

Rapport

Organisasjonsanalyse av hjelpemiddelområdet

PricewaterhouseCoopers AS

Oslo, 2. april 2009

Innhold

1. INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn.....	4
1.2 Problemstillinger.....	4
2. GJENNOMFØRING.....	6
2.1 Organisering og fremdrift	6
2.2 Metodisk tilnærming.....	6
3. HOVEDKONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	7
4. OM HJELPEMIDDELOMRÅDET	11
4.1 Overordnede mål innen hjelpemiddelformidling.....	11
4.2 Hjelpemiddelområdet rettighetsbasert	12
4.3 Hva er et hjelpemiddel.....	14
4.4 Hjelpemidler - ett av flere virkemidler	14
4.5 Hjelpemidler på alle livsområder.....	16
4.5.1 Dagligliv.....	16
4.5.2 Arbeid.....	17
4.5.3 Transport	17
4.6 Hjelpemiddel som sektorovergripende tiltak	18
5. FINANSIERINGSORDINGER OG INSITAMENTER FOR KOSTNADSEFFEKTIV OG MÅLEFFEKTIV RESSURSUTNYTTELSE	19
5.1 Innledning.....	19
5.1.1 Formålseffektivitet.....	19
5.1.2 Samordning.....	21
5.1.3 Kostnadskontroll.....	23
5.2 Hjelpemiddelområdet – noen nøkkeltall.....	24
5.2.1 Utvikling på stønadsbudsjettet	25
5.2.2 Utvikling pr bruker og innbygger.....	27
5.2.3 Den raske teknologiske utvikling.....	28
5.3 Alternative modeller	29
5.4 Konklusjoner og anbefalinger.....	30
6. SAMHANDLING – KOMMUNE OG STAT	32
6.1 Innledning.....	32
6.2 Funksjonsfordelingen.....	33
6.2.1 Kommunene	33
6.2.2 NAV Hjelpemiddelsentraler.....	35
6.2.3 Bruker.....	35
6.2.4 Andre sentrale aktører	37
6.3 Prosessen.....	39
6.4 Konklusjoner og anbefalinger.....	41
7. FORVALTNINGSNIVÅENES INTERNE STYRING AV OMRÅDET	43
7.1 Innledning.....	43
7.2 Kommunenes organisering av arbeidet.....	43

7.3	NAV Hjelpemiddelsentralene organisering.....	44
7.4	Lager og logistikk.....	46
7.5	Anskaffelser	47
7.6	Ny innkjøpspraksis i NAV	47
7.7	Konklusjon og anbefalinger.....	49

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Hjelpemiddelsentralene gjør vedtak om tildeling av hensiktsmessige hjelpemidler til å løse praktiske problemer for funksjonshemmede i dagliglivet eller i arbeid. Sentralene har i tillegg ansvar for tolkehjelp til døve og sterkt hørselshemmede, og de har et forvaltningsansvar for hjelpemidler finansiert av folketrygden. Kommunene har ansvar for helse og rehabilitering for alle sine innbyggere, og hjelpemiddelformidling er en del av dette ansvaret.

Hjelpemiddelsentralene skal fungere som en andrelinjetjeneste, men med et rådgivnings- og veiledningsansvar overfor førstelinjetjenesten, som primært vil være helse- og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Også fylkeskommunene (videregående skoler), de statlige helseforetakene, bedriftshelsetjenesten og i noen grad arbeidsgivere inngår i førstelinjen. Hjelpemiddelsentralene og førstelinjetjenesten skal innenfor sine respektive ansvars- og kompetanseområder samarbeide om å finne helhetlige løsninger for den enkelte bruker.

Det er fra ulike hold blitt reist kritikk om tilgjengelighet, organisering og forvaltningspraksis i hjelpemiddelforvaltningen. Kritikken har vært reist fra brukerorganisasjoner og fra Riksrevisjonen gjennom rapporter om bilstønadordningen og høreapparatformidlingen. Det er grunn til å stille spørsmål ved om dagens ansvarsdeling mellom stat og kommune er tilstrekkelig klar. Uklarheter og gråsoner på dette området skaper usikkerhet hos brukerne, og manglende samordning kan også føre til at saksbehandlingstiden blir lenger enn nødvendig. Det kan også stilles spørsmål ved om dagens ansvarsdeling gir gode nok insentiver til å få til kostnadseffektive løsninger i skjæringspunktet mellom forvaltningsnivåene.

I St.prp.nr.1 (2007-2008) varslet regjeringen at det skulle nedsettes et offentlig utvalg som skal foreta en helhetlig gjennomgang av hjelpemiddelområdet. Mandatet for dette utvalget er en totalvurdering av dagens ordning, som i stor grad er utviklet over tid gjennom enkeltvedtak og enkeltstående reformer, uten en samlet helhetsvurdering av hensiktsmessighet og måloppnåelse.

Som ledd i dette utvalgsarbeidet ønsker departementet nå ”en overordnet analyse/vurdering av både den statlige og kommunale hjelpemiddelforvaltningens fungering (resultatoppnåelse) og av samhandlingen mellom disse to forvaltningsnivåene.”

1.2 Problemstillinger

I konkurransegrunnlaget reises det en rekke spørsmål og temaer som ønskes besvart i analysen. Særlig aktuelle problemstillinger som skal vurderes, blir oppsummert slik:

- Hvordan fungerer de aktuelle styrings- og samhandlingssystemene?
- Hva kjennetegner dagens system når det gjelder dynamikk, kultur og kompetansebilde
- Hva er de største svakhetene vedrørende dagens hjelpemiddelforvaltning med hensyn til å oppnå kostnadseffektive og brukervennlige løsninger?
- I hvilken grad finansieringsordninger, regelverk og retningslinjer gir incentiver som motvirker ønsket måloppnåelse?

-
- Er dagens ressursbruk fordelt på administrasjon/forvaltning og logistikk i forhold til andre mer brukerrettede oppgaver hensiktsmessig?
 - Gitt dagens ressursramme, foreslå konkrete endringer i ansvarsfordeling, organisering, finansiering, kompetanse og samhandling som gir mer effekt og mer brukervennlige løsninger?

Slik vi ser det vil det være hensiktsmessig å inndelegge de temaer og problemstillinger som reises i konkurransegrunnlaget, i tre hovedproblemstillinger som i sum berører de temaer analysen skal omhandle:

1. *Samhandling* mellom forvaltningsnivåene og andre sentrale aktører.
2. *Finansieringsordninger og insentiver* for kostnadseffektiv og måleffektiv ressursutnyttelse innen hjelpemiddelområdet og mellom forvaltningsnivåene.
3. Forvaltningsnivåenes *virksomhetsinterne styring*, organisering, kompetanse, systemer mv.

Det er en forutsetning at analysen skal gi en god beskrivelse av dagens ordning og praktisering, både kvalitativt og kvantitativt, og at vurderingene skal resultere i konkrete forslag til forbedringer.

Det er fra ulike hold blitt reist kritikk om tilgjengelighet, organisering og forvaltningspraksis i hjelpemiddelforvaltningen. Kritikken har vært reist fra brukerorganisasjoner og fra Riksrevisjonen gjennom rapporter om bilstønadordningen og høreapparatformidlingen. Det er grunn til å stille spørsmål ved om dagens ansvarsdeling mellom stat og kommune er tilstrekkelig klar. Uklarheter og gråsoner på dette området skaper usikkerhet hos brukerne, og manglende samordning kan også føre til at saksbehandlingstiden blir lenger enn nødvendig. Det kan også stilles spørsmål ved om dagens ansvarsdeling gir gode nok insentiver til å få til kostnadseffektive løsninger i skjæringspunktet mellom forvaltningsnivåene. Problemstillingene synliggjøres blant annet innenfor pleie og omsorg og hjelpemidler i skolen.

Gjennomgangen må bl.a. ses i lys av NAV-reformen og St.meld. nr. 9 (2006 – 2007) Arbeid, velferd og inkludering.

2. Gjennomføring

2.1 Organisering og fremdrift

Denne analysen er gjennomført av PricewaterhouseCoopers AS på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID). Prosjektet er gjennomført i perioden oktober 2008 – mars 2009.

2.2 Metodisk tilnærming

Datainnsamling og gjennomføring av analysen har vært utført gjennom en rekke aktiviteter. Hovedtyngden av analysen har vært av kvalitativ art, med støtte av kvantitativ analyse.

PwC har besøkt fire hjelpemiddelsentraler, og gjennomført dybdeintervjuer med ledere og ansatte ved disse sentralene. Ved deltakelse på en ledersamling for NAV Hjelpemiddelsentraler har vi også hatt mulighet til å komme i kontakt med samtlige av de øvrige hjelpemiddelsentralene.

Videre har PwC vært i dialog med NAV Sentral Forsyningsenhet (SFE), NAV Hjelpemiddelsentraler og Spesialenheter og NAV Drift og utvikling (NDU), samt NAVs sentrale brukerforum innen hjelpemiddelområdet.

Tilsvarende dybdeintervjuene som ved hjelpemiddelsentralene ble gjennomført i fem kommuner, hvor ledere for fysioterapi – og/eller ergoterapitjenesten, leder for kommunale lagre og andre sentrale aktører innen hjelpemiddelformidlingen i kommunen har vært representert. Telefonintervjuer med 25 kommuner, samt brukerundersøkelser har også vært viktig for å danne et helhetlig bilde av kommunens oppgaver og viktige problemstillinger sett fra deres ståsted.

