysselsettingspotensiale blant personer med funksjonsnedsettelse.

Hjelpemidler og tilrettelegging er bare ett av mange virkemidler for å nå målet om flere i arbeid. Utvalget viser i denne forbindelse til at regjeringen i Prop. 1 S (2009–2010) har varslet at den «*vurderer å sette i gang et arbeid med å utvikle en strategi for økt sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne*». I en ny sysselsettingsstrategi vil det være naturlig med en helhetlig gjennomgang av alle virkemidlene som trengs for å nå målet om flere med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet.

Temaet for denne utredningen begrenser seg til formidling av hjelpemidler og tilrettelegging rettet mot arbeidslivet. Målgruppen er arbeidstakere-/søkere og arbeidsgivere som trenger bistand knyttet til hjelpemidler og tilrettelegging.

1. Ot.prp. nr. 47 (2005–2006) Om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (Arbeids- og velferdsforvaltningsloven)
 2. Arbeids- og velferdsforvaltningen består av Arbeids- og velferdsetaten og av de delene av kommunenes tjenester som inngår i de felles lokale NAV-kontorene.
 3. St.meld. nr. 8 (1998–99) Om handlingsplan for auka yrkesaktivitet blant funksjonshemma 1998–2001. Deltaking og likestilling og St.meld. nr. 40 Nedbygging av funksjonshemmede barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne.

4. IA-avtalen er en forkortelse for intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv

5. Funksjonshemma på arbeidsmarknaden, av T. P. Bø og I. Håland, Statistisk sentralbyrå rapport nr. 10/2009

En sentral utfordring for utvalget er å tydeliggjøre ansvaret for tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet. Konkret foreslår utvalget i kapittel 11.10.3 å overføre flere virkemidler til arbeidsmarkedsloven. Det vil gi Arbeids- og velferdsetaten en ryddig og helhetlig verktøykasse som gjør det enklere å finne frem til egnede tiltak tilpasset hver enkelt brukers behov.

I den nye arbeids- og velferdsforvaltningen er oppgaver knyttet til det enkelte individ som trenger bistand for å skaffe seg eller beholde et arbeidsforhold, lagt til det lokale NAV-kontoret. Det er her brukere skal henvende seg for å få en avklaring av hvilket behov for bistand de trenger fra Arbeids- og velferdsetaten for å komme i arbeid. Dette gjelder også for de som har funksjonsnedsettelse. Kontoret skal kunne utløse de virkemidlene som er nødvendige for å møte den enkelte brukers behov. Nødvendig spesialkompetanse for å ivareta mer komplekse og kompetansekreverende oppgaver hentes inn etter behov fra andre tjenestesteder. I saker som involverer hjelpemidler og tilrettelegging vil samarbeid med hjelpemiddelsentralene være avgjørende for å få til gode løsninger for brukerne.

Sentralt i denne sammenheng blir å innrette hjelpemiddelsentralene slik at de i større grad kan bidra og styrke Arbeids- og velferdsetatens arbeid for et mer inkluderende arbeidsliv for personer med funksjonsnedsettelse.

14.2 Formidling av hjelpemidler rettet mot arbeidslivet

14.2.1 Ulike stønader etter lov om folketrygd til bedring av funksjonsevnen i arbeid

I kapittel 11 er det gitt en samlet fremstilling av stønader til hjelpemidler og tjenester for personer med funksjonsnedsettelse. I dette kapitlet vil vi begrense oss til en omtale av folketrygdens stønader til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet.

Arbeids- og velferdsetaten kan med hjemmel i folketrygdloven gi 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 til døvblinde⁶. Det er en forutsetning at mottakeren av stønaden har

fått sin evne til å utføre inntektsgivende arbeid varig nedsatt, eller har fått sine muligheter til å velge yrke eller arbeidsplass vesentlig innskrenket.

Stønad etter lov om folketrygd gis i forbindelse med tiltak som er nødvendige og hensiktsmessige for at en person skal bli i stand til å skaffe seg eller beholde høvelig arbeid. Stønaden ytes i form av tilskudd, rente- og avdragsfrie lån, utlån av hjelpemidler og tjenester, og gis i all hovedsak til den enkelte bruker. Dekning av utgifter til ombygging av maskiner og tilrettelegging av det fysiske miljøet på arbeidsplassen gis til arbeidsgiver. Retten til ytelse faller bort dersom ytelsene kommer inn under ansvarsområdet i annen lovgiving. I kapittel 11 er det gjort nærmere rede for forholdet mellom den nye diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, arbeidsmiljøloven og folketrygdloven når det gjelder hva som er samfunnets ansvar og hva arbeidsgiver skal finansiere.

I en undersøkelse som FAFO ved Hansen m.fl.⁷ gjorde i tilknytning til dette utvalgsarbeidet, går det frem at ansatte i hjelpemiddelsentralene opplever uklarheter med hensyn til hva som skal dekkes over folketrygden, og hva som er arbeidsgivers ansvar. Uklarheten oppstår særlig i tilknytning til fysisk tilrettelegging og ombygging av maskiner. Hovedinntrykket er likevel at mange arbeidsgivere strekker seg langt, og at hjelpemiddelsentralene i samarbeid med arbeidsgiver finner frem til løsninger for den enkelte bruker.

Et annet problem som ble trukket frem i undersøkelsen gjelder mangelfull rett til opplæring i bruk av hjelpemidler. Videre kan det etter dagens regelverk ikke gis stønad til hjelpemidler mv. over folketrygden til personer som mottar blant annet tidsbegrenset uførestønad eller uførepensjon, med mindre det er sannsynlig at stønaden vil føre til at ytelsene faller bort eller blir redusert. En konsekvens er at personer som deltar på arbeidsmarkedstiltaket varig tilrettelagt arbeid, ikke kan få finansiert hjelpemidler og tilrettelegging over folketrygden. Dette fordi det er en forutsetning for å komme inn på tiltaket, at tiltaksdeltaker har eller i nær fremtid forventes å få innvilget varig uførepensjon. Denne problemstillingen er omhandlet i kapittel 11 og vil derfor ikke bli nærmere omtalt i dette kapitlet.

6. Jf. kap. 10; § 10-5 Stønad til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet og § 10-7 Stønadformer

7. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, av I. L. S. Hansen, C. Hyggen og B. R. Nuland, FAFO-rapport 2009:40

Tabell 14.1 Utgifter over folketrygden til tilskudd og lån m.v. på arbeidsplass for perioden 2002 til og med 2008 omregnet til faste 2008-kroner

Tilskudd, renter- og avdragsfrie lån til tilpasning i arbeidslivet				
	Utgifter i alt i mill. kr	Prosentvis endring fra året før	Renter- og avdragsfrie lån	Renter mv. i prosent av utgifter i alt
2001	51,4			
2002	50,7	-1,4	28,5	56,2
2003	73,6	45,2	43,7	59,3
2004	99,3	34,9	46,6	46,9
2005	104,7	5,4	47,0	44,9
2006	71,5	-31,7	30,6	59,9
2007	49,4	-30,9	19,2	38,9
2008	46,4	-6,1	17,7	38,1

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

14.2.2 Utgifter til hjelpemidler og tilrettelegging etter lov om folketrygd

Hjelpemiddelsentralene overtok vedtaksmyndigheten for tilskudd og lån for tilrettelegging av arbeidsplass fra og med 1. januar 2003.

Som det fremgår av tabellen ovenfor, ble utgiftene til tilretteleggingstiltak over folketrygden fordoblet fra 2002 til 2005. I årene etter 2005 falt utgiftene slik at de i 2007 og 2008 var på om lag samme nivå som i 2002. Utgiftene til renter og avdragsfrie lån utgjør en stor andel av de samlede utgiftene til hjelpemidler m.m. til tilpasning i arbeidslivet. Størstedelen av utgiftene til renter- og avdragsfrie lån går til primærnæringene og da fortrinnsvis til landbruket. Omstrukturering i landbruket og innføring av egenandel for næringsdrivende med en eier har hatt betydning for antallet søkere fra landbruket og for den nedgangen som gjenspeiles i utgiftsutviklingen siste årene.

Ifølge Internrevisjonen i Arbeids- og velferdsdirektoratet henger nedgangen i utgiftene til tilskudd og lån først og fremst sammen med mer ansvarsbevisste arbeidsgivere som på grunn av økt fokus på arbeidsgivers ansvar for individuell tilrettelegging gjennom lovgiving, avtaleverk og trygdepraksis, tar et mer helhetlig ansvar⁸. I tillegg har flere tidligere stønadsbaserte hjelpemidler blitt ordinært utstyr som arbeidsgiver etter hvert i større grad finansierer selv. Internrevisjonen legger også vekt på at IA-satsingen, etablering av

arbeidslivssentrene i 2002 og overføring av vedtaksmyndigheten for hjelpemidler mv. etter folketrygdloven til hjelpemiddelsentralene i 2003, førte til stor aktivitet og bidro til flere søknader og økte utgifter. Regjeringen la også vekt på å stimulere til økt bruk av hjelpemidler i arbeidslivet, jf. forslag i Sosialdepartementets budsjettforelegg høsten 2002 (St.prp. nr. 1 (2002–2003)).

Rapporten trekker også frem bruk av tilretteleggingstilskuddet som en årsak til reduserte utgifter til arbeidshjelpemidler over folketrygdloven, og at denne sammenhengen antas å være særlig sterk etter at det fra 1. april 2007 ble gitt adgang til å benytte tilretteleggingstilskuddet til kjøp av gjenstander/arbeidshjelpemidler.

I 2008 ble det i tillegg lånt ut 2475 hjelpemidler knyttet til arbeidsplass til en samlet verdi av 13,1 mill. kr. Det reelle tallet på utlån av hjelpemidler til arbeidsplass er ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratet sannsynligvis større.

Utgifter til tolk for døve og døvblinde og lese- og sekretærhjelp på arbeidsplassen inngår heller ikke i tallene ovenfor. Utgifter til disse tjenestene har hatt en jevn økning de siste årene, og det forventes at utgiftene vil fortsette å øke fordi etterspørselen er større enn kapasiteten innenfor dagens rammer. Ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratet var dekningsgraden for tolk på 78 prosent i 2008.

14.2.3 Hjelpemiddelsentralene

Hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar er nærmere omtalt i kapittel 4. I dette kapitlet vil vi

8. Arbeids- og velferdsetaten (2009) Rapport om svingninger i utgifter til stønad til hjelpemidler. Internrevisjonen, Arbeids og velferdsdirektoratet, 26. juni 2009

derfor begrense omtalen til hjelpemiddelsentralenes arbeid mot arbeidslivet.

Andrelinjetjeneste

Historisk sett har hovedvekten av formidlingsarbeidet ved hjelpemiddelsentralene vært knyttet til hjelpemidler og tilrettelegging i dagliglivet, eller mer arenauavhengige hjelpemidler (som for eksempel mobilitets- og kommunikasjons hjelpemidler). Når det gjelder hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, er dette et innsatsområde som har kommet sterkere i fokus i de senere år, spesielt i forbindelse med IA-avtalen. Det er derfor i mindre grad utviklet samarbeidsformer når det gjelder arbeidslivet som arena, sammenlignet med det å bo og leve i eget hjem eller for barn i barnehage og grunnskole. I motsetning til kommunenes hjelpeapparat, er førstelinjetjenesten knyttet til hjelpemidler og tilrettelegging for arbeidslivet ikke klart definert.

Behovet for en klarere førstelinje i saker om hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet fremgår også tydelig av undersøkelsen til Hansen m.fl.⁹. Ifølge denne undersøkelsen er manglende førstelinje et særlig stort problem for mindre bedrifter og bedrifter som verken er tilknyttet en bedriftshelsetjeneste eller har inngått en IA-avtale. Brukere med funksjonsnedsettelse særlig knyttet til syn og hørsel vil kunne ha behov for en klarere definert førstelinje. Det blir også etterlyst en klarere førstelinje med ansvar for bistand til personer som ikke har et arbeidsforhold.

Selv om hjelpemiddelsentralen er definert som en andrelinjetjeneste, fungerer de som en førstelinje i mange saker. Dette gjelder særlig for brukere i komplekse saker og for brukere som har hatt behov for tilrettelegging i dagliglivet før de kom i en arbeidssituasjon. Hjelpemiddelsentralene fungerer også i stor grad som førstelinje for brukere på sansetapområdet (syns- og hørselstap), og i tilknytning til tolketjenesten og funksjonsassistentordningen.

Saksbehandlingstid

Tidsaspektet, dvs. tiden det tar fra behovet oppstår til en løsning er på plass, har i mange år vært et tilbakevendende tema i hjelpemiddelforvaltningen. Dersom en person med funksjonsnedsettelse er i en ansettelsesfase, er det viktig at hjelpemidlene er på plass når vedkommende begynner i jobben, og

ikke lenge etterpå. Det er også viktig at hjelpemidlet og tilretteleggingen kommer raskt på plass for personer som er i et arbeidsforhold slik at arbeidstakeren kan fortsette i arbeidsforholdet uten unødig sykefravær.

Det er stor variasjon i saksbehandlingstid, og det tar særlig lang tid fra hjelpemiddelsentralene mottar søknad til løsningen er på plass i saker som involverer tilrettelegging av fysiske omgivelser. Dette fremkommer av undersøkelsen som Hansen m.fl. har gjennomført om hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet. Lang saksbehandlingstid kan i noen saker henge sammen med uklarheter knyttet til hva som er arbeidsgivers, og hva er statens ansvar i det enkelte tilfellet. Søknader om rente – og avdragsfrie lån til effektiviserings- og moderniseringsutstyr fra primærnæringene, jordbruk, fiske og skogbruk er de sakene som i følge Arbeids- og velferdsetaten, tar lengst tid. I slike saker må det innhentes uttalelser fra andre instanser om både utstyret og søker. Disse instansene (fylkesmannens landbruksavdeling eller avdelinger som ivaretar annen næringsvirksomhet, fiskeridirektoratet, arbeidstilsynet mv.) bruker ofte lang tid på sin saksbehandling som igjen påvirker sentralenes saksbehandlingstid.

Kompetanse og kapasitet

Arbeidet med hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet er en liten andel av den virksomheten som utøves ved hjelpemiddelsentralene. I undersøkelsen fra Hansen m.fl. ble arbeidsplassaker anslått til å utgjøre om lag 2,6 prosent av sakene som hjelpemiddelsentralene arbeidet med i 2008. Av undersøkelsen fremgår det videre at arbeidsgivere har behov for bistand som hjelpemiddelsentralene ikke har kapasitet til å gi. Kapasitetsproblemer er størst i tilknytning til identifisering av behov, rådgiving om tilretteleggingsløsninger, implementering av hjelpemidler og opplæring i bruk av hjelpemidlet. Hjelpemiddelsentralene opplever at det i mindre grad er udekket behov knyttet til service og vedlikehold.

Det finnes ikke en oversikt som viser hvor mye personellressurser som brukes samlet sett til området arbeidslivet i hjelpemiddelsystemet. Ikke alle sentralene har egne fagpersoner på området arbeid. Dette gjelder særlig for de mindre sentralene. På disse er det slik at hvert fagområde (syn, hørsel, bevegelse, tolk m.m.) har ansvaret for sine saker på tvers av ulike arenaer som hjem, skole og arbeid. Alle hjelpemiddelsentralene har tverrfaglige team i arbeidslivssaker, de fleste har en fast

9. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, av I. L. S. Hansen, C. Hyggen og B. R. Nuland, FAFO-rapport 2009:40

koordinator med kompetanse om arbeidslivssaker. Ulike fagpersoner trekkes inn ved behov.

Hansen m.fl. viser at hjelpemiddelsentralene i relativt stor grad er ute på arbeidsplassen for å gi opplæring i bruk av hjelpemidler i tilknytning til syn, hørsel og kommunikasjon¹⁰. De bidrar i mindre grad i opplæring knyttet til IKT-hjelpemidler. Når det gjelder området bevegelse viser FAFO-undersøkelsen at halvparten av sentralene bidrar av og til, men mest i saker hvor det er behov for ombygging og store fysiske tilrettelegginger.

Det samlede inntrykket er ifølge Hansen m.fl. at hjelpemiddelsentralene i liten grad er virksomhetsnære i sitt arbeid, og at de deltar i liten grad i lokale planprosesser og arbeid knyttet til inkluderende arbeidsliv. Undersøkelsen konkluderer med at den lave andelen arbeidsplassaker som hjelpemiddelsentralene har og plasseringen deres som en forholdsvis lite synlig andrelinjetjeneste, kan føre til at de ikke fullt ut framstår som et kompetanse- og ressurscenter innenfor området tilrettelegging i arbeidslivet.

14.2.4 Landsdekkende tjenester

Det er etablert ulike tjenester på hjelpemiddel- og tilretteleggingsområdet som skal bistå hjelpemiddelsentralene og NAV-kontorene i komplekse saker. Enhetene skal utvikle spisskompetanse på sine områder og bidra til at personer med funksjonsnedsettelse får økt mulighet til deltagelse i samfunnet. Det er i all hovedsak NAV Senter for yrkesrettet attføring (SYA) og NAV Arbeidsrådgivingskontorene (ARK) i Troms, Sør Trøndelag og Hordaland som yter tjenester rettet mot arbeid. NAV Senter for IKT (SIKTE) er en spesialenhet på IKT-hjelpemidler for personer med funksjonsnedsettelse. SIKTE jobber spesielt mot personer med alvorlig grad av kombinerte syns- og hørselsskader og døvblinde, personer med sterkt reduserte bevegelsesfunksjoner og personer med fysiske skader som hindrer muligheten for kommunikasjon. Hansen m.fl. finner i sin undersøkelse¹¹ at SIKTE i liten grad blir brukt i arbeidsplassaker. Hjelpemiddelsentralene kjenner til dem, men det ser ikke ut til at kompetansen deres blir utnyttet, eller at de anses som en viktig samarbeidspartner knyttet til tilrettelegging i arbeidslivet. Det er en vesentlig utfordring å knytte hjelpemiddelkompetansen i SIKTE og arbeidsarenakompetansen i

SYA tettere sammen slik at en får et mer slagkraftig kompetansemiljø innen IKT og arbeid. I tillegg har NAV Nordnorsk IKT-senter (NONITE) hatt flere prosjekter for utvikling av kompetanse knyttet til IKT og arbeidsliv. Det er viktig at kompetansen gjøres tilgjengelig for hjelpemiddelsentralene, NAV-kontorene og andre relevante samarbeidspartnere.

14.3 Arbeidsgivers plikt til tilrettelegging

14.3.1 Arbeidsmiljø- og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven

Som omtalt i kap. 11, er arbeidsgiver gitt tilretteleggingsplikter overfor arbeidstaker etter både arbeidsmiljøloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. Etter arbeidsmiljøloven har arbeidsgiver en generell plikt til å drive et systematisk arbeid for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i virksomheten, forebygge og følge opp sykefravær og legge til rette arbeidssituasjonen for arbeidstakere. Loven har også en særskilt bestemmelse om tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne. Det er i løpet av de siste årene gjort endringer i arbeidsmiljøloven for å tydeliggjøre, presisere og til dels utvide arbeidsgivers ansvar for å følge opp tilretteleggingsplikten for arbeidstakere som har fått redusert arbeidsevne.

Arbeidsgivers plikt til å sørge for individuell tilrettelegging for arbeidstakere med funksjonsnedsettelse ble med virkning fra 1. januar 2009 overført fra arbeidsmiljøloven til diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. Plikten til individuell tilrettelegging i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven er en videreføring av bestemmelsen i arbeidsmiljøloven.

Arbeidsmiljølovens tilretteleggingsbestemmelse overfor personer med funksjonsnedsettelse var ikke absolutt. Arbeidsgiver skulle «så langt som mulig» iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker med funksjonsnedsettelse skulle kunne få eller beholde et arbeid. Tilsvarende begrensning er oppstilt i arbeidsmiljølovens gjeldende bestemmelse om arbeidsgivers tilretteleggingsplikt overfor arbeidstakere som har fått redusert arbeidsevne. Arbeidsgivers plikt til individuell tilrettelegging etter diskriminerings- og tilgjengelighetsloven gjelder bare så langt tilretteleggingen ikke medfører «en uforholdsmessig byrde». Ved vurderingen av om tilretteleggingen medfører en uforholdsmessig byrde skal det legges særlig vekt på tilretteleggingens effekt for å nedbygge funksjonshemmende barrierer, kostnadene ved tilretteleg-

10. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, av I. L. S. Hansen, C. Hyggen og B. R. Nuland, FAFO-rapport 2009:40.

11. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, av I. L. S. Hansen, C. Hyggen og B. R. Nuland, FAFO-rapport 2009:40.

gingen og virksomhetens ressurser. Loven er utformet slik at det er stort rom for skjønn ved vurderinger av arbeidsgivers ansvar. Det skal foretas en helhetlig vurdering der flere hensyn veies mot hverandre. Arbeidsgivers ansvar er vidtrekkende, men hvilke tiltak det er rimelig at arbeidsgiver må kunne iverksette, vil måtte vurderes i hvert enkelt tilfelle og vil kunne variere. En stor og ressurssterk virksomhet må kunne pålegges et større tiltatteleggingstiltak enn en mindre med dårlig økonomi. Dersom offentlige støtteordninger dekker hele eller deler av utgiften ved tilretteleggingen, skal det selvsagt mer til for at tilretteleggingen blir ansett som en uforholdsmessig byrde.

I diskriminerings- og tilgjengelighetsloven fremgår det at plikten til individuell tilrettelegging også gjelder i forhold til arbeidssøkere. Plikten betyr i praksis at et behov for rimelig individuell tilrettelegging ikke er en legitim grunn til å avvise en arbeidssøker med funksjonsnedsettelse.

Dersom en arbeidstaker har et tilretteleggingsbehov, men ikke kan sies å ha en funksjonsnedsettelse i diskriminerings- og tilgjengelighetslovens forstand, vil arbeidsgiver likevel kunne være forpliktet til tilretteleggingstiltak etter arbeidsmiljøloven, som også omfatter tilretteleggingsplikter ved redusert arbeidsevne.

14.4 Bedriftshelsetjenesten

Bruk av hjelpemidler vil alltid være et resultat av en prosess der en først avklarer og utreder behovet for hjelpemidlet, dernest vil det i mange tilfeller være behov for å prøve ut hjelpemidlet, og i noen tilfeller vil det også være behov for oppfølging etter at hjelpemidlet er tatt i bruk. Oppfølging kan være nødvendig for å finne ut om hjelpemidlet fungerer som det skal.

Når det gjelder hjelpemidler og tilrettelegging for å bedre funksjonsevnen for personer som har et ansettelsesforhold, vil det være arbeidsgiver som i utgangspunktet har ansvar for å sørge for avklaring, utprøving og oppfølging.

En del virksomheter vil gjennom tilknytning til en bedriftshelsetjeneste kunne skaffe seg nødvendig bistand ved tilrettelegging. Mange virksomheter er imidlertid ikke tilknyttet en bedriftshelsetjeneste og dekningsgraden avtar med bedriftstørrelse målt i antall ansatte¹². Små virksomheter vil også ofte også være de som i størst grad mangler kompetanse i bedriften til å foreta avklaring og

behovskartlegging, utprøving og oppfølging. Manglende kompetanse i bedriftene vil sannsynligvis også øke i forhold til hvor spesialisert og kompleks behovet for tilrettelegging er.

Hvilke virksomheter som er pålagt en plikt til å knytte seg til en bedriftshelsetjeneste er regulert i den såkalte bransjeforskriften¹³. Dekningsområdet for obligatorisk plikt til å ha bedriftshelsetjeneste ble utvidet til åtte nye bransjer gjennom ny bransjeforskrift som trådte i kraft 1. januar 2010. De åtte nye bransjene er: Helse- og sosialsektoren, undervisningssektoren, fiskeoppdrett og klekkerier, gjenvinning, vaktjenester, frisørbransjen, kraft- og vannforsyning og produksjon av tekstiler. Til grunn for utvidelsen ligger Arbeidstilsynets faglige anbefalinger og kunnskap om hvilke bransjer som har størst belastning, og hvor utstøtingen fra arbeidslivet er størst. Etter 1. januar 2010 vil ifølge Arbeidstilsynet 42 prosent av alle virksomhetene i Norge og 53 prosent av alle ansatte være omfattet av plikten til være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste. Medregnet de virksomheter som har knyttet seg til en bedriftshelsetjeneste på frivillig grunnlag er om lag 70 prosent av arbeidstakerne tilknyttet en bedriftshelsetjeneste.

For å sikre fagligheten og kompetansen i ordningene, ble det med virkning fra 1. januar 2010 innført en obligatorisk godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten¹⁴. Etter dette må alle virksomheter som har plikt til å ha bedriftshelsetjeneste, knytte seg til en godkjent ordning. For å bli godkjent, må bedriftshelsetjenestene minst ha den tverrfaglige kompetanse og det volum som anses nødvendig for å bistå virksomhetene i arbeidet med god forebygging og inkludering.

Bedriftshelsetjenestens hovedoppgave er forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Arbeidsgiver skal sørge for at bedriftshelsetjenesten bistår ved individuell tilrettelegging, herunder deltakelse i dialogmøter og bistå ledere i utarbeidelse av oppfølgingsplan etter arbeidsmiljølovens særlige bestemmelser om tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne. Formålet med en ny godkjenningsordning er å sørge for at den enkelte bedriftshelsetjenesten har den kvaliteten og kompetansen som er nødvendig for å bidra til et godt helse, miljø og sikkerhetsarbeid og å forebygge utstøting fra virksomhetene. For å bli godkjent må bedriftshelsetjenesten ha et faglig personale som er i stand til å gi råd innen følgende kompetanse-

12. Rapport om «Prosjekt for vurdering av den videre oppfølging av bedriftshelsetjenesten», AID, september 2007

13. Jf. forskrift av 11.02.2009 nr. 162 om at virksomheter innen visse bransjer skal ha godkjent bedriftshelsetjeneste

14. Jf. forskrift av 10.09.2009 nr. 1173 om arbeidsgivers bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste og om godkjenning av bedriftshelsetjeneste.

områder: arbeidsmedisin/arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, og systematisk HMS-arbeid.

Arbeidslivssentrene og hjelpemiddelsentralene gir i undersøkelsen til Hansen m.fl.¹⁵ uttrykk for at bedriftshelsetjenesten spiller en viktig rolle i arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv. Dette gjelder særlig i tilknytning til utredningsarbeid i forkant av søknad om hjelpemidler og oppfølging etter at tilretteleggingen er på plass.

14.5 Andre deler av Arbeids- og velferdsetaten som har betydning for hjelpemidler og tilrettelegging i arbeid

I kapittel 14.2 ble formidlingssystemet for hjelpemidler mv. gjennomgått. I dette kapitlet vil vi se nærmere på andre deler av NAV-systemet, herunder tiltak, tjenester, organisatoriske og faglige virkemidler, som har betydning for arbeidet med hjelpemidler og tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse. Arbeids- og velferdsforvaltningen spiller en viktig rolle i arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv, og ulike enheter og virkemidler må arbeide sammen for at flere kan komme og forbli i arbeidslivet.

14.5.1 Arbeids- og velferdsetaten

Det overordede ansvarsområdet til den nye Arbeids- og velferdsetaten er regulert i arbeids- og velferdsforvaltningsloven. Av loven fremgår det at Arbeids- og velferdsetaten har

«ansvaret for gjennomføringen av arbeidsmarkeds-, trygde- og pensjonspolitikken. Etaten skal forvalte arbeidsmarkedsloven, folketrykkløven, med unntak av kapittel 5, og andre lover hvor oppgaver er lagt til etaten, og sikre rett ytelse til den enkelte. Etaten har ansvaret for å følge opp og kontrollere tjenester, ytelser og utbetalinger. Etaten skal stimulere den enkelte stønadsmottakeren til arbeidsaktivitet der dette er mulig, og gi råd og veiledning til arbeidsgivere og arbeidstakere for å hindre sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.»

Som det fremgår av organisasjonskartet i kapittel 4, er det etablert to ulike styringslinjer innad i Arbeids- og velferdsetaten. Hjelpemiddelsentralene, SYA, SIKTE, NONITE og landsdekkende bil-senter er organisert i styringslinjen NAV Spesia-

lenheter. Arbeidslivssentrene, arbeidsrådgivingskontorene, forvaltningsenhetene og NAV-kontorene er organisert i styringslinjen NAV Fylke.

NAV-kontorene

Det lokale NAV-kontoret er førstelinjen i arbeids- og velferdsforvaltningen. Det er her brukerne skal henvende seg og få en avklaring av hvilket behov de har for bistand fra forvaltningen. NAV-kontoret er også inngangsdøren til de ulike tjenester og ytelser fra arbeids- og velferdsforvaltningen. NAV-kontoret skal være brukernes fysiske lokale kontaktsted.

Av arbeids- og velferdsforvaltningsloven fremgår det at det skal være minimum ett lokalt NAV-kontor i alle kommuner. Kontoret skal opprettes ved en avtale mellom Arbeids- og velferdsetaten og den aktuelle kommunen. Avtalen skal inneholde bestemmelser om lokalisering og utforming, organisering og drift av kontoret, hvilke kommunale tjenester som skal inngå i kontoret, og hvordan kontoret skal samhandle med representanter for kontorets brukere og kommunens øvrige tjenestetilbud.

De lokale NAV-kontorene spiller en sentral rolle i Arbeids- og velferdsetatens arbeid for «å oppnå et inkluderende arbeidsliv gjennom et velfungerende arbeidsmarked med høy yrkesdeltakelse og lav ledighet»¹⁶. Sentrale oppgaver for NAV-kontoret er å bistå arbeidsgivere med å skaffe arbeidskraft og gi veiledning og rådgiving til personer som trenger bistand for å skaffe seg eller beholde et arbeidsforhold.

I en evaluering av IA-avtalen (2001–2009) som SINTEF Teknologi og samfunn har gjort på oppdrag for Arbeids- og inkluderingsdepartementet, blir NAV-kontorene trukket frem som spesielt viktige i arbeidet med delmål 2 i IA-avtalen om å øke yrkesdeltakelsen for personer med funksjonsnedsettelse¹⁷.

En hver som henvender seg til NAV-kontoret, har rett til informasjon om arbeids- og velferdsforvaltningens tjenester og ytelser. Kontoret skal så tidlig som mulig avklare brukernes helhetlige behov, og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Kontoret skal kunne utløse de virkemidlene som er nødvendige for å møte den enkelte brukers situasjon. De ressurser som skal stå til disposisjon for den enkelte

15. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, av I. L. S. Hansen, C. Hyggen og B. R. Nuland, FAFO-rapport 2009:40

16. Lov av 10.12.2004 nr. 76 om arbeidsmarkedstjenester (arbeidsmarkedsloven)

17. Evaluering av IA-avtalen (2001–2009), av Ose, Solveig Osborg med fl., Sintef Teknologi og samfunn, 2009

bruker, skal ikke være avhengig av den faktiske bemanning i hans ellers hennes lokalkontor. Nødvendige ressurser for å ivareta de mer komplekse og kompetansekrevene oppgavene skal kunne hentes inn fra andre tjenestesteder ut fra hver enkelt brukers behov. Forvaltningen skal ellers være tilgjengelig over internett, telefon eller post. Samtidig skal brukere som ønsker å motta tjenester ved personlig frammøte, få anledning til det.