Et stort antall utredninger, rapporter, planer og styringsinformasjon har vært gjennomgått.

I forbindelse med analysen ble det opprettet en referansegruppe som bistod PwC med løpende diskusjoner av observasjoner og vurderinger. Referansegruppens hovedoppgaver var som følger:

- Fungere som kritisk samtalepartner i prosjektet
- Gi innspill til gjennomføring av utredningen
- Identifisere problemstillinger som bør besvares (innenfor mandatet)
- Utfordre observasjoner, vurderinger og konklusjoner som ble lagt frem av PwC underveis i prosjektet

Referansegruppen besto av ressurspersoner fra to kommuner, to hjelpemiddelsentraler, to brukerorganisasjoner (NHF og FFO), Norsk fysioterapeutforbund, NAV og AID.

I løpet av prosjektperioden ble det avholdt tre referansegruppemøter.

3. Hovedkonklusjoner og anbefalinger

I det følgende oppsummerer vi hovedkonklusjoner og anbefalinger som er presentert i tilknytning til rapportens kapitler 4, 5 og 6.

- Dagens rettighetsbaserte system for hjelpemiddelformidling har stor oppslutning blant brukerne og er høyt prioritert blant brukerorganisasjonene.
- I stor grad er kommunene tilfreds med NAVs rolle og oppgaveløsning – mange uttrykker at samhandlingen mellom kommune og NAV er forbedret de senere årene, og at denne utviklingen bør fortsette.
- Hjelpemidler er et formålseffektivt virkemiddel som bedrer funksjonsevnen i tråd med ordningens verdimeslige forankring og overordnede mål.
- Hjelpemiddelområdet er antakelig, til tross for veksten i utgiftene, et kostnadseffektivt virkemiddel dersom man betrakter alternativene, som ofte vil være institusjonalisering, økt praktisk bistand eller passive ytelser gjennom andre stønadsordninger.
- Kostnadsdriverne er relativt kjente og kostnadene kan i stor grad reguleres løpende i lovgivningen uten at man i dag pådrar seg fremtidige forpliktelser (slik som for eksempel innenfor pensjonsområdet).
- I noen grad kan incitamentene i finansieringsordningen medføre at kommunene (eller andre instanser) ikke iverksetter generelle tiltak/tilrettelegging og/eller velger mindre formålstjenlige organisasjonsmodeller motivert av finansieringsordningen. Dette kan bli et større problem med økt eldrebefolkning, særlig innenfor organiseringen av tilbudet innen pleie og omsorg. Økt eldrebefolkning vil *kunne* bety at kommunene velger løsninger som finansieres ved statlige midler selv om brukernes behov ville vært bedre tjent med andre løsninger.
- Økt andel eldre og pleietrengende vil (særlig) øke behovet for hjelpemidler knyttet til pleie/omsorgsfunksjoner. Det betyr at det kan være spesiell grunn til å se nærmere på organiseringen av dette området.
- Kostnadsovervelting er imidlertid antakelig ikke et stort problem 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.
- Behovet for koordinering av regelverk og praksis som berører hjelpemiddelområdet og dens brukere, er først og fremst knyttet til en avklaring av hvor langt den generelle og individuelle tilretteleggingsplikten i praksis går. Dette er spørsmål som i stor grad vil påvirke brukernes nytte og funksjonsforbedring knyttet til hjelpemiddelets potensielle muligheter.
- På området hjelpemidler og arbeid er det særlig behov for en koordinering av ulike tiltak og virkemidler for å utnyttet hjelpemidlenes funksjonsforbedrende potensial. Her vil hjelpemiddelet i

stor grad kunne være ett av flere tiltak som kan gi mulighet for deltakelse i arbeidslivet. NAV forvalter de fleste offentlige virkemidlene innenfor dette feltet og her bør NAV hjelpemiddelområdet og øvrig NAV arbeid koordineres bedre.

- NAV som kompetanseoppbygger og kompetanseoverfører er av vesentlig betydning for (mange) kommuners evne til å utøve sitt 1. linjeansvar, og mange kommuner uttrykker at denne støtten er helt nødvendig for en god brukeroppfølgning i mer komplekse saker. Særlig mindre kommuner vil mangle full bredde i kompetanse til å løse sammensatte og komplekse saker. Det vil derfor være behov for tilgjengelig spesialisert kompetanse på fylkes-, regions-, og/eller nasjonalt nivå. Dagens samhandlingsmodell mellom kommune (1. linje) og NAV (2. linje og delvis 3. linje) gir en praktisk funksjonsfordeling og mulighet til å løse brukernes behov på rett nivå. Det forutsetter at NAV fortsetter arbeidet med å utforme sine tjenester i dialog med kommunenes og brukernes behov.
- Det offentlige anskaffer hjelpemidler for betydelige beløp hvert år. Kommunene har ansvar for innkjøp og formidling av hjelpemidler til brukere med kortvarig (under 2 år) funksjonsnedsettelse og visse hjelpemidler til beboere i sykehjem. Det finnes pr. i dag ingen oversikt over kommunenes samlede utgifter på dette området. De fleste hjelpemidler anskaffes og finansieres av folketrygden og forvaltes av NAV. De aller fleste vi har intervjuet, både i kommuner og i NAV, mener NAVs rolle innen anskaffelser, lager og logistikk er en kostnadseffektiv ordning for det offentlige. Gjennom en sentralisert anskaffelsesordning og en landsomfattende lager- og logistikkorganisasjon, er det bl.a. mulig å oppnå gunstige priser, holde en høy sortimentsbredde og utnytte resirkuleringsverdien ved gjenbruk i og over fylkesgrenser. Verdien av de samlede ”stordriftsfordeler” er ikke beregnet, men det vil være rimelig å anta at mer desentrale løsninger ikke vil være kostnadsbesparende totalt sett, forutsatt samme dekningsgrad og servicenivå overfor brukerne. Mer desentrale løsninger vil også antakelig øke forskjellene i tilbud og servicenivå overfor brukerne.
- Det er allikevel rom for forbedringer av hele ”verdikjeden” i formidlingsarbeidet. Dette arbeides det ikke minst med i NAV, der hjelpemiddelforvaltningen er organisert i en styringslinje som bl.a. skal medvirke til større likhet, bedre utnyttelse av den samlede kompetanse og ressursutnyttelse i organisasjonen. Ikke minst er leveringstiden for en del skaffevarer ansett å være for lang.
- Forenkling av saksbehandlingen (bestillerordningen) gir raskere løsninger for brukerne og er en klar forbedring av saksbehandlingen sett fra kommunens side.
- Kommunenes prioritering/ressurser knyttet til habilitering og rehabilitering er et (varierende) problem mht saksbehandlingstid og kompetanse når det gjelder behovskartlegging og løsninger innen hjelpemiddelområdet. Mange kommuner savner en satsing/prioritering av dette feltet i kommunene. Ikke minst gjelder det de kommunene som ikke har tilstrekkelig kompetanse innen ergoterapi.
- Koordineringen av tiltak/virkemidler i forhold til en samlet habilitering/rehabilitering der man finner de beste løsningene i samspillet mellom tilrettelegging, opplæring/opptrening, hjelpemiddel og oppfølging er en utfordring (f.eks. ”individuell plan” for koordinerte mål og tiltak), men gråsonene i forhold til hjelpemiddelområdet oppleves ikke som særlig vanskelig, selv om man ikke er enig i alle grensedragninger som er gjort, f.eks overfor aktivitet/fritid/trening og overfor enkelte artikler knyttet til institusjon og barnehage/skole.

-
- Mangel på integrert saksbehandlingsstøtte (IKT) mellom forvaltningsnivåene skaper merarbeid og mangel på oversikt. Kommunene savner også bedre rapporter og oversikter over utviklingen innen området i sin kommune.
 - NAVs tilgjengelighet overfor kommunens terapeuter og brukere oppleves (i varierende grad) som et problem.
 - Skillet mellom korttid (kommunalt ansvar) og langtid (statlig ansvar) mht. utlån oppleves for de fleste kommunene ikke som noe *stort* problem, selv om de fleste mener skillet er unødvendig og ”byråkratisk”. For mange, særlig små, kommuner dekkes behovet for korttidshjelpemidler i stor grad ved at man overtar hjelpemidler fra staten når disse ikke skal resirkuleres.