Arbeids- og velferdsetaten er organisert slik at oppgaver som krever brukernærhet er lagt til NAV-kontorene, mens forvaltningsoppgaver som i mindre grad krever nærhet til brukerne, ivaretas gjennom fylkesvise forvaltningsenheter, eller håndteres regionalt eller av landsdekkende enheter. Hensikten med denne organiseringen er å styrke arbeids- og velferdsforvaltningens arbeid direkte mot bruker. En styrket førstelinjetjeneste omfatter ikke bare tjenester som ligger i front eller i et mottak, men også tjenester som er knyttet til hele den brukerrettede prosessen med behovsavløring, veiledning, planlegging, vedtak om tjenester og oppfølging. Førstelinjen skal ha et kompetansenivå og et beslutningsansvar som gjør disse kontorene til et sted der folk reelt opplever å få den veiledning og bistand de har behov for i størst mulig grad uten å måtte henvises til andre kontorer, instanser og «dører». Gjennom førstelinjen skal brukerne sikres helhetlig avklaring og et samordnet tjenestetilbud.

Det er stilt en rekke virkemidler til disposisjon for NAV-kontorene. De mest sentrale virkemidlene vil bli gjennomgått nedenfor.

Av undersøkelsen til Hansen m.fl.¹⁸ fremgår det at NAV-kontorene savner mer informasjon om hjelpemidler og tilretteleggingsmuligheter for å kunne dra nytte av dette i arbeidet med oppfølging av sykemeldte. I rapporten konkluderes det med at det kan være behov for en klarere definering av førstelinjen i henvendelser som gjelder tilrettelegging og hjelpemidler på arbeidsplassene.

Arbeidslivssentrene

Arbeidslivssentrene ble etablert i 2002 og er et virkemiddel for å nå målene i IA-avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv. Sentrene forvalter tilretteleggingstilskuddet og tilskudd til bedriftshelsetjeneste, men er ellers gitt stor frihet til å utforme innholdet i tjenestetilbudet. Det er ett arbeidslivssenter i hvert fylke, og organisatorisk inngår de i

fylkeslinjen. Virksomheter som har inngått IA-avtale får en egen kontaktperson på arbeidslivssenteret i sitt fylke.

Arbeidslivssentrene jobber fortrinnsvis på systemnivå, men enkelte sentre bistår også med rådgivning i enkeltsaker. En evaluering av IA-avtalen som er gjennomført av Sintef, viser at hele 63 prosent av hovedaktiviteten er rettet mot store virksomheter med mer enn 100 ansatte¹⁹. Fordi små virksomheter krever like store ressurser som de store, blir det mer effektivt å fokusere på store virksomheter. Av undersøkelsen fremgår det at små virksomheter retter sine forespørsler i større grad direkte mot NAV-kontorene i stedet for gjennom rådgiveren ved arbeidslivssenteret. 44 prosent av virksomheten er rettet mot kommunale virksomheter, mens 15 prosent av aktiviteten er rettet mot private virksomheter. Undersøkelsen viser at virksomhetene har jobbet mer målrettet med å inkludere egne ansatte med funksjonsnedsettelse enn de har for å rekruttere personer med funksjonsnedsettelse. I den nye IA-avtalen som ble inngått 24. februar 2010, har myndighetene forpliktet seg til å etablere en nasjonal koordineringsenhet for arbeidslivssentrene. Enheten skal arbeide med utvikling av oppgaveporteføljen i arbeidslivssentrene, utveksle informasjon og spre effektiv praksis.

14.5.2 Virkemidler og arbeidsmåter i arbeids- og velferdsforvaltningen som er relevant for hjelpemidler og tilrettelegging i arbeid

Arbeidsevnevurderinger, aktivitets- og individuelle planer

Alle som henvender seg til det lokale NAV-kontoret, og som ønsker eller trenger bistand for å komme i arbeid, har rett til å få vurdert sitt bistandsbehov. Fra og med 1. februar 2010 har alle som har behov for mer omfattende vurdering av sitt bistandsbehov, rett til å få en arbeidsevnevurdering. Gjennom en arbeidsevnevurdering skal brukeren få en skriftlig vurdering av:

- sine muligheter for å komme i arbeid,
- hva slags arbeid som skal være målet,
- behovet for bistand for å komme i arbeid,
- om, og eventuelt hvor mye, arbeidsevnen er nedsatt og
- hvilken type bistand som kan være aktuell for brukeren.

18. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, av I. L. S. Hansen, C. Hyggen og B. R. Nuland, FAFO-rapport 2009:40

19. Evaluering av IA-avtalen (2001–2009), av Ose, Solveig Osborg med fl., Sintef Teknologi og samfunn, 2009

Brukere som har fått fastslått at de har et bistandsbehov, har rett til å delta i utarbeidelsen av en konkret plan for hvordan de skal komme i arbeid (aktivitetsplan). Ansvaret for å gjennomføre arbeidsevnevurderinger er lagt til NAV-kontorene. For brukere som samtidig har krav på en individuell plan etter arbeids- og velferdsforvaltningsloven, skal NAV-kontoret legge til rette for at aktivitetsplanen og den individuelle planen så langt som mulig blir samordnet.

Behovs- og arbeidsevnevurderingene skal bidra til en målrettet og entydig avklaring av brukers ressurser og barrierer og peke mot de virkemidler som er nødvendige for at brukeren skal kunne komme i arbeid. Vurderingene må gi et grunnlag for å prioritere hvem som skal få tilbud om tiltak og tjenester i regi av arbeids- og velferdsforvaltningen, og angi hovedretningen på den bistanden som skal gis.

Arbeidsevnevurderingen er en behovsavklaring og skal være ressursrettet og mulighetsorientert. Arbeidsevnevurderingen gir ingen rettigheter til tiltak og tjenester. Ved tildeling av en tjeneste må det uavhengig av arbeidsevnevurderingen fattes selvstendige vurderinger av om vilkårene knyttet til de enkelte ordningene er oppfylt. Retten til en arbeidsevnevurdering gjelder også brukere som har et ansettelsesforhold, og som trenger bistand for å beholde arbeidet.

Tilretteleggingsgaranti

NAV – kontorene har ansvar for ordningen med tilretteleggingsgaranti. Dette er en ordning som skal sikre arbeidssøker, arbeidstaker og arbeidsgiver trygghet for at personer med funksjonsnedsettelser får nødvendige hjelpemidler, tilrettelegging og oppfølging. Både enkeltpersoner og bedrifter kan benytte ordningen, som består av en forhåndsgaranti for bistand til tilrettelegging og oppfølging på arbeidsplass. Tilretteleggingsgarantien omfatter alle virkemidler og tiltak, og er en skriftlig servicegaranti som forplikter alle enheter i Arbeids- og velferdsetaten til å gi rask og koordinert saksbehandling og tilpasset oppfølging til deltakere og arbeidsgiver. Brukeren skal ha en kontaktperson i Arbeids- og velferdsetaten og denne skal koordinere arbeidet. Alle enheter som skal gi service eller bistand, er forpliktet av garantien. Garantien gir imidlertid ingen rettigheter til tiltak og ytelser. Dette må vurderes i forhold til de særskilte vilkårene som gjelder for de ulike virkemidlene.

Ordningen har ført til at en del arbeidstakere som stod i fare for å falle ut av arbeidslivet på grunn av funksjonsnedsettelser, er blitt værende i arbeid.

Likeledes har en del arbeidssøkere som har hatt vansker med å komme i arbeid på grunn av funksjonsnedsettelser, kommet i arbeid. Dette fremgår av en evalueringsrapport som Rambøll Management har gjennomført på oppdrag fra NAV Drift og utvikling²⁰. Av rapporten fremgår det videre at resultatene er beskjedne i forhold til det totale antallet utstedte tilretteleggingsgarantier. Evalueringen viser at for å lykkes med god tilrettelegging for den enkelte, er det viktig med et godt samarbeid innad i Arbeids- og velferdsetaten. Evalueringen viser også at mange enheter i Arbeids- og velferdsetaten kjenner for lite til hjelpemiddelsentralene og den mulighet som ligger for tilrettelegging ved bruk av hjelpemidler. Evaluatorene påpeker at det er behov for å styrke samarbeidet med hjelpemiddelsentralene i den videre implementeringen av tilretteleggingsgarantien.

Ifølge undersøkelsen til Hansen m.fl.²¹ er ikke tilretteleggingsgarantien særlig utbredt i arbeidsplassaker. Bare syv hjelpemiddelsentraler rapporterer at det er gitt slik garanti. Samtidig kommer det klart frem at tilretteleggingsgarantien oppfattes som et sentralt virkemiddel for bedre samordning og koordinering av tilretteleggingsprosessen, tydeliggjøre ansvarsfordeling og tidsfrister. Betydningen av å ha en fast person som koordinerer arbeidet, ble fremhevet.

Arbeidsrettede tiltak

De lokale NAV- kontorene forvalter en rekke arbeidsrettede tiltak. Tiltakene er regulert i forskrift²² som er hjemlet i arbeidsmarkedsloven. Omfanget bestemmes av årlige bevilgninger i statsbudsjettet. Tildeling av tiltak i hvert enkelt tilfelle skjer på bakgrunn av vurderinger om deltakelse på tiltaket anses å være nødvendig og hensiktsmessig for at deltakeren skal skaffe seg eller beholde inntektsgivende arbeid. Det er med andre ord behovene til hver enkelt bruker som skal legges til grunn ved tildeling av arbeidsrettede tiltak.

Gjennom forskriften stilles følgende arbeidsrettede tiltak til disposisjon for Arbeids- og velferdsetaten:

- Avklaring
- Arbeidsrettet rehabilitering
- Arbeidspraksis
- Opplæring

20. Følgeevaluering av prosjektet «Tilretteleggingsgaranti», Rambøll Management, sluttrapport 2008

21. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, av I. L. S. Hansen, C. Hyggen og B. R. Nuland, FAFO-rapport 2009:40

22. Forskrift av 11.12.2008 nr. 1320 om arbeidsrettede tiltak mv.

- Arbeid med bistand
- Oppfølging
- Bedriftsintern opplæring
- Tidsbegrenset lønnstilskudd
- Tiltak i arbeidsmarkedsbedrift
- Varig tilrettelagt arbeid
- Tilskudd til tiltaksarrangør
- Behandlingstilbud for personer med psykiske og sammensatte lidelser

I tillegg er Arbeids- og velferdsetaten gitt mulighet til å gi tidsbestemt lønnstilskudd til personer i eller utenfor arbeidslivet som har varig og vesentlig nedsatt arbeidsevne og hvor alternativet kan være overgang til uførepensjon²³.

Under tiltaket «*Tilskudd til tiltaksarrangør*» kan det

«gis tilskudd til teknisk tilrettelegging for tiltaksdeltakere som har fått sin arbeidsevne nedsatt i en slik grad at vedkommende hindres i å skaffe seg eller beholde inntektsgivende arbeid²⁴».

Tilskuddet gis til tiltaksarrangør og skal dekke utgifter til utstyr som er nødvendig for at tiltaksdeltaker skal kunne gjennomføre tiltaket. Tilskuddet gis i forbindelse med oppstart i tiltaket og inkluderer nødvendig opplæring i bruk av utstyret. Tilskuddet gis etter regning inntil en fastsatt maksimalsats som i 2010 var på 109 500 kr per år. Fordi tilskuddet gis til tiltaksarrangør, blir tilretteleggingen i virksomhetens eie slik at den enkelte tiltaksdeltaker ikke kan ta med seg tilretteleggingen ved overgang til arbeid eller til et annet tiltak.

Flere av tiltakene som nevnt over, anskaffes ved kjøp i markedet etter regleverk fastsatt i eller i medhold av lov om offentlige anskaffelser. Andre anskaffes gjennom avtaler med ulike tiltaksarrangører. For å bli godkjent som tiltaksarrangør må virksomhetene oppfylle en rekke krav fastsatt i forskrift om arbeidsrettede tiltak. De fleste av disse tiltaksarrangørene er såkalte skjermede virksomheter som i det alt vesentligste er organisert i to interesseorganisasjoner: Attføringsbedriftene og Vekstbedriftene. Todelingen gjenspeiler at de historisk har hatt ansvaret for hver sine tiltak. Ifølge en evaluering fra Telemarkforskning i 2009 var det ved inngangen av 2009 108 bedrifter tilsluttet Attføringsbedriftene og 234 bedrifter tilsluttet Vekstbedriftene²⁵

23. Jf. forskrift av 3.05.2007 nr. 495 om forsøk med tidsbestemt lønnstilskudd

24. Jf. § 12-2 i forskrift av 11.12.2008 nr. 1320 om arbeidsrettede tiltak mv.

Tilretteleggingstilskudd

Arbeidsgivere som yter merinnsats eller har merutgifter i forbindelse med et konkret tilretteleggingstiltak, kan få økonomisk tilskudd fra Arbeids- og velferdsetaten²⁶. Tilskuddet er regulert i forskrift²⁷, og er forbeholdt virksomheter som har inngått samarbeidsavtale med et arbeidslivssenter om et inkluderende arbeidsliv. Det kan gis tilretteleggingstilskudd i tilknytning til et konkret og tidsbegrenset tilretteleggingstiltak som er nødvendig og hensiktsmessig med sikte på at arbeidstaker skal opprettholde arbeidsforholdet.

Formålet med tilretteleggingstilskuddet er å forebygge og redusere sykefravær og hindre at arbeidstakere faller ut av arbeidslivet. Tilretteleggingstilskuddet kan gis til arbeidsgivere som tilrettelegger arbeidet for arbeidstakere som mottar sykepenges, rehabiliteringspenges, eller som står i fare for å bli sykemeldt. Tilretteleggingstilskuddet skal bidra til å stimulere inkluderende arbeidslivsvirksomheter i privat og offentlig sektor til å legge til rette for at arbeidstakere som har redusert arbeidsevne på grunn av sykdom, skade eller lyte, kan opprettholde arbeidsforholdet. Tilskuddet kan ytes ved igangsetting og gjennomføring av tiltak i form av utprøving, tilrettelegging, opplæring eller arbeidstrening. Det kan ytes tilskudd til opplæring i nye arbeidsoppgaver eller annen form for tilrettelegging, herunder tilskudd til kurs og kortere opplæringstiltak, og til utgifter knyttet til arbeidsutprøving. Fra mars 2007 kan det også ytes tilskudd til kjøp av gjenstander/hjelpemidler, men ikke til kjøp av hjelpemidler som kan dekkes etter folketrygdloven. Maksimalt beløp til gjenstander/arbeidshjelpemidler er 34 800 kr.

En undersøkelse viser at tilretteleggingstilskuddet er det mest etterspurte og brukte virkemidlet av alle virkemidlene som tilbys gjennom IA-avtalen²⁸. Tilskuddet blir brukt ikke bare for å tilrettelegge for medarbeidere som allerede er blitt syke, men også for de som står i fare for å bli syke.

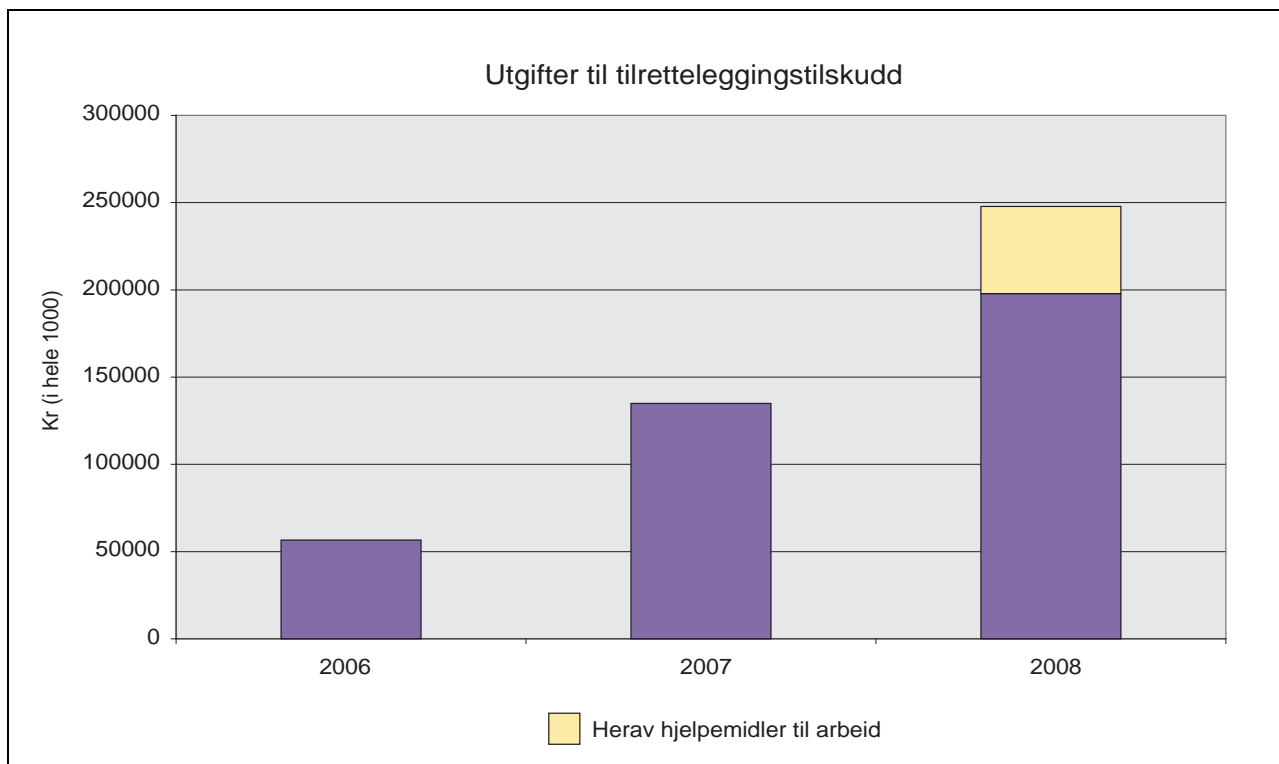
Som det fremgår av figuren nedenfor, har utgiftene til tilretteleggingstilskudd økt kraftig fra 2006 til 2008. Ev vesentlig del av økningen i 2008 skyldes utgifter til hjelpemidler.

25. Evaluering av arbeidsmarkedstiltak i skjermede virksomheter, av G. Møller og J. Sannes, Telemarkforskning, TF-rapport nr. 253, 2009

26. Jf. forskrift av 2003 av 19.12 nr. 1671 om om tilretteleggingstilskudd som er hjemlet i folketrygdloven.

27. Forskrift av 19.12.2003 nr. 1671 om tilretteleggingstilskudd. Forskriften er hjemlet i folketrygdloven.

28. Ose, Solveig Osborg med fl.: Evaluering av IA-avtalen (2001–2009) Sintef Tenologi og samfunn, 2009



Figur 14.1 Utgifter til tilretteleggingstilskudd

Kilde: Arbeids- og velferdsetaten

Tilretteleggingstilskuddet budsjetteres over en rammestyrte post over statsbudsjettet. Tilskuddet forvaltes av arbeidslivssentrene, men er også stilt til disposisjon for NAV-kontorene.

Tilskudd til bedriftshelsetjeneste

For IA-virksomheter er det etablert en ordning med tilskudd til bedriftshelsetjeneste, dvs. at IA-virksomheter kan få refundert utgifter ved bruk av bedriftshelsetjenesten. Tilskudd til bedriftshelsetjenesten gis til IA-virksomheter som har utgifter til bedriftshelsetjeneste i tilknytning til

- oppfølging av eller tilrettelegging for arbeidstakere som står i fare for å bli eller allerede er sykmeldte
- tilbakeføring av personer med funksjonsnedsettelse

Det er viktig at bedriftshelsetjenesten har helse- og attføringsfaglig kompetanse.

Ordningen forvaltes av arbeidslivssentrene og NAV-kontorene.

Arbeidsplassvurdering

Arbeids- og velferdsetaten kan tilby å dekke utgiftene til godkjent ekstern fysioterapeut/ergoterapeut som foretar arbeidsplassvurdering for sykmeldte arbeidstakere og arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldt.

Hensikten med ordningen er å bringe kvalifisert personell inn i arbeidet med å forebygge sykefravær og få sykmeldte tilbake i arbeid. Ordningen består av en funksjonsundersøkelse og et besøk på arbeidsplassen for å vurdere mulige tilretteleggingstiltak som kan føre til at arbeidet kan gjenopp-tas helt eller delvis, eller at sykefravær kan forebygges.

Ordningen gjelder arbeidstakere som mottar sykepenger, rehabiliteringspenger eller uføreytelse. Ordningen gjelder også arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldte. Alle parter kan ta initiativ til en arbeidsplassvurdering, det vil si den sykmeldte selv, arbeidsgiver, behandlende lege eller NAV-kontoret. Det er NAV-kontorene som rekvirerer arbeidsplassvurdering etter avtale med den sykmeldte. Etter arbeidsplassvurderingen vil arbeidsgiver få tilbakemelding fra det lokale NAV-kontoret slik at forslag og anbefalinger kan følges opp i bedriften. Ordningen gjelder ikke virksomhe-

Tabell 14.2 Oversikt over hvilke enheter i NAV som forvalter virkemidler knyttet til hjelpemidler og tilpasning i arbeidslivet

NAV – kontorene	Arbeidslivssentrene	Hjelpemiddelsentralene
<ul style="list-style-type: none"> –Tilretteleggings-garantien –Arbeidsplassvurdering –Arbeidsrettede tiltak, herunder bl.a. tilskudd til teknisk tilrettelegging ved deltakelse på arbeidsmarkedstiltak –Arbeidsevnevurderinger og aktivitetsplaner, ev. individuelle planer –Tilretteleggingstilskuddet (bare for IA-virksomheter) –Tilskudd til bedriftshelsetjeneste (bare for IA-virksomheter) 	<ul style="list-style-type: none"> –Tilretteleggings-tilskuddet (bare for IA-virksomheter) –Tilskudd til bedriftshelsetjeneste (bare for IA-virksomheter) 	<ul style="list-style-type: none"> –Forvalter § 10–5 og § 10–7 i lov om folketrygd, herunderstønad til –hjelpemidler og ombygging av maskiner og tilrettelegging av det fysiske miljøet på arbeidsplassen –lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte –tolkehjelp for hørselshemmede –tolke- og ledsagerhjelp til døvblinde –Funksjonsassistent

ter som har egen bedriftshelsetjeneste eller er tilknyttet en fellesordning. Ordningen er avtalebasert.

Funksjonsassistent i arbeidslivet

Funksjonsassistent i arbeidslivet skal gjøre det lettere for personer med sterk nedsatt fysisk funksjonsevne å være i arbeid. En funksjonsassistent skal bistå den enkelte bruker med hjelp til praktiske formål i arbeidshverdagen. Dette kan være hjelp i tilknytning til kopiering, påkledning, toalettbesøk, lunsj, forretningsreiser med mer, men ikke til å utføre ordinære arbeidsoppgaver. Arbeidsplassen må tilrettelegges med nødvendige hjelpemidler og andre ergonomiske tiltak så langt det er mulig før arbeidstakeren kan få funksjonsassistent.

Funksjonsassistentordningen forvaltes av hjelpemiddelsentralene. Det har vært en vekst i bruken av ordningen fra 50 brukere i 2002 til om lag 150 i 2009.

En evaluering utført av Econ Pöyry i 2008²⁹ viser at ordningen har bidratt til at personer med sterke funksjonsnedsettelse både kommer i og blir værende i arbeid. For nærmere omtale av ordningen vises det til kapittel 11.

29. Med litt bistand kan flere jobbe. Evaluering av ordningen med funksjonsassistanse i arbeid. utarbeidet av Econ Pöyry AS, rapport 2008-039

Arbeids- og utdanningsreiser

Personer med funksjonsnedsettelse kan få transport til og fra arbeid eller skole til en egenandel tilsvarende den rimeligste transporten med offentlig kommunikasjon. Ordningen har vært en forsøksordning siden 2001. Administrasjonen av ordningen har tidligere vært fordelt mellom Samferdselsdepartementet (fylkene Finnmark, Nordland, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag, Sogn og Fjordane, Akershus, Buskerud, Østfold og Hordaland) og Arbeids- og velferdsetaten, men er i sin helhet lagt til Arbeids- og velferdsetaten fra 1. januar 2008. Ordningen er rammefinansiert.

Oversikt over virkemidler i arbeids- og velferdsforvaltningen og hvilke enheter som har forvaltningsansvar

Som det fremgår av teksten ovenfor, forvalter Arbeids- og velferdsetaten mange virkemidler som kan ha betydning for arbeidet med bedre tilrettelegging av både hjelpemidler og tjenester for at flere med funksjonsnedsettelse skal kunne komme og forbli i arbeid. I tabell 14.2 er det gitt en oversikt over hvilke organisatoriske enheter i etaten som forvalter de ulike virkemidlene.

14.6 Utvalgets vurdering og tilråding

For å nå målet om økt sysselsetting for personer med funksjonsnedsettelse, mener utvalget det er nødvendig med en sterkere satsing på hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet. Utvalget legger vekt på at hjelpemiddelområdet, både virkemidlene og arbeidet ved hjelpemiddelsentralene og på NAV-kontorene, må innrettes slik at innsatsen i sum på en bedre måte enn i dag understøtter det overordnede målet om flere i arbeid.

Behovet for endringer må ses i sammenheng med NAV-reformen og ny organisering av Arbeids- og velferdsetaten som gir nye muligheter til en mer helhetlig bistand og oppfølging av brukerne.

For å styrke arbeids- og velferdsforvaltningens arbeid med å inkludere flere med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet, har utvalget i kapittel 11 foreslått å overføre stønader til hjelpemidler mv. etter folketrygdloven til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet, tilretteleggingstilskuddet og funksjonsassistentordningen for arbeidslivet til arbeidsmarkedsloven under forutsetning av at det utarbeides en «ny» arbeidsmarkedslov, og at retten til arbeidshjelpemidler ikke svekkes i forhold til dagens regelverk. Dette vil gi Arbeids- og velferdsetaten en ryddigere og mer helhetlig innrettet verktøykasse som gjør det enklere å finne frem til egnede tiltak tilpasset hver enkelt brukers behov. Utvalget legger til grunn at hjelpemidler og tilrettelegging må ses i sammenheng med de øvrige arbeidsrettede virkemidlene for å bistå brukere med å skaffe seg eller beholde et inntektsgivende arbeid. For nærmere omtale av forslagene vises det til kapittel 11.

I kapittel 11 har utvalget også foreslått at ordningen med arbeids- og utdanningsreiser bør gjøres permanent og eventuelt lovfestes. Etter utvalgets vurdering må ordningen innrettes slik at transport ikke begrenser mulighetene for arbeid eller utdanning for personer med funksjonsnedsettelse.

Spørsmålet om personer med uførepensjon som deltar på det arbeidsrettede tiltaket «Varig tilrettelagt arbeid» kan få hjelpemidler over folketrygden, overlater hjelpemiddelutvalget til utvalg for arbeidsrettede tiltak³⁰, jf. omtale i kapittel 11. Dette fordi hjelpemidler bør ses og vurderes i sammenheng med andre tiltak som tilbys både delta-

kere og tiltaksarrangører. Tiltaksarrangør mottar i dag støtte fra både stat og kommune.

I dette kapitlet vil utvalget komme med forslag til innretning av hjelpemiddelsentralene slik at de får en langt tydeligere innretning mot Arbeids- og velferdsetatens arbeid for å inkludere flere med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet. Utvalget anser det også viktig å foreslå bedre økonomiske tilskuddsordninger til arbeidsgivere. Dette er nødvendig for å gi Arbeids- og velferdsetaten bedre virkemidler i arbeidet med å øke yrkesaktiviteten blant personer med funksjonsnedsettelse.

Utvalget vil understreke betydningen av at brukerne som har rett til en arbeidsevnevurdering, blir trukket inn i arbeidet med å avklare bistandsbehovet. En viktig forutsetning for å lykkes er at brukerne deltar aktivt i prosessen, og at deres kompetanse om egen situasjon inngår i vurderingene.

14.6.1 Sterkere og mer tilgjengelige kompetansemiljøer

Det er behov for å styrke hjelpemiddelsentralenes innsats rettet mot arbeidslivet slik at de blir en aktiv aktør i Arbeids- og velferdsetatens arbeid med å øke sysselsettingen for personer med funksjonsnedsettelse.

En klarere førstelinje

Utvalget merker seg at oppgaver som krever direkte samhandling med brukere for å få til gode løsninger, skal ligge på NAV-kontorene. NAV-kontorene skal avklare brukernes behov og utløse nødvendige virkemidler for å få til gode løsninger for den enkelte, og om nødvendig samarbeide med andre enheter i etaten for å løse mer komplekse og kompetansekrevende oppgaver. Førstelinjetjenesten skal gi brukerne en helhetlig avklaring og et samordnet tjenestetilbud, og utvalget legger til grunn at dette også må gjelde for personer med funksjonsnedsettelse som trenger bistand for å få eller forbli i et inntektsgivende arbeidsforhold. Utvalget viser her til at evalueringen av IA-avtalen viste at NAV-kontorene ble trukket frem som spesielt viktige i arbeidet med delmål 2 om å øke yrkesdeltakelsen for personer med funksjonsnedsettelse³¹.

Utvalget vil i denne sammenheng understreke betydningen av gode samordnings- og samhandlingsformer innad i arbeids- og velferdsforvaltning.

30. Utvalget ble oppnevnt den 29. januar 2010, og skal vurdere rollen skjermede virksomheter (arbeidsmarkedsbedrifter og vekstbedrifter) har i attføringsarbeidet og komme med forslag med sikte på økt overgang til det ordinære arbeidslivet for personer med redusert arbeidsevne. Arbeidet skal være sluttført ved utgangen av 2011.

31. Ose, Solveig Osborg med fl.: Evaluering av IA-avtalen (2001–2009) Sintef Tenologi og samfunn, 2009

gen slik at hjelpemiddelsentralenes kompetanse om hjelpemidler og tilrettelegging inngår i de brukerrettede prosessene for å få flere med funksjonsnedsettelse over i ordinære arbeidsforhold.

Selv om kompetansen om hjelpemidler og tilrettelegging knyttet til arbeidsliv ligger på hjelpemiddelsentralene, mener utvalget likevel at både NAV-kontorene og arbeidslivssentrene må ha noe basiskompetanse på området. Utvalget viser til at ifølge Hansen m.fl. savner NAV-kontorene mer informasjon om hjelpemidler og tilrettelegging for å kunne dra nytte av dette i sitt brukerrettede arbeid³².

Utvalget merker seg at dagens tilretteleggingsgaranti er lite brukt i arbeidsplassaker, og vil oppfordre til økt bruk av dette virkemidlet. Utvalget vil særlig fremheve betydningen av at Arbeids- og velferdsetaten som en del av tilretteleggingsgarantien tilbyr en fast kontaktperson med ansvar for koordinering og oppfølging. Utvalget mener tilretteleggingsgarantien vil kunne være et viktig virkemiddel for å øke forutsigbarheten knyttet til nødvendig bistand fra Arbeids- og velferdsetaten for å få til gode og raske løsninger for den enkelte bruker.

Hjelpemiddelsentralenes andrelinjetjeneste

For at hjelpemiddelsentralene skal få en mer aktiv rolle, mener utvalget at hjelpemiddelsentralenes andrelinjetjeneste i tilknytning til arbeid med enkeltsaker må være fleksibel og tilgjengelig. Hjelpemiddelsentralenes arbeid for økt sysselsetting for personer med funksjonsnedsettelse må tilpasses både arbeidsgivers og arbeidstakers/-søkers behov for bistand.

Selv om kompetansen om hjelpemidler og tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse ligger i de fylkesvise hjelpemiddelsentralene, anser utvalget det likevel som viktig at bistanden fra hjelpemiddelsentralene ytes lokalt der hvor behovet oppstår. Det er etter utvalgets vurdering viktig at det utadrettede arbeidet organiseres som en ambulant tjeneste.