Anbefalinger:

- Styrking av kommunenes ressurser og kompetanse vil være et vesentlig bidrag for økt brukertilfredshet og måloppnåelse – samtidig som det gir grunnlag for rendyrking av den statlige hjelpemiddelforvaltningen som en 2. linjetjeneste med fokus på kompetanseoppbygging, kompetanseoverføring og spesialiserte funksjoner, noe som er et nødvendig supplement til kommunenes ressurser og kompetanse i kompliserte saker.
- Økt bruk av forenklet saksbehandling vil kunne frigjøre ressurser i formidlingsapparatet til bedret innsats overfor komplekse saker og/eller utvikling av helhetlige løsninger for brukere med sammensatte behov, jf. intensjonene med individuell plan.
- Økt servicenivå og tilgjengelighet til tjenestene gjennom web-løsninger – servicetelefon – forenklede prosedyrer (brukerpass), mv, vil styrke kvaliteten i formidlingsarbeidet og medvirke til større brukertilfredshet.
- Økt brukermedvirkning for å bedre kvaliteten på tjenestene bør utvikles videre på system- og individnivå. Eksempler på dette vil være videreutvikling av ordninger som brukerpass og kontaktperson barn.
- Gråsoneproblematikk i forholdet mellom generell tilrettelegging og hjelpemiddelområdet bør avklares nærmere mellom NAV og aktører som har ansvar for å forvalte tilretteleggingsplikten.
- Det bør vurderes om kommunene bør (gjennom økning i rammetilskuddet) overta ansvaret for visse typer hjelpemidler innen plei og omsorg for å sikre at organiseringen av kommunenes tjenester innen dette feltet er basert på brukernes behov, og ikke utilsiktede insentiver i finansieringsordningene. Ikke minst må konsekvensene for brukerne utredes nærmere.
- Det bør vurderes om enkelte hjelpemidler med lav gjenbruksverdi og lite behov for tilpasning kan formidles gjennom tilskudds-/refusjonsordninger og leveres mer direkte fra leverandør uten å belaste det statlige formidlingssystemet.
- NAV bør videreføre arbeidet med å utvikle hjelpemiddelsentralene som *en* organisasjon for å styrke likebehandling og effektivitet, ved bl.a. å utvikle god praksis i tråd med ”benchmark” mellom sentralene.

-
- En samling av NAV hjelpemiddelforvaltning i en styringslinje vil kunne ha flere positive effekter på utviklingen av tjenesteområdet. Dette medfører imidlertid også et klart behov for å styrke samhandling og samordning med øvrige NAV organer og virkemidler.
 - NAV bør fortsette arbeidet med å utvikle bedre lager- og distribusjonsløsninger gjennom Sentral forsyningsenhet (SFE). Det vil ikke minst kunne styrke brukernes valgfrihet og gjenbruk over fylkesgrensene. Videreutvikling av optimale lager- og distribusjonsløsninger bør utredes videre.
 - NAV bør videreutvikle sine anskaffelsesstrategier – ikke minst med analyser av posisjonen som ”monopolkunde” og effekten på leverandørmarkedet. Det vil kunne innebære en større differensiering i innkjøpsstrategiene i henhold til et mer differensiert syn på markedet og langsiktige virkninger av anskaffelsesprosessene.
 - NAV bør i den forbindelse vurdere nærmere bruken av parallelle rammeavtaler for å sikre gode anskaffelsesprosesser, og sikre innkjøp av beste egnede produkter (kvalitet/pris).

4. Om hjelpemiddelområdet

4.1 Overordnede mål innen hjelpemiddelformidling

Mennesker med nedsatt funksjonsevne skal ha muligheter til personlig utvikling, deltakelse og livsutfoldelse på linje med andre samfunnsborgere. (St meld 40 "Nedbygging av funksjonshemmede barrierer.")

Med utgangspunkt i regjeringens verdigrunnlag og visjon vil målene være knyttet til å utforme rammebetingelser som sikrer mennesker med nedsatt funksjonsevne muligheter til personlig utvikling og samfunnsmessig deltakelse. Dette forutsetter en helhetlig og samordnet politikk.

Hovedmålene i regjeringens politikk for mennesker med redusert funksjonsevne er:

- Aktiv deltakelse og full likestilling.
- God tilgjengelighet til bygninger, utemiljø, produkter og tjenester.
- Tjenester, opplæring og kvalifisering skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov.
- Flere i arbeid som kan nytte sine evner og anlegg til beste for seg selv og samfunnet.
- Sikre økonomisk og sosial trygghet.

Regjeringen har følgende mål for hjelpemiddelområdet¹:

- 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. Kommunene skal få bistand fra hjelpemiddelsentralene på områder der de ikke har tilstrekkelig kompetanse.

I et større perspektiv er hjelpemiddelformidlingens verdigrunnlag forankret i menneskerettighetene som forplikter staten til å sikre alle borgere mulighet for *full deltakelse og likestilling* i samfunnet. Det er forpliktelser som senest er nedfelt i FNs konvensjon om rettighetene til personer med funksjonshemning.²

Retten til rehabilitering innebærer en *rett til det best mulige funksjonsnivå*. I Norge inngår retten til rehabilitering som en del av retten til helsehjelp og er forankret bl.a. i pasientrettighetsloven.

Hjelpemiddelområdet skal bidra til likestilling og deltakelse gjennom et hjelpemiddeltilbud som sikrer et likeverdig tilbud til alle – på alle livsområder. Hjelpemiddeltilbudet støtter derfor opp om sentrale velferdspolitiske mål, og utgjør en del av det norske velferdssamfunnet.

Retten til funksjon er altså verdiforankret i FNs menneskerettighetskonvensjon og ulike offentlige lover, forskrifter og dokumenter. Blant de sentrale er:

- Retten til økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. (Forskrift om habilitering og rehabilitering).
- Retten til støtte for å kompensere for nedsatt funksjonsevne. (Folketrygdløven, §10)
- Forbud mot diskriminering pga nedsatt funksjonsevne. (Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)

¹ St meld 40 "Nedbygging av funksjonshemmede barrierer."

² Convention on the Rights of Persons with Disabilities, vedtatt av FNs 61. Generalforsamling 13. desember 2006.

Hjelpemiddeltilbudet understøtter også sentrale politiske mål innen ulike sektorer:

- Helse, pleie og omsorg: Verdighet, integritet, selvhjelp, egenomsorg, avinstitusjonalisering
- Bolig/transport, dagligliv: Bevegelse, egenomsorg, selvhjelp, avinstitusjonalisering
- Skole/utdanning: Integrering og kvalifisering
- Arbeid: Integrering, inkludering, tilrettelegging, aktivisering

4.2 Hjelpemiddelområdet rettighetsbasert³

Det er kommunen som har ansvar for helse og rehabilitering for sine innbyggere. Hjelpemidler inngår som en *del* av dette ansvaret.

Hjelpemiddelsentralene fungerer som et ressurs og kompetansesenter for kommunene, og har det overordnede ansvaret for vedtak og formidling av tekniske hjelpemidler for funksjonshemmede i sitt fylke. Den statlige hjelpemiddelformidlingen er i dag samlet under én felles nasjonal ledelse i NAV hjelpemiddelsentraler og spesialenheter.

Hjelpemiddelområdet i Norge er blitt til gjennom de siste 30 årene. Parallelt med endringer i dens organisatoriske utforming har funksjonshemmedes rettigheter blitt utvidet og muligheter for medvirkning forankret i systemet. Fem viktige målsetninger har vært førende for utviklingen⁴:

Et enhetlig system (1979-2006): Norges første hjelpemiddelsentral ble etablert i 1979 i Telemark fylke. Denne var fylkes eid og fylkesdrevet, med statlig støtte. Ansvaret for hjelpemidler ble i 1994 lagt til staten, med to overordnede myndigheter – Trygdeetaten og Rikstrygdeverket. Med NAV-reformen i 2006 ble hjelpemiddelsentralene samlet, både administrativt og faglig, i én organisasjon og under én felles, nasjonal ledelse i NAV Hjelpemiddelsentraler og spesialenheter

Et helhetlig system (1994-2003): Siden staten overtok ansvaret for hjelpemiddelsentralene, har det vært jobbet for en helhetlig samhandling innenfor hjelpemiddelområdet. Samhandling mellom hjelpemiddelsentralene og kommunene er forankret i Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar, og Forskrift om habilitering og rehabilitering. I 2008 hadde alle kommuner, foruten én, inngått samarbeidsavtaler med hjelpemiddelsentralen i sitt fylke.

Et system på brukernes premisser (1975-1998): Gjennom formidlingsprosessen skal brukerne sammen med fagfolk finne frem til de løsningene som løser brukerens praktiske problemer. Formidlingsprosessen skal skje på grunnlag av brukers premisser. Dette ble allerede fastsatt av Sosialdepartementets Råd for tekniske tiltak for funksjonshemmede, opprettet i 1975. Siden slutten av 1990 – tallet har brukernes rett til medvirkning vært nedfelt i bl.a. pasientrettighetsloven.

Et rettighetssystem (1958 -): Hjelpemiddelformidlingen er et rettighetsforankret system. Siden 1971 har loven gitt rett til støtte til tiltak for å bedre den alminnelige funksjonsevnen, og har siden den gang blitt utvidet til bla å omfatte personer over 70 år, treningshjelpemidler, skolehjelpemidler og seksualtekniske hjelpemidler. Samtidig har behandlingshjelpemidler blitt overført til helseforetakene (2003). Teknologisk utvikling og økt tilgjengelighet har også bidratt til at enkelte hjelpemidler, som for eksempel vaskemaskin, ikke i dag regnes som et hjelpemiddel dekket av folketrygden.

³ Se vedlegg for mer detaljert oversikt over viktige milepæler innen utviklingen av hjelpemiddelformidlingssystemet

⁴ Presentasjon: "Hjelpemiddelformidlingen i NAV - møte med PWC 3.november 2008"

Et funksjonsfremmende system (1971 -): Hjelpemiddelformidlingssystemet i Norge, bygger på en relasjonell forståelse av funksjonshemming. Dette innebærer at en ikke ser på funksjonshemming som en egenskap ved et individ, men som et misforhold mellom individets forutsetninger og omgivelsenes krav til funksjon. Denne forståelsen innebærer at tilrettelegging utgjør en like sentral del, som tiltak rettet mot individet selv, for å redusere misforholdet mellom forventninger og forutsetninger.

Støtte til tiltak for å bedre den alminnelige funksjonsevnen har vært forankret i Folketrygdloven siden 1971. Folketrygden gir stønad både til forbedring av funksjonsevne i dagliglivet og arbeidslivet.

Kriteriene for at denne rettigheten skal utløses, følger av om behovet er varig (over to år) og om tiltaket er *nødvendig* og *hensiktsmessig*, definert i Folketrygdloven § 10-5 og 10-6. Dersom behovet kun er midlertidig er det kommunen som har ansvar for anskaffelse og utlån av hjelpemidler.

Folketrygdloven §§ 10-5 og 10-6 stiller opp vilkår for stønad til bedring av funksjonsevnen i henholdsvis arbeidslivet og dagliglivet. I § 10-7 gis det en oppregning av de stønadsformene som kan være aktuelle når vilkårene i § 10-5 eller § 10-6 er oppfylt.

Folketrygdloven § 10-17 fastsetter at rettighetene etter folketrygdloven faller bort i den utstrekning ytelsene kommer inn under ansvarsområdet i annen lovgivning.

Det overordnede mål for politikken har vært full deltakelse og likestilling i samfunnet for funksjonshemmede. Tanken er at alle skal ha rett til å delta i samfunnslivet på sine egne premisser, og at mennesker har det samme menneskeverd. Dette betyr at samfunnet må ha rom for at borgerne har ulike måter å fungere på, at ulike samfunnsaktører har en plikt til å tilrettelegge for økt tilgjengelighet og deltakelse, at det offentlige yter bistand til habilitering og rehabilitering som bedrer funksjonsevnen til den enkelte, og at det offentlige yter kompensasjon for merutgifter til hjelpemidler som kan bedre funksjonsevnen på en hensiktsmessig måte.

”Regjeringens visjon er at medlemmer med nedsatt funksjonsevne skal ha mulighet for personlig utvikling, deltakelse og livsutfoldelse på linje med andre samfunnsborgere.”

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 ”diskrimineringsloven”, plan- og bygningsloven, opplæringsloven m.m.

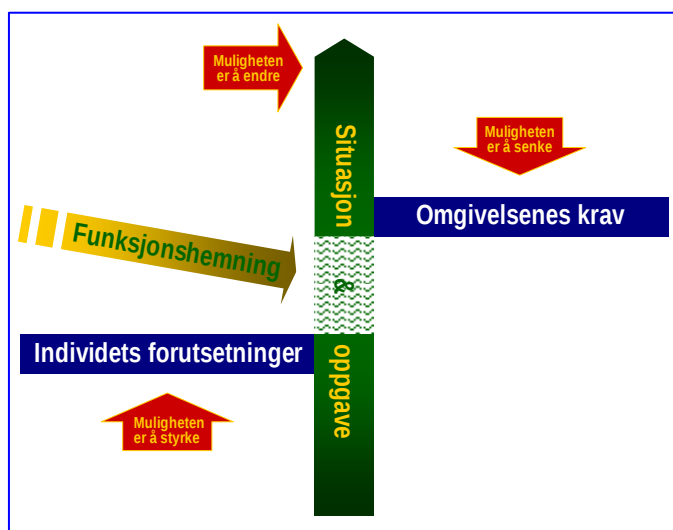
Individuell tilrettelegging fungerer som en kompensasjon for den enkeltes funksjonshemming, til tross for den generelle tilretteleggingsplikten. Det er dette virkemiddelet som er regulert i Folketrygdloven og innebærer ordninger som skal bidra til å kompensere for nedsatt funksjonsevne.

4.3 Hva er et hjelpemiddel

I regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede blir funksjonshemming definert som ”et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlige for etableringa av selvstendighet og sosial tilværelse”.⁵ På bakgrunn av denne definisjonen vil et hjelpemiddel være en gjenstand, ytelse eller tjeneste som kan settes inn for å fylle gapet mellom et individs forutsetninger for funksjon og omgivelsens forventninger. Denne forståelsen av funksjonshemming og hjelpemidler innebærer⁶:

- Funksjonshemmingen er situasjonsbestemt
- Funksjonshemming kan reduseres ved å bedre individets forutsetninger gjennom trening, opplæring, omsorg og støtte, eller ved å endre samfunnets krav ved tilrettelegging og endring av miljø
- Hjelpemidler er kun et av flere tiltak, og skal bidra til bedre funksjonsevne, økt selvhjelpenhet og lette pleie av funksjonshemmede
- Et hjelpemiddel gir først verdi når det er tilpasset den enkelte bruker og bruks riktig i den gitte situasjonen

Personer med funksjonsnedsettelser bruker hjelpemidler på alle livsområder; hjem, barnehage, utdanning, arbeid, fritid og samfunnsliv.



Figur 1: Funksjonshemming er gapet mellom omgivelsenes krav og individets forutsetninger. Kilde: NAV

4.4 Hjelpemidler - ett av flere virkemidler

Hjelpemidler ses som ett av flere tiltak for å bedre funksjonsevnen. Hjelpemiddelområdet må derfor ses i sammenheng med andre tiltak og virkemidler for å tilrettelegge for integrering, deltakelse, aktivisering, egenomsorg mv. De overordnede målene nås best ved en god samordning mellom institusjoners tilretteleggingsplikt og individuelle tiltak/virkemidler overfor den enkelte, der tekniske hjelpemidler er ett av flere virkemidler for å bedre funksjonsevnen.

⁵ St.meld.nr 8 (1998-1999): Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001. Sosial – og handelsdepartementet

⁶ ”Hjelpemiddelformidlingen – en del av et større system. Informasjonshfte om hjelpemiddelformidlingen”, Rikstrygdeverket ved Hjelpemiddelkontoret, 2003

Hjelpemiddelforvaltningen er derfor forankret i kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering mv., men må ses i nær samhandling med andre forvaltningsorganers ansvar innenfor området. Det vil si at hjelpemiddelformidlingen skal ses i sammenheng med andre tiltak som kan bedre den enkeltes funksjonsevne.

Hvor stor funksjonshemningen i gitte situasjoner er, avhenger i stor grad av den generelle tilretteleggingen innen ulike områder/sektorer.

Det er "Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)"⁷ som spesifiserer omgivelsenes plikt til generell- og individuell tilrettelegging.

§ 9. Plikt til generell tilrettelegging (universell utforming)

Offentlig virksomhet skal arbeide aktivt og målrettet for å fremme universell utforming innenfor virksomheten. Tilsvarende gjelder for privat virksomhet rettet mot allmennheten.

Med universell utforming menes utforming eller tilrettelegging av hovedløsningen i de fysiske forholdene slik at virksomhetens alminnelige funksjon kan benyttes av flest mulig.

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

§ 12. Plikt til individuell tilrettelegging

Arbeidsgiver skal foreta rimelig individuell tilrettelegging av arbeidsplass og arbeidsoppgaver for å sikre at en 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 lik linje med andre.

Skole- og utdanningsinstitusjon skal foreta rimelig individuell tilrettelegging av lærested og undervisning for å sikre at elever og studenter med nedsatt funksjonsevne får likeverdige opplærings- og utdanningsmuligheter.

Kommunen skal foreta rimelig individuell tilrettelegging av barnehagetilbud for å sikre at barn med nedsatt funksjonsevne får likeverdige utviklings- og aktivitetsmuligheter.

Kommunen skal foreta rimelig individuell tilrettelegging av tjenestetilbud etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven av varig karakter for den enkelte, for å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne får et likeverdig tilbud.

Plikten etter første til fjerde ledd omfatter ikke tilrettelegging som innebærer en uforholdsmessig byrde. Ved vurderingen av om tilretteleggingen medfører en uforholdsmessig byrde skal det særlig legges vekt på tilretteleggingens effekt for å nedbygge funksjonshemmende barrierer, de nødvendige kostnadene ved tilretteleggingen og virksomhetens ressurser.

Brudd på plikten til individuell tilrettelegging etter første til femte ledd regnes som diskriminering.

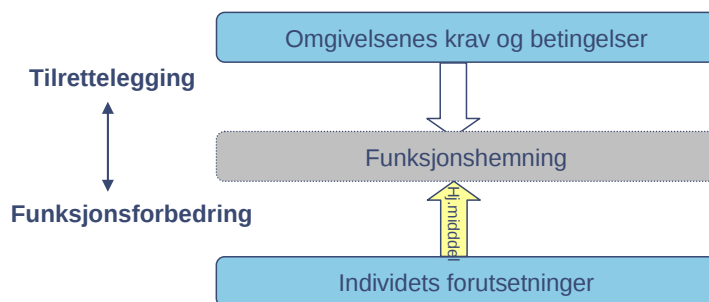
"Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven" - § 9 og 12

Det vil si at funksjonsforbedringen i stor grad vil være et samspill mellom omgivelsenes tolkning og etterlevelse av tilretteleggingsplikten etter "Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven" og hensiktsmessig hjelpemiddel (teknisk hjelpemiddel, tjeneste eller tilskudd) for å bedre den enkeltes forutsetninger for funksjonsforbedring.