I tillegg til at tjenesten må ytes lokalt, vil utvalget fremheve betydningen av at tjenesten innrettes slik at nødvendige hjelpemidler og tilrettelegginger kommer på plass så raskt som overhodet mulig. Usikkerhet med hensyn til om en løsning tilpasset den enkelte bruker lar vente på seg, vil for eksempel kunne være en vesentlig konkurranseulempe i ansettelsesprosesser for personer med funksjonsnedsettelse. Nødvendigheten av å inn-

rette tjenestene slik at det er mulig å få rask hjelp, gjelder også ved behov for reparasjoner og vedlikehold.

For å redusere saksbehandlingstiden i hjelpemiddelforvaltningen, foreslår utvalget økt bruk av «Her og nå formidling»³³ av arbeidshjelpemidler som finnes på lager. Økt mulighet for forenklet formidling må også gjelde ved midlertidige og kortere engasjementer.

Ressurs og kompetansemiljø knyttet til arbeidsliv

Etter utvalgets vurdering bør hjelpemiddelsentralene få en rolle sammen med arbeidslivssentrenes systemrettede arbeid mot virksomheter. En sentral oppgave vil være kompetansefremmende tiltak for både arbeidsgivere og bedriftshelsetjenester. Utvalget viser her til at både arbeidslivssentrene og hjelpemiddelsentralene i undersøkelsen til Hansen m.fl.³⁴ fremhever bedriftshelsetjenesten som en viktig aktør i arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv, og antar at bedriftshelsetjenesten vil bli en enda viktigere samarbeidspartner etter utvidelsen i den nye bransjeforskriften av antallet bransjer som er pliktig til å være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste. Formålet med kompetansefremmende tiltak vil være å sette sentrale aktører i arbeidslivet bedre i stand til å legge til rette for personer med funksjonsnedsettelse. Ved mer komplekse tilrettelegginger må hjelpemiddelsentralene involveres og bidra sammen med både brukere og arbeidsgivere, herunder også tiltaksarrangører for arbeidsrettede tiltak, for å finne gode løsninger.

Utvalget vil også fremheve betydningen av økt satsing på kunnskaps- og metodeutvikling knyttet til arbeidsliv, og mener at arbeidsområdet må bli en sentral oppgave for det nasjonale kompetansemiljøet, jf. forslag under kapittel 15.2.4.

Økte ressurser til økt arbeidsretting av virksomheten i hjelpemiddelsentralene

Skal flere med funksjonsnedsettelse få nødvendig bistand til både å få og forbli i arbeidslivet, må arbeidet med hjelpemidler og tilrettelegging knyttet til arbeid styrkes ressursmessig. Dette mener utvalget er helt avgjørende for at hjelpemiddelsen-

32. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, av I. L. S. Hansen, C. Hyggen og B. R. Nuland, FAFO-rapport 2009:40

33. «Her og nå formidling» er en metode for umiddelbar formidling av hjelpemidler. Formålet er å forkorte ned saksbehandlingstiden. Metodikken ble først tatt i bruk på barneområdet. Inngangsvilkårene og muntlig vedtak fatter «her og nå», mens nødvendig skriftlig saksbehandling foregår i etterkant.

34. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, av I. L. S. Hansen, C. Hyggen og B. R. Nuland, FAFO-rapport 2009:40

tralene skal kunne spille en mer sentral rolle i Arbeids- og velferdsetatens arbeid for å inkludere flere personer med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet. Utvalget viser til at i 2008 utgjorde i følge Hansen m.fl. arbeidsplassaker kun 2,6 prosent av sakene som hjelpemiddelsentralene arbeidet med. Samtidig opplever hjelpemiddelsentralene at det er et udekket behov hos arbeidsgiver for å få bistand fra sentralene.

14.6.2 Bedre økonomiske tilskuddsordninger til arbeidsgivere

Arbeidsgiver har i dag en lovpålagt plikt til individuell tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse, men denne plikten avhenger av blant annet virksomhetens ressurser. Etter utvalgets vurdering er det urimelig at personer med funksjonsnedsettelse ikke skal kunne få nødvendig tilrettelegging på grunn av økonomiske begrensninger i den enkelte virksomhet. Dette strider etter utvalgets vurderinger mot prinsippet om like muligheter til å delta i arbeidslivet. Utvalget foreslår derfor at det gjøres endringer i dagens tilretteleggingstilskudd slik at det blir et mer egnet virkemiddel i arbeidet med å øke sysselsettingen blant personer med funksjonsnedsettelse. Med bedre offentlige tilskuddsordninger til arbeidsgiver vil begrensningen i diskriminerings- og tilgjengelig-

hetsloven om «uforholdsmessig byrde» i mindre grad gjøre seg gjeldende. Arbeidsgiver skal etter utvalgets vurdering ha verken merutgifter eller vesentlig merarbeid ved ansettelser av personer med funksjonsnedsettelse sammenlignet med ansettelser av funksjonsfriske.

Etter utvalgets vurdering er det nødvendig å utvide målgruppen for tilretteleggingstilskuddet slik at det kan gis til alle virksomheter uavhengig av om de er IA-virksomheter eller ikke. Utvalget legger også vekt på at det må kunne gis et tilretteleggingstilskudd ved ansettelser av personer med funksjonsnedsettelse. Dette vil gi Arbeids- og velferdsetaten et bedre og etter utvalgets vurdering nødvendig virkemiddel i arbeidet med å øke sysselsettingen blant personer med funksjonsnedsettelse. Tilskuddet må kunne benyttes ikke bare til innkjøp av for eksempel hjelpemidler, men også til anskaffelser av nødvendig kompetanse der dette finnes i markedet. På denne måten kan bedrifter i større grad få tilgang til kompetansen som ulike aktører/leverandører i markedet har om hjelpemidler og tilrettelegging. For eksempel kan utførelsesbedriftene gjennom sin kompetanse om blant annet funksjonsvurderinger kunne gi viktige bidrag i arbeidsgivers arbeid for å hindre at personer med funksjonsnedsettelse faller ut av arbeidslivet.

Kapittel 15

Kompetanse, forskning og innovasjon

Dette kapitlet omhandler kompetanse, forskning og innovasjon, som vil være sentrale komponenter i et fremtidig system for tilrettelegging og hjelpemiddelformidling.

Hjelpemiddelområdet har siden oppstarten av den første hjelpemiddelsentralen i 1979 vært i en utviklingsprosess. Hjelpemiddelsentralene har vært og er sentrale i utviklingen av kompetanse på feltet. I takt med at behovene har endret seg har ulike forhold knyttet til kompetanse vært vektlagt i løpet av disse 30 årene. Kapitlet redegjør kort for historien og beskriver videre arbeidet med kompetanse innenfor Arbeids- og velferdsetaten og i førstelinjetjenesten. Hensikten er å vise hva som er igangsatt av ulike kompetansetiltak, hvor de enkelte aktørene har rettet innsatsen, samt de områdene hvor det fortsatt er kompetanseutfordringer.

Kompetanseutfordringene som retter seg mot det mer tilretteleggingsfaglige i formidlingen, omtales spesielt. Dette skyldes at det gjennom ulike undersøkelser og igangsatte tiltak meldes tilbake at det er på dette feltet det er behov for en styrket innsats i årene som kommer. Et større innslag av spesialisering og samordning av hjelpemiddelsystemet på tvers av fylkesgrenser og på nasjonalt nivå drøftes som en mulighet for å møte fremtidige utfordringer.

Kapitlet beskriver videre de mange aktørene som bedriver forskning og utvikling på feltet. En SINTEF rapport¹ viser at den FoU-virksomhet som bedrives er fragmentert, spredt og av varierende kvalitet. Utvalget kommer med forslag til videre satsning på feltet.

Innovasjon og utvikling av hjelpemidler er viktige momenter å omtale i et fremtidsperspektiv. I løpet av de senere årene har det kommet mange nye hjelpemidler på markedet, spesielt har mangfoldet blitt mye større blant barn og unge. Økt globalisering og med stort fokus på teknologiutvikling i mange land setter også krav til et fremtidig

hjelpemiddelsystem. Kompetanse er også et område med relativt omfattende nordisk samarbeid.

Kapitlet organiseres rundt tre hovedtema, kompetanseutvikling, forskning og innovasjon. Utvalget gjør en oppsummering og anbefaling etter hvert delkapittel. Helt tilslutt gjøres en oppsummering av hovedkomponentene i utvalgets anbefalinger om en samlet nasjonal strategi for kompetanseutvikling, forskning og innovasjon på tilretteleggings og hjelpemiddelområdet.

Det vil i dette kapitlet også være relevant å adressere noen problemstillinger til det offentlige utvalget som skal se på innovasjon og omsorg (Hagenutvalget).

15.1 Innledning

I mandatet for utredningen er kompetanse fremhevet som viktig for å utvikle kvalitativt gode tjenester, gjennom et tilgjengelig og godt fundert tilretteleggingsfaglig system på alle forvaltningsnivåer. I dette ligger det en fremtidig forventning om et kvalitativt godt faglig og profesjonelt system, også på forvaltnings- og driftssiden. Kompetanse er fremhevet både som et reformbehov, som krav og som strategi i utredningen.

En målrettet og systematisk kunnskapsoppbygging vil kreve økt innsats fra alle aktører. Utvalget har i kapittel 8 pekt på behovet for en langsiktig og strategisk innrettet kunnskapsoppbygging, som omfatter satsing på kompetanse, forskning og innovasjon. I kapittel 11 tas det til orde for et økt innslag av faglig skjønn i forvaltningen av hjelpemidler, noe som forsterker behovet for at faglig personell på feltet innehar riktig og nødvendig kompetanse.

Utvalget drøfter i det følgende behovet for en nasjonal strategi for kompetanse, forskning og innovasjon som et strategisk styringsvirkemiddel for å nå mål og ambisjoner i politikken ovenfor personer med funksjonsnedsettelse. Det samlede omfanget av kompetanserettede tiltak vil bidra til at ansatte i kommunal og statlig hjelpemiddelforvaltning har de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er

1. Nanna Kurtze og Karl-Gerhard Hem (2009); Utrednings- og forskningsprosjekt om hjelpemiddelformidling, tilrettelegging og rehabilitering som fag og forskningsfelt. SINTEF Teknologi og samfunn.

nødvendig for at de skal løse oppgavene de er til-
lagt. I en slik satsning bør det vektlegges å sørge
for tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å
omsette og sammenstille den praktiske erfaringen
til forskning.

15.1.1 Historikk

Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede
(RTF) var et fagorgan for «tekniske og ergono-
miske tiltak» som ble opprettet av Sosialdeparte-
mentet i 1975/76. Sekretariatet ble lagt til Sentra-
linstituttet for industriell forskning (SI). Rådet ble
gjennom budsjettproposisjonene gitt en generell
funksjon for å kunne iversette tiltak som kunne
løse praktiske problemer for personer med funks-
jonsnedsettelse og eldre i hjem/fritid, skole og
arbeid. Om oppgavene hete det at:

«RTF veileder fylker og sentrale myndigheter i
forbindelse med oppbygging av hjelpemiddel-
sentraler. Hjelpemidler testes som bakgrunn
for prisforhandlinger og for å informere fagap-
paratet i landet om mulige løsninger. Spesiell
vekt er lagt på ny teknologi. RFT gjennomfører
også utredninger, forsknings- og utviklingsopp-
gaver.»²

Rådets sekretariat var i 1990 underlagt Helsedirek-
toratet, men fysisk fortsatt ved Senter for industri-
forskning. I forbindelse med at de fylkeskommune-
le hjelpemiddelsentralene ble overført til Riks-
trygdeverket i 1994, ble RFT nedlagt i 1995. I for-
bindelse med denne overføringen fikk Rikstrygde-
verket ansvaret for faglig koordinering og utvikling
av hjelpemiddelsentralene og det statlige formid-
lingssystemet. Det ble forutsatt at Rikstrygdever-
ket kjøpte tjenester som testing og standardisering
av hjelpemidler av egnede teknologiske miljøer
som Sintef Rehab. I forbindelse med NAV-reform-
en ble Arbeids- og velferdsetaten opprettet 1. juli
2006. Fra samme dato ble tidligere trygdeetat og
Aetat lagt ned, og Arbeids- og velferdsetaten over-
tok det ansvar og de oppgaver som de hadde hatt.
Dette førte til at hjelpemiddelsentralene ble sam-
let, både administrativt og faglig, i én organisasjon
og under én felles, nasjonal ledelse (jf. kapittel 4).

I forbindelse med nedleggelse av RFT ble det
vedtatt å opprette et statlig senter for tekniske hjel-
pemidler og tilrettelegging for funksjonshemmede
fra 1996. Senteret ble gitt navnet Deltasenteret (delta-
gelse og tilgjengelighet for alle). Senteret skulle
være en sentral kunnskapsbase og drive utvi-
klingsarbeid, men ikke forskning. Forskning

skulle ivaretas av eksisterende forskningsinstitu-
sjoner og koordineres av Norges Forskningsråd.
Sosial- og helsedepartementet utarbeidet i 1995 føl-
gende prosjektbeskrivelse av senterets målset-
ning:

«Være pådriver og bidra til tilrettelegging av
miljøet for funksjonshemmede. Bidra til at tek-
niske hjelpemidler ses i et helhetlig rehabilite-
ringsperspektiv som omfatter hjem, skole,
arbeid og fritid. Ha oversikt over og fremme
utviklingen av kunnskap om tekniske og ergo-
nomiske tiltak for funksjonshemmede med spe-
siell vekt på hjelpemidler.»

Senteret valgte fra oppstart å prioritere følgende
innsatsområder³: Tilrettelegging av miljø med vekt
på områdene: Samferdsel, herunder transport og
kommunikasjon, fysisk tilrettelegging av eksiste-
rende bygninger og anlegg, informasjonsteknologi
for funksjonshemmede, tilrettelegging av opplæ-
rings- og arbeidsplasser blant annet ved hjelp av
tekniske og ergonomiske tiltak og faglig nettverks-
bygging. Deltasenteret ble etablert som et prosjekt
under Rikstrygdeverket, for så å bli et statlig kom-
petansesenter under Etat for rådssekretariater i
Sosial- og helsedepartementet i 2001. I 2002 kom
Deltasenteret inn i det nyetablerte Sosial- og helse-
direktoratet. I 2009 ble det besluttet at Deltasente-
ret skulle flyttes til Barne- og likestillingsdeparte-
mentets ansvarsområde og organisatorisk samlo-
kaliseres med BUF-dir. i løpet av 2010.

I prosjektplanen poengteres det at inn under
disse områdene ligger primært tilrettelegging av
miljøet, men sekundært at en også tar hensyn til at
tekniske hjelpemidler tas i bruk og at disse må ses
i et helhetlig habiliterings- og rehabiliteringsper-
spektiv. I følge denne planen er tekniske hjelpe-
midler således en del av Deltasenterets naturlige
ansvarsområde. Det var fra starten av strid om
utformingen av senteret og videre hvem som
skulle ha det faglige ansvaret for kompetansesen-
teret⁴. I en evaluering⁵ fra 2000 fremkommer det at
de sentrale dilemmaene kan kobles til overord-
nede spørsmål, som hva som skal være Deltasente-
rets oppgaveprofil. Skal det være et kompetanse-
senter på tilgjengelighet og tilrettelegging av omgi-
velsene til funksjonshemmede i mer generell for-
stand – der hjelpemidler er ett av flere aspekt? Eller
skal det være et kompetansesenter innen tekniske
hjelpemidler og tekniske tiltak – der miljøproblem-

2. St.prp. nr. 1 1989–90

3. Prosjektplan for DELTA-senteret 1996

4. Dag Kullerud (2006): Deltasenteret 10 år Fra plan til hand-
ling, Sosial- og helsedirektoratet, Deltasenteret, 2006

5. Marte Feiring og Arild Røkenes (2000) «Et kompetansesen-
ter innen tilgjengelighet og deltagelse for funksjonshem-
mede». Deltasenteret

stillinger kan inngå som ett av flere tiltak? I Sintefs rapport⁶ framkommer det i et intervju med Norges Handikapforbund at har det vært for stor konsentrasjon omkring universell utforming, mens hjelpemiddelformidlingen, ikke har fått samme oppmerksomhet. I jubileumsboken *Fra plan til handling* viser senterets leder til at det har vært økt innsats for nedbygging av samfunnskapte barrierer og mindre fokus på hvordan hjelpemiddelutviklingen påvirker krav til teknologi og miljø og hvordan lite tilgjengelig miljø og uheldige produkter fremtvinger spesielløsninger. Strategien universell utforming skal, ifølge senterets leder, sikre at en får full nytte av nødvendige individuelle hjelpemidler.

15.2 Kompetanse som et ledd i kvalitets- og tjenesteutviklingen

I en kunnskapsvirksomhet er personellet den største innsatsfaktoren, noe som krever økende oppmerksomhet og krav til hvordan man skal styre og utvikle denne ressursen både på lokalt, regionalt og på nasjonalt nivå. Utvalget vil i denne sammenhengen presisere at hjelpemiddel- og tilretteleggingsfeltet er et tverrfaglig område som henter kunnskap fra en rekke ulike fagfelt. Kunnskap om deltakelse på ulike samfunnsområder knyttes helst til samfunnsfag som sosiologi, psykologi og pedagogikk, mens kunnskap om aktivitet finnes innen enkelte helsefag som ergoterapi og fysioterapi, samt innen pedagogikk. Kunnskap om grensesnittet mellom mennesket og det fysiske miljø, hentes fra ergonomi, mens teknologiske løsninger krever kunnskap innen ulike teknologifag. Kunnskap om samspillet mellom individets forutsetninger og miljøets krav, hentes ofte fra medisinsk rehabilitering. Kunnskap om funksjonstap, prognose og utvikling finnes innen medisin, psykologi og pedagogikk.

I kompetanse og kvalitet ligger det et krav om faglighet. Tjenester og produkter som tilbys skal være godt funderte tilretteleggingsfaglig. Hjelpemiddelformidling og tilrettelegging er et eget praksisfelt, som har til hensikt å redusere funksjonsproblemer gjennom tilrettelegging av forhold, oppgaver eller omgivelser når sykdom eller skade er oppstått.

I kravet om kvalitet og kompetanse ligger også et krav om profesjonalitet. Systemet skal ha både bredde- og spesialkompetanse ikke bare på

behovsavklaring, tilpasning og gjennomføring, men også på forhold som innkjøp dvs. offentlige anskaffelser, materialadministrasjon, reparasjon/service og spesialtilpassing er viktige komponenter for å få til en helhetlig tjeneste.

For å utvikle kompetanse innen tilrettelegging og hjelpemidler kreves det praksiserfaring på området, slik at ferdigheter og holdninger kompletterer fagkunnskapen hos den enkelte medarbeider. Dette starter først etter den enkeltes formelle utdanning. Kompetanseutviklingen innen feltet bygger derfor i stor grad på praksisorientert læring.

Arbeidet i formidlingssystemet må forankres i god kunnskap om hva som gir gode resultater og høy brukertilfredshet. Kunnskap og kompetanse i tjenesteutøvelsen er viktig, ikke minst er faglige begrunnelser for hvorfor man gjør som man gjør, svært viktig i et ressursforvaltningsperspektiv. Kunnskapsbasert praksis bygger på kombinasjonen av forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerbasert kunnskap. Det er nødvendig at denne kunnskapen i større grad systematiseres og legges til grunn i tjenesteytingen. Opplæring og kompetanseutvikling må da inngå som viktige forutsetninger. Hjelpemiddelområdet har vært preget av at mange av resultatindikatorerne hvor den aktiviteten måles er av kvantitativ art og i stor grad rettet mot forvaltningsoppgaver. Det er behov for å utvikle en mer helhetlig kvalitetsstrategi for formidlingsområdet.

15.2.1 Arbeids- og velferdsetaten

Innen hjelpemiddelområdet har både Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet et faglig ansvar. Det statlige pedagogiske støttesystemet er i tillegg en viktig samarbeidspartner.

Den praksisorienterte kunnskapen vil ofte være direktoratenes store fortrinn i forhold til departementene og FoU-miljøer. Dette kan tydeliggjøres gjennom faglige årsrapporter, mindre fokus på styringsdialog om økonomi og administrative saker⁷. Departementene kan bidra til dette ved å spille en mer aktiv rolle for å ivareta og sikre direktoratenes faglige rolle.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har ansvar for gjennomføringen av arbeidsmarkeds-, trygde- og pensjonspolitikken. Generelt kan det sies at direktoratene har en iverksettende rolle som kan deles i følgende deler⁸:

6. SINTEF Teknologi og samfunn (2009): Utrednings- og forskningsprosjekt om hjelpemiddelformidling, tilrettelegging og rehabilitering som fag og forskningsfelt. Kurtze og Hem

7. DIFI Direktoratet for forvaltning og IKT 2008: Direktoratene faglige rolle, en rolle under økende press? DIFI rapport 2008: 14

- myndighetsutøvelse
- løpende iverksetting av vedtatt politikk
- tjenesteytende rolle overfor innbyggere mv.

Videre har direktoratene en faglig rolle som kan deles i følgende:

- faglig rådgiver for departementet
- kompetanseorgan utad overfor sektoren, andre offentlige organer og allmennheten

Arbeids- og velferdsdirektoratet skal være faglig rådgiver for departementet, være faglig uavhengig og styrt av krav om faglig kvalitet. Når det gjelder den faglige rollen som kompetanseorgan utad, handler dette om utvikling og formidling av fakta og kunnskap til sektoren, til annen statlig og kommunal virksomhet og til mediene og allmennheten generelt. Ansvar for kunnskapsproduksjon er plassert i ulike enheter i etaten. Det største miljøene for kunnskapsproduksjon er i direktoratet, organisert i en egen statistikk og utredningsenhet. Enheten produserer og utvikler offisiell statistikk innenfor arbeids- og velferdsområdet, og gjennomfører analyser basert på etatens registerdata og utvalgsundersøkelser. Som en del av fagdirektorsrollen er det imidlertid behov for en spissing av direktoratets kunnskapsutvikling ut fra en mer strategisk tilnærming til kunnskapsutvikling.

Departementet har i sin styringsdialog med Arbeids- og velferdsdirektoratet / etaten utarbeidet retningslinjer. Formålet er å ha en planmessig og forutsigbar styringsdialog mellom departementet og direktoratet. Styringen av Arbeids- og velferdsdirektoratet er basert på mål- og resultatstyring. Direktoratet gis frihet i oppgaveutførelsen, men det stilles krav til rapportering om måloppnåelse. Det som har blitt rapportert til departementet har i stor grad vært knyttet til saksbehandlingstider og leveringstider, samt rapportering i forbindelse med de årlige statsbudsjettene. Det er Arbeids- og velferdsdirektoratet/etaten som har utviklet og satset på kompetanse knyttet til tilrettelegging og hjelpemiddelområdet.

Direktoratet har valgt å organisere hjelpemiddelsentralene og de nasjonale kompetansesentrene på hjelpemiddelområdet⁹ i spesialenhetlinjen. Alle sentralene ble ved etableringen av Arbeids- og velferdsetaten samlet både administrativt og faglig, i en organisasjon og under en felles, nasjonal ledelse i NAV Hjelpemidler og tilretteleg-

ging. NAV Hjelpemidler og tilrettelegging er organisert i en styringsenhet og en fagenhet. Styringsenheten har ansvaret for styring og oppfølging av hele resultatområdet (hjelpemiddelsentralene og kompetanseenhetene), mens fagenheten har det operative ansvaret for å styrke og koordinere det faglige utviklingsarbeidet. Fagenheten koordinerer et nettverk av utviklingskoordinatorer mellom sentralene og kompetanseenhetene som utarbeider den årlige kompetanseplanen. Fagenheten samordner de nasjonale kompetansetiltakene i tråd med prioriterte utviklingsområder (jf. kapittel 4), leder utviklingsprosjekter og koordinerer det nordiske samarbeidet. De utarbeider informasjonsmaterieell, faglige veiledere og driver nettverksarbeid. Fagenheten systematiserer erfaringer og resultater fra brukerundersøkelser og forskning som blant annet benyttes i opplæringsvirksomheten overfor sentralene. Det satses i tillegg på elektronisk informasjonsmaterieell med blant annet e-læringsprogram. Kompetanseutvikling gjennom tverretattlig prosjektarbeid basert på brukermedvirkning, er en metode blant annet på IKT-området. Satsningen initieres og følges opp gjennom prosjektmidler og prosjektstøtte av NONITE. SIKTE bidrar med kompetanseutvikling knyttet til personer med sammensatte problemstillinger og behov for IKT-hjelpemidler. Det har siste årene også vært arrangert innovasjonskonferanser i samarbeid med produsenter, utviklere og andre aktuelle samarbeidspartnere. Det vises til kapittel 4 for beskrivelse av etatens kompetansestrategier på hjelpemiddelområdet.

Etaten har hatt fokus på at de skal ha kunnskapsbaserte tjenester og ser kompetanseutvikling som del av en helhetlig kvalitetsstrategi. Etaten ser det som viktig å hente inn tilbakemeldinger fra brukere slik at brukererfaringene kan brukes til kvalitetsforbedringer. Tilbakemeldinger fra brukere gjennom brukerutvalg, brukerundersøkelser, arbeidsgrupper og prosjektsamarbeid, er viktige virkemidler for kompetanseutvikling lokalt i fylkene og sentralt. Det er i denne forbindelsen gjennomført flere brukerundersøkelser blant brukere av hjelpemidler blant annet i 2008 og 2009 (jf. kapittel 5).

Hjelpemiddelsentralene

Hjelpemiddelsentralen er et ressurs- og kompetansesenter for brukere og det øvrige tjenesteapparatet jf. kapittel 4. Sentralene har kompetanse om hvordan hjelpemidler, tolk og ergonomiske tiltak kan kompensere eller avhjelpe funksjonstap. Rådgivning om tilretteleggingsløsninger er således

8. DIFI Direktoratet for forvaltning og IKT 2008: Direktoratene faglige rolle, en rolle under økende press? DIFI rapport 2008: 14

9. NAV SYA, NAV Sikte, NAV NONITE og Landsdekkende bilsenter (jf kapittel 4)

ikke bare knyttet til virkemidler som finansieres via folketrygden. Sentralenes kompetanse er også overførbart til hjelpemidler og tilrettelegging der finansieringen ivaretas av andre; for eksempel arbeidsgiver, studiested eller kommunen. Sentralenes kompetanse kan også være et viktig bidrag ved planlegging og tilrettelegging av omgivelsene for personer som benytter hjelpemidler.

Oppsummert kan en si at hjelpemiddelsentralenes kompetanseområder dekker hovedsakelig:

- Funksjonsnedsettelse og konsekvenser av dem
- Mulige løsninger
- Produkter som finnes på markedet
- Produktenes bruksområde og tilpasningsmuligheter
- Muligheter for reparasjon, spesialtilpasninger, vedlikehold og gjenbruk
- Tilrettelegging av det fysiske miljøet som hjelpemidlet skal brukes i
- Oversikt over andres kompetanse på området og tilstøtende områder

Hjelpemiddelsentralene gjennomfører kompetansetiltak overfor ansatte i kommunene. Sentralenes andrelinjefunksjon overfor kommunene, innebærer at de har et løpende ansvar for oppdatering og vedlikehold av informasjon og kunnskap, kompetanseheving, veiledning og støtte. I en organisasjonsanalyse fra 2009¹⁰ vises det til at kommunene opplever at sentralene som kompetansebygger og kompetanseoverfører er av vesentlig betydning for (mange) kommuners evne til å utøve sitt ansvar og at denne støtten er helt nødvendig for en god brukeroppfølging i mer komplekse saker. Samarbeidsavtalen¹¹ med kommunene regulerer samarbeidsområdene knyttet til kompetanse.

Som en følge av utvalgets anbefalinger om å overføre ansvaret for basishjelpemidler til kommunene, vil sentralenes tjenester dreies mer over mot brukerne med de mest omfattende og sammensatte behovene. Dette vil kreve en videreutvikling av sentralenes spisskompetanse på utvalgte områder. Kompleksiteten på enkelte områder kan være så sammensatt og omfattende at den enkelte hjelpemiddelsentral vanskelig kan holde seg fullstendig oppdatert på alle områder til enhver tid. Dette gjelder ikke minst på områder der det er få saker som vanskeliggjør det å bygge opp kompetanse eller områder der det kan være vanskelig å rekrut-

tere spesialister. En måte å imøtekomme behov for spesialistkompetanse, kan være at sentralene fordele noen utvalgte spesialområder der en eller flere sentraler får et spesielt ansvar for faglig oppdatering og utvikling. NAV-reformen samlet hjelpemiddelsentralen i én felles organisasjon under én felles ledelse som gir nye muligheter for videreutvikling av spesialkompetanse på tvers av fylkesgrensene. Forskjeller og likheter hjelpemiddelsentralene imellom bør utnyttes til læring og kvalitetsforbedring på tvers av fylkene. Å forutse det fremtidige behovet for spesialisttjenester, er en særlig utfordring. Utgangspunktet for en slik spesialisering bør være brukerbehovene, teknologiutviklingen og behovet for kompetansespredning – og endringene i disse.

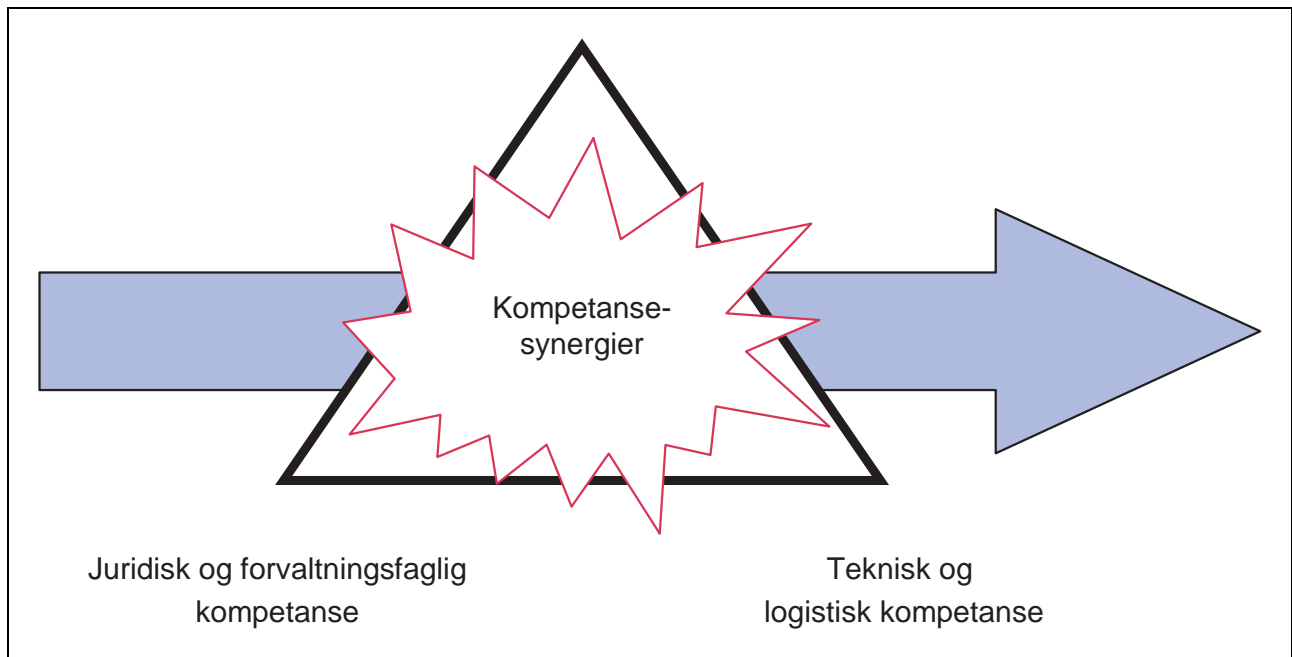
I kapittel 14 vises det til at hjelpemiddelsentralene bør spille en mer sentral rolle i arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv. Utvalget foreslår i den sammenheng at sentralene styrkes ressursmessig for å øke og spisse innsatsen mot arbeidslivet. Behovet for styrket innsats er todelt. For det første dreier det seg om å bistå i å finne gode tilretteleggingsløsninger på arbeidsplassen uavhengig av hvem som har finansieringsansvaret. For det andre er det behov for økt innsats på det systemrettede arbeidet, som informasjon og opplæringsvirksomhet overfor blant annet virksomheter og bedriftshelsetjenester for å øke den generelle tilretteleggingskompetansen. Begge innsatsområdene fordrer økt samhandling og koordinering internt i Arbeids- og velferdsetaten. Dette understøttes av Fafo-rapporten¹² som viser til et entydig behov for mer samarbeid og bedre koordinering internt i etaten. En ergonomisk tilrettelegging må ses i sammenheng med andre tilretteleggingsbehov på arbeidsplassen. Dette setter krav til NAV-kontorenes koordinerende funksjon og deres ansvar for å se etatens samlede virkemidler i en sammenheng. Større grad av ambulante tjenester og virksomhetsnær jobbing fra hjelpemiddelsentralene vil kreve økt satsning på kunnskaps- og metodeutvikling. Det siste må også ses i sammenheng med ansvar og oppgaver til det nasjonale kompetansemiljøet (jf. 1.5.2.1.4).