I stor grad vil det være slik at målene med nedbygging av funksjonshemmedes barrierer vil være avhengig av *både* aktiv tilrettelegging og hensiktsmessig hjelpemiddel.

⁷ LOV 2008-06-20 nr 42: Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)

En sentral intensjon ved kravet om universell utforming er med andre ord å redusere behovet for individuelle hjelpemidler og særløsninger.



Figur 2: Reduksjon av funksjonshemning er avhengig av generell tilrettelegging og funksjonsforbedring ved hjelpemiddel

Økt tilgjengelighet gjennom universell utforming kan imidlertid også utløse nye behov for individuelle hjelpemidler for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne dra nytte av produkter som er gitt en universell utforming. Dette kan for eksempel gjelde i forbindelse med datautstyr som muliggjør lesing av offentlige og andre dokumenter for svaksynte. Det sentrale er at universell utforming trolig kan bidra til å åpne nye muligheter for personer med nedsatt funksjonsevne.

4.5 Hjelpemidler på alle livsområder

Funksjonsevnen kan være nedsatt innen ulike funksjoner og sanser:

- Bevegelse
- Syn
- Hørsel
- Kognitiv svikt

Derfor er hjelpemidler svært ulike i karakter, avhengig av hvilken funksjonsnedsettelse det er snakk om, og hvilket individuelt hjelpemiddel som bedrer funksjonsevnen til den enkelt i bestemte sammenhenger. Uavhengig av hvilken funksjonsnedsettelse det gjelder skal det gis hjelpemidler til alle livssituasjoner dersom dette er hensiktsmessig for å bedre funksjonsevnen til den enkelte.

4.5.1 Dagligliv

Folketrygdlovens § 10-6 omhandler vilkårene for rett til stønad til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet. Det gis stønad for å løse funksjonshemmedes praktiske problemer i dagliglivet.

Med dagliglivets situasjoner menes i utgangspunktet alle situasjoner i dagliglivet som for eksempel kommunikasjon med omgivelsene (nærkommunikasjon), personlig hygiene, forflytning og stell av hjem og barn.

Dagliglivets situasjoner omfatter også det å kunne bli pleid i hjemmet. Det kan gis stønad til hjelpemidler for å bedre pleierens/familiemedlemmets arbeidssituasjon i pleiesituasjonen dersom dette er

nødvendig og hensiktsmessig for å at den funksjonshemmede skal kunne bli pleid i hjemmet. Som eksempler kan nevnes badeheis og andre løfteanordninger.

Deltagelse i organisasjonsarbeid og/eller politisk arbeid anses også som omfattet av begrepet dagliglivets gjøremål. Med organisasjonsarbeid her menes arbeid for ideelle organisasjoner.

Utenfor begrepet dagliglivet i folketrygdlovens forstand, faller trening, sport og hobby, jf. Ot.prp. nr.10 (2003-2004) der det går fram at lovgivers forutsetning er at hjelpemidler til bruk i dagliglivet ikke omfatter hjelpemidler i forbindelse med rekreasjon, fritidsinteresser, trening mv.

Dersom hobby/fritidsaktivitet har et så stort omfang at det må anses som en del av dagliglivet aktiviteter, kan stønad i spesielle tilfeller likevel tilstås. Det kan likevel gis stønad til hjelpemidler til barn og unge under 26 år til trening, stimulering og aktivisering for å bedre eller opprettholde funksjonsevnen.

Fra 1997 overtok folketrygden finansieringsansvaret for skolehjelpemidler. Intensjonen med den nye ordningen var å utnytte de samlede ressursene på en bedre måte enn før, og sikre funksjonshemmede elever og barnehagebarn en lik og enklere behandling.

Kommunen/fylkeskommunen har fortsatt ansvar for læremidler, utstyr til bruk i undervisning, inventar og atkomst

Videre faller utdanning utover grunn- og videregående skoles nivå, arbeid og attføring utenfor begrepet dagliglivet. Tiltak/hjelpemidler i forhold til disse arenaer, omfattes av folketrygdloven § 10-5.

Folketrygdlovens § 10-5 med tilhørende bestemmelser i §10-7, vil særlig måtte koordineres med §§ 9 og 12 i "Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven", og ulike virkemidler/ordninger som særlig administreres av kommunene (habilitering- og rehabilitering) og Husbanken (tilpasning av bolig).

4.5.2 Arbeid

Intensjonen med ytelser etter Folketrygdlovens § 10-5 er å bygge ned barrierer som medlemmer med nedsatt funksjonsevne møter i samfunnet som hindrer like muligheter til aktivitet og deltakelse. Intensjonen med lovhjemmelen er at medlemmer med nedsatt funksjonsevne skal ha samme muligheter til personlig utvikling og deltakelse i arbeidslivet på linje med andre samfunnsborgere.

For mange i yrkesaktiv alder betyr deltakelse mulighetene til å forsørge seg og sine gjennom arbeid og egen inntekt.

Formålet med folketrygdloven § 10-5 er å sikre inntekt, og å kompensere for bestemte utgifter til bedring av arbeidsevnen og funksjonsevne i arbeidslivet for medlemmer som har sykdom, skade eller lyte.

Stønad etter denne paragrafen skal hindre utstøting fra arbeidslivet, skape et mer inkluderende arbeidsliv og føre til flere i arbeid, samt redusert sykefravær.

Folketrygdlovens § 10-5 vil særlig måtte koordineres med §§ 9 og 12 i "Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven", og ulike virkemidler/ordninger som særlig administreres av NAV.

4.5.3 Transport

På transportområdet har fylkeskommunene ansvar for TT-tjenesten, mens folketrygden kan gi stønad til bil, grunnstønad til transport, stønad til transport i forbindelse med yrkesrettet

atføring m.v. Fra 2001 er det etablert en egen forsøksordning med arbeids- og utdanningsreiser for personer med nedsatt funksjonsevne. I havparten av landets fylker er ordningen organisert av trygdeetaten, mens i de øvrige fylkene er ordningen organisert av fylkeskommunene.

Det gis bilstønad hvis funksjonsnedsettelsen gjør at man ikke kan bruke offentlige transportmidler, eller hvis bruk av offentlig transport fører til urimelige belastninger. I tillegg må det være et behov for bil for å kunne:

- Reise til og fra arbeids- eller utdanningssted
- Utføre funksjon som hjemmearbeidene
- Forhindre eller bryte en isolert tilværelse
- Avlaste familien i tilfeller hvor funksjonsnedsettelsen fører til særlig stor pleiebyrde og derved kan forhindre innleggelse i helseinstitusjon

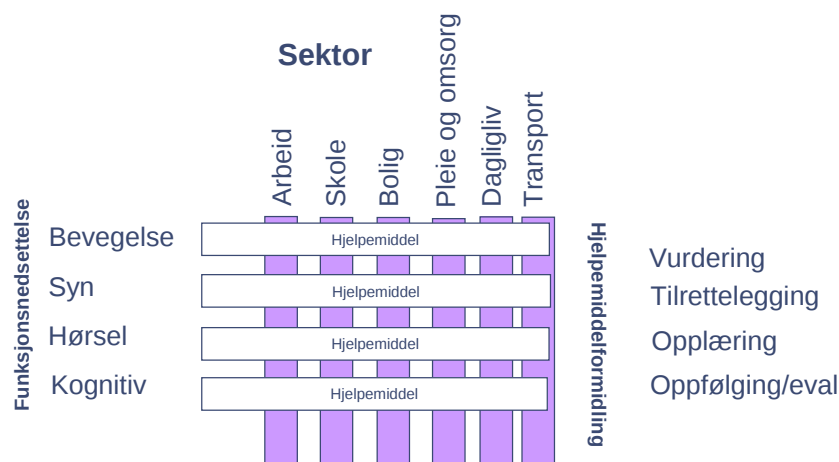
Det gis ikke stønad til bil hvis funksjonsnedsettelsen er oppstått etter fylte 70 år.

Spesialutstyr og tilpasning av bilen som er nødvendig på grunn av funksjonsnedsettelsen, gis som tilskudd uten økonomisk behovsprøving. Det er ingen øvre grense for hvor mye det koster.

Det kan også gis tilskudd til nødvendig kjøreopplæring. Tilskuddet er økonomisk behovsprøvd og beregnes på samme måte som til bil.

4.6 Hjelpemiddel som sektorovergripende tiltak

Det individuelle hjelpemiddelet skal medvirke til funksjonsforbedring på alle livsområder og må i stor grad ses på tvers av sektorer.



Figur 3: Et hjelpemiddel vil i stor grad avhjelpe funksjonsnedsettelse på tvers av livsområder

Noe sammenfattet kan man si at ulike funksjonsnedsettelse skaper ulike behov for generelle og funksjonsfremmende tiltak innen alle sektorer. I tillegg er det behov for individuelt tilpassede tiltak som bedrer den enkeltes funksjonsevne i møte med ulike behov og krav. Et teknisk hjelpemiddel vil ofte være ”sektorovergripende” i den forstand at det bedrer funksjonsevnen på tvers av sektorenes ansvarsområde (for eksempel rullestol). Hjelpemidelformidlingens hovedoppgave er å bistå den enkelte til å bedre funksjonsevnen på alle livsområder ved å utnytte tekniske hjelpemidlers funksjonalitet i sammenheng med annen tilrettelegging og habilitering/rehabilitering.