På hjelpemiddelsentralene har utviklingen gått i retning av en stadig større integrering av vedtaksprosessen i det tverrfaglige miljøet. Vurdering av behov skal balansere mellom individualisert og funksjonsfremmende «skreddersøm» på den ene siden og likebehandling gjennom universelle regler på den andre siden. Balansegang mellom

10. Pricewaterhouse Coopers AS (2009) Organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet, rapport.

11. Kvalitet i formidlingen av hjelpemidler, Kommuneavtalen, Rikstrykdeverket 2001

12. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, I.L.S.Hansen, C.Hyggen og B.R.Nuland, Fafo-rapport 2009:40



Figur 15.1 Pedagogisk og hab-/rehabfaglig kompetanse

løsning basert på funksjonsvurdering og muligheter innenfor lovverket, krever en sammensatt kompetanse for å finne løsninger som både er til det beste for brukeren og riktig i forhold til lik tilgang til fellesgoder. Det er også en ønsket utvikling å bevege seg bort fra mange enkeltvedtak til større grad av inngangsvedtak basert på gode funksjonsvurderinger jf. ordningen med å få hjelpemidler i henhold til individuell plan.

Effektiv saksbehandling krever derfor et tett samarbeid mellom de miljøer som representerer de ulike kompetansefaktorene. Jo mer komplisert og sammensatt en sak er, jo større behov for dialog og samhandling. Dette gjelder spesielt i saker der det er nødvendig med både rehabiliteringsfaglig kompetanse, teknisk rådgivning eller i saker med juridisk komplekse problemstillinger som er hjemlet i flere lovverk.

Et større innslag av faglig skjønn kan innebære en rettslig regulering som i mindre grad fastsetter regler om hvilke former for hjelp og stønad som skal gis¹³. Et økt innslag av faglig skjønn i et fremtidig hjelpemiddelsystem vil kreve en oppdatering og videreutvikling av faglige veiledere og fortsatt satsing på tverrfaglige fagutviklingsprogram for hjelpemiddelsentralene. Det vil være behov for en oppdatering og veiledning av skjønnsutøvelse i rundskriv/metodeportal. Det vil også være behov

for en økt satsing på kvalitetsundersøkelser på ulike fagområder.

Det tverrfaglige miljøet ved hjelpemiddelsentralene danner en god plattform for en slik videreutvikling.

Nasjonale kompetansemiljø

I resultatområdet NAV Hjelpemidler og tilrettelegging er det flere kompetansemiljøer; SYA, SIKTE, NONITE og Fagenheten (jf. kapittel 4). SYA og SIKTE bistår i komplekse brukersaker. NONITE jobber prosjektbasert og bistår mer indirekte i det brukerrettede arbeidet. Fagenheten jobber mer systemrettet og med kunnskapsutvikling.

I Sintefs rapport¹⁴ beskrives den sentrale og nasjonale kompetansen på hjelpemiddelfeltet som liten og fragmentert. Forskning og utvikling på området foregår dessuten spredt og med liten samordning. Rapporten viser videre til at Norge i motsetning til de andre nordiske landene ikke har et eget nasjonalt institutt som kan koordinere forskning og utvikling på området. I Fafo-rapporten¹⁵ vises det til at SIKTEs kompetanse i liten grad brukes i arbeidsplassaker, og at de ikke anses som en viktig samarbeidspartner knyttet til arbeid og til-

13. Jf Beate Birkenfeldt s. 50

14. Utrednings- og forskningsprosjekt om hjelpemiddelformidling, tilrettelegging og rehabilitering som fag- og forskningsfelt, SINTEF Teknologi og samfunn, 2009

15. Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet for personer med redusert funksjonsevne, Fafo, 2009

rettelegging i arbeidslivet. Det er dessuten behov for å gjøre bedre nytte av SYAs kompetanse tidligere i attføringsløpet for å øke muligheten til å komme i arbeid. SYAs tjenester bør også innrettes slik at de kan hindre at arbeidstakere støtes ut av arbeidslivet.

Ny IA-avtale med økt fokus på tilrettelegging i arbeidslivet og samtidig innføring av arbeidsevnevurderinger, øker behovet for at den spesialiserte kompetansen i NAV Hjelpemidler og tilrettelegging blir mer synlig og tilgjengelig i Arbeids- og velferdsetaten og på arbeidsplassene. En samordning av kompetansemiljøene med økt fokus på tilrettelegging i arbeid og utdanning vil kunne understøtte etatens samlede ansvar og oppgaver på feltet.

15.2.2 Den kommunale førstelinjen

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og sosialtjenester. Kommunen har blant annet ansvaret for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte.

Rehabilitering

Ofte vil tjenesteapparatet stå overfor personer med behov for en mer systematisk sammenstilling av både kommunale helse- og sosialtjenester og andre instansers innsats. Det er dette som oftest benevnes som rehabilitering. Målet med individuelle rehabiliteringsprosesser er å oppnå økt deltakelse ved å gjenvinne funksjon, bevare eksisterende funksjon, eller å bremse funksjonsnedsettelsen. Følgende definisjonen av rehabilitering er hentet fra St.meld. nr. 21 (1998–99) Ansvar og mestring, mot en heilskapleg rehabiliteringspolitikk»:

«Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.»

En stor andel av rehabilitering vil imidlertid skje utenfor institusjon og i kommunene. Forskrift om habilitering- og rehabilitering fastslår at det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Tilsvarende skal det finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og reha-

biliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten. En kartlegging av synskontaktordningen i kommunene utført av Synovate på oppdrag for Helse direktoratet¹⁶ viste blant annet at det i flere tilfeller var meget vanskelig å finne frem til både de personene/enhetene med ansvar for koordinering av habilitering og rehabilitering i kommunene og synskontaktene. Et klart flertall av de koordinerende enhetene i de kommunene som hadde synskontakter mener imidlertid at ordningen fungerer meget eller ganske godt.

Regjeringen la fram en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten¹⁷. Formålet er å sikre den enkeltes rett til nødvendig habilitering og rehabilitering, og å utvikle disse tjenestene. Strategien legger vekt på at dens tiltak er rettet inn mot å bidra til å styrke posisjon og prestisjen til rehabiliteringen for å gjennom dette kunne oppnå de overordnede målene i helse- og velferdspolitikken.

Forslag til samhandlingsreform legger vekt på behovet for rehabilitering og at de fleste kommunene vil i større grad enn i dag, måtte satse mer systematisk på rehabilitering.

Kommunens ressurser

Det er ingen data/statistikk knyttet til hjelpemiddelformidling på kommunalt nivå. Med bakgrunn i dette ble det i forbindelse med utvalgets arbeid gjort beregninger av RO ressursentret for omstilling i kommunene¹⁸ vedrørende kommunale ressursene som benyttes til tilrettelegging og hjelpemiddelformidling. Ressurser i den forbindelse menes i hovedsak personalressursene og de oppgavene kommunene har ansvaret for, samt forhold og situasjoner hos bruker som krever en mer systematisk sammenstilling av både kommunale helse- og sosialtjenester og andre instansers innsats, dvs. rehabilitering. I følge rapporten fra PwC varierer kommunenes prioritering/ressurser knyttet til habilitering og rehabilitering. Mange kommuner etterlyser en sterkere satsing/prioritering av dette feltet i kommunene.

RO har estimert at kommunene benytter 1,6 mrd. kr årlig på hjelpemiddel og hjelpemiddelformidling i den kommunale sektoren, 90 prosent av utgiftene knyttes til lønnsutgifter. Dette viser at kommunene har et betydelig ansvar innen hjelpe-

16. Synovate Research reinvented 2008; Kartlegging av synskontaktordningen.

17. St.prp. nr. 1 (2007–2008) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011.

18. RO (2009); Kartlegging av kommunenes og fylkeskommunenes hjelpemiddelansvar.

middeiformidling. Ved en overføring av basishjelpemidler (jf. kapittel 12) vil det i følge PwC¹⁹ være behov for nye stillinger i formidlingsapparatet og teknisk service på kommunalt nivå. PwC mener det eksakte behovet er vanskelig å anslå, men at det kan bety 2–3 årsverk i gjennomsnitt for kommunene²⁰. Ut fra PwC ressursanslag vil en ansvars-overføring over tid kunne innebære behov for 860–1290 årsverk på landsbasis, i tillegg til investering i lagerlokalteter og IKT-løsninger. En slik satsing må ses i sammenheng det øvrige kompetanse- og arbeidskraftbehovet i helse- og omsorgssektoren i årene framover, men uten en viss ressursforsterkning er det en risiko for at kommunens prioriteringer/ressurser dreies over på forvaltningsoppgaver på bekostning av habiliterings- og rehabiliteringsoppgavene.

En overføring av basishjelpemidler til kommunene kan innebære økt behov for produkt- og anskaffelseskompetanse. Offentlig anskaffelse²¹ på hjelpemiddelområdet er et kompetansekrevende felt. Det bør i den sammenheng vurderes et innkjøpssamarbeid mellom kommunene og Arbeids- og velferdsetaten der kommunene kan velge å stå som oppdragsgiver for en avtaleinngåelse med leverandørene jf. kapittel 12. Ressurs- og kompetansemessig vil det være en fordel at denne oppgaven kan forbli sentralisert. I følge PwC anser de fleste kommunene at Arbeids- og velferdsetatens rolle innen anskaffelser, lager og logistikk, å være kostnadseffektivt for det offentlige og kommunene ser det som lite hensiktsmessig å endre dette i betydelig grad.

Arbeidskraft, fagpersonell og kompetanse

Som følge av de demografiske endringene blir det en utfordring å møte behovet for arbeidskraft og fagpersonell i helse- og omsorgssektoren. Behovet vil øke samtidig som det forventes et fall i den årlige veksten i arbeidsstyrken fra 17 000 personer ved utgangen av 2005 til om lag 5000 personer i 2030²². Beregninger fra SSB viser at arbeidskraftbehovet i helse- og omsorgssektoren kan øke med om lag 54 000 årsverk frem mot 2030, og om lag 130 000 årsverk frem mot 2050. Dette gir en vekst

på 120 prosent frem mot 2050. Beregningen forutsetter at omfanget av funksjonsnedsettelse på slutten av livet forblir uendret, konstant standard på tjenestene og konstant familieomsorg. Knapphet på omsorgsyttere vil fremover være en av de største utfordringene for sektoren.

Behov for ny teknologi

St.meld. nr. 25 (2005–2006)²³ omtaler også ny omsorgsteknologi som viktig og skriver følgende:

«Framtidas omsorgstjenester vil i stadig sterkere grad gis der brukerne bor, og i samarbeid med brukerne. Dette stiller økte krav til mobilitet i informasjonssystemene. Ny omsorgsteknologi, som nettbaserte tjenester, telemedisin og smarthusløsninger, vil inngå som en integrert del av tjenestene og kan bidra til å styrke både utøveren, brukeren og pårørende. Teknologien kan også bidra til å utsette institusjonaliisering av brukerne, gjøre dem mer selvhjulpne og gi dem et bedre lokalt medisinsk tilbud.»

Teknologirådet i Norge leverte en rapport om fremtidens alderdom og ny teknologi i 2009²⁴. Rapporten anbefaler en politikk på området omsorgsteknologi. Utvidet bruk av teknologiske løsninger innen omsorgssektoren er ønsket, men vil også være en utfordring. Dette vil bety behov for kompetanseutvikling, der hjelpemiddelsystemet er en viktig samarbeidspartner for omsorgssektoren.

Regjeringen har med bakgrunn i dette oppnevnt et offentlig utvalg²⁵ som har til oppgave å utrede behovet for teknologi i lys av de demografiske endringene vi står ovenfor, samt det arbeidskraftbehovet som dette medfører.

Rett kombinasjon av fagpersoner og teknologi blir en måte i fremtiden å sikre at de utfordringene samfunnet står ovenfor kan bli møtt. Hjelpemiddel-instituttet i Sverige utarbeidet en rapport i 2007 hvor spørsmål om IT-hjelpemiddel og IT-baserte hjelpemiddel i kombinasjon med bostedstilpasning kan være et alternativ og et komplement til personlig assistanse²⁶. Rapporten viser at IT-hjelpemiddel kan forbedre livskvaliteten inklusiv personer med personlig assistanse. Bruken av IT-hjelpemiddel kan også påvirke behovet for assistanse. Et hjelpemiddel kan avlaste assistentens arbeidsoppgaver,

19. Overføring av basishjelpemidler til kommunene, PricewaterhouseCoopers, Notat: 2.12.09

20. Dette bør utredes litt mer, selv om det vil være umulig å komme frem til eksakte tall ettersom dette avhenger av hvilken organisasjonsform kommunene velger.

21. Offentlig anskaffelse = anbudsutlysning og avtaleinngåelse med leverandørene (innebærer ikke innkjøp/avrop)

22. St.meld. nr. 7 (2008–2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge (s.130).

23. St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Fremtidas omsorgsutfordringer.

24. www.teknologiradet.no Rapport 1 2009

25. Utvalg om innovasjon og omsorg. Utvalget ledes av Kåre Hagen.

26. Annika Cromvall, Folke Eliasson og Leif Jahlenius (2007) IT-baserade hjälpmedel, bostadsanpassning och personlig assistans, Hjälpmedelinstitutet

men kan også gjøre brukeren mer aktiv og slik øke behovet for assistanse.

15.2.3 Øvrige samarbeidspartnere, Helsedirektoratet, det statlige pedagogiske støttesystemet mv.

Helsedirektoratet er tillagt et faglig ansvar på direktoratsnivå for habilitering, rehabilitering, helse- og omsorgstjenester på sine fagområder. Et viktig organ under Helsedirektoratet er Deltasenteret, som er statens kompetansesenter for deltakelse og tilgjengelighet. Sentrale oppgaver er råd og veiledning om universell utforming, utviklingsarbeid og samarbeider med en rekke fagmiljøer i prosjekter og nettverk. Tilsvarende har Kunnskapsdirektoratet (utdanning, skole, barnehage) og Husbanken (boligtilpasning) et faglig ansvar på sine respektive fagområder.

Helsedirektoratet har på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet satt i gang et arbeid med å følge opp enkelte tiltak knyttet til rehabilitering, inkl. hjelpemiddelformidling ved synshemming. Dette gjelder særlig tiltak som kan bedre kompetansen i kommunene, bedre samarbeidet mellom kommunen og spesialisttjenesten, samt bedre samarbeidet mellom kommunen og det statlige spesialpedagogiske støttesystemet. Det blir spesielt vurdert hvorledes kompetanseoppbygging hos de kommunale synskontaktene til hjelpemiddelsentralene kan styrkes gjennom en tverretattlig innsats. I dag er det hjelpemiddelsentralene som står for hoveddelen av kompetanseutviklingen hos de kommunale synskontaktene når det gjelder spesialopplæring om syn og konsekvensene av synshemming²⁷. På hørselsområdet er det også inngått en avtale om samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet om formidling av høreapparater og høretekniske hjelpemidler. Koordinert og felles kompetanseutvikling av de kommunale hørselskontaktene inngår som en av samarbeidsoppgavene i avtalen.

Det statlig pedagogiske støttesystemet (Statped) er et nasjonalt nettverk av spesialpedagogiske kompetansesentre som skal bistå kommuner/fylkeskommuner med å legge til rette for opplæring av barn, unge og voksne med særskilte opplæringsbehov. Statped består av blant annet 11 ulike kompetansesentra som arbeider på fagområdene syn, hørsel, språk/tale/kommunikasjon, ervervet hjerneskade, læringsmiljø/problematferd og sammensatte lærevansker. Enkelte sentra har fått

landsdekkende eller regionale oppgaver. De skal yte spesialpedagogiske tjenester av god kvalitet til rett tid på individ- og systemnivå, særlig på områder der en ikke kan vente at kommunen har kompetanse. De skal blant annet sikre skole- og miljøtilbud for hørselshemmede elever i grunnskole og videregående opplæring. Kompetansesentrene har hjelpemidler og tilrettelegging som en del av sitt ansvarsområde. Det er inngått en intensjonsavtale mellom statlig spesialpedagogisk støttesystem og hjelpemiddelsentralene om samarbeid.

15.2.4 Utvalgets vurderinger

Utvalget legger til grunn at kompetanse er et *strategisk styringsvirkemiddel* for å nå mål i velferdspolitikken, og vil understreke at det systematiske opplæringsarbeidet som har pågått det siste tiåret har bidratt til å heve kunnskapsnivået i kommunene. Etaten har i sin kvalitetsstrategi på området vært opptatt av å skaffe seg mer systematisk erfarings- og brukerbasert kunnskap som grunnlag for utvikling av området. Brukerundersøkelser er et av tiltakene som har vært benyttet. Utvalget er enig i at kunnskap fra bruker er avgjørende for å få til en kvalitetsutvikling på området, og at dette fortsatt må være en viktig premissleverandør til virksomhetens kompetanseutvikling. Kompetanse er og blir den viktigste ressursen og det kreves at det må rettes økende oppmerksomhet og krav til hvordan denne skal styrkes og utvikles på alle nivå. Opplæring og oppfølging vil være et felles kommunalt og statlig forbedringsområde, herunder å sikre at det over tid skjer en etterprøving av om hjelpemidlet fungerer slik det var forutsatt. Utvalget mener derfor at det er behov for å utforme en langsiktig og strategisk innrettet kunnskapsoppbygging på alle nivå på området. En sentral del vil være å styrke kunnskapsbasen som vil gi grunnlag for god faglig praksis. Dette innebærer blant annet å samle, systematisere og dokumentere erfaring og utvikle metodikk i forhold til den brukerrettede virksomheten i formidlingsarbeidet.

Utvalget har registrert at Arbeids- og velferdsetaten har flere kompetansesentre på hjelpemiddel- og tilretteleggingsområdet og at disse framstår som fragmenterte og lite tydelige for omgivelsene. Utvalget anbefaler derfor at etaten samordner disse for å få et mer synlig og tilgjengelig kunnskapsmiljø. Kompetansemiljøets viktigste funksjon vil være å bistå blant annet hjelpemiddelsentralene/NAV kontorene i komplekse brukersaker og slik understøtte etatens samlede ansvar for og oppgaver på feltet. I tillegg bør kompetansemiljøet få et tydeligere ansvar for systemrettede oppgaver som

27. Synovate Research reinvented 2008; Kartlegging av synskontaktordningen.

metodeutvikling, forsøks- og utviklingsarbeid m.m. innen fagfeltet. Opplæring og utvikling av faglige veiledere bør også være en del av kompetansemiljøets oppgaver.

Utvalgets anbefalinger om å overføre ansvaret for basishjelpemidler til kommunene vil kunne frigjøre ressurser slik at sentralenes tjenester dreies mer over mot brukerne med de mest omfattende og sammensatte behovene. Dette vil sette krav til et tilpasset kompetansetilbud ved hjelpemiddel-sentralene slik at førstelinjen ytterligere kan dyktiggjøres til å ta de enklere sakene. Det bør videre vurderes å videreutvikle sentralenes kompetanse på utvalgte områder. Utvalget har merket seg at NAV-reformen som samlet hjelpemiddelsentralen i én felles organisasjon gir nye muligheter for videreutvikling av spesialkompetanse på tvers av fylkesgrensene. Det bør vurderes om kompetanse på komplekse områder eller der forekomsten er sjelden, bør styrkes gjennom økt spesialisering på tvers av sentralene.

Utvalget anbefaler i kapittel 14 å styrke etatens innsats rettet mot hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet og at hjelpemiddelsentralenes kompetanse i større grad blir benyttet i arbeidet med et inkluderende arbeidsliv. Hjelpemiddelsentralene bør styrkes både ressurs- og kompetansemessig i forhold til arbeidslivet, slik at de blir mer fleksible, mer utadrettet og virksomhetsnære. Dette vil kreve økt satsning på kunnskaps- og metodeutvikling innen arbeidsliv.

En rettighetsregulering med sterkere innslag av faglig skjønn, kan reise behov for vurdering av kravene til kompetanse i tjenestene, faglig veiledning og rettslig kontroll²⁸. Hovedinnsatsen fra etaten vil i denne sammenheng være knyttet til utarbeidelsen av faglige retningslinjer og veiledning, økt vekt på opplæring og kompetansetiltak. Utvalget mener at økt faglig skjønn krever kompetente medarbeidere på alle nivå i tjenestene.

Utvalgets anbefalinger om å overføre basishjelpemidler til kommunene vil kreve økt satsing og kompetansebygging innen habilitering/rehabilitering på kommunalt nivå og forankring hos ansvarlige myndigheter på direktorats- og departementsnivå (HOD/Helsedirektorat). Kommunale aktører vil få et større faglig ansvar i forhold til styrking av sin kunnskapsbase og faglige praksis innen hjelpemiddelformidlingen. Avhengig av omfanget av en slik overføring vil det kunne medføre behov for ansettelse av flere med rehabiliteringsbakgrunn/personer med forvaltnings-, logistikk- og teknisk bakgrunn. Det vil kreve utvikling av kom-

munale registreringssystem og indikatorer på også kommunalt nivå. Utvalget mener at en god kompetanseoverføring fra det statlige hjelpemiddelsystemet til kommunene vil være av vesentlig betydning for at det skal kunne gjennomføres på slik måte at det ikke går utover brukernes tjenestetilbud.

God statistikk er grunnlaget for behovstilpassede og målrettede tjenester med god styringsinformasjon til myndigheter og tjenesteytere. Gode data gir også brukerne, pårørende og brukerorganisasjonene bedre informasjon om tilbudet. Som påpekt flere steder i utredningen er det ingen data/statistikk knyttet til tilrettelegging og hjelpemiddelformidling på kommunalt nivå. Mangel på styringsinformasjon gjør den kommunale ressursinnsatsen lite synlig. Ved at det nå foreslås at kommunene skal overta finansieringsansvar for basishjelpemidler, er det behov for å utvikle registreringssystemer på kommunalt nivå.

15.3 Forskning og utvikling

Når det gjelder offentlig finansiering av forskning, bygger dette på sektoransvarsprinsippet. Dette innebærer at hvert enkelt departement har et overordnet ansvar for forskning på og for sin sektor/sine ansvarsområder. Sektoransvaret strekker seg utover statlig sektor og kan omfatte forskning for kommunal og privat sektor²⁹. Dette prinsippet skal bidra til at forskningen er en integrert del av politikkutformingen i de forskjellige sektorene. Dette betyr at når det gjelder forskning og utvikling av hjelpemidler, hjelpemiddelformidling og det tilretteleggingsfaglige er det Arbeidsdepartementet (AD) som har det overordnede ansvaret. AD har sterke insentiver til sektorovergrepene fordi graden av måloppnåelse i andre sektorer vil få konsekvenser for store deler av deres ansvarsområder³⁰.

Hvorvidt det er grunnlag for å si at hjelpemidler og tilrettelegging utgjør et eget forskningsområde, er noe usikkert. Forskningsbasert kunnskap hentes i stor grad fra andre fagfelt. Eksempler på relevante forskningssatsinger er velferdsforskning, arbeidslivsforskning, forskning om oppvekst og aldring, levekårsundersøkelser, rehabiliteringsforskning og forskning om funksjonshemming. Forskning innen produktutvikling er også et relevant område.

29. St.meld. nr. 20 (2004–2005) Vilje til forskning.

30. Forskningsstrategi for Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2006–2009.

28. Jf Beate Birkenfeldt s. 50

Boks 15.1 OECDs definisjon av forskning og utviklingsarbeid¹

Forsknings og utviklingsarbeid (FoU) er kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap – herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn – og omfatter også bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser. FoU kan deles inn i følgende tre aktiviteter: *Grunnforskning* er eksperimentell eller teoretisk virksomhet som primært utføres for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlag for fenomener og observerbare fakta, uten sikte på spesiell anvendelse eller bruk. *Anvendt forskning* er også virksomhet av original karakter som utføres for å skaffe til veie ny kunnskap. Anvendt forskning er imidlertid primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser. *Utviklingsarbeid* er systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester.

Et hovedkriterium for å skille FoU fra annen beslektet virksomhet er at FoU må inneholde et element av nyskaping og reduksjon av vitenskapelig og/eller teknologisk usikkerhet.

1. Indikatorrapporten: Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 2009, Norges forskningsråd, NIFU STEP, SSB.

AD skriver i sin forskningsstrategi at det lenge har vært en utfordring å få til gode kunnskapsoversikter på deres sektor. Utvalget har i forbindelse med sitt arbeid fått utarbeidet en oppsummering av forskning og utvikling om hjelpemiddelformidling³¹. Rapporten viser at det er lite forskning om hjelpemiddelformidling, og at det som finnes er spredt og av varierende kvalitet. Det anbefales å styrke innsatsen på FoU-området innen hjelpemiddeldelområdet. Rapporten viser også at det som foreligger av FoU i hovedsak knytter seg til hjelpemid-

ler og rehabilitering, det er lite som dreier seg som selve hjelpemiddelformidlingen.

15.3.1 Norges forskningsråd

Norges forskningsråd (NFR) har flere forskningsprogram som vil være relevant for tilretteleggings- og hjelpemiddeldelområdet. Et slikt er det nå avsluttede Velferdsprogrammet. Det er et program som har gitt verdifull kunnskap om samfunnsendringer med innvirkning på velferden i vårt samfunn. Velferdsprogrammet har også hatt en egen satsning på forskning rettet mot personer med funksjonsnedsettelse. Helsetjenesteprogrammet vil også inneholde elementer som kan gi kunnskap om hjelpemiddeldelområdet. Et tredje område av interesse vil være de fem regionale sentrene for omsorgsforskning. Disse sentrene er ment å være viktige for utvikling og forskning rettet mot førstelinjen dvs. de kommunale helse- og sosialtjenestene. Det fjerde er det programmet som er mest spisset mot hjelpemidler og tilrettelegging mer generelt nemlig IT-funk.

IT-funk

IT-funk er et forskningsprogram i regi av Norges forskningsråd. Programmet har en varighet fra 2007–2012 med ca. 7 mill. kr årlig. Formålet er å øke tilgjengeligheten til informasjons- og kommunikasjonsteknologi og derigjennom til samfunnet, for mennesker med funksjonsnedsettelse. Målet er at IKT-baserte produkter og tjenester som utvikles og introduseres i det allmenne markedet kan brukes av alle. Hvilket betyr at IKT-produkter og løsninger må håndtere variasjonsbredden i brukernes krav til funksjonalitet, slik at alle kan ha nytte og glede av dem – uansett brukssituasjon og funksjonsevne. Det bør også være slik at der tilleggs løsninger er nødvendig, skal disse fungere som en helhet sammen med hovedløsningen.

IT for alle i et samfunn for alle, er målet. Det bør være universelle løsninger eventuelt supplert med samspillende tilleggs løsninger etter behov. Med andre ord ønskes IKT-løsninger med stort nedslagsfelt og som fremmer samfunnsdeltakelse på bred basis. Dette fordrer to ting der det ene er en god inkluderingspolitikk. Tilgjengelighet for alle som premiss ved utvikling og utforming av IKT-infrastruktur, varer og tjenester. Det andre en god innovasjonspolitik. De mest krevende kundene er de som ikke kan bruke dagens løsninger, de kan gi bidra til innovasjoner som kommer alle til gode.

31. Nanna Kurtze og Karl-Gerhard Hem (2009); Utrednings- og forskningsprosjekt om hjelpemiddelformidling, tilrettelegging og rehabilitering som fag og forskningsfelt. SINTEF Teknologi og samfunn.

De fem sentrene for omsorgsforskning

Utgangspunktet for sentrene er St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening* der Helse- og omsorgsdepartementet lanserte en plan om å etablere fem forsknings- og utviklingsentra for omsorgsforskning. I 2006 ble Senter for omsorgsforskning Østlandet ved Høgskolen i Gjøvik utpekt av departementet som det første. Deretter fikk Program for helse- og omsorgsforskning i oppdrag av HOD å utarbeide en tilråding til hvilke høgskoler som burde være vertssted for de neste fire sentrene, og i februar 2008 ble alle private og statlige høgskoler med helse- og sosialfagutdanning invitert til å søke om midler. På bakgrunn av programstyrets vurdering ble følgende senter etablert i juni 2008: Senter for omsorgsforskning Midt-Norge (Høgskolen i Nord-Trøndelag), Vestlandet (Høgskolen i Bergen) og Sør (Universitetet i Agder/Høgskolen i Telemark). Senter for omsorgsforskning Nord-Norge (Universitetet i Tromsø) ble etablert i januar 2009. Midlene forvaltes nå gjennom Program for helse- og omsorgsforskning.

Mandatet til sentrene er å styrke praksisnær forskning og utvikling, drive forskningsformidling overfor kommunene og utdanningssektoren og bidra til kompetanseheving i omsorgssektoren. Sentrene har satt i gang en rekke prosjekter som spenner fra demens blant sørsamer til menn i omsorgsyrker, eldre og underernæring, ledelse i sykehjem og fallskader blant demente på sykehjem. Målet er at praksisnære forskningsresultater skal komme til nytte i kommunene. Undervisningssykehjemmene som er en viktig del av sentrene, er trukket fram som en nøkkel for å sette forskningsresultatene ut i praksis.

15.3.2 Øvrige kompetansesentre

Dette leder over til at det er en rekke kompetansesentre som vil kunne ha betydning for hjelpemiddelområdet, og som i noen grad er involvert i arbeid rettet mot tilrettelegging og hjelpemidler. De ulike kompetansesentrene har ulik organisering. Under redegjøres det for noen av de mest sentrale kompetansesentrene knyttet til feltet.

Deltasentret

Deltasentret er allerede omtalt tidligere i kapitlet. Selv om de ikke har hatt hjelpemidler som sitt hovedområde de senere årene, så har de likevel gjennomført prosjekter der de har sett på bruk av hjelpemidler i relasjon til det miljøet de skal bru-

kes³². To prosjekter er av spesiell interesse for tilretteleggings- og hjelpemiddelområdet. Det første er prosjektet *«Hjelpemidler eller mainstreaming? Ja takk begge deler!»*³³, hvor Deltasentret har rettet oppmerksomheten mot universell utforming, informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) og hjelpemidler. Formålet med prosjektet var å bidra til økt forståelse for og kunnskap om hvordan IKT kan utformes slik at IKT fremmer mulighetene for aktivitet og samfunnsdeltagelse for personer med redusert funksjonsevne.

Et annet prosjekt er *«Elektriske rullestoler og fysiske omgivelser»* hvor det vurderes i hvilke grad utformingen av de fysiske omgivelsene tar hensyn til de mange typene elektriske rullestoler som finnes. Hensikten er å sammenstille lover og regler på ulike samfunns- og myndighetsområder som har betydning for hvordan brukeren opplever å kunne ta seg frem med elektrisk rullestol i det offentlige rom. Rapporten tydeliggjør at det legges for liten vekt på sammenhengen mellom miljøkrav gitt for eksempel gjennom teknisk forskrift og krav til rullestoler som skal brukes i det offentlige rom. Det er tradisjonelt ingen samhandlingsarena for de som driver miljøutvikling og de som utvikler standarder for eksempel rullestoler, anskaffer og formidler disse.

Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne

Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne ble opprettet for å kunne bidra til langsiktig og målrettet kunnskapsoppbygging som grunnlag for politikkutforming og forvaltning. Formålet var å øke kunnskapsgrunnlaget knyttet til samfunnsutviklingen for personer med funksjonsnedsettelse. Senteret har i både 2007 og 2008 gitt ut statusrapporter. Fra 1. januar 2009 er sentret blitt innlemmet i Likestillings- og diskrimineringsombudet. Ombudet skal videreføre dokumentasjonssentrets arbeid og vil fortsette å utgi årlige statusrapporter.

Kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten

Det er en rekke kompetansesentre som også i noen grad har oppgaver og virksomhet som er relevant for tilrettelegging og hjelpemidler. Disse

32. Nanna Kurtze og Karl-Gerhard Hem (2009); Utrednings- og forskningsprosjekt om hjelpemiddelformidling, tilrettelegging og rehabilitering som fag og forskningsfelt. SINTEF Teknologi og samfunn.

33. Prosjektrapport januar 2009, Hjelpemidler eller mainstreaming? Ja, takk begge deler!

sentrene er organisatorisk tilknyttet spesialisthelsetjenesten.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Senteret har for tiden tre pågående prosjekter som omhandler hjelpemidler og tilrettelegging. Det første prosjektet er utprøving av lokaliseringshjelpemidler ved demens (GPS). Det andre prosjektet har fokus på yngre med demens i yrkesaktiv alder, der hjelpemidler og tilrettelegging kan være en utprøvningsleilighet lokalisert til den nye hjelpemiddelsentralen som skal bygges i Oslo/Akershus.

Nasjonalt Senter for Telemedisin (NST)

NST og NONITE har generelt et nært samarbeid om ulike prosjekter relatert til hjelpemiddelområdet. De har et pågående felles prosjekt i Troms om bruk av bærbart kamera og billedkontakt mellom hjelpemiddelsentralen og kommunalt ansatte. De skal prøve ut om denne typen utstyr gir mulighet

Boks 15.2 Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Senteret er organisert som et kompetansesenter innenfor spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse består, etter en omorganisering i 2006, av fagenhetene Nasjonalt kompetansesenter demens, Funksjonshemning og aldring (FoA), Utviklingshemning og aldring, og Alderspsykiatri. Kompetansesenteret er geografisk delt på to steder; Medisinsk divisjon, Ullevål universitetssykehus HF og Psykiatrisk fylkesavdeling, Psykiatrien i Vestfold HF. Senteret har en enhetlig faglig ledelse og har en tilknytning til Universitetet i Oslo gjennom plasseringen i den geriatrike universitetsetheten ved Medisinsk divisjon og ved at professoratet i alderspsykiatri er knyttet til senteret.

Kompetansesenterets oppgaver er for det første å drive forskning og utviklingsarbeid for å bedre omsorgs- og behandlingstilbudet til klienter og pårørende. For det andre å tilby rådgivning og veiledning til kommune- og spesialisthelsetjeneste i forbindelse med utprøving av nye modeller for behandling og omsorg. I tillegg har de oppgaver knyttet til å tilby undervisning, kurs og konferanser samt utvikle lærebøker, fagrapporter og studiemateriale.

Boks 15.3 Nasjonalt senter for Telemedisin

Nasjonalt senter for telemedisin (NST) er et kompetansesenter som skal samle, produsere og formidle kunnskap om telemedisinske tjenester, nasjonalt og internasjonalt. Kompetansen bygges gjennom forskning og utviklingsprosjekt. Visjoner er; *Gode helsetilbud til alle uavhengig av tid og sted*. Sentret skal motivere helsevesenet til å ta i bruk telemedisin og e-helse der det kan gi god kvalitet og effektiv drift. De er underlagt Helse Nord RHF, organisert som en avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF i Tromsø. Sentret har hovedkontor i Tromsø og har rådgivere i Helse Midt, Vest og Sør-øst.

for samarbeid rundt formidlingsprosessen uten at hjelpemiddelsentralen må reise ut.

Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings kompetansesenter

Senteret har prosjekter hvor de utreder og beskriver de funksjonelle konsekvensene av ulike revmatiske sykdommer. Noen av disse kan reduseres (kompenseres for) ved bruk av hjelpemidler. Det er kunnskap som er nyttig for å avdekke områder hvor det er behov for utvikling av nye eller forbedring av eksisterende hjelpemidler.

NRRK er nå i gang med et større prosjekt der de undersøker effekt av hjelpemidler. En annen oppgave er oppsummering av kunnskap om hjelpemidler innen revmatologi med anbefalinger for hvordan fremtidige studier bør designes og gjennomføres. Det jobbes også med kvalitetssikring av metoder/instrumenter som brukes for å vurdere funksjonsproblemer og eventuelle behov for hjelpemidler, og for å evaluere effekt av hjelpemidler.

15.3.3 Universitets- og høyskolesektoren

Universitets- og høyskolesektoren er sentral i utdanningen av profesjonene som er knyttet til hjelpemiddelformidlingen. Agenda gjorde en organisasjonsanalyse³⁴ som viser at det er en rekke yrkesgrupper som arbeider på hjelpemiddelsentra-

34. Agenda (2008) NAV Hjelpemiddelsentraler og spesialenheter, Kartlegging av hjelpemiddelsentralene og Senter for yrkesrettet attføring (SYA).

Boks 15.4 Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter

Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK) sitt overordnede mål er å bidra til å bedre rehabiliteringstilbudet nasjonalt for mennesker med revmatiske sykdommer. Sentret skal bidra til å styrke det vitenskapelige grunnlaget for tverrfaglig behandling og rehabilitering av mennesker med revmatiske sykdommer, formidle kunnskap om behandling, rehabilitering og arbeidsmetoder til brukere, helsepersonell og andre relevante målgrupper og være pådriver, inspirasjonskilde og ressurs for aktuelle fagmiljøer i landet.

Senteret ligger tilknyttet revmatologisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus, og består av en fagutviklings- og formidlingsenhet (FFE) og en revmatologisk rehabiliteringsenhet (RRE) med 5 senger og tilhørende tverrfaglig team. Målgruppe for rehabiliteringsavdelingen er pasienter med komplisert revmatisk sykdom og/eller sammensatte problemstillinger som ikke får dekket sitt rehabiliteringsbehov på lokalt eller regionalt nivå.

lene. Foruten døvetolkene, utgjør ergo- og fysioterapeuter den største enkeltgruppen på sentralene hvor den samlede andelen av bemanningen varierer mellom 6–20 prosent av alle årsverkene. På omtrent samme nivå er medarbeidere med ulike former for teknisk utdanning og medarbeidere med uspesifisert videregående utdanning. Samlet utgjør ifølge rapporten ansatte med helse- og sosialfaglig eller pedagogisk høgskolekompetanse ca. 25 prosent av antallet årsverk ved hjelpemiddelsen-tralene.

Dette gjør at den faglige tilretteleggingskompetansen ofte i hovedsak ivaretas av profesjoner utdannet ved høgskolene. Det er derfor relevant å se nærere på den forskningen som foregår innenfor høgskolesektoren.

Høgskolesektoren

Kvalitätsreformen i høyere utdanning har åpnet for at høgskoler kan oppnå universitetsstatus ved å oppfylle gitte kriterier med basis i forskningskompetanse og doktorgradsarbeid. Kunnskapsdepartementet har hatt som politikk at de statlige høgsko-

lene har et ansvar for praksisrettet forskning og utviklingsarbeid på fagområdene sine³⁵. Praksisrettet forsknings- og utviklingsarbeid kan både beskrives som noe som inkluderer forskningsaktiviteter om profesjonspraksis, faglig utviklingsarbeid for å bedre profesjonsutøvelsen og å gi denne et forskningsbasert grunnlag.

En undersøkelse NIFU STEP gjorde i 2006³⁶ kartla forsknings- og utviklingsarbeid rettet mot praktiske formål, blant annet omfang, innretning, organisering, finansiering, og formidling av denne typen FoU. Undersøkelsen rettet mot helse- og sosialfagutdanningene peker i retning av at en stor del av fagpersonalet har nær kontakt med praksisfeltet. Prosjektene utvikles gjerne i samarbeid med praksisfeltets aktører, det er heller ikke uvanlig at FoU-arbeid har kommet i stand etter initiativ fra praksisfeltet. Formålet med denne typen FoU-arbeid er at den skal bidra til bedrer praksis blant profesjonsutøverne og bevisstgjøre praksisfeltets aktører.

Statlige myndigheters politikk hvor målet har vært å styrke den praksisorienterte FoU i profesjonsutdanningene viser at dette skjer ulikt innenfor de utdanningene som er undersøkt. Denne typen FoU er mest vanlig i lærerutdanningene og i helse- og sosialutdanningen hvor drøyt halvparten er engasjert i FoU rettet mot praktiske formål. Drøyt en tredjedel er engasjert i denne typen FoU i ingeniørutdanningene. Undersøkelsen viser videre at Helse- og sosialfagutdanningene har relativt liten FoU-aktivitet sett i forhold til antallet faglige ansatte. Dette skyldes ifølge rapporten at den formelle FoU-kompetansen er svakt utviklet og den tiden personalet bruker på FoU-arbeid resulterer i et lavt omfang av publikasjoner. FoU-arbeidet i disse utdanningene finansieres i hovedsak gjennom høgskolenes grunnbevilgning (egen forskningstid) eller høgskolenes strategimidler. Bare en mindre andel har prosjektfinansiering fra eksterne kilder. Rapporten sammenligner resultatene fra en undersøkelse gjort ca. ti år før og viser til at det har vært en overraskende liten utvikling på feltet.

Effektforskning og relasjonen til øvrige forskningstemaer

Universitets- og høgskolesektoren har et krav om at all undervisning skal være forskningsbasert.

35. Larsen, Ingvild Marheim & Svein Kyvik (2006) Tolv år etter høgskolereformen – en statusrapport om FoU i statlige høgskoler Rapport 7/2006 (s 13)

36. Larsen, Ingvild Marheim & Svein Kyvik (2006) Tolv år etter høgskolereformen – en statusrapport om FoU i statlige høgskoler Rapport 7/2006

Dette kan være en spesiell utfordring for profesjonsutdanningene. Dette ble også spesielt tydelig da NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanninga) foretok en revidering av akkrediteringen av sykepleier utdanningen i Norge og kun 3 av 33 studietilbud tilfredsstilte kravene i 2005.

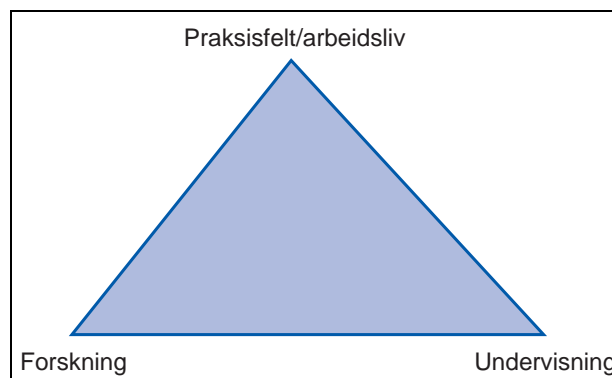
Diskusjonen knyttet til den praksisnære forskningen/effektforskningen og øvrige forsknings tema dreier seg om flere forhold. Et dilemma er knyttet til praksisrettet FoU versus akademisk forskning³⁷. Koblingen mellom erfaringskunnskap og vitenskapelig kunnskap og metode er en utfordring. Ikke minst er det en frykt for at all forskningsaktivitet kanaliseres inn i klinisk forskning og knyttet til at profesjonene mister sitt fortrinn og særegenhet knyttet til praksis. Praksisnær FoU er i første rekke ment å være nytteorientert. Et økt krav om forskning kan føre til en akademisering av utdanningene som hverken er ønskelig eller forenlig med deres særpreg og historie.

Utdanning av personell

De utdanningsgruppene som i første rekke er mest involvert i tilrettelegging og hjelpemiddelformidlingen i kommunene er fysioterapeuter og ergoterapeuter. Ikke alle kommuner har ergoterapeuter, mens alle kommuner skal ha fysioterapeut. Disse jobber i hovedsak med motoriske og fysiske funksjonsnedsettelse. De som er kommunale kontaktpersoner på hjelpemiddelområdet kan ha noe varierende yrkesbakgrunn selv om hovedandelen er terapeuter, sykepleiere eller hjelpepleiere.

Knapphet på omsorgsytere i fremtiden vil være en av de største utfordringene for helse- og sosialsektoren. Beregninger gjort av SSB, med forutsetning om lik sykdomsutvikling på slutten av livet, samt kontant standard på tjenestene og familieomsorgen vil kunne gi et behov for vekst på 120 prosent frem mot 2050. Dette sammenfaller med at det forventes et fall i den årlige veksten i arbeidsstyrken³⁸.

Dimensjonering av helse- og sosialpersonellet er og vil være et viktig arbeid for å kunne møte fremtidens utfordringer. Personellgruppene som har mest betydning for tilretteleggingen og hjelpemiddelformidlingen vil også i fremtiden, i tillegg til pedagogene, være fysioterapeuter og ergoterapeu-



Figur 15.2 Sentrale aktører i samarbeidet rundt forskningsbasert undervisning

ter. Dimensjonering av de ulike utdanningsgruppene foregår i samarbeid mellom sektordepartementene og Kunnskapsdepartementet.

Arbeidsdepartementet igangsatte i 2008 en utredning³⁹ som skal se på kompetansebehovet i arbeids- og velferdsforvaltningen. Prosjektet skal blant annet skissere aktuelle modeller for fremtidig samarbeid med arbeids- og velferdsforvaltningen og universitets- og høyskolesektoren for utvikling av kompetanse på fagfeltet. Utredningen er utført av Rambøll Management⁴⁰. En måte å styrke utdanningenes praksisnærhet på, er som nevnt gjennom en tettere kobling mellom forskning, utdanning og praksis. Et krav som har fått stadig større gjennomslag er at praksis må være forsknings-/kunnskapsbasert, noe som innebærer at også undervisningen som gis må være basert på forskning og den kunnskapen som forskningen genererer. Universitets- og høyskoleloven påpeker at all undervisning skal være forskningsbasert, noe som også fremheves i St.meld. nr. 30 (2008–2009) *Klima for forskning*.

St.meld. nr. 30 (2008–2009) fremhever at «en del av de kortere profesjonsutdanningene [fortsatt har] utfordringer når det gjelder koblingen mellom utdanning, praksis og FoU». Utfordringen er således å jobbe mot mer forsknings- eller kunnskapsbasert praksis på den ene siden, og på den andre siden jobbe mot mer praksisnær forskning – forskning som direkte omhandler praksisfeltet. Å jobbe mot dette krever både et fokus på forskningssiden, ved utdanningsinstitusjoner, og i praksisfeltet. Ikke minst kreves et godt samarbeidsklima mel-

37. Larsen, Marheim Ingvild, Kristin Heggen, Tone Cecilie Carlsen og Berit Karseth (2007) Praksisrettet FoU? En undersøkelse av høyskolesektorens forsknings- og utviklingsarbeid inne helse- og sosialfag. NIFUSTEP Rapport 25/2007.

38. St.meld. nr. 7 (2008–2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge.

39. Utredning av hvordan tilbud innenfor høyere utdanning kan bidra til å dekke langsiktige kompetansebehov i arbeids- og velferdsforvaltningen, Rambøll 2010

40. St.prp. nr. 51 (2008–2009) Redegjørelse om situasjonen i arbeids- og velferdsforvaltningen og forslag om tilførsel av ressurser til Arbeids- og velferdsetaten.

lom disse instansene. Videre må det stimuleres økonomisk til at slik forskningsvirksomhet forekommer.

Det er i følge rapporten flere fordeler med å fokusere på praksisnær forskning. Det vil på sikt føre til at kunnskapen tilegnet gjennom denne forskningen kan innarbeides i grunnutdanningene. Bedre kunnskaper om praksisfeltet vil også bidra til at tjenestene som ytes av Arbeids- og velferdsetaten, blir mer kunnskapsbaserte. Det fremheves i utredningen at praksisnær forskning er et område som det er behov for å styrke.

Av igangsatte kompetansetiltak på hjelpemiddelområdet som er knyttet til høgskolesektoren kan tre nevnes. Det ene er en oppstart på utvikling av en *norsk lærebok i hjelpemidelformidling* til bruk i høgskoleutdanningen. Det andre er at det er etablert et samarbeid med de helsefaglige høgskoleutdanningene knyttet til undervisning om tilrettelegging og hjelpemidelformidling. Det tredje er at høgskolen i Vestfold i samarbeid med NAV Hjelpemidler og tilrettelegging har opprettet et eget etterutdanningsstilbud om alternativ og supplerende kommunikasjon (inklusive kommunikasjons hjelpemidler).

15.3.4 Utvalgets vurderinger

Utvalget legger til grunn at det er behov for å styrke forskning og utvikling av hjelpemiddelområdet, og at dette krever en målretting av virkemidlene. Gjennomgangen viser at det er et stort potensial i profesjonsutdanningenes forskningsinnsats i høgskolesektoren knyttet til praksisnær forskning. Riktig dimensjonering av profesjonsutdanningene vil ha betydning for praksisfeltet i fremtiden.

Utvalget anbefaler å opprette et eget forskningsprogram i regi av Norges forskningsråd rettet mot hjelpemidelformidling, tilrettelegging og rehabilitering. Deler av forskningsprogrammet bør avsettes til å bygge opp kompetansesentre regionalt/nasjonalt for tilrettelegging og hjelpemidelformidling.

Utvalget mener at forskningen ved universitets- og høgskolesektoren bør styrkes. Utvalget foreslår at deler av satsningen på økt forskning og utvikling bør målrettes mot profesjonsutdanningenes praksisnære forskningsinnsats på området.

Tilretteleggings- og hjelpemiddelområdet er et tverrfaglig fagfelt. Med denne erkjennelsen er det viktig at tjenesteforskningen innenfor hele helse, omsorgs, sosial og tilretteleggingsfeltet styrkes. Helsetjeneste programmet i regi av NFR vil inneholde elementer som vil være av betydning for

hjelpemiddelområdet. Utvalget mener det er behov for å styrke tjenesteforskningen.

15.4 Innovasjon, standarder og produktutvikling

Regjeringen sier at innovasjon og omstilling vil være en nøkkel for å få til et samfunn der velferdsordningene er blant de beste i verden.⁴¹ Visjonen for innovasjonspolitikken er; *et nyskapende og bærekraftig Norge*.

Videre i regjeringens stortingsmelding om innovasjon er et av tiltakene under innovasjon i offentlig sektor at Helse- og omsorgssektoren skal prioriteres. Regjeringen har i den forbindelse oppnevnt et offentlig utvalg som skal utrede innovasjon i omsorgssektoren (Hagenutvalget). Dette utvalget er omtalt en rekke ganger da utvalget har klare grenseflater opp til denne utredningen. Spesielt innenfor området innovasjon, standarder og produktutvikling vil det være spørsmål og problemstillinger som Hagenutvalget vil drøfte mer inngående.

Et annet område som stortingsmeldingen om innovasjon nevner, og som også er relevant for tilretteleggings og hjelpemiddelområdet, er at offentlig sektor skal gå foran som krevende kunde. Regjeringen ønsker å fremme innovasjon gjennom offentlige anskaffelser. Det vises til at forsknings- og utviklingskontrakter har vist seg å være et godt egnet virkemiddel for å fremme innovasjon knyttet til anskaffelsesprosesser. Dette er et virkemiddel som er styrket.

Standarder og utviklingen av standarder blir av noen pekt på som en fundamental form for styring og koordinering i samfunnet og som i mange henseender er blitt undervurdert⁴². Standarder er en form for regulering. Det finnes standarder innenfor en rekke områder som for eksempel for administrative prosesser som ISO 9000 serien som blant annet etaten legger til grunn i sine dataregistre av hjelpemidler. Standarder omgir oss i hverdagen og bidrar til å effektivisere og forenkle⁴³. Standarder blir av mange sett på som en stadig viktigere måte å styre på.

Dette delkapitlet tar for seg det ansvaret og de ordningene som finnes på område samt den kritikken som har fremkommet fra både brukere og leverandører.

41. St.meld. nr. 7 (2008–2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge.

42. Brunsson Nils, Bengt Jacobsson and Associates (2000): A world of standards, Oxford university press.

43. www.standard.no

15.4.1 Innovasjon og teknologisk utvikling på området i Norden

Nordisk Ministerråd på initiativ fra Norge, utarbeidet en kartlegging i 2008 av innovasjon og teknologisk utvikling på hjelpemiddelområdet i Norden⁴⁴. I kartleggingen ble det lagt vekt på forholdet mellom utvikling av hjelpemidler og utvikling av mer universelt utformede produkter. I tillegg ønsket man å stimulere til økt nordisk samarbeid innen innovasjon og teknologi, slik at man i større grad kunne dra nytte av hverandres erfaringer.

Kartleggingen viste at ingen av landene har egne, overordnede strategier for innovasjon og teknologisk utvikling på hjelpemiddelområdet. Alle landene rapporterer imidlertid at hjelpemiddelområdet ansees relevant i forhold til nasjonale strategier for innovasjon og/eller teknologiutvikling og IKT, men hjelpemiddelområdet er i ulik grad nevnt i disse strategier. Alle landene har også egne bevilgninger til støtte for innovasjon og teknologisk utvikling.

Alle landene rapporterer, i varierende grad, om en tendens til at grensen mellom en del hjelpemidler og såkalte mainstreamprodukter blir mindre tydelig, og at dette kan ha en positiv effekt på videreutvikling av produkter, tilgjengelighet og prisnivå. Likeså er bruk av ny teknologi innen kommunikasjon og informasjonshåndtering en generell tendens. I forhold til forvaltning og tildeling av hjelpemidler synes det å være en tendens til at økonomiske vurderinger i form av prisnivå har fått en

Boks 15.5 Standarder

En standard utarbeides etter initiativ fra interessegrupper

- gir retningslinjer for hvilke krav som skal settes til varer og tjenester
- regulerer for hvordan prøving, sertifisering og akkreditering skal gjennomføres
- er et forslag til valg av løsning
- bidrar til utvikling av formålstjenlige og sikre produkter, produksjonsprosesser og tjenester
- er ofte frivillig å bruke
- gir mer detaljerte beskrivelser til EU-direktiver, nasjonale lover og forskrifter

Kilde: Standard Norge www.standard.no

mer fremtredende plass i forhold til generelle krav til funksjonalitet. Diskusjoner rundt fritt brukervalg er også fremme i alle landene, men i ulik grad.

Når det gjelder kunnskapsgrunnlag, finnes det i liten grad systematisert og samlet kunnskap om forskning, utvikling og erfaringer med hjelpemidler. Det rapporteres om mye god kunnskap på noen felter hos enkelte aktører, men ingen samlet oversikt. Det er etablert gode fagmiljøer innenfor utvalgte områder, for eksempel robotteknologi, omgivelseskontroll, velferdsteknologi og bruk av kommunikasjonsteknologi. Alle land nevner at næringslivet i ulik grad utgjør eller deltar i miljøer for innovasjon og teknologisk utvikling på området.

Alle landene deltar i hjelpemiddelprosjekter på europeisk nivå gjennom EUs programmer. Det trekkes frem at Norden i europeisk sammenheng ofte ses på som en samlet region, og at det nordiske samarbeidet oppleves som aktivt og effektivt.

Rapporten kom med anbefalinger om videre arbeid. Det ble pekt på at det eksisterer mye relevant samarbeid på hjelpemiddelområdet i Norden, og at landene uttrykker ønske og behov for at dette samarbeidet fortsetter, og utvides. Det ble avdekket behov for en sterkere koordinering på nordisk nivå for å sikre at dobbeltarbeid unngås og at aktuelle miljøer koples til hverandre. Den nye nordiske institusjonen Nordisk Velferds Center (NVC) anses som en viktig aktør i dette arbeidet. Det ble også anbefalt at NVC og Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap (NHV) inngår et aktivt samarbeid rundt Design for alle og hjelpemiddelområdet.

Svenske myndigheter har en satsing knyttet til teknikk for eldre⁴⁵. Den svenske satsningen går over tre år med mål om å utvikle produkter og tjenester for eldre og deres pårørende som letter deres hverdag.

15.4.2 Det norske leverandørmarkedet

Leverandører av hjelpemidler er en sammensatt gruppe av bedrifter. Bransjen består av små og store aktører målt etter omsetning og antall ansatte. For noen bedrifter vil all aktivitet være knyttet til hjelpemidler, mens andre har et bredere produktspekter. Hos noen leverandører vil hjelpemidler utgjøre en liten andel av bedriftens omsetning. Noen leverandører er mer tjenesteleverandører enn tradisjonelle hjelpemiddeleverandører eller en kombinasjon av disse. Dette gjelder for eksempel for bedrifter som jobber med bilombyg-

44. Nordisk Ministerråd (2009): Innovasjon og teknologisk utvikling på hjelpemiddelområdet i Norden, TeamNord 2009:504.

45. www.teknikforaldre.se

ging, som støper spesielle sitteløsninger og ortopediske verksteder.

De fleste hjelpemiddelleverandørene har en nordisk, europeisk eller internasjonal tilknytning. Noen har sin hovedbase i Norge eller et annet nordisk land, andre er en del av et større konsern med hovedbase i Europa eller USA. Det har vært en generell utvikling i det siste tiåret der også norske og nordiske hjelpemiddelleverandører har fått et stadig større internasjonalt fokus. Flere leverandører er importører av andres produkter, andre leverer egenproduserte hjelpemidler i kombinasjon med importerte og noen få leverer kun egenproduserte hjelpemidler. Det har også vært en generell utvikling i det siste tiåret at mindre bedrifter har blitt kjøpt opp av større leverandører og det har blitt færre leverandører innen smale nisjeområder.

Et viktig trekk ved leverandørmarkedet er at store innkjøpere kjøper inn på vegne av mange brukere, og at det i svært liten grad er et privatmarked for denne typen produkter. For en del hjelpemidler vil Arbeids- og velferdsetaten være eneste kunde. For andre hjelpemidler vil også kommuner og helseforetakene være vesentlige kunder.

Leverandører av hjelpemidler innehar en viktig produktfaglig kompetanse i hjelpemiddelsystemet både overfor brukerne, hjelpemiddelsentralene og de kommunale aktørene. Hjelpemiddelsentralene kjøper tjenester av leverandørene både i forbindelse med utprøving av hjelpemidler, spesialtilpassinger, installasjoner og i forbindelse med service og reparasjoner m.m.

Leverandører og produsenter av hjelpemidler har en viktig rolle når det gjelder produktutvikling og innovasjon. Det har i den forbindelse fremkommet kritikk fra leverandører knyttet til at systemet med offentlige anskaffelser ikke i god nok grad bidrar til innovasjon. I en rapport⁴⁶ hevdes det at incentivene til å drive forskning og utvikling kan svekkes blant etablerte aktører med store beskyttede markedsposisjoner. Samtidig vises det til at sentralisering av anskaffelsesprosessen også kan gi grunnlag for større samarbeidsprosjekter mellom leverandører og representanter for brukerne. Det hevdes i rapporten at anskaffelsessystemet gjør at det kan være vanskelig å få nye produktvarianter inn i avtalen, og at dette kan føre til at innovasjon og produktutvikling nedprioriteres.

15.4.3 Arbeids- og velferdsetaten arbeid med innovasjon

Arbeids- og velferdsetaten forvalter en tilskuddsordning på ca. 2 mill. kr årlig for produktutvikling og innovasjon på hjelpemiddelområdet. De samarbeider med Innovasjon Norge. Arbeids- og velferdsetaten skal bidra til hensiktsmessig utvikling på teknologiområdet blant annet ved å stimulere til innovasjon på områder der etaten opplever at eksisterende produkter ikke dekker behovet hos brukerne.

Et strategisk virkemiddel i dette arbeidet blir blant annet å opprette OFU-kontrakter (offentlige forsknings- og utviklingskontrakter) på områder der det er behov for nye produktløsninger eller systemer. Ordningen er et tilbud til næringslivet og det offentlige som arbeider med forskning og produktutvikling. Ordningen gir tilskudd til i hovedsak norske små og mellomstore leverandørbedrifter med kompetanse, evner og kapasitet til å løse et utviklingsbehov. Prosjektene har stor bredde og dekker hele spekteret av produktområder innenfor hjelpemidler og tilrettelegging. Det kan også søkes støtte til forprosjekter for at utvikler skal kunne sjekke markedet for produktideen. Det er et generelt krav at prosjekter som får økonomisk støtte skal være økonomisk bærekraftige. Det kan også søkes om støtte til å utvikle mer universelt utformede produkter eller teknologiske løsninger som kan løse et behov for personer med funksjonsnedsettelse. Leverandørene etterspør ofte hjelpemiddelsentralenes erfaringer inn i disse utviklingsprosjektene.

Det nasjonale nettverket for innovasjon i helsesektoren, InnoMed⁴⁷, støtter også prosjekter innen hjelpemiddelområdet. NAV Hjelpemidler og tilrettelegging er medlem i styringsgruppen til InnoMed. Nettverket InnoMed skal etablere møteplasser mellom helsepersonell, bedrifter, forskningsinstitusjoner og virkemiddelapparatet og på den måten spre gode erfaringer. InnoMed skal også i en tidlig utviklingsfase, bistå med å kartlegge behov og finne riktige partnere for prosjektutvikling i en tidlig utviklingsfase⁴⁸. Utviklingsprosjektene innen hjelpemiddelområdet i regi av InnoMed er i stor grad overlappende med OFU-kontraktene i regi av Arbeids- og velferdsetaten. Det er imidlertid ingen garanti for at nyutviklede produkter kommer med i avtalen med leverandørene i forbindelse med relevante anskaffelsesprosesser. Det kan

46. Rapport 2008-089 NAVs innkjøp av hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne, Econ

47. Helsesektorens apparat for behovsdrivet innovasjon. Finansiert av Helsedirektoratet og Innovasjon Norge.

48. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen (s. 75).

være en risiko forbundet med å ta inn nye produkter som en ikke har erfaring med, på bekostning av produkter som fungerer og som er godt kjent i markedet. Hjelpemiddelsystemet etterlyser derfor mer fleksible ordninger for å kjøpe inn nyutviklede produkter. Dette for å kunne gjøre prosjektbaserte og mer systematiske utprøvinger med brukere og dokumentere erfaring med bruken og nytten av nyutviklede hjelpemidler/produkter/teknologi.