5. Finansieringsordninger og insitamenter for kostnadseffektiv og måleffektiv ressursutnyttelse

5.1 Innledning

I mandatet til hjelpemiddelutvalget pekes det på enkelte problemstillinger som kan medføre sviktende tilbud til brukerne, manglende måloppnåelse og/eller manglende kostnadseffektivitet:

”Dagens organisering, ansvarsdeling og samarbeidsflater mellom stat, kommune og andre aktører kan skape uklarheter og gråsoner som resulterer i arbeids- og tidskrevende saksbehandling og kan også føre til andre uklarheter for brukerne og forvaltningen. Manglende samordning kan også bidra til at kostnadene blir høyere enn nødvendig.”

Ulike finansieringsformer har ulike styringseffekter som kan deles inn i fire hovedkategorier (NOU 2004: 13 ”En ny arbeids- og velferdsforvaltning):

- Ordninger som bidrar til kostnadskontroll
- Ordninger som stimulerer til aktivitet
- Ordninger som stimulerer til kostnadseffektivitet
- Ordninger som stimulerer til formåleffektivitet

I dette kapitlet skal vi drøfte våre observasjoner med hensyn til hjelpemiddelområdets formåleffektivitet, koordinering med andre offentlige virkemidler/reguleringer og insentiver til kostnadskontroll og kostnadseffektiv forvaltning.

5.1.1 Formåleffektivitet

Hjelpemiddelområdet skal medvirke til å redusere en bestemt funksjonsnedsettelse slik at brukeren kan oppnå størst mulig deltakelse på alle livsområder. Som vi har beskrevet inngår hjelpemiddelområdet som et viktig element i en helhetlig politikk overfor funksjonshemmede, der integritet, verdighet, deltakelse og aktivitet er vesentlige formål. Det vil si at hjelpemiddelområdet er *verdiforankret* i utformingen av virkemidlene, og at effektene av tiltakene må ses i sammenheng med verdien for den enkelte.

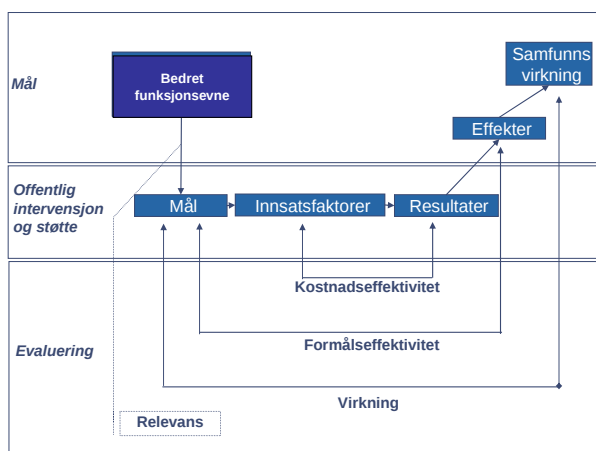
Likeledes er det slik at brukerens funksjonsforbedring også blir ansett å være ”nyttig” i samfunnsøkonomisk forstand, ved at funksjonsforbedringen kan medvirke til mindre behov for mer kostbare løsninger som pleie/omsorg, fysisk bistand og passive ytelser i form av trygdeytelser/sosialstønad.

Det vil si at hjelpemiddelområdet, dersom det medvirker til mindre behov for mer kostbare ytelser, kan betraktes som et samfunnsøkonomisk *nyttig* virkemiddel.

For brukeren vil spørsmålet om formåleffektivitet – at ordningene gir gode resultater i forhold til målene om likeverd og deltakelse – være det helt sentrale.

Finansieringsformene innen hjelpemiddelområdet er preget av en blanding av rettighetsbaserte refusjonsordninger (Folketrygden) og rammefinansiert budsjettstyring. I hovedsak er den statlige hjelpemiddelforvaltningen rettighetsbasert, mens kommunenes oppgaver i selve formidlingsprosessen i stor grad er rammefinansiert (budsjettstyrt). Det vil si at selve hjelpemiddelet er finansiert gjennom folketrygden, mens sentrale tjenester/aktiviteter knyttet til at hjelpemiddelet skal gi optimal funksjonsforbedring (behovsvurdering, utprøving, opplæring, oppfølging mv.) er rammefinansiert. Dette er tjenester som i de fleste tilfellene er knyttet til kommunenes habiliterings- og rehabiliteringsansvar.

Refusjonsordninger (rettighetsbaserte ordninger) stimulerer antakelig i stor grad til formålseffektivitet fordi finansieringen knyttes til en bestemt tjeneste eller formål. De økonomiske stønadsordningene gjennom folketrygden er i all vesentlighet finansiert gjennom refusjonsordninger med åpen ramme. Den sterke regelstyringen innebærer at finansieringen er rimelig formålsrettet, men i hovedsak nøytral i forhold til andre hensyn. (NOU 2004: 13 ”En ny arbeids- og velferdsforvaltning”)



Figur 4: Mål, innsatsfaktorer , resultater og effekter

Det er liten tvil om at hjelpemiddel (enten som teknisk hjelpemiddel eller tjeneste) er et målrettet tiltak som gir forventede effekter, dvs. bedring av funksjonsevnen. Det viser bl.a. NAVs brukerundersøkelse som klart identifiserer at de fleste brukere har stor nytte av hjelpemiddelet og at få hjelpemidler ikke er i bruk⁸. At det rettighetsbaserte systemet understøtter den verdimessige forankringen, er det heller ikke særlig tvil om. Særlig brukerne og deres organisasjoner er helt entydige på dette spørsmålet.

Hvorvidt dagens system også er nyttig i økonomisk forstand, er det selvsagt vanskeligere å svare entydig på. Kostnadene ved systemet er rimelig godt kjent, men verdien er ikke så lett å måle i økonomiske termer.

Dersom man imidlertid legger til grunn at alternativet i stor grad vil være institusjon, økt praktisk bistand og passivisering (sosialstønad/trygd), er det rimelig å anta at dette vil medføre større kostnader for samfunnet – også i økonomisk forstand.

På mange måter blir spørsmålet om forvaltningen av virkemidlene ville gitt bedre resultater ved andre modeller og/eller om dagens ordning, til tross for den sterke oppslutningen blant brukerne og fagpersoner, ville være bedre dersom man endret insentivene ved annen finansieringsmåte og annen organisering.

⁸ Ca. 75% oppgir at de i ”stor grad” har nytte av hjelpemiddelet, 21% i ”noen grad”, 3% ”i liten grad” og 1% ”ikke i det hele tatt”, Kilde NAVs brukerundersøkelse, 2008

Vi tror spørsmålet særlig kan belyses ved å se på to forhold:

- (Bedre) samordning og koordinering av politikken
- Endringer som hindrer (evt.) kostnadsovervelting og/eller medvirker til kostnadskontroll på sikt

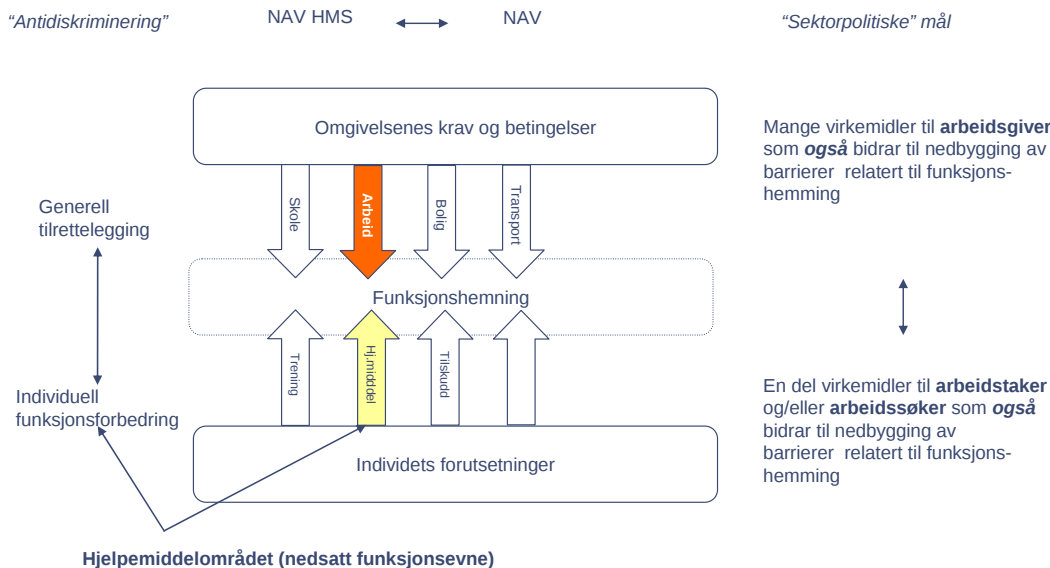
5.1.2 Samordning

Hjelpemiddelområdet inngår som ett av flere virkemidler som skal bidra til nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Som vi har beskrevet i foregående kapitler, er hjelpemiddelet finansiert gjennom folketrygden et *individerorientert* virkemiddel som skal bidra til funksjonsforbedring hos den enkelte bruker i møte med barrierer innen alle livsområder. I tillegg skal hjelpemiddelet avhjelpe funksjonsnedsettelse uavhengig av funksjonshemningens karakter (syn, hørsel, bevegelse, kognasjon).

Et vesentlig element i vurderingen av hele det velferdspolitiske området, er knyttet til hvordan ulike tjenester, tilskudd og tjenester er samordnet og koordinert for å gi best mulig effekt og minimere gråsoner eller dubleringer. For det første er det vesentlig for brukeren at tjenestene er koordinert og konsistente for å hindre ”kasteballeffekt” og unødig byråkratiske forsinkelser mv. For det andre er det selvsagt viktig for det offentlige at ressurser utnyttes på best mulig måte.

Det er særlig to dimensjoner i samordningsbehovet som er særlig interessante. Dette er forsøkt vist i figuren nedenfor. Den ene dimensjonen er knyttet til den horisontale akse, dvs. mellom ulike sektorer som har betydning for funksjonshemmedes mulighet til deltakelse og aktivitet (skole, arbeid, bolig, transport, pleie/omsorg mv).

Den andre dimensjonen (vertikalt) er knyttet til forholdet mellom tilretteleggingsplikten som medvirker til å bygge ned funksjonsbarrierer og individuelle tiltak som styrker *den enkeltes funksjonsforbedring* gjennom hjelpemidler, bistand, trening og opplæring.



Figur 5: Illustrasjon av tilrettelegging og nedsatt funksjonsevne på arbeidsområdet (eksempel)

Som vi har beskrevet i kapittel 3 gis det hjelpemidler til funksjonsforbedring uavhengig av hvilken ”sektor” hjelpemiddelet skal benyttes eller uavhengig av hvilken funksjonsnedsettelse (diagnose) det

dreier seg om. Imidlertid skal hjelpemiddelet vurderes i forhold til hensiktsmessig funksjonsforbedring, f.eks i forhold til dagligliv eller arbeid.

For mange hjelpemidler vil det være snakk om funksjonsforbedring både i forhold til dagligliv, skole og/eller arbeid (rullestol, synshjelpemidler mv). Det vil si at hjelpemiddelområdet ikke kan fordeles på den enkelte sektors ansvarsområde. Det ville skape en mengde gråsoner knyttet til hvilken instans som har ansvar for hvilke hjelpemidler, samt at det for brukeren ville være en helt uoversiktlig situasjon. Sektoransvarsprinsippet er derfor ikke særlig relevant når det gjelder forvaltning og formidling av hjelpemidler til den enkelte bruker.

Sektoransvarsprinsippet ble formulert i *St.meld. nr. 23 (1977-78) Funksjonshemmede i samfunnet*. Prinsippet ble benevnt som *organisatorisk integrering*, og med dette mente man at:

... "samfunnets vanlige serviceorganer beholder det fulle ansvar overfor alle funksjonshemmede og hver for seg bygger ut de nødvendige spesialiserte tiltak" ...

...

Det er nødvendig at de forskjellige myndigheter innenfor sine områder, og på alle plan aksepterer sitt ansvar for funksjonshemmede. Etter dette vil eksempelvis funksjonshemmedes transportbehov være en kommunikasjonssak og falle inn under samme myndigheter som har ansvar for den øvrige befolknings transportbehov.⁹

Internasjonalt betegnes prinsippet også som *mainstreaming*:

Som i Norge anvender [EU] Kommisjonen prinsippet om sektoransvarlighet (eller "mainstreaming"). Det vil si at den forvaltning som har det alminnelige ansvaret for et saksområde, også har ansvaret for tilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne.¹⁰

Sektoransvarsprinsippet har likestilling som intensjon.¹¹ Prinsippet innebærer at de vanlige instansene i samfunnet skal gi tilbud til alle, inkludert mennesker med funksjonshemming. Og at de samme instansene skal supplere med særskilte ordninger hvis de ordinære ordningene ikke strekker til.¹²

St.meld. nr. 23 (1977-78) advarte mot å se sektoransvarsprinsippet som en garanti:

Imidlertid representerer en organisatorisk integrering ingen garanti for at de uønskede sidene ved vårt nåværende system elimineres. Dersom det ikke samtidig skjer en styrking av de ulike sektors ressurser, vil en organisatorisk integrering tvert i mot kunne være egnet til å tilsløre og tildekke mangler, og bidra til at funksjonshemmedes stilling blir ytterligere forverret.¹³

Kilde: NAV

Hjelpemidler må forvaltes på tvers av sektorer og være knyttet til en totalvurdering av funksjonsforbedring innen ulike områder (sektorer), enten det gjelder hjelpemiddel som teknisk hjelpemiddel eller tjeneste.

Behovet for hjelpemiddel må imidlertid ses i nær sammenheng med øvrige funksjonsfremmende tiltak som kan være sektorspesifikke. Innen den enkelte sektor vil det være (i varierende grad) flere tiltak som virker nedbyggende på funksjonshemmende barrierer. For eksempel er det flere ordninger og tiltak innen arbeid (administrert av NAV) som kan bidra til å nedbygge funksjonsbarrierer, slik som det også er tiltak innen bolig (administrert av Husbanken) og transport (administrert av fylkeskommunen). Til sammen gir

⁹ *St.meld. nr. 23 (1977-78) Funksjonshemmede i samfunnet*.

¹⁰ *St.meld. nr. 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*.

¹¹ *NOU 2001:22 Fra bruker til borger*.

¹² *St.meld. nr. 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*.

¹³ *St.meld. nr. 23 (1977-78) Funksjonshemmede i samfunnet*.

dette et temmelig uoversiktlig bilde, dersom man skal kartlegge og vurdere koordineringsbehovet for samtlige tiltak som berører funksjonshemmedes muligheter til deltakelse, egenomsorg mv.

Grunnleggende sett berører imidlertid ikke dette selve hjelpemiddelområdet, ettersom det i folketrygdens bestemmelser om vilkårene er gitt at hjelpemiddelet skal være *hensiktsmessig* (målrettet) for å forbedre en gitt funksjonshemming, og så lenge bestemmelsene i §10-17 sier at hjelpemiddelet ikke skal gis dersom det faller inn under annen lovgivnings ansvarområde.

Det er altså hjelpemiddelforvaltningens plikt å vurdere det enkelte behov i forhold til den aktuelle funksjonsnedsettelsen, hvordan hjelpemiddelet kan bedre funksjonsevnen (i situasjoner som bestemt i §§10-5, 10-6 og 10-7) og om det foreligger sannsynlighet for at hjelpemiddelet faller inn under annen lovgivnings ansvar.

Det betyr ikke at det ikke er behov for en samordning/koordinering av tiltak og stønader som har betydning for funksjonshemmedes funksjonsevne, men at disse ofte har et videre siktemål enn kun å gjelde funksjonshemmede og at hjelpemiddelområdet dermed er den sektorovergripende rettigheten som gjelder den enkelte funksjonshemmedes møte med barrierer som er mer eller mindre redusert ved andre ordninger.

Samordningsbehovet mellom hjelpemiddelforvaltningen og den enkelte sektor er derfor i stor grad knyttet til mulige gråsoner i forholdet mellom tilretteleggingsansvaret i annen lovgivning og §10-17 i Folketrygdloven. Ikke minst gjelder dette hvordan "diskrimineringsloven" etter hvert skal fortolkes og håndheves.

De vesentligste gråsonene slik de beskrives av fagpersoner (i NAV og kommunene) er i dag knyttet til enkelte tolkninger av grensene mellom tilretteleggingsplikten slik den kommer til uttrykk i "diskrimineringsloven" §9 (universell utforming) og § 12 (individuell tilrettelegging).

I tillegg er det oppstått enkelte fortolkningsmessige gråsoner knyttet til hjelpemidler og barn/unge (Opplæringsloven) og institusjon (sykehjem).

Når det gjelder den sistnevnte problematikken (barn/unge), er dette i stor grad snakk om lovmessig fortolkning, og først og fremst et spørsmål om å finne fortolkningsmessig praksis.

Der det er større behov for samordning og koordinering, er trolig innenfor hjelpemidler og arbeid, fordi det her er iverksatt en rekke tiltak og ordninger (stort sett forvaltet av NAV) som bør ses i sammenheng med §§ 10-5 og 10-7. Likeledes vil tolkningen av "rimelig" når det gjelder tilretteleggingsplikten i "diskrimineringsloven" være av betydning for gråsoner mellom hjelpemiddelområdet og øvrig ansvarsforhold.

5.1.3 Kostnadskontroll

Hvorvidt hjelpemiddelområdet er organisert på en "bærekraftig" måte, er ikke minst knyttet til om ordningen gir rom for rimelig kostnadskontroll: Om det er mulig å kontrollere eller forutse kostnadene innen området på en rimelig måte, og om refusjonsordningen kan tenkes å legge uholdbare kostnadsmessige forpliktelser på fremtidige utbetalinger. Likeledes er spørsmålet om andre insitamenter vil vri kostnadene på en slik måte at man kan nå målene like godt eller bedre.