Hjelpemiddelsentralene bidrar også til forbedringer av eksisterende produkter gjennom sin samhandling med leverandørene. Hjelpemiddelsentralene foretar ofte spesialtilpasninger og produserer mange enkeltløsninger for å tilpasse den enkelte brukers behov der man ikke kommer i mål med de kommersielt produserte løsningene. Slike tilpasninger kan føre til forbedringer på eksisterende produkter som leverandøren av produktet kan melde tilbake til produsenten. På denne måten kan hjelpemiddelsentralene bidra til at standardproduktet og dets tilpasningsmuligheter oppgraderes. Teknisk innsikt, kompetanse og «innkjøpsmakt» gir sentralene mulighet til å øve press på produsentene i forhold til produktforbedringer.

På samme måten kan Arbeids- og velferdsetaten påvirke produktforbedringer gjennom anskaffelsesprosessen ved å stille spesifikke kjøpskrav som for eksempel forbedrer hjelpemidlets utforming og sikkerhet. Dette gjøres for eksempel innenfor området barnehjelpemidler der det er utviklet få produktstandarder.

15.4.4 Bruk av standarder på tilretteleggings- og hjelpemiddelområdet

Fra 1998 ble området tekniske hjelpemidler omfattet av 93/42/EØF – Direktivet for medisinsk utstyr. Det ble krav til produsenter av hjelpemidler om CE-merking av produktene. Ansvar for prøving av produktene ble også produsentens ansvar. Nordiske og europeiske institutt søker om akkreditering for prøving av produktstandarder på hjelpemidler. Produsentene velger selv hvilket prøvingsinstitutt de ønsker å bruke. Dette endret fullstendig forutsetningene for det nordiske samarbeidet rundt kravspesifikasjoner og prøving av hjelpemidler.

Nordiske kravspesifikasjoner

Før kravene om CE-merking kom og før produktstandarder på hjelpemidler var utviklet som NS-EN standarder, samarbeidet de nordiske landene⁴⁹ om

å utarbeide nordiske kravspesifikasjoner for mange typer hjelpemidler. Det nordiske samarbeidet rundt kravspesifikasjoner og prøving av hjelpemidler ble etablert som prosjekt under Nordiska Nämnden i 1978, men etter hvert overtatt av de nasjonale institusjonene. Sverige utarbeidet så prøvingsmetoder for manuelle og elektriske rullestoler, Danmark for elektriske senger og personløftere, Finland for omgivelseskontroll og Norge for ulike ganghjelpemidler og forstørrende videosystemer. Hensikten var å sikre trygge og funksjonelle hjelpemidler. Da tekniske hjelpemidler ble omfattet av Direktivet for medisinsk utstyr, innrettet de nordiske landene sitt arbeid mot deltagelse i utviklingen av produktstandarder.

De nordiske kravspesifikasjonene la et viktig grunnlag for den videre utviklingen av EU standarder og ISO standarder på hjelpemiddelområdet. De nordiske landene har fortsatt et samarbeid i forhold til å koordinere sine bidrag inn i standardiseringsarbeidet.

Innholdet i de nordiske kravspesifikasjonene er i svært mange tilfeller nå implementert i NS-EN standardene. I flere tilfeller der de nordiske kravspesifikasjonene har stilt andre eller strengere krav til produktene har enkelt av disse kravene fortsatt blitt stilt som spesifikke krav til produktene i anbudskonkurranser i regi av Arbeids- og velferdsetaten. For andre hjelpemidler som for eksempel høreapparater blir den nordiske kravspesifikasjonen brukt som erstatning for manglene produktstandard på området.

CE-merking av hjelpemidler

CE-merking er et synlig bevis på at produktene oppfyller sikkerhetskravene som er satt i ett eller flere EU direktiv. Hjelpemidler CE-merkes i henhold til 93/42/EØF – Direktiv om medisinsk utstyr. CE-merkingen er myndighetspålagt og CE-merkingen viser at produktet ikke skal være til skade for menneskers sikkerhet og helse og/eller for miljøet. CE-merket viser at produsenten garanterer for at alle sikkerhetskrav som stilles til produktet er oppfylt. CE-merket er også et signal til tilsynsmyndighetene om at produktet oppfyller alle sikkerhetskrav til produktet som gjelder i hele EU/EØS-området.

49. Institusjonene som deltok i dette samarbeidet var: Handikappinstituttet i Sverige, Hjelpemiddelinstitutet i Danmark, Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede i Norge, VTT som representerte Stakes i Finland

Produktstandarder for tekniske hjelpemidler

Det er utarbeidet produktstandarder for en rekke typer hjelpemidler som for eksempel rullestoler, personløftere, senger. Disse er harmoniserte med 93/42/EØF – Direktiv om medisinsk utstyr slik at ved å oppfylle kravene i standarden oppfyller produktet også kravene i direktivet og dermed for CE-merking. Bruk av harmoniserte standarder er frivillig, men det innebærer en enkel og rimelig måte å oppfylle direktivets krav på. I tillegg finnes det en overordnet standard for hjelpemidler. Denne er ikke produkt spesifikk og kan anvendes der det mangler produktstandard for den aktuelle hjelpemiddeltypen.

Norge er gjennom sitt EØS samarbeidet forpliktet til å implementere en europeisk standard (EN-standard) som en norsk standard (NS-standard) innen seks måneder etter at den er blitt vedtatt som en europeisk standard. Bruken av standarder som et krav i offentlige anskaffelser er imidlertid frivillig.

Bruk av produktstandarder som krav ved anskaffelser av hjelpemidler

Arbeids- og velferdsetaten stiller krav om at hjelpemidlene skal oppfylle alle krav i produktstandard som er aktuell for hjelpemiddeltypen ved anskaffelse av hjelpemidler. Oppfyllelse av produktstandard er stilt som et kvalifikasjonskrav til produktene. Det vil si at leverandørene må fremlegge dokumentasjon på at kravene i produktstandard er oppfylt for å delta videre i konkurransen. Årsakene til at Arbeids- og velferdsetaten stiller krav om oppfyllelse av produktstandarder er:

- Det sikrer brukerne sikre og gode hjelpemidler.
- Det utgjør et felles minstekrav til hjelpemidlene både på utforming, utholdenhet og sikkerhet.
- Det innebærer en enkel og rimelig måte å bevise at produktet oppfyller alle krav i det medisinske utstyrsdirektivet (93/42/EØF) på.
- Det utgjør et rettfærdig minstekrav i konkurransen som er etterprøvbart og ikke kan trekkes i tvil av konkurrerende leverandører.
- Det sikrer samsvar slik at hjelpemiddelet kan brukes sammen med andre hjelpemidler og i omgivelser/bygninger. Eksempler på dette er at rullestoler som oppfyller kravene i standarden for rullestoler vil passere gjennom alle døråpninger av standard bredde.

Utover bruk av produktstandarder som minstekrav til produktene, stilles det ofte noen spesifikke

krav til hjelpemidlene i konkurransene. Dette kan være krav som er funnet hensiktsmessig å beholde fra de nordiske kravspesifikasjonene. Andre eksempler på slik krav er miljøkrav for eksempel til rengjøring slik at hjelpemidlene kan gjenbrukes. Andre eksempler er igjen krav til spesielle brukervekter eller utforming. Oppfyllelse av produktstandard ivaretar de fleste behovene for krav til hjelpemidlene slik at det kun er nødvendig med noen få spesifikke krav til produktene som ikke er regulert av standarden.

Klassifisering av hjelpemidler

Tekniske hjelpemidler deles inn etter forskjellige kategorier i henhold til en internasjonal standard, ISO 9999:2007. Tekniske hjelpemidler defineres i henhold til denne standarden som følgende:

«(...) produkter, innretninger eller utstyr, enten det er anskaffet kommersielt, modifisert eller tilpasset, som brukes for å vedlikeholde, øke eller forbedre de funksjonelle kapasiteter hos individer med nedsatt funksjonsevne (...)»

Den internasjonale standarden erstattet den nordiske klassifiseringen av hjelpemidler for funksjonshemmede⁵⁰. Utviklingen av hjelpemiddelområdet har gjort det nødvendig med flere revisjoner. Alle de nordiske landene deltar aktivt i klassifiseringsarbeidet. Den nordiske arbeidsgruppen møtes to ganger i året og er et supplement til den internasjonale (ISO) gruppen på området. I flere perioder har ISO-gruppen hatt ledere fra ett av de nordiske landene. For tiden har Finland lederskapet. Den nordiske gruppen er premissleverandør og forslagstiller for arbeidet i ISO-gruppen. Mye av arbeidet dreier seg om å fange opp nye hjelpemidler på markedet, utarbeide forslag klassifiseringskoder og innspill ved behov for større revideringer av klassifiseringen. Miljøene som jobber med klassifisering i det enkelte land er små og de nordiske landene har sett det som hensiktsmessig å samordne denne aktiviteten.

Standarden for klassifisering av hjelpemidler ligger til grunn for hvordan Hjelpemiddeldatabasen⁵¹ er bygget opp i de nordiske landene (Danmark, Sverige og Norge). Standarden ligger også til grunn for oppbyggingen av hjelpemiddelsentra

50. Nordisk klassifisering ble utgitt første gang i 1982. Utviklet av Handikappinstituttet i Sverige, Dansk Hjelpemiddelinstittutt og Sosialstyrelsen i Danmark, Medicinalstyrelsen i Finland og Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede i Norge. Island kom med på et senere tidspunkt.

51. Hjelpemiddeldatabasen gir informasjon om hjelpemidler, www.hjelpemiddeldatabasen.no. Har vært et samarbeidsprosjekt i de tre nordiske landene.

lenes datasystem i Norge. Standarden er kun et kategoriseringsverktøy hvor man sorterer ulike typer hjelpemidler inn i grupper på mer eller mindre detaljert nivå. Standarden legger ingen premisser i forhold til organisering av formidlingssystemer eller finansieringsordninger.

15.4.5 Utvalgets vurderinger

Det er et ønske å fremme innovasjon gjennom offentlige anskaffelser. Det vises til at forsknings- og utviklingskontrakter kan være et egnet virkemiddel for å fremme innovasjon knyttet til anskaffelsesprosesser. Utvalget mener dette er et virkemiddel som ytterligere bør styrkes på hjelpemiddelområdet. Det bør i fremtiden vurderes å øke innsatsen på FoU-kontrakter. Utvalgte vil påpeke at det samarbeidet som foregår mellom hjelpemiddelsentral, bruker og produsenter knyttet til erfaringer med ombygging av hjelpemidler er en viktig drivkraft i produktutviklingen. Dette er prosesser som ikke er omregnet i kroner, men som har betydning for produktutviklingen. Utvalget anbefaler i den forbindelse at etaten bør forsette blant annet med innovasjonssamlinger hvor brukere, fagfolk og aktuelle utviklingsmiljøer deltar. Utvalget ser at det kan være behov for å øke tilgjengelig og kunnskap om nyutviklede produkter/hjelpemidler som kommer på markedet. Utvalget foreslår at det etableres en forsøksordning der Arbeids- og velferdsetaten kan kjøpe inn, for systematisk å prøve ut/dokumentere erfaring med/utarbeide informasjon om nyutviklede produkter/hjelpemidler som kommer på markedet. Etter utvalgets mening vil en slik ordning også være en stimulans for ytterligere innovasjon og utvikling innenfor området.

Gjennomgangen viser at utviklingen av standarder og kravspesifikasjoner har vært og er en viktig del av hjelpemiddelområdet. Standarder blir sett på som en «myk» form for styring eller sagt på en annen måte «*governance without government*». I EU er man i økende grad opptatt av standarder og standardisering som et alternativ til at myndighetene går inn og regulerer et område. Utvalget tror at standarder fortsatt vil bli en viktig del av dette feltet. Utvalget håper at Hagenutvalget vil gå noe dypere inn i dette feltet, enn det dette utvalget har kunnet gjøre.

Det er ønskelig at Hagenutvalget også ser nærmere på betingelser for invasjon og muligheter i utvikling av standarder, både for hjelpemidler og for å sikre universell utforming på vanlige produkter. Dette utvalget vil derfor nøye seg med å påpeke at her er det muligheter for å påvirke den teknologiske utviklingen. Det er i den forbindelse

viktig at etaten med sitt ansvar for tilrettelegging og hjelpemidler er aktive på de arenaene hvor dette skjer. Samt at de trekker på de erfaringene som finnes blant fagfolk, brukere og FoU-miljøer.

Den svenske regjeringen har tatt initiativ til en satsing knyttet til teknikk for eldre⁵². Satsning går over tre år med mål om å utvikle produkter og tjenester for eldre og deres pårørende som letter deres hverdag. Utvalget mener det bør vurderes om det også i Norge kan være behov for strategiske satsinger av denne typen.

15.5 En nasjonal strategi for kompetanseutvikling, forskning og innovasjon – en oppsummering av hovedpunktene

Utvalget mener at det som ledd i å videreutvikle området er behov for en samlet tilnærming til satsing på kompetanse, forskning og innovasjon. Utvalget tilrår at det utarbeides en nasjonal strategi bestående av følgende hovedkomponenter:

1. Satsing på kompetanse som et sentralt ledd i kvalitets- og tjenesteutviklingen
2. Satsing på forskning og utvikling
3. Satsing på innovasjon og produktutvikling

Etter utvalgets vurdering er det behov for langsiktig og strategisk innrettet kunnskapsoppbygging på alle nivåer innen hjelpemiddelsystemet, som forankres i en partnerskapsavtale mellom de viktigste aktørene. En slik satsing begrunnes ut i fra tre forhold:

- Utvalgets tilråding om å overføre et helhetlig ansvar for basishjelpemidler til kommunene utløser behov for en forsterket satsing på kompetanse på førstelinjenivå. Det innebærer at kommunenes ansvar for opplæring av eget personell, samkjøres og koordineres med hjelpemiddelsentralenes, spesialisthelsetjenesten/statlige pedagogiske tjenester.
- Utvalgets tilråding om styrking av hjelpemiddelsentralenes arbeid med de komplekse sakene vil kunne kreve større grad av spesialisering på mellom hjelpemiddelsentralene og større grad av samordning av Arbeids- og velferdsetatens kompetansemiljøer på nasjonalt nivå. Det nasjonale kompetansemiljøets viktigste funksjon er å bistå i komplekse brukersaker. I tillegg vil de kunne ta et tydeligere ansvar for metodeutvikling, forsøks- og utviklingsarbeid m.m. innenfor fagfeltet.

52. www.teknikforeldre.se

- Utvalget tilrår å styrke Arbeids- og velferdsetatens innsats rettet mot hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidsliv. Det vil i tillegg til en ressurs- og kompetansemessig styrking, kreve en mer fleksibel, utadrettet og virksomhetsnær organisering med fokus på arbeidslivets og NAV-kontorets behov for kompetanse om hjelpemidler og tilrettelegging. Det er også behov for at arbeidslivssentrene og hjelpemiddelsen-tralene samarbeider bedre om de systemrettede oppgavene overfor arbeidslivet.

Utvalget har registret at det er mange ulike kompetansesentre også utenfor Arbeids- og velferdsetaten som har betydning for hjelpemiddelområdet. Utvalget anbefaler at det som ledd i utarbeiding av en nasjonal strategi på området vurderes en større grad av samordning av Arbeids- og velferdsetatens kompetansemiljø på nasjonalt nivå med andre kompetansesentermiljøer på hjelpemiddel- og tilretteleggingsområdet for å få et bredere, mer synlig og tilgjengelig nasjonalt kunnskapsmiljø.

Utover målrettet satsing på opplæring og veiledning, vil overføring av basishjelpemidler til kommunen kreve at det ansettes flere med rehabiliterings-, personer med forvaltnings-, materialadministrasjons- og teknisk bakgrunn. Dette krever at ansvarlige fagmyndigheter (HOD/Helsedirektoratet/kommunene) samordner sin satsing på personell og kompetanse innen habilitering/rehabilitering og tilrettelegging/formidling på kommunalt nivå med det øvrige behovet for personell- og kompetansestyrking innen helse og omsorg i årene fremover. Dette vil kreve en dialog med ansvarlige utdanningsmyndigheter om fremtidige personell- og kompetansebehov på området.

Forskning og utvikling

Utvalget mener at det i lys av fremtidige utfordringer er behov for en styrking av anvendt forskning om hjelpemidler og tilrettelegging. Hjelpemiddelfeltet er tverrfaglig, uten enkeltstående miljøer eller fagfelt som har et spesielt ansvar for forskning

og utvikling knyttet til dette fagområdet. For å imøtekomme behovet for en systematisk og målrettet kunnskapsoppbygging tilrår utvalget at det avsettes midler til et forskningsprogram i regi av Norges forskningsråd. Utvalget anbefaler at det avsettes midler over to perioder (8 år) som har som hovedmål å styrke det anvendte kunnskapsgrunnlaget på området.

Som et ledd i utviklingen av en overordnet strategi mener utvalget det bør vurderes nærmere om det er aktuelt med en mer kortsiktig, men målrettet innsats for profesjonsutdanningenes praksisnære forskningsinnsats, som legges til universitet- eller høyskole med relevant profesjonsutdanning. Etter utvalgets vurdering må midler til dette formålet ses i sammenheng med fagmyndighetens øvrige FoU-innsats og innarbeides i forbindelse med behandlingen av de årlige statsbudsjettene.

Utvalget anbefaler at Arbeids- og velferdsdirektoratets rolle som kunnskapsorganisasjon styrkes og at det avsettes FoU-midler knyttet til bestilling av forskningsprosjekter på hjelpemiddelområdet.

Innovasjon og produktutvikling

Den globale og teknologiske utviklingen fordrer etter utvalgets mening økt fokus på overordnede strategier på innovasjon innen hjelpemiddelområdet. Etter utvalgets syn bør en slik overordnet og målrettet satsing på innovasjon innholde følgende elementer:

- Videreutvikle bruken av forsknings- og utviklingskontrakter.
- Etablere bedre ordninger for å kunne øke tilgjengelighet og kunnskap om nyutviklede produkter og teknologi, herunder en forsøksordning der Arbeids- og velferdsetaten kan kjøpe inn – for systematisk å prøve ut / dokumentere erfaring med / utarbeide informasjon om – nyutviklede produkter/hjelpemidler som kommer på markedet.
- Vurdere behovet for større satsinger på knyttet til bestemte områder, jf. 3-årig programsatsing i Sverige på hjelpemidler for eldre.

Kapittel 16

Utvalgets anbefalinger

Utvalget er i mandatet bedt om å utrede og komme med tilrådingar om fremtidige organisasjons-, regelverks- og finansieringsmodeller som ivaretar følgende hensyn:

- Sikre et juridisk ramme- og regelverk som ivaretar behovet for nødvendig fleksibilitet og som gir rom for gode, individuelt tilpassede løsninger for brukerne
- Sikre effektive og robuste løsninger som håndterer krav til kvalitet, tilgjengelighet, rettsikkerhet og likebehandling, herunder logistiske løsninger som sikrer at innkjøps- og produktstrukturer med tilhørende leverings- og lagerfunksjoner har kortest mulig ventetid
- Sikre nødvendig kostnadskontroll og -effektivitet, herunder unngå kostnadsoverveltning mellom forvaltningsnivåene
- Avstemme brukernes forventninger og opplevelse av nivå, service og kvalitet på ytelser og tjenester med tilgjengelige ressursrammer

Eventuelle forslag til endringer må gi en mer hensiktsmessig og brukervennlig funksjonsdeling mellom forvaltningsnivåer og aktører, og som legger bedre til rette for helhetlige løsninger som også ivaretar brukernes rettigheter og interesser. Hensikten med dette kapitlet er å gi en samlet framstilling av utvalgets vurderinger og forslag.

16.1 Utvalgets overordnede vurderinger

Utvalget har tatt utgangspunkt i de politiske målene som ligger til grunn for velferds- og funksjonshemmedepolitikken i Norge. Hovedmålet med hjelpemiddelsystemet er å bidra til aktiv deltakelse, likeverd og inkludering for personer med funksjonsnedsettelse i arbeid, utdanning og dagligliv. Disse målene er forankret i den grunnleggende verdien om at alle mennesker er like verdifulle og har samme menneskeverd.

Av dette følger at et viktig formål på hjelpemiddelområdet er å gi brukere av hjelpemidler muligheter til personlig utvikling, aktiv deltakelse og livsutfoldelse på linje med andre samfunnsbor-

gere, og å legge til rette for at den enkelte ut fra sine forutsetninger får like muligheter til å skaffe seg gode levekår

Utvalget mener at hovedmålet om aktiv deltakelse, likeverd og inkludering i arbeid, utdanning og dagligliv ikke kan nås uten et hjelpemiddelsystem der brukernes behov og sikring av tilgang til riktige hjelpemidler og nødvendig tilrettelegging til rett tid er sentrale hensyn.

Utvalget har identifisert fem hovedutfordringer som det er viktig at ansvarlige myndigheter adresserer:

- Brukere av hjelpemidler med sammensatte og komplekse behov
- En aldrende befolkning og endret sykdomsbilde
- Deltakelse og inkludering av flere med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet
- Universell utforming og tilrettelegging
- Kompetanse, innovasjon og globalisering

Utvalget har konkludert med at det er behov for å justere dagens hovedmodell. Dette innebærer at utvalget foreslår forbedringer i dagens organisering, finansiering og regelverk. Det er imidlertid etter utvalgets vurdering først og fremst på lengre sikt at dagens system ikke er tilstrekkelig fleksibelt og robust i forhold til å innfri hovedmålet. Dess raskere man kommer i gang med omstillingene, dess større sjanse er det til å gjøre vellykkede tilpasninger og justeringer. Dette har utvalget lagt til grunn når det gjelder vurderingen av hvilke reformbehov som det er mest presserende å løse.

Utvalget har kommet til at følgende reformbehov er de viktigste:

- Behov for økt brukermedvirkning, større valgfrihet og forenkling
- Behov for et mer robust og fleksibelt system i lys av den demografiske utviklingen, endringer i sykdomsbildet og den teknologiske utviklingen
- Behov for en harmonisering av virkemidler for å oppnå mer helhetlige løsninger
- Behov for en bedre arbeidsretting av virkemidler på hjelpemiddelområdet – flere personer

- med funksjonsnedsettelse i arbeid og utdanning
- Behov for et kompetanseløft, satsing på forskning, utvikling og innovasjon

Utvalgets forslag til endringer i hjelpemiddelforvaltningen bygger i stor grad på sektoransvarsprinsippet. Dette prinsippet innebærer at ansvaret for hjelpemidler legges til den myndighet som har ansvaret for den sektoren hvor hjelpemiddelet kommer til anvendelse. I praksis betyr dette for eksempel at kommunene får et større ansvar for hjelpemidler i dagliglivet, at opplæringsmyndighetene får et større ansvar for hjelpemidler innen opplæring og at spesialisthelsetjenesten får et tydeligere ansvar for behandlingshjelpemidler. Denne ansvars plasseringen betyr at behovet for og bruken av hjelpemidler ses i sammenheng med de øvrige virkemidlene i sektorpolitikken og at man unngår uklare ansvarsforhold mellom den myndighet som har sektoransvaret og den myndighet som har ansvaret for hjelpemidlene. Videre er det naturlig at en klarere anvendelse av sektoransvarsprinsippet får konsekvenser for lovreguleringen på hjelpemiddelområdet. Utvalget foreslår at retten til hjelpemidler i større grad enn i dag hjemles i sektorlovgivningen.

Utvalget mener at behovet for hjelpemidler i dagliglivet i stor utstrekning har sammenheng med behovet for helse- og sosialtjenester, særlig rehabilitering og pleie og omsorg. Det derfor ønskelig at kommunene får et mer helhetlig ansvar for hjelpemidler i dagliglivet, også i de tilfeller hvor behovet for hjelpemidler antas å være permanent. Innen pleie og omsorg vil et mer helhetlig kommunalt ansvar kunne gi betydelige gevinster. For det første vil kommunene få samme ansvar for hjelpemidler til mottakere av hjemmetjenester som hjelpemidler til beboere i institusjon. Kommunene vil ikke lenger kunne skyve hjelpemiddelansvaret over på folketrygden ved å opprette omsorgsboliger i stedet for sykehjemsplasser. For det andre vil bruken av hjelpemidler i større grad kunne ses i sammenheng med personellinnsatsen. Dette vil trolig bli svært viktig i årene fremover på grunn av utvikling av ny omsorgsteknologi.

Et helhetlig kommunalt ansvar innebærer at kommunene også har finansieringsansvaret. For å legge til rette for formåls- og kostnadseffektive løsninger anbefaler utvalget at de hjelpemidler som blir et kommunalt ansvar legges inn i kommunenes rammefinansiering. Et slikt finansieringsopplegg innebærer en økonomisk risiko for kommunene, spesielt knyttet til personer med behov for svært kostbare hjelpemidler. Kommunene kan hel-

ler ikke forventes å opparbeide tilstrekkelig kompetanse på håndtering av kompliserte tilfeller som inntreffer relativt sjelden og krever spesialkompetanse. Utvalget anbefaler derfor at det kommunale ansvaret begrenses til enklere hjelpemidler, såkalte basishjelpemidler. Utvalget legger til grunn at ansvaret for mer komplekse og sammensatte behov fortsatt skal være statlig.

Økt kommunalt ansvar for hjelpemidler i dagliglivet vil avlaste hjelpemiddelsentralene. Disse vil etter utvalgets forslag utgjøre en mer rendyrket og fleksibel andrelinjetjeneste. Hjelpemiddelsentralene vil da kunne gi et bedre tilbud til brukere med komplekse behov og bedre bistand til NAV-kontorene i forbindelse med tilrettelegging til arbeid.

Utvalget mener det er dokumentert at dagens hjelpemiddelsystem i for liten grad er innrettet i forhold til behovet for en forsterket innsats når det gjelder å inkludere personer med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet. I tråd med NAV-reformens og regjeringens målsetting om et mer inkluderende arbeidsliv, bør arbeidshjelpemidler i større grad ses i sammenheng med Arbeids- og velferdsetatens øvrige arbeidsrettede virkemidler. Det krever at staten fortsatt har et klart og synlig ansvar for virkemiddelapparatet som skal sikre hjelpemidler og nødvendig tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse som står i fare for å falle ut av arbeidslivet eller er arbeidssøkere.

Brukerundersøkelser viser at graden av fornøydhet med hjelpemiddelforvaltningen faller dess yngre og dess mer komplekse behov det er snakk om. Hensynet til å sikre en mer helhetlig og koordinert bistand til brukere med komplekse behov er derfor etter utvalgets syn et annet viktig premiss for å justere dagens system. Dette tilsier at staten ved hjelpemiddelsentralene fortsatt har forvaltnings- og finansieringsansvaret for stønader til hjelpemidler knyttet til sammensatte og komplekse behov. For utvalget har det vært et viktig og avgjørende krav til et fremtidig hjelpemiddelsystem at det ikke skapes nye gråsoner. For brukere med behov for hjelpemidler fra begge forvaltningsnivåene, eller i gråsonen mellom disse, er det av stor betydning at ansvaret er klart plassert. Utvalget har i sin tilråding på dette punktet valgt å legge vekt på at dette er en arbeidsdeling som kommunene og hjelpemiddelsentralene kjenner godt til gjennom dagens bestillingsordning.

Etter utvalgets syn er et hjelpemiddel et kompensatorisk virkemiddel som for personer med funksjonsnedsettelse skal bidra til å utjevne det gapet som kan oppstå i forhold til de kravene til funksjon som samfunnet stiller. Som en generell regel mener utvalget det fortsatt må være samfun-

nets ansvar å kompensere for nødvendige merutgifter til hjelpemidler. Et forbruksgode er et produkt eller en gjenstand som kjennetegnes av å være allemannseie, men der ansvaret for finansiering påhviler den enkelte. Som følge av flere forhold, herunder livsfaseproblematikk og teknologisk utvikling, vil grensesnittet kunne endre seg over tid. Som nærmere drøftet i kapittel 10, mener utvalget jo mer det dreier seg om et behov som kommer som en naturlig følge av aldring og livsfasen man er inne i, desto mer realistisk er det å tenke seg at det vil være snakk om å dekke et mer allment menneskelig behov. Ikke minst avstedkommer den teknologiske utviklingen på dette området et behov for bedre mekanismer for å følge med i og bestemme hva som er et hjelpemiddel og hva som kan anses som et forbruksgode eller som det er rimelig at den enkelte tar ansvar for selv.

Utvalget mener også at det på bakgrunn av at kommunene får et mer helhetlig ansvar for hjelpemidler og utfordringer som bla. følger av St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen er behov for en samlet tilnærming til kompetanse, forskning og innovasjon på hjelpemiddelområdet. Utvalget tilrår derfor at det utarbeides en nasjonal strategi for kompetanse, forskning og innovasjon for hjelpemidler.

Hjelpemiddelutvalget er ikke et lovutvalg. I samsvar med tilrådingene i kapittel 11 om regelverket forutsetter utvalget at det nedsettes et lovutvalg som skal gjennomgå lovgivningen med utgangspunkt i at sektoransvaret skal styrkes. Utvalget har blant annet foreslått at fremtidig lovgivning skal gi rettskrav på ytelser uavhengig av sektor, at rettighetsreguleringen skal gi et stort rom for faglige vurderinger og utøvelse av faglig skjønn og styrket brukermedvirkning og at det må etableres et effektivt og godt klage- og ankesystem med full overprøving av vedtak som påklages.

En overføring av ansvar og oppgaver fra staten til kommunene forutsetter at disponible budsjettmidler avsatt til formålet følger med. Det vil også medføre færre oppgaver og endrede funksjoner i Arbeids- og velferdsetaten. Utvalget forutsetter at det er arbeids- og velferdsdirektørens ansvar å gjennomgå ressursbehov og organisering i lys av foreslåtte endringer.

16.2 Utvalgets forslag

16.2.1 Forslag om lovendringer og å sette ned et lovutvalg

I tråd med mandatet har utvalget vurdert gjeldende regelverk i folketrygdloven med sikte på at

det må sikres et fremtidig regelverk som ivaretar behovet for nødvendig fleksibilitet, samtidig som det gir rom for gode, individuelt tilpassede løsninger. Utvalget mener at plasseringen av et særskilt ansvar for stønader til hjelpemidler i folketrygdloven slik det nå er utformet og praktiseres, skaper uklarheter og gråsoner. Utvalget mener at et sterkere og tydeligere sektoransvar vil kunne bidra til mer helhetlige løsninger og mer rasjonell utnyttelse av ressursene. Utvalget har vurdert og foreslått en del lovendringer i kapittel 11, se også kapitlene nedenfor. Det har imidlertid ikke vært mulig for utvalget å foreta en fullstendig gjennomgang og vurdering av regelverket og praktiseringen av det, Trykderettens praksis m.m. Utvalget vil derfor tilrår at det settes ned et lovutvalg som utreder framtidig lovgivning, jf vurderingene i kapittel 11.10. Utvalget mener at følgende premisser bør legges til grunn for ny lovgivning:

- Formålsbestemmelse som bygger opp under likeverd, inkludering, aktiv deltakelse og brukermedvirkning
- Rettskrav på ytelser
- Rettighetsregulering med stort rom for faglige vurderinger og utøvelse av faglig skjønn
- Sterk vekt på brukermedvirkning på system- og individnivå for å sikre individuelt tilpassede løsninger for bruker
- Lovfestet rett til å påklage manglende oppfølging av rett til medvirkning og informasjon
- Det stilles ikke krav om årsakssammenheng mellom sykdom, skade og lyte og redusert funksjonsevne som vilkår for rett til stønader
- Lovfesting av krav om forsvarlige tjenester
- Gode tilsyns- og internkontrollordninger
- Effektivt klage- og ankesystem
- Tydeliggjøring av arbeidsgivers ansvar for opplæring (samme krav for statlig og kommunal virksomhet)
- Det offentlige ansvaret for stønad til hjelpemidler begrenses til kompensasjon for de følgende funksjonsnedsettelsen har for den enkelte og som det ikke er rimelig at vedkommende tar ansvar for selv

16.2.2 Tilråding om økt bruk av tilskudd til hjelpemidler

Utvalget vil gi brukerne større valgfrihet og åpne for fleksible løsninger. Det tilrår derfor økt bruk av tilskudd som et formålstjenlig virkemiddel. Dette kan være aktuelt både for forholdsvis enkle og rimelige hjelpemidler og for mer teknologisk avanserte produkter, der utviklingen skjer raskt. Et system som i større grad baseres på tilskudd vil repre-

sentere fleksibilitet, samtidig som det vil måtte utvikles og justeres i takt med at den løpende faglige og teknologiske utviklingen på feltet og hvilke typer hjelpemidler det etter hvert blir mulig å kjøpe på det åpne marked. Utvalget legger til grunn at brukere som ønsker det, fortsatt skal kunne låne hjelpemidler som i dag.

16.2.3 Forslag om å opprette et rådgivende ekspertorgan

Utvalget tilrår at det opprettes et rådgivende ekspertorgan som kan følge utviklingen på området med sikte på bistand knyttet til utforming, utdyping og kvalitetssikring av grunnlaget for beslutninger om når et hjelpemiddel bør vurderes som et basishjelpemiddel, når et hjelpemiddel ikke lenger bør anses som et hjelpemiddel som er det offentlige ansvar og når eventuelle nye produkter bør anses som hjelpemidler. Organet bør også kunne uttale seg om områder hvor det kan være aktuelt å gi tilskudd som alternativ til utlån. Utvalget tilrår at brukerorganisasjonene også er representert i ekspertorganet.

16.2.4 Forslag om økt kommunalt ansvar for basishjelpemidler i dagliglivet

Utvalget legger til grunn at et sterkere sektoransvar vil kunne bidra til mer helhetlige løsninger og mer rasjonell utnyttelse av dagens ressurser på hjelpemiddelområdet og tilrår at i tillegg til utstyr innen rehabilitering og habilitering i dagliglivet, så overføres ansvaret for basishjelpemidler (inkludert pleie- og omsorgshjelpemidler) til kommunene. Etter utvalgets syn må det være en målsetting at en ansvarsoverføring i størst mulig grad reduserer dagens skille mellom hjelpemidler til midlertidige og varige behov, samt skillet mellom basishjelpemidler til brukere i institusjon og hjemmeboende, herunder boende i omsorgsboliger. Overføring av ansvaret for basishjelpemidler til kommunene vil i første rekke medføre endringer med hensyn til finansiering, anskaffelser, lager, logistikk og ansvar for gjenbruk. Kommunene gjennomfører allerede i dag i stor grad formidlingsoppgaver knyttet til disse hjelpemidlene, og i stor utstrekning foretar de også reparasjon og er ansvarlige for gjenbruk på enkle/rimelige hjelpemidler.

Arbeids- og velferdsetaten kan ved en slik overføring fortsatt ha ansvar for å gjennomføre anskaffelsesprosessen og avtaleinngåelse med leverandø-

rene på aktuelle produktkategorier gjennom et innkjøpssamarbeid med kommunene, forutsatt at dette er et ønske fra kommunenes side. Kommunene vil da kunne stå som oppdragsgivere overfor den statlige anskaffelsesenheten, alternativt kan den enkelte kommune velge å ta ansvaret for anskaffelsesprosessen selv.

Utvalget anbefaler at man ved en overføring må se på de samlede offentlige kostnadene og ikke på folketrygdens utgifter isolert. En ansvarsoverføring bør etter utvalgets mening ses i sammenheng med det ansvaret kommunene allerede har når det gjelder midlertidige behov. En overføring må ikke skape nye gråsoner mellom stat og kommune i forhold til uklarheter i ansvarsforholdene overfor brukerne. En slik modell rundt innkjøpssamarbeidet forutsettes utarbeidet i et nærmere samarbeid mellom staten og representanter for kommunesektoren. En justering av dagens modell når det gjelder finansieringsansvaret for basishjelpemidler, står ikke i motsetning til at samarbeidet mellom hjelpemiddelsentraler og kommuner på hjelpemiddelområdet opprettholdes også i et fremtidig system.

Utvalget legger til grunn at ansvaret for mer komplekse og sammensatte behov fortsatt skal være et statlig ansvar. Utvalget mener at det foreslåtte lovutvalget bør gjennomgå lovgivningen med utgangspunkt i at sektoransvaret skal styrkes.

16.2.5 Forslag som gjelder aktivitetshjelpemidler og utstyr til trening, stimulering og lek

God helse og mulighet til aktivitet er etter utvalgets mening en viktig forutsetning for at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne utnytte arbeidsevnen og ha god livskvalitet. Utvalget viser i denne forbindelse til rapporter om at inaktivitet i økende grad fører til livsstilsykdommer og dårlig helse. Utvalget anbefaler på denne bakgrunn at aldersgrensen på 26 år for aktivitetshjelpemidler og utstyr til trening, stimulering og lek oppheves.

Utvalget forutsetter at aktivitetshjelpemidler fortsatt skal være et statlig ansvar, men foreslår at utstyr til trening, stimulering og lek overføres til kommunene som en del av deres ansvar for forebyggende helsearbeid, habilitering og rehabilitering. Det vil være nødvendig å gjennomgå dagens praksis når det gjelder dette utstyret, særlig med sikte på en vurdering i forhold til hva det er rimelig at det offentlige dekker, men også i forhold til en vurdering av om enkeltutstyr hører til spesialisthelsetjenesten.

16.2.6 Forslag til opprydding på området tilskudd til opplæringstiltak

Etter folketrygdloven gis det tilskudd til opplæringstiltak i dagliglivet, dog slik at denne retten er begrenset gjennom forskrift på ulik måte, blant annet er tilskuddet begrenset til visse typer opplæringstiltak til personer med sansetap. Ansvar for ulike typer opplæringstiltak i dagliglivet følger imidlertid av sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, og etter folketrygdloven faller rett til ytelse bort når de hører inn under ansvarsområdet i annen lovgivning. Her er det med andre ord overlappende ansvar og fare for ansvarsfraskrivelse, samtidig som det er etablert særordninger for en gruppe. Det er derfor grunn til å rydde opp på dette området og tydeliggjøre at kommunen og spesialisthelsetjenesten har et helhetlig ansvar for opplæring, habilitering og rehabilitering av alle typer funksjonsnedsettelse. Oppryddingen kan skje gjennom at omtalte bestemmelser i folketrygdloven oppheves og at de midlene som Arbeids- og velferdsetaten bruker i dag overføres til tiltak i regi av kommunene og spesialisthelsetjenesten med sikte på å samle og styrke et helhetlig tilbud uavhengig av funksjonsnedsettelse og å hindre ansvarsfraskrivelse mellom sektorer.

16.2.7 Forslag om økt ansvar for hjelpemidler, tilrettelegging og opplæring i barnehage- og opplæringsloven

Det er behov for å tydeliggjøre opplæringsmyndighetenes ansvar for opplæring og tilrettelegging i barnehage- og opplæringsloven. Retten til grunnskoleopplæring gjelder for alle uavhengig av funksjonsnedsettelse, og innebærer tilpasset og likeverdig opplæring i en inkluderende skole. Dette taler etter utvalgets vurdering for at opplæringsmyndighetene får et sterkere og tydeligere ansvar for tilrettelegging i barnehage og skole.

Ved overføring av finansieringsansvaret for skolehjelpemidler til folketrygden i 1997, ble det i lovframlegget forutsatt at kommunene og fylkeskommunene fortsatt skulle ha alt ansvar for formidling, opplæring og oppfølging av hjelpemidler i undervisningen for personer med funksjonsnedsettelse. Midtlyng-utvalget har foreslått at retten til spesialundervisning i opplæringsloven erstattes av en rett til ekstra tilrettelegging, som også omfatter ulike typer hjelpemidler.

Utvalget foreslår at et sterkere sektoransvar for opplæringshjelpemidler blir vurdert i sammenheng med oppfølgingen av Midtlyng-utvalget.

Utvalget legger til grunn at hjelpemidler som krever integrering i praktisk og pedagogisk sammenheng bør overføres til opplæringsmyndighetene, og mener at ansvaret for opplæring etter at hjelpemidlene er mottatt, bør tydeliggjøres i barnehage- og opplæringsloven.

16.2.8 Forslag om opprydding i ansvaret for behandlingshjelpemidler

Ansvar for behandlingshjelpemidler ble overført fra folketrygden til spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2003, men Arbeids- og velferdsetaten har likevel beholdt ansvaret for enkelte behandlingshjelpemidler. Utvalget legger til grunn at det av hensyn til brukere, men også spesialisthelsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, er behov for en snarlig opprydding og en tydeliggjøring i spesialisthelsetjenesteloven av ansvaret for behandlingshjelpemidler i og utenfor institusjon.

16.2.9 Forslag i tilknytning til tilrettelegging av bolig

Utvalget mener at tilpasning av bolig er et viktig virkemiddel for å sikre at personer med funksjonsnedsettelse får en egnet bolig, men peker også på at den betydelige veksten i antall eldre i årene fremover, krever at de som selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, må forventes å gjøre dette uten bistand fra myndighetene. Etter utvalgets vurdering er det 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, jf kapittel 11. Boligrådgivning er i den forbindelse helt avgjørende for hvorvidt brukere får den hjelpen de har krav på. Utvalget foreslår at retten til bistand fra kommunen til de som ikke er i stand til å skaffe seg tilrettelagt bolig selv, skal styrkes. Utvalget viser også til nødvendigheten av at ulike tiltak og tjenester blir koordinert når et tilretteleggingsbehov oppstår, (jf utvalgets anbefalinger i kapitlene 11 og 13 Individuell plan og bestemmelser om koordinering av tjenester).

Utvalget mener at berørte departementer så snart som mulig bør utrede en mer helhetlig løsning på området. Utvalget erkjenner at personer med funksjonsnedsettelse har langt større utfordringer pga manglende tilgjengelige boliger enn

befolkningen ellers. Det blir viktig å finne fremtidsrettede ordninger som i størst mulig grad legger til rette for varige løsninger fremfor midlertidige.

16.2.10 Forslag om opprydding i ansvaret for ortopediske hjelpemidler og høreapparater

Både når det gjelder høreapparater og ortopediske hjelpemidler, har Arbeids- og velferdsetaten i liten grad mulighet til faglig å overprøve søknadene eller rekvisisjonene, noe som medfører at det er svak kontroll knyttet til utbetalingene. Formidling av høreapparater foregår også som regel før man har vurdert aktuelle hørselshjelpemidler som kan komme i tillegg (teleslynger, varslingssystemer etc.), selv om det kan være behov for å vurdere høreapparater og hjelpemidler i sammenheng.

Utvalgets *flertall* (medlemmene Lars-Erik Borge, Espen Bratberg, Alice Kjellevold, Toril Lahnstein, Rannveig H. Pedersen, Anita Røraas og Audun Østerås) mener at hensynet til kostnadseffektivitet og mest mulig helhetlig ansvar der beslutningene i realiteten treffes, tilsier at vedtaks- og finansieringsansvaret for ortopediske hjelpemidler og høreapparater legges til spesialisthelsetjenesten. Man vil da få én instans med et helhetlig og faglig ansvar for området, som også i større grad kan ta ansvar for at det foretas kvalifiserte vurderinger ved tilståelse av ulike produkter.

Utvalgets *mindretall* (lederen Arnt Holte) vil ikke støtte forslaget om å overføre finansieringsansvaret for ortopediske hjelpemidler samt høreapparater fra folketrygdloven til spesialisthelsetjenesteloven. Mindretallet mener at både høreapparater og ortopediske hjelpemidler klart faller inn under definisjonen av hjelpemidler, og at det derfor er prinsipielt riktig at disse finansieres over folketrygden på lik linje som andre tekniske hjelpemidler. Mindretallet mener at en overføring av finansieringsansvaret for ortopediske hjelpemidler og høreapparater til helseregionene kan føre til at det primært legges til grunn en vurdering av den helsemessige effekten av hjelpemidlet. Denne kan i enkelte tilfeller tenkes å avvike fra en vurdering der en legger hovedvekten på hvorvidt hjelpemidlet vil redusere funksjonsnedsettelsen for eksempel i en yrkessammenheng eller utdanningssituasjon.

16.2.11 Forslag om samling av virkemidler i en ny arbeidsmarkedslov

Formålet med bestemmelsene i folketrygdloven om arbeidshjelpemidler er å bidra til at arbeidssø-

kere med nedsatt funksjonsevne får arbeid eller beholder arbeid. For å styrke Arbeids- og velferdsetatens arbeid med et mer inkluderende arbeidsliv for personer med funksjonsnedsettelse foreslår utvalget å overføre stønader mv. etter folketrygdloven til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet, tilretteleggingstilskuddet og funksjonsassistentordningen for arbeidslivet til en «ny» arbeidsmarkedslov. Forutsetningen for forslaget er at retten til arbeidshjelpemidler ikke svekkes i forhold til innholdet i rettighetene slik de er utformet i dagens regelverk. Arbeidshjelpemidler bør i så fall hjemles i et eget kapittel i arbeidsmarkedsloven med en egen formålsbestemmelse og utvalget viser særlig til at det forutsettes at dagens klage- og ankeadgangen etter folketrygdloven videreføres i en revidert arbeidsmarkedslov. Utvalget mener også at det i forhold til dagens varighetskrav i folketrygdloven bør åpnes for fleksibilitet når et hjelpemiddel etter en konkret vurdering er nødvendig og hensiktsmessig.

Forslaget må ses i sammenheng med NAV-reformen og vil gi Arbeids- og velferdsetaten en ryddig og helhetlig verktøykasse som gjør det enklere og finne frem til egnede tiltak tilpasset hver enkelt brukers behov. Utvalget anser det som viktig at virkemidler knyttet til tilrettelegging i arbeidslivet for personer med funksjonsnedsettelse ses i sammenheng med de øvrige arbeidsrettede virkemidlene.

16.2.12 Sterkere og mer tilgjengelige kompetansemiljøer – arbeidsliv

Utvalget merker seg at oppgaver som krever direkte samhandling med brukere for å få til gode løsninger, skal ligge i de lokale NAV-kontorene. Førstelinjetjenesten skal gi brukerne en helhetlig avklaring og et samordnet tjenestetilbud, og utvalget legger til grunn at dette også må gjelde for personer med funksjonsnedsettelse som trenger bistand for å få eller forbli i et inntektsgivende arbeidsforhold. Etter utvalgets syn foreligger det klar dokumentasjon for at det er behov for en klarere førstelinje og økt kapasitet når det gjelder hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet, i tillegg til at hjelpemiddelsentralene må bli mer virksomhetsnære i sitt arbeid.

Utvalget vil i denne sammenheng understreke betydningen av gode samordnings- og samhandlingsformer innad i Arbeids- og velferdsetaten slik at hjelpemiddelsentralenes kompetanse om hjelpemidler og tilrettelegging inngår i de brukerrettede prosessene for å få flere med funksjonsnedsettelse over i ordinære arbeidsforhold.

Samtidig mener utvalget det er behov for å styrke hjelpemiddelsentralenes innsats rettet mot arbeidslivet slik at de blir aktive aktører i Arbeids- og velferdsetatens arbeid med å øke sysselsettingen for personer med funksjonsnedsettelse.

Utvalget legger vekt på at både NAV-kontorene og arbeidslivssentrene må ha en viss basiskompetanse om fagfeltet hjelpemidler og tilrettelegging knyttet til arbeidsliv.

Utvalget merker seg at dagens tilretteleggingsgaranti er lite brukt i arbeidsplassaker, og vil oppfordre til økt bruk av dette virkemidlet. Utvalget mener dette vil kunne være et viktig virkemiddel for å øke forutsigbarheten knyttet til nødvendig bistand fra Arbeids- og velferdsetaten for å få til gode og raske løsninger for den enkelte bruker.

For at hjelpemiddelsentralene skal få en mer aktiv rolle, mener utvalget at hjelpemiddelsentralenes andrelinjefunksjon i tilknytning til arbeid med enkeltsaker må være fleksibel og tilgjengelig.

Hjelpemiddelsentralenes arbeid for økt sysselsetting for personer med funksjonsnedsettelse må tilpasses både arbeidsgivers og arbeidstakers/søkers behov for bistand. Hjelpemiddelsentralenes innsats må organiseres som en ambulant tjeneste og ytes lokalt ved behov, og innrettes slik at nødvendige hjelpemidler og tilrettelegging er på plass så raskt som overhodet mulig. For å redusere saksbehandlingstiden i hjelpemiddelforvaltningen, foreslår utvalget økt bruk av «Her og nå formidling» av arbeidshjelpemidler som finnes på lager. Økt mulighet for umiddelbare utlån må også gjelde ved midlertidige og kortere engasjementer.

Etter utvalgets vurdering bør hjelpemiddelsentralene rolle som et ressurs- og kompetansemiljø overfor arbeidslivet styrkes. En sentral oppgave vil være kompetansefremmende tiltak for både arbeidsgivere og bedriftshelsetjenesten for å sette disse bedre i stand til å legge til rette for personer med funksjonsnedsettelse. Ved mer komplekse tilrettelegginger må hjelpemiddelsentralene involveres og bidra sammen med både brukere og arbeidsgivere, herunder også tiltaksarrangører for arbeidsrettede tiltak, for å finne gode løsninger. Utvalget vil også fremheve betydningen av økt satsing på kunnskaps- og metodeutvikling knyttet til arbeidsliv, og mener at arbeidsområdet må bli en sentral oppgave for det nasjonale kompetansemiljøet, jf. forslaget i kapittel 15.

16.2.13 Forslag om tilretteleggingstilskudd til alle arbeidsgivere

Det er behov for gode økonomiske støtteordninger til arbeidsgivere ved ansettelser av personer med

funksjonsnedsettelse. Utvalget foreslår å utvide målgruppen for tilretteleggingstilskuddet slik at det kan gis til alle virksomheter uavhengig av om de er IA-virksomheter eller ikke. Utvalget legger også vekt på at det må kunne gis tilretteleggingstilskudd ved ansettelser av personer med funksjonsnedsettelse. Dette vil gi Arbeids- og velferdsetaten et bedre og etter utvalgets vurdering nødvendig virkemiddel i arbeidet med å øke sysselsettingen blant personer med funksjonsnedsettelse. Tilskuddet foreslås overført til en ny arbeidsmarkedslov, slik at det inngår som en del av de samlede arbeidsrettede tiltakene i Arbeids- og velferdsetaten.

16.2.14 Forslag om hjelpemidler og VTA (varig tilrettelagt arbeid)

Etter folketrygdloven ytes det ikke stønad til arbeidshjelpemidler til person som mottar uførepensjon med mindre det er sannsynlig at stønaden vil føre til at slike ytelser faller bort eller blir redusert. Utvalget peker på at deltakelse i VTA i en del tilfeller kan bidra til overgang til ordinære arbeidsforhold og ser derfor nytten av at hjelpemidler vurderes som en del av det helhetlige tilbudet som skjermede virksomheter skal tilby brukerne. Utvalget vil likevel overlate dette spørsmålet til det offentlige utvalget som skal vurdere arbeidsmarkedstiltakene overfor personer med nedsatt arbeidsevne. Tiltaksarrangørene mottar offentlig støtte og stønad til hjelpemidler bør vurderes i en helhetlig sammenheng.

16.2.15 Forslag i tilknytning til forsøksordningen med funksjonsassistent

En oppfølging av prøveordningen med funksjonsassistent i arbeidslivet med sikte på å utvide og lovfeste en slik ordning sammen med andre arbeidshjelpemidler i en ny arbeidsmarkedslov må prioriteres høyt.

16.2.16 Forslag i tilknytning til forsøksordningen med arbeids- og utdanningsreiser

Etter utvalgets vurdering er det også behov for at denne forsøksordningen blir fulgt opp og at det blir vurdert om den bør gjøres permanent (lovfestes).

16.2.17 Behov for et kompetanseløft, satsing på forskning og innovasjon

Utvalget mener at det som ledd i å videreutvikle området er behov for en samlet tilnærming til kompetanse, forskning og innovasjon på hjelpemiddelområdet. Utvalget tilrår at det utarbeides en nasjonal strategi for kompetanse, forskning og innovasjon for hjelpemidler bestående av følgende hovedkomponenter:

- Satsing på kompetanse som et sentralt ledd i kvalitets- og tjenesteutviklingen
- Satsing på forskning og utvikling
- Satsing på innovasjon og produktutvikling

Satsing på kompetanse som et sentralt ledd i kvalitets- og tjenesteutviklingen

Etter utvalgets vurdering er det behov for en langsiktig og strategisk innrettet kunnskapsoppbygging på alle nivåer innen hjelpemiddelsystemet (jf 15.2), som forankres i en partnerskapsavtale mellom de viktigste aktørene. En slik satsing begrunnes ut i fra tre forhold:

- Utvalgets tilråding om å overføre et helhetlig ansvar for basishjelpemidler til kommunene utløser behov for en forsterket satsing på kompetanse på førstelinjenivå. Det innebærer at kommunenes ansvar for opplæring av eget personell, samkjøres og koordineres med hjelpemiddelsentralenes, spesialisthelsetjenesten/statlige pedagogiske tjenester.
- Utvalgets tilråding om styrking av hjelpemiddelsentralenes arbeid med de komplekse sakene vil kreve større grad av samordning og spesialisering på andrelinjenivå og på nasjonalt nivå.
- Utvalget tilrår å styrke Arbeids- og velferdsetatens innsats rettet mot hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidsliv og utdanning.

Det vil i tillegg til en ressurs- og kompetansesmessig styrking, kreve en langt mer fleksibel, utadrettet og virksomhetsnær organisering med fokus på arbeidslivets og NAV-kontorets behov for kompetanse om hjelpemidler og tilrettelegging.

Det er i den forbindelse viktig at samarbeidet mellom arbeidslivssentrene og hjelpemiddelsentralene videreutvikles.

Etter utvalgets vurdering fremstår Arbeids- og velferdsetatens og ulike andre kompetansesenterfunksjoner på hjelpemiddel- og tilretteleggingsområdet som fragmentert. Utvalget anbefaler at disse miljøene, som ledd i at det utarbeides en nasjonal

strategi, samordnes med sikte å få et bredere, mer synlig og tilgjengelig nasjonalt kunnskapsmiljø.

Forskning og utvikling

Utvalget mener at det i lys av fremtidige utfordringer er behov for en styrking av anvendt forskning om hjelpemidler og tilrettelegging. Hjelpemiddefeltet er tverrfaglig, uten enkeltstående miljøer eller fagfelt som har et spesielt ansvar for forskning og utvikling knyttet til dette fagområdet. For å imøtekomme behovet for en systematisk og målrettet kunnskapsoppbygging tilrår utvalget at det avsettes midler til et forskningsprogram i regi av Norges forskningsråd i to perioder (8 år) med hovedmål å styrke det anvendte kunnskapsgrunnlaget på området.

Som et ledd i utviklingen av en overordnet strategi mener utvalget det bør vurderes nærmere om det er aktuelt med en mer kortsiktig, men målrettet innsats for profesjonsutdanningenes praksisnære forskningsinnsats, som eventuelt kan legges til et universitet eller en høyskole med relevant profesjonsutdanning. Etter utvalgets vurdering må midler til dette formålet ses i sammenheng med fagmyndighetens øvrige FoU-innsats og innarbeides i forbindelse med behandlingen av de årlige statsbudsjettene.

Utvalget mener at det innenfor rammen av en overordnet satsing på kunnskapsoppbygging, er behov for å samordne det nasjonale kunnskapsmiljøet på området sterkere. Som ledd i å styrke Arbeids- og velferdsdirektoratets rolle som kunnskapsorganisasjon, mener utvalget at det bør vurderes nærmere om det er behov for å avsette FoU-midler også i Arbeids- og velferdsdirektoratet knyttet til bestilling av forskningsprosjekter på hjelpemiddelområdet.

Innovasjon og produktutvikling

Den globale og teknologiske utviklingen fordrer etter utvalgets mening økt fokus på overordnede strategier på innovasjon innen hjelpemiddelområdet. Etter utvalgets syn bør en overordnet og målrettet satsing på innovasjon innholde følgende elementer:

- Videreutvikle bruken av forsknings- og utviklingskontrakter
- Etablere bedre ordninger for å kunne øke tilgjengelighet og kunnskap om nyutviklede produkter og teknologi, herunder en forsøksordning der Arbeids- og velferdsetaten kan kjøpe inn, for systematisk å prøve ut/dokumentere erfaring med/utarbeide informasjon om, nyut-

viklede produkter/hjelpemidler som kommer på markedet.

- Vurdere nærmere behovet for større satsinger på ulike sektors ansvarsområder, jf her for

eksempel 3-årig programsatsing i Sverige på hjelpemidler for eldre.

Kapittel 17

Økonomiske og administrative konsekvenser

I mandatet er det forutsatt at utvalgets tilrådinger i utgangspunktet baserer seg på uendret ressursbruk, og i den grad det fremmes forslag med økonomiske konsekvenser, må disse utredes. Utvalget vil samtidig påpeke at en utredning av økonomiske og administrative konsekvenser må basere seg på en samfunnsøkonomisk analyse. Utviklingen i årene framover kan tilsi at det rent samfunnsøkonomisk vil være nødvendig og riktig å bruke større ressurser på hjelpemidler, samtidig som det vil være en krevende utfordring å holde kostnadene under kontroll. Utvalget har fått utarbeidet en samfunnsøkonomisk betenkning som underbygger at kostnadene ved alternativene til hjelpemidler – større passivitet for personer med nedsatt funksjonsevne eller flere personer i pleie- og støtteapparat rundt dem – etter alt å dømme er langt høyere enn kostnadene ved hjelpemidlene i seg selv; og alternativkostnadene vil sannsynligvis over tid stige relativt til hjelpemiddelkostnadene. Herunder kommer verdien av å være i arbeid for den enkelte. Arbeid gir i tillegg til lønn og mulighet til å forsørge og bruke seg selv, identitet, deltakelse og sosial tilhørighet.

En helhetlig og effektiv politikk på hjelpemiddelområdet er videre avhengig av at de ulike myndighetene med sektoransvar for hjelpemidler og tilrettelegging evner å se sin innsats i sammenheng. Utvalget har likevel forutsatt at de grep og tiltak som foreslås i utredningen samlet sett forventes å kunne gjennomføres innenfor en kostnadsnøytral ramme, det vil si de til enhver tid gjeldende økonomiske rammene som fastlegges i forbindelse med de årlige vedtak av statsbudsjettet.

På bakgrunn av vurderingene av reformbehov og tilrådinger om justeringer av hjelpemiddelsystemet, har utvalget lagt til grunn både en kortsiktig og en langsiktig planleggingshorisont. Dette har blant annet sammenheng med at utvalget mener at tilveksten når det gjelder antall brukere av hjelpemiddelsystemet, er et viktig inntak for å vurdere om dagens system på sikt er finansielt bærekraftig, og godt nok dimensjonert og organisert. Bare på kort sikt, i perioden 2010 til 2015 vil antallet eldre over 67 år øke med 20 000 personer per år. På noe lengre sikt vil antallet eldre stige langt raskere, noe

som tilsier at mer langsiktige behov og ambisjoner må vurderes og justeres fortløpende.

Enkelte av utvalgets tilrådinger har en konkretiseringsgrad som gjør de økonomiske og administrative konsekvensene vanskelige å vurdere, mens for noen av tilrådingene er det behov en videre utredning. Utvalget vil presisere at for de av tilrådingene som medfører at ansvar og oppgaver overføres fra stat til kommune og/eller de regionale helseforetakene, legges det til grunn at dagens samlede ressursramme følger med.

Utvalget mener at følgende tilrådinger trekker i retning av å frigjøre ressurser som samlet sett kan bidra til å innfri kravet om kostnadsnøytralitet:

- Forslaget om å overføre finansieringsansvaret for basishjelpemidler til kommunene kan innebære et effektiviseringspotensiale ved at det muliggjør bedre samordning av tiltak og tjenester i kommunene
- Forslagene om å overføre ortopedi og hørselsområdet til spesialisthelsetjenesten kan i tillegg til å avlaste Arbeids- og velferdsetaten for oppgaver, innebære et effektiviseringspotensiale ved at én instans får et helhetlig ansvar både for finansiering og faglige beslutninger
- Forslagene om å overføre basishjelpemidler og utstyr til trening, stimulering og lek til kommunene forutsetter en gjennomgang i lys av samfunns- og produktutviklingen av hva som er forbruksgode og hva som er et hjelpemiddel. Det er vanskelig å anslå en eksakt størrelsesorden på en slik frigjøring av ressurser, men utvalget antar at det ligger vesentlige innsparingsmuligheter i en gjennomgang av området, og at innsparingen her kan bidra til å dekke behovet for økte ressurser som følge av forslaget om å oppheve aldersgrensen på 26 år for aktivitetshjelpemidler og utstyr til trening, stimulering og lek
- Utvalget vil ikke forskuttere effektiviseringsgevinsten av en utredning av som forslår å overføre hele eller deler av virkemidlene til tilpassning i bolig til Husbanken og kommunene, men vil fremheve at bare kostnadene ved å installere kostbare, midlertidige trappe- og heisløsninger, i stedet for varige funksjonelle løsninger,

kan innebære vesentlige innsparinger både på kort og lang sikt. Bare antall utlånte fastmonterte ramper økte med 46 prosent fra 2006 til 2008.

Utvalget kommer på den andre siden med en del forslag som på kort sikt vil utløse behov for avsetning av nye midler i de kommende års statsbudsjetter. Dette gjelder i hovedsak følgende forslag:

- Forslag om å utvide ordningen med tilretteleggingstilskuddet
- Forslag om en oppfølging av forsøksordningen med funksjonsassistent
- Forslag om en oppfølging av forsøksordningen med arbeids- og utdanningsreiser
- Forslaget om nasjonal strategisk satsing på kompetanse, forskning og innovasjon

Utvalget erkjenner at det på kort sikt kan knytte seg noe usikkerhet til vurderingen av å imøtekomme mandatets krav om kostnadsnøytralitet, men mener at tilrådingene samlet sett vil ivareta dette hensynet over et lengre tidsrom.

17.1 Særlig om overføring av ansvaret for forvaltning og formidling, herunder finansiering av basishjelpemidler i dagliglivet til kommunene

Utvalget foreslår i kapittel 9 at ansvaret for forvaltning og formidling, herunder finansiering av *basishjelpemidler* i dagliglivet overføres til kommunene. Forslaget kan innebære et effektiviseringspotensial ved at det muliggjør bedre samordning av tiltak og tjenester i kommunene ved at midlene til finansieringen av ytelser til såkalte basishjelpemidler som i dag er regulert i folketrygdloven §§ 10–6 og 10–7, overføres til det samlede rammetilskuddet til kommunene. Med basishjelpemidler mener utvalget enkle, rimelige hjelpemidler som ikke krever tilpasninger eller særlig opplæring. En vesentlig del av hjelpemidlene i denne kategorien inngår i sortimentet i den såkalte *bestillingsordningen*, som siden 2002 har vært en rekvisisjonsordning der kommunene kunne «rekvirere» slike hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralene, på grunnlag av en forenklet saksbehandling der brukeren via kommunene, innenfor visse regler, *bestiller* hjelpemidler uten å ha måttet søke NAV Hjelpemiddelsentraler på normal måte.