En eventuell kostnadskontroll må i dag utøves indirekte gjennom endringer av regelverket (endrede rettigheter) eller ved forebyggende arbeid for å hindre at rettigheter utløses (jf. arbeidslinjen og en vektlegging av overgang fra passive til aktive ytelser).

Et problem for kostnadskontrollen kan være at refusjonsordningen er knyttet til overslagsbevilgninger (ikke budsjettstyrt), mens det forbyggende arbeidet i form av tilrettelegging, aktiv oppfølging, samarbeid med andre i stor grad vil være rammefinansiert og belaste driftsbudsjettene. Det kan derfor være vanskelig å ”investere” i det forebyggende/alternative arbeidet for å høste fruktene i form av reduserte stønadsutgifter. Likeledes vil måten ordningen er organisert på kunne gi prioriteringer av tiltak som ville gitt bedre resultater ved annen organisering.

Refusjonsordninger som tar sikte på å stimulere til bestemt aktivitet eller kostnadseffektivitet, vil typisk være ulike former for ”penger følger brukeren” eller innsatsstyrt finansiering (for eksempel DRG i helsesektoren). Effekten av slike refusjonsordninger vil avhenge av satsnivå i forhold til produksjonskostnadene, som igjen normalt vil avhenge av om ordningen særlig skal stimulere aktivitet eller kostnadseffektivitet.

Rammefinansiering gir høy grad av kostnadskontroll, men må kombineres med andre tiltak for å stimulere (i seg selv) til kostnadseffektivitet, aktivitet og formåleffektivitet. Rammefinansiering gir i utgangspunktet mottakeren stor frihet til å prioritere/avveie forholdet mellom aktivitetsnivå, kostnads- og formåleffektivitet.

Både innenfor rammefinansiering og refusjonsordninger benyttes det ulike virkemidler for å stimulere til aktivitet og/eller ulike typer effektivitet. Kontraktering vil kunne være et virkemiddel for å stimulere til aktivitet og kostnadseffektivitet ved å utnytte markedsmekanismer (konkurranse) i en bestiller-utfører modell. Kontraktering kan imidlertid også ha dysfunksjonelle sider dersom ”markedet” ikke fungerer, det er vanskelig å måle kvalitet og resultater, det er vanskelig å beregne kostnadsdekning (for eksempel kryss-subsidiering), mv.

Kostnadsovervelting er en vanlig problemstilling når den som har ansvar for en oppgave ikke også bærer kostnadene ved virksomheten. Likeledes dersom ulike ytelser og tjenester har ulike finansieringsmåter og vedtak hos en part forutsetter tiltak eller ytelser hos en annen part. Kostnadsovervelting mellom det kommunale (rammefinansierte) systemet og det statlige (refusjonsbaserte) systemet er påpekt som en problemstilling i mange sammenhenger. Enten ved at kommunene gjennom sin kostnadskontroll sender brukere over på rettighetsbaserte ytelser eller ved at staten strammer inn regelverket (rettighetene) på en slik måte at brukere blir mer avhengig av kommunale tjenester. Likeledes vil det kunne være et problem med kostnadsovervelting mellom aktive og passive ytelser, spesielt dersom de aktive ytelsene forutsetter tiltak og aktiviteter som finansieres over driftsbudsjettene (rammefinansiering).

Finansieringsstrukturen (rettighetsstyring eller budsjettstyring) vil i stor grad legge ulike føringer og insitamenter som stimulerer ulike effektivitetsbegreper. I og med at hjelpemiddelområdet også forutsetter samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer, vil det kunne medvirke til at organiseringen og myndighetsstyringen for å redusere ineffektivitet og kostnadsdrivende faktorer vanskeliggjøres. I NOU 2004:13 er ulike forvaltningsmodeller som bl.a. gir ulike premisser for slike problemstillinger drøftet på et mer overordnet nivå.

Hvordan disse problemstillingene slår ut innenfor hjelpemiddelområdet, er selvsagt en svært sammensatt problemstilling. Vi skal først se litt på det generelle kostnadsbildet før vi forsøker å gi noen sentrale betraktninger og vurderinger.

5.2 Hjelpemiddelområdet – noen nøkkeltall

I det følgende kapittelet vil enkelte nøkkeltall bli trukket frem, for å illustrere de generelle tendensene og utviklingstrekkene innen hjelpemidelformidlingen.

Data som er benyttet, er i hovedsak hentet fra NAV, og inkluderer kun hjelpemidler som er formidlet via hjelpemiddelsentralene.

Nøkkeltallene viser tre viktige hovedtrekk:

- Utgifter till hjelpemidler er relativt begrenset, sett i forhold til folketrygdens totale utgifter.
- Pensjoner og inntektssikring er fortsatt hovedutfordringen knyttet til folketrygdens bærekraft.
- Utgift pr. bruker har vist en relativ konstant og svakt stigende kurve de siste årene, etter en kraftig nedgang frem til 1990.
- Utgifter pr innbygger har flatet ut siden 2000, etter en sterk vekst på 90-tallet. Samtidig har dekningsgraden økt betydelig siden oppstart av de første hjelpemiddelsentralene.

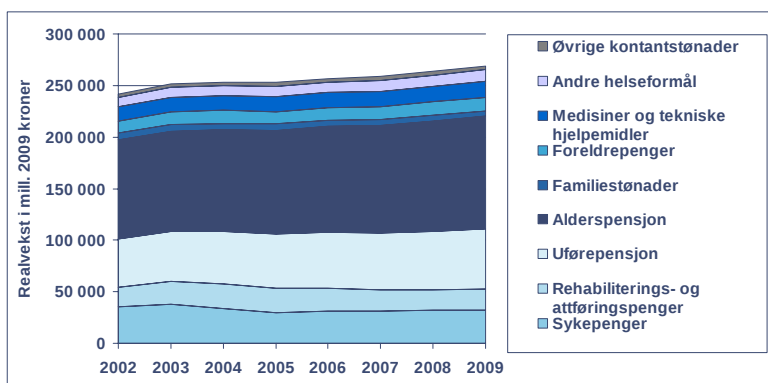
5.2.1 Utvikling på stønadsbudsjettet

Veksten innen stønadsbudsjettet har flatet ut de seneste årene. Folketrygdens totale utgifter utgjorde i 2008 264 401 mill. kroner¹⁴ (anslag på regnskap). Realveksten i 2009 kroner, fra 2002 til 2009 er beregnet til omtrent 34 600 mill. kroner, og tilsvarer en prosentvis økning på 13,9 %. Denne veksten skyldes i hovedsak økt tilstrømming til ordningene (økt dekningsgrad), og i mindre grad utvidelse av rettigheter eller satsøkninger.¹⁵

Hjelpemidler går under kategori ”Medisiner og tekniske hjelpemidler”. Utgiftsutviklingen innen denne kategorien skiller seg ikke markant fra utgiftsutviklingen innen de øvrige kategoriene.

Som figur 6 viser, er det alderspensjon og uførepensjon som utgjør den største andelen av utgiftene til de sentrale ordningene i folketrygden. Dette bilde har hold seg relativt konstant fra 2002.

Alderspensjon utgjorde i 2008 40,6 % og uførepensjon 21,6 %, av de totale utgiftene. Medisiner og tekniske hjelpemidler utgjorde i 2008 15 080 mill. kroner, eller 5,7 % av de totale utgiftene til de sentrale ordningene i folketrygden.



Figur 6 Utviklingen i sentrale ordninger i folketrygden (2002-2009)¹⁶, Kilde: Folketrygdens utgifter og inntekter, St.prp nr.1 (2008 - 2009)

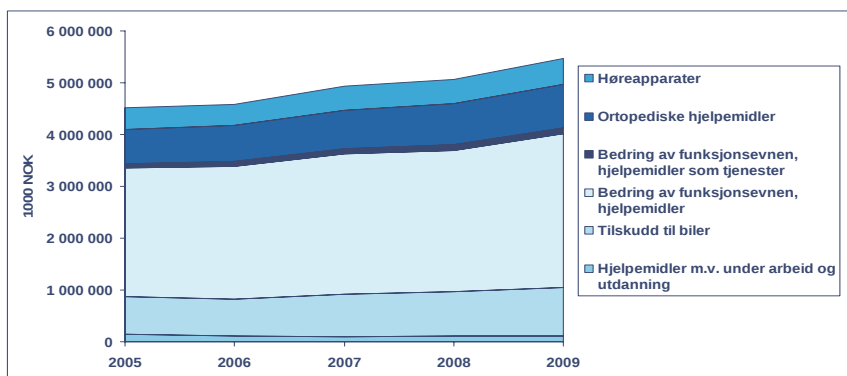
¹⁴ Kap 5. Folketrygdens utgifter og inntekter, St.prp nr.1 (2008 - 2009), tabell 5.1 Folketrygdens utgifter

¹⁵ Kap 5. Folketrygdens utgifter og inntekter, St.prp nr.1 (2008 - 2009)¹⁵

¹⁶ Beløpene for perioden 2002–2007 er basert på regnskapstall, mens beløpene for 2008 er anslag på regnskap. For 2009 brukes utgiftsanslag ved uendret regelverk fra 2008 til 2009.

Figur 7 viser utviklingen innen enkelte kategorier hjelpemidler som folketrygden opererer med. Utgifter til tjenester