Hjelpemidler som utleveres over bestillingsordningen har i de fleste tilfellene relativt lav innkjøpsverdi, er enkle i bruk, krever lite tilpasning og

har et klart definert bruksområde og liten gjenbruksverdi. I 2008 utgjorde antall utlånte hjelpemidler på bestillingsordningen om lag 41 prosent av det totale antall utlånte hjelpemidler. I 2008 var utlånsverdien av hjelpemidler på bestillingsordningen til sammen på 284 734 407 kr, noe som utgjorde 11,6 prosent av den samlede utlånsverdien. Hjelpemiddelsentralene kjøpte i 2008 klargjøringstjenester for om lag 38 mill. kr i forbindelse med gjenbruk av hjelpemidler. Det må ved en ansvarsoverføring til kommunene beregnes hvor stor andel av disse tjenestene som brukes i forhold til klargjøring av hjelpemidler innenfor de produktkategoriene som overføres. For kommunene vil en finansiering over tid være avhengig av i hvor stor grad rammeoverføringen kompenseres for prisstigning og økt forbruk i takt med en økt eldrebeholdning som utgjør en stor brukergruppe.

Utvalget legger til grunn at det vil påløpe en del kostnader de første årene som følge av at systemet legges om, som det må tas høyde for i de årlige statsbudsjettene. Utover dette, har ikke utvalget foretatt konkrete beregninger verken når det gjelder transaksjonskostnader eller økonomiske langtidsvirkningene av en slik ansvarsoverføring, men basert på økonomisk-administrativ teori og empiri legger utvalget til grunn at et framtidig hjelpemiddelsystem der vedtakskompetansen både for tjeneste- og hjelpemiddeltilbudet for enkle hjelpemidler samles på ett sted, samtidig som finansieringen av begge typer tilbud samles på ett sted (kommunen) på sikt vil gi større samfunnsøkonomisk gevinst og bedre kostnadskontroll.

Den største konsekvensen for kommunene mht. organisering og kompetanse vil være knyttet til innkjøp, lager, service og logistikk. Utvalget har i kapittel anbefalt en modell der ansvaret for lager, service og logistikk blir et kommunalt ansvar, mens innkjøpsprosessen knyttet til basishjelpemidler fortsatt skal håndteres av Arbeids- og velferdsetaten gjennom et innkjøps samarbeid med kommunene. Samlet sett vil dette føre til noe økning i kommunenes administrative utgifter til lagerhold, vedlikehold og eventuell resirkulering, og som i stor grad vil være knyttet til økt personellressurser, økt produkt- og anskaffelseskompetanse samt noe behov for større lagerlokalteter. Et noe høyere utgiftsnivå vil særlig være knyttet til redusert effektivitet i lager og logistikk dersom hver enkelt kommune skal gjennomføre dette på egenhånd. Her er det imidlertid mulig over tid å se for seg ulike løsninger med interkommunalt samarbeid og/eller tettere samarbeid med leverandører i lager/logistikk-kjeden. Utvalget legger til grunn at et noe høyere utgiftsnivå til disse oppga-

vene vil i noen grad kunne oppveies av at kommunene vil ha et sterkere insentiv til å gjenbruke hjelpemidler, enn det som er tilfelle i dagens system.

I rapporten fra PwC pekes det på at en overføring av ansvar og oppgaver i en størrelsesorden som foreslått, vil utløse et behov for nye stillinger i kommunene på mellom 860 – 1290 årsverk, i tillegg til investering i infrastruktur som skissert over. Utvalget mener at dette behovet for arbeidskraft og fagpersonell på hjelpemiddelområdet ikke kan ses isolert fra arbeidskraft- og kompetansebehovet på i helse- og omsorgssektoren for øvrig. Beregninger fra SSB tilsier at det vil være behov 130 000 årsverk i denne sektoren frem mot 2050. Som påpekt i samfunnsøkonomisk betenkning fra professor Victor Norman må en vesentlig del av dette arbeidskraftbehovet de neste ti-årene, erstattes ved i større grad å ta i bruk hjelpemidler og ulike former for omsorgsteknologi.

17.2 Konsekvensene for Arbeids- og velferdsetaten av overføring av ansvar til kommunene

Utvalget legger til grunn at tilrådingene om at kommunene får et større ansvar for forvaltning og formidling av hjelpemidler vil kunne frigjøre ressurser i Arbeids- og velferdsetaten til å ta et utvidet ansvar for oppfølging for brukere av hjelpemidler med sammensatte og komplekse behov. Utvalget tar ikke stilling til den interne organiseringen av Arbeids- og velferdsetaten, herunder antall hjelpemiddelsentraler og organisering av dem, men vil likevel i lys av utfordringer og reformbehov peke på at det statlige hjelpemiddelsystemet, på linje med det kommunale, må bygge inn insentiver til kostnadskontroll og effektivisering i den løpende virksomheten. Dette er et ansvar som er tillagt arbeids- og velferdsdirektøren.

17.3 Konsekvensene for Arbeids- og velferdsetaten av økt satsing på hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet

Utvalget har ikke foretatt beregninger om en økt satsing på hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet vil utløse merbehov for utgiftsdekning samlet sett, men en eventuell styrking av hjelpemiddelsentralene på dette området må ses i sammenheng med andre endringer i Arbeids- og velferdsetaten. Professor Normans betenkning viser at økt satsing på hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet vil

kunne forsvares ut fra den ekstra produksjonsevne samfunnet får om flere blir i stand til å delta i arbeidslivet, og at dette gjelder selv for personer med svært begrenset arbeidsevne og få mulige arbeidsår¹. Utvalget mener at økt bruk av hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet som gir økt sysselsetting av personer med funksjonsnedsettelse, ikke bare har en samfunnsøkonomisk lønnsom effekt, men vil også føre til reduserte utgifter totalt sett over statsbudsjettet. Dette fordi økt sysselsetting vil føre til reduserte utgifter til livsoppholdsytelser over folketrygden. Ifølge SSB er avhengigheten av livsoppholdsytelser fra det offentlige mindre for personer med funksjonsnedsettelse som er sysselsatt, og at det er et uunyttet sysselsettingspotensiale blant personer med funksjonsnedsettelse².

17.3.1 Konsekvenser av forslaget om å utvide tilretteleggingstilskuddet

Forslaget om å utvide tilretteleggingstilskuddet til også å omfatte virksomheter som ikke har inngått IA-avtale, og til å omfatte arbeidssøkere, kan forutsette at tilskuddet økes. Av IA-avtalens 48 virkemidler er noen få, herunder tilretteleggingstilskuddet, forbeholdt IA-virksomheter. SINTEF har i sin evaluering trukket fram behovet for gjennomgang og forenkling av virkemiddelpakken. Utvalget antar at man i denne gjennomgangen også vil se på bruken av og målretting av tilskuddet. I lys av at IA-avtalen har fungert dårlig i forhold til delmål 2 om å inkludere flere med redusert funksjonsevne og at det årlig budsjetteres med om lag 1,2 mrd. kr. til virkemidler i IA-avtalen, bør det vurderes om en økt andel av virkemiddelpakkens ressurser kan gå til utvidelse av ordningen med tilretteleggingstilskudd.

17.3.2 Konsekvenser av forslaget om en oppfølging av forsøksordningen med funksjonsassistent i arbeidslivet

Utvalget mener at en oppfølging av prøveordningen med funksjonsassistent i arbeidslivet må prioriteres høyt med tanke på lovfesting av rett til en slik ordning sammen med andre arbeidshjelpemidler i en ny arbeidsmarkedslov. Utvalget mener at man i forbindelse med utredningen av en slik rett til assistanse i arbeidslivet, også må se på innrettin-

1. Hjelpemidler og hjelpemiddelapparatet – samfunnsøkonomiske betraktninger, en betenkning av professor Victor D. Norman 31.10.08
2. Funksjonshemma på arbeidsmarknaden, av T. P. Bø og I. Håland, Statistisk sentralbyrå rapport nr. 10/2009

gen av tilsvarende ordninger med formål om å styrke tilknytningen i arbeidslivet, jf lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte. Utvalget mener at en målrettet satsing på ordningen kan forsvares ut i fra en samfunnsøkonomisk betraktning, og bør vurderes nærmere innenfor rammen av en samlet sysselsettingsstrategi for personer med funksjonsnedsettelse.

17.3.3 Konsekvenser av forslaget om en oppfølging av forsøksordningen med arbeids- og utdanningsreiser

Utvalget mener at det også er behov for å følge opp forsøksordningen med arbeids- og utdanningsreiser med sikte på en vurdering av om den bør gjøres permanent (lovfestes). Utvalget mener at man i forbindelse med utredningen av om ordningen skal bli permanent, også må se på innrettingen av tilsvarende transportordninger med formål om å styrke tilknytningen i arbeidslivet. Utvalget mener at en økt og målrettet satsing på ordningen kan forsvares ut i fra en samfunnsøkonomisk betraktning, og bør vurderes nærmere innenfor rammen av en samlet sysselsettingsstrategi for personer med funksjonsnedsettelse.

17.4 Konsekvenser av forslaget om strategisk nasjonal satsing på kompetanse, forskning og innovasjon

Utvalget mener at det i lys av fremtidige utfordringer er behov for en styrking av anvendt forskning om hjelpemidler og tilrettelegging. Hjelpemiddefeltet er tverrfaglig, uten enkeltstående miljøer eller fagfelt som har et spesielt ansvar for forskning og utvikling knyttet til dette fagområdet. For å imø-

tekomme behovet for en systematisk og målrettet kunnskapsoppbygging tilrår utvalget at det avsettes midler over statsbudsjettet til et forskningsprogram i regi av Norges forskningsråd i to perioder (8 år) som har som hovedmål å styrke det anvendte kunnskapsgrunnlaget på området.

Som et ledd i utviklingen av en overordnet strategi mener utvalget det bør vurderes nærmere om det er aktuelt med en mer kortsiktig, men målrettet innsats for profesjonsutdanningenes praksisnære forskningsinnsats, som eventuelt kan legges til et universitet en høyskole med relevant profesjonsutdanning. Etter utvalgets vurdering må midler til dette formålet ses i sammenheng med fagmyndighetenes øvrige FoU-innsats og innarbeides i forbindelse med behandlingen av de årlige statsbudsjettene.

Utvalget mener videre at det innenfor rammen av en overordnet satsing på kunnskapsoppbygging, er behov for å samordne sterkere det nasjonale kunnskapsmiljøet på området. Som ledd i å styrke Arbeids- og velferdsdirektoratets rolle som kunnskapsorganisasjon mener utvalget at det bør vurderes nærmere om det er behov for å avsette FoU-midler knyttet til bestilling av forskningsprosjekter på hjelpemiddelområdet.

17.5 Øvrige administrative forslag

17.5.1 Forslag om å opprette et bredt, sammensatt ekspertorgan som skal gi innspill til Arbeids- og velferdsetaten når det gjelder nye produkter mm

Det foreliggende forslag har ingen økonomiske konsekvenser utover at det må avsettes midler innenfor gjeldende ramme. Utvalget legger til grunn at sekretariatsfunksjonen for ekspertorganet legges til Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Referanseliste

Lov- og forskriftsregister

Lover

Arbeidsmarkedsloven

Lov 10. desember 2004 nr. 76 om arbeidsmarkeds tjenester

Arbeidsmiljøloven

Lov 18. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v.

Barnehageloven

Lov av 17.06.2005 nr. 64 om barnehager (barnehageloven)

Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven

Lov 20. juni 2008 nr. 42 om forbud mot diskriminering på grunn av funksjonsevne

Diskrimineringsombudsloven

Lov 10. juni 2005 nr. 40 om Likestillingss- og diskrimineringsombudet og Likestillings- og diskrimineringsnemnda

Folketrygdloven

Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd

Forvaltningsloven

Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker

Husbankloven

Kommunehelsetjenesteloven

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene

NAV-loven

Lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen

Opplæringsloven

Lov av 17.07.1998 nr. 61 om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringsloven)

Pasientrettighetsloven

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter

Sosialtjenesteloven

Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester

Spesialisthelsetjenesteloven

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten

Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten

Lov 22. juni 1962 nr. 8 om Stortingets ombudsmann for forvaltningen

Sosiallovkomiteen av 1935. Innstilling II. Om hjelp til blinde og vanføre.

Forskrifter gitt med hjemmel i folketrygdloven kapittel 10

Forskrift 25. mars 1997 nr. 264 om inngåelse av pris- og leveringsavtaler for førerhunder til synshemmede

Forskrift 15. april 1997 nr. 318 om stønad til hjelpemidler mv til bedring av funksjonsevne i arbeidslivet og i dagliglivet og til ombygging av maskiner på arbeidsplassen

Forskrift 15. april 1997 nr. 319 om stønad til lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte.

Forskrift 15. mai 1997 nr. 320 om stønad til tolkehjelp for hørselshemmede

Forskrift 15. april 1997 nr. 321 om stønad til tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde

Forskrift 18. april 1997 nr. 336 om stønad til dekning av utgifter til ortopediske hjelpemidler, brystprotese, ansiktsdefektprotese, øyeprotese og parykk

Forskrift 18. april 1997 nr. 337 om stønad til høreapparat og tinnitusmaskerere

Forskrift 15. desember 2000 nr. 1303 om stønad til kjøp av bil til funksjonshemmede – prisgrense

Forskrift 8. mars 2003 nr. 290 om stønad til motor- kjøretøy eller annet transportmiddel

Forskrift 15. april 1997 nr. 322 om faglig utvalg for førerhundspørsmål

Forskrift 15. april 1997 nr. 323 om hjelpemiddelsen- tralenes virksomhet og ansvar

Forskrift 19. desember 2003 nr. 1671 om tilretteleggingstilskudd

Andre forskrifter

Forskrift av 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering

Forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Forskrift 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

Rundskriv/retningslinjer

Rundskriv til Folketrygdloven § 10-5 – Stønad til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet, Rikstrygdeverket, 2006.

Rundskriv til Folketrygdloven § 10-6 – Stønad til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet, Rikstrygdeverket, 2006.

Rundskriv til Folketrygdloven § 10-7 bokstavene a, c og d samt annet og tredje ledd, Rikstrygdeverket, 1997.

Internasjonale konvensjoner/traktater

Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (1950) (EMK)

Den reviderte europeiske sosialpakten (1996)

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (1996) (ØSK)

FNs konvensjon om barnets rettigheter (1989)

FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (2006)

Amsterdam-traktaten: EU's gjeldende grunnlov undertegnet i 1997. Bygger videre på Maastricht-traktaten.

EUs rådsdirektiv 2000/78/EF og rådsdirektiv 2000/43/EF

Litteraturliste

- Agenda (2008) NAV Hjelpemiddelsentraler og spesialenheter, Kartlegging av hjelpemiddelsentralene og Senter for yrkesrettet attføring (SYA)
- Andersen, A. (2009) Hjelpemidler og egenbetaling, Samfunns- og næringslivsforskning AS (SNF)
- Arbeid og velferd (2007) nr. 2
- Arbeidsdepartementet (2007) Prosjekt for vurdering av den videre oppfølging av bedriftshelsetjenesten, AID, rapport, september 2007
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2008) Tolkeutredningen
- Arbeids- og velferdsetaten (2009) Rapport om brukerundersøkelse blant brukere av hjelpemidler 2008, NAV, mai 2009
- Arbeids- og velferdsetaten (2009) Rapport om svingninger i utgifter til stønad til hjelpemidler (Avgrenset til rente- og avdragsfrie lån og tilskudd til hjelpemidler), Internrevisjonen, Arbeids- og velferdsdirektoratet, 26. juni 2009
- Beitostølen Helsesportsenter (2001) Fysisk aktivitet og funksjonshemming, rapport.
- Birkenfeldt, B. S. (2009) Rettigheter og skjønnsanvendelse som virkemidler på hjelpemiddelområdet, juridisk betenkning til hjelpemiddelutvalget, UIB
- Bjørnson, Ø. og Haavet, I. E. (1994) Langsamt ble landet et velferdssamfunn. Trygdens historie 1894 – 1994, Gyldendal, Oslo
- Bliksvær, T. (2002): Klient, omsorgstaker eller herre i eget hus? En evaluering av Husbankens tiltak for funksjonshemmede, Nordlandsforskning, NF-rapport nr. 19
- Brunsson, N. Jacobsson, B. and Associates (2000): A world of standards, Oxford university press
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (1995–96), jf. St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 6 (1995–96) Enkelte endringer i bevilgningsforslagene for 1996 under enkelte kapitler under Sosial- og helsedepartementet (HVPU) (Intervensjonsklinikk) (Behandlingsreiser til utlandet)
- Brynn, R. (2009) Hjelpemiddelsystemer i andre land, notat til hjelpemiddelutvalget
- Bø, T. P. og I. Håland. I. (2009) Funksjonshemma på arbeidsmarknaden, av Statistisk sentralbyrå rapport nr. 10/2009
- Dale, Ø. (2009) Praktiske erfaringer ved bruk av lokaliseringsteknologi ved demens, Norsk Regnesentral
- Cromvall, A., Eliasson, F. og Jahlenius, L. (2007) IT-baserte hjelpemiddel, bostadsanpassning och personlig assistans, Hjälpmedelinstitutet
- Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) (2008) Direktoratene faglige rolle, en rolle under økende press?, rapport 2008: 14
- Direktoratet for naturforvaltning (2003) Friluftsliv for funksjonshemmede. Anbefalinger om tiltak for å bedre funksjonshemmedes muligheter til friluftsliv. Utredning 2003–4.
- Econ Pöyry (2008) Med litt bistand kan flere jobbe. Evaluering av ordningen med funksjonsassistanse i arbeid, rapport 2008–039
- Econ Pöyry (2008) NAVs innkjøp av hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne, rapport 2008–089
- Econ Pöyry (2009) Hvordan kan formidlingen av avanserte tekniske kommunikasjons hjelpemidler bli bedre? rapport nr. 2009–052
- Feiring, M. og Røkenes, A. (2000) Et kompetansesenter innen tilgjengelighet og deltagelse for funksjonshemmede, evalueringsrapport, Delta-senteret.
- Fjeldvik, L. (2008) Rehabilitering av synshemming. Kommunale synskontakter på hjelpemiddelområdet – en statusbeskrivelse i 2008, NAV Hjelpemidler og tilrettelegging
- Fjeldvik, Petersen, Kristoffersen og Sund (2008) Tekniske hjelpemidler – Hva skaper fornøyde brukere?, Arbeid og velferd nr. 3 2008 (www.nav.no/151899.cms)
- Fuglerud og Solheim (2008) Synshemmedes IKT-barrierer og muligheter, Norsk Regnesentral
- Gabrielsen, B., Lillegård, M., Otnes, B., Sundby, B., Abrahamsen, D. og Strand, P. (2008) Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS) foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2007, notat 2008/42
- Grut, L., Søylen, R. Lippestad, Jan W. og Hem, K. G. (2005) Evaluering av brukerpassordningen. Sintef Helse
- Gulbrandsen, L. (2006) Full deltagelse for alle? Utviklingstrekk 2001–2006, Byggforsk

- Hansen, I. L. S., Hyggen, C. og Nuland, B. R. (2009); Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet. Fafo-rapport 2009:40
- Helgøy, Ravneberg, Solvang og Lundeborg: Tjenesteyting for et selvbestemt dagligliv? Funksjonshemmede mellom individuell frihet, faglig vurdering og byråkratisk regulering. Sefos rapport nr. 9, 2000
- Helsedirektoratet (2009) Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling
- Helsedirektoratet (2009) Handlingsplan for habilitering av barn og unge
- Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-15/2005
- Husbanken, Region vest og Arbeids- og velferdsetaten (2006) Bustadtilpasning, rapport
- Høyen, E. M. og Tøssebro, J. (2009) Brukerpass i hjelpemiddelformidlingen, en evaluering. NTNU Samfunnsforskning AS
- Innst. 15 S (2009–2010) Innstilling til Stortinget fra arbeids- og sosialkomiteen, Prop.1 S (2009–2010) med Tillegg 3 (2009–2010)
- Kjønstad, Bernt, Kjellevold og Hove (2000) Sosial sikkerhet og rettssikkerhet, Fagbokforlaget
- Kullerud, D. (2006) Deltasenteret 10 år Fra plan til handling, Sosial- og helsedirektoratet, Deltasenteret
- Kurtze, N. og Hem K. G. (2009) Utrednings- og forskningsprosjekt om hjelpemiddelformidling, tilrettelegging og rehabilitering som fag og forskningsfelt, SINTEF Teknologi og samfunn
- Larsen, I. M. og Kyvik, S. (2006) Tolv år etter høgskolereformen – en statusrapport om FoU i statlige høgskoler, rapport 7/2006
- Larsen, I. M., Heggen, K., Carlsen, T. C. og Karseth, B. (2007) Praksisrettet FoU? En undersøkelse av høgskolesektorens forsknings- og utviklingsarbeid inne helse- og sosialfag. NIFU-STEP Rapport 25/2007.
- Moen, E. R. og Riis, C. (2004) Kontraktstyring og konkurranseutsetting i tilknytning til SATS-reformen. Notat
- Molden, T. H., Wendelborg C. og Tøssebro, T. (2009): Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne, analyse av levekårsundersøkelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne 2007 (LKF). NTNU Samfunnsforskning AS
- Møller, G. og Sannes, J. (2009) Evaluering av arbeidsmarkedstiltak i skjermede virksomheter, Telemarksforskning, TF-rapport nr. 253
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU) (2007) Helseoppfølging av personer med utviklingshemning
- NIFU STEP, Norges forskningsråd og Statistisk sentralbyrå (2009) Indikatorrapporten: Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer
- Nordisk Ministerråd (2009) Innovasjon og teknologisk utvikling på hjelpemiddelområdet i Norden, TeamNord 2009:504
- Norman, V. (2008) Hjelpemidler og hjelpemiddel-systemet. Samfunnsøkonomiske betraktninger, Notat til hjelpemiddelutvalget
- NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune
- NOU 2001:22 Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer
- NOU 2002:2 Boligmarkedene og boligpolitikken
- NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten, Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester
- NOU 2005:8 Likeverd og tilgjengelighet. Rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. Bedret tilgjengelighet for alle.
- NOU 2007:4 Ny uførestønad og ny alderspensjon til uføre
- NOU 2009:18 Rett til læring
- NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge
- Ose, S. O., Bjerkan, A. M., Pettersen, I., Hem, K. G., Johansen, A., Lippestad, J., Paulsen, B., Mo, T. O. og Saksvik, P. Ø. (NTNU) (2009) Evaluering av IA-avtalen (2001–2009), av Sintef Teknologi og samfunn
- Ot.prp. nr. 41 (1936) Om lov om vanføre, se også vedlegg om Vanføreforsorgen i Norge.
- Ot.prp. nr. 37 (1936) Om ei millombels lov om trygd til blinde og vanføre
- Ot.prp. nr. 41 (1958) Om lov om vanføre
- Ot.prp. nr. 17 (1965–66) Om lov om folketrygd
- Ot.prp. nr. 6 (1970–71) Om lov om endringer i lov om folketrygd
- Ot.prp. nr. 4 (1996–97) Om lov om endringer i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd og i enkelte andre lover (Samleproposisjon)
- Ot.prp. nr. 105 (2001–2002) Om lov om endringer i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover
- Ot.prp. nr. 104 (2002–2003) Om lov om endringer i lov 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø mv. (likebehandling i arbeidslivet)
- Ot.prp. nr. 62 (2003–2004) Om lov om arbeidsmarkedstjenester
- Ot.prp. nr. 47 (2005–2006) Om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (Arbeids- og velferdsforvaltningsloven)

- Ot.prp. nr. 62 (2005–2006) Om lov om endring i lov 16. juli 1999 nr. 69 om offentlige anskaffelser
- Ot.prp. nr. 44 (2007–2008) Om lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)
- Ot.prp. nr. 103 (2008–2009) Om lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen
- PricewaterhouseCoopers AS (PwC) (2009) Organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet, rapport, Oslo
- PricewaterhouseCoopers AS (PwC) (2009) Overføring av basishjelpemidler til kommunene, notat, Oslo
- Prop. 13 L (2009–2010) Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen
- Prop. 1 S (2009–2010) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet
- Prop. 1 S (2009–2010) for Kommunal- og regionaldepartementet
- Rambøll Management (2008) *Følgeevaluering av prosjektet «Tilretteleggingsgaranti, sluttrapport juni 2008*
- Rambøll Management (2010) Utredning av hvordan tilbud innenfor høyere utdanning kan bidra til å dekke langsiktige kompetansebehov i arbeids- og velferdsforvaltningen
- Resurssenter for omstilling i kommunene(RO) (2009) Kartlegging av kommunenes og fylkeskommunenes hjelpemiddelansvar, rapport 09/2009
- Rikstrygdeverket (1996) Sluttrapport for prosjektet SUITE (Sunnaas IT-enhet)
- Rikstrygdeverket (1999) Kvalitet i formidlingen av hjelpemidler. Nasjonal standard for opplæring av førstelinjetjenesten
- Rikstrygdeverket (2001) Rapport om vedtaksmyndighet, klageordning og forslag til forenklinger på hjelpemiddelområdet
- Rikstrygdeverket (2004) Nasjonal standard for tolketjenesten
- Rosshagen, A., Boström, C., Josephsson, S., Haraldson, U. och Johansson, U. (2008) Resultat och erfarenheter från resursenheterna i Teknik och demensprosjektet, Hjälpmedelsinstitutet
- Senter for økonomistyring, Rikstrygdeverket og fagpanelet for økonomisk konsekvensanalyse (2006) Samfunnsøkonomisk analyse av organiseringen av hjelpemiddelvaltningen, rapport utarbeidet av en arbeidsgruppe
- Socialministeriet (2007) Guide til alarm- og pejlesystemer for demente, Styrelsen for specialrådgivning og social service
- Statistisk sentralbyrå (2009) Dette er Norge
- Sosial- og helsedepartementet Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1990–1993
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) Å høre og bli hørt – Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling, IS-1483 rapport 2007,
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre. IS-1498
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2000) Fysisk aktivitet og helse, rapport 2/2000, SEF, Oslo
- Statskonsult (1997) Formidling og forvaltning av tekniske hjelpemidler, Rapport 1997:5
- Statskonsult (2006) Evaluering av Prosjekt Boligtilpasning – om sikring av hensiktsmessige løsninger for personer med tilgjengelighetsproblem i egen bolig, rapport nr.2006:8
- St.meld. nr. 8 (1998–99) Om handlingsplan for auka yrkesaktivitet blant funksjonshemma 1998–2001. Deltaking og likestilling
- St.meld. nr. 16 (2002 – 2003) Resept for et sunnere Norge
- St.meld. nr. 23 (2003–2004) Om boligpolitikken
- St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne
- St.meld. nr. 17 (2004–2005) Makt og demokrati
- St.meld. nr. 20 (2004–2005) Vilje til forskning.
- St.meld. nr. 45 (2005–2006) Mestring, mulighet og mening, framtidens omsorgsutfordringer
- St.meld. nr. 9 (2006–2007) Arbeid, velferd og inkludering
- St.meld. nr. 20 (2006–2007) Sosial ulikhet i helse
- St.meld. nr. 7 (2008–2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- St.prp. nr. 1 (1992–1993) Sosialdepartementet
- St.prp. nr. 1 (1993–1994) Sosial- og helsedepartementet
- St.prp. nr. 1 (1995–1996) Sosial- og helsedepartementet
- St.prp. nr. 1 (1996–1997) Sosial- og helsedepartementet
- St.prp. nr. 1 (1997–1998) Sosial- og helsedepartementet
- St.prp. nr. 1 (2007–2008) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011
- St.prp. nr. 51 (2008–2009) Redegjørelse om situasjonen i arbeids- og velferdsforvaltningen og forslag om tilførsel av ressurser til Arbeids- og velferdsetaten
- Synovate Research reinvented (2008) Kartlegging av synskontaktordningen

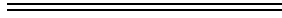
Szebehly, M. (red.) (2005) Nordisk äldreomsorgsforskning. En kunnskapsoversikt, TemaNord 2005:508 København: Nordisk Ministerråd.

Teknologirådet (2009) Framtidens alderdom og ny teknologi, rapport 1–2009

Texmon, I. og Stølen, N. M. (2008) Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008, SSB rapport 2009/9.

Thorsen, K. og Clausen, S.E.(2008) Funksjonshemming, ensomhet og depresjon, i Tidsskrift for Norsk psykologforening , utgave 1–2008

Vabø, M. (2009) Rådløs, kunnskap og kunnskapsløse råd, i Hjernen er alene, institusjonalisering, kvalitet og relevans i norsk velferdsforskning, (red) Bjørn Richard Nuland, Bent Sofus Tranøy, Johan Christensen, Universitetsforlaget



Norges offentlige utredninger 2009 og 2010

Statsministeren:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet:

Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 2009.
NOU 2009: 7.

Arbeidsdepartementet:

Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet.
NOU 2010: 1.

Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2010.
NOU 2010: 4.

Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering.
NOU 2010: 5.

Barne- og likestillingsdepartementet:

Farskap og annen morskap. NOU 2009: 5.
Tilstandsrapport ved salg av bolig. NOU 2009: 6.
Kompetanseutvikling i barnevernet. NOU 2009: 8.
Et helhetlig diskrimineringsvern. NOU 2009: 14.
Adopsjon – til barnets beste. NOU 2009: 21.
Det du gjør, gjør det helt. NOU 2009: 22.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet:

Finansdepartementet:

Kapital- og organisasjonsformer i sparebanksektoren mv.
NOU 2009: 2.

Tiltak mot skatteunndragelser. NOU 2009: 4.

Fordelingsutvalget. NOU 2009: 10.

Bedre pensjonsordninger. NOU 2009: 13.

Globale miljøutfordringer – norsk politikk.
NOU 2009: 16.

Fiskeri- og kystdepartementet:

Fornyings- og administrasjonsdepartementet:

Individ og integritet. NOU 2009: 1.

Fornyings-, administrasjons- og kirke- departementet:

Håndhevelse av offentlige anskaffelser. NOU 2010: 2.

Forsvarsdepartementet:

Helse- og omsorgsdepartementet:

Drap i Norge i perioden 2004–2009. NOU 2010: 3.

Justis- og politidepartementet:

Lov om offentlige undersøkelseskomisjoner.
NOU 2009: 9.

Kredittavtaler. NOU 2009: 11.

Et ansvarlig politi. NOU 2009: 12.

Skjult informasjon – åpen kontroll. NOU 2009: 15.

Ny grenselov. NOU 2009: 20.

Kommunal- og regionaldepartementet:

Sikring mot tap av felleskostnader i borettslag.
NOU 2009: 17.

Kulturdepartementet:

Kunnskapsdepartementet:

Rett til læring. NOU 2009: 18.

Landbruks- og matdepartementet:

Miljøverndepartementet:

Nærings- og handelsdepartementet:

Olje- og energidepartementet:

Samferdselsdepartementet:

På sikker veg. NOU 2009: 3.

Utenriksdepartementet:

Skatteparadis og utvikling. NOU 2009: 19.

Offentlige publikasjoner

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:

Fagbokforlaget

Postboks 6050, Postterminalen

5892 Bergen

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Faks: 55 38 66 01

www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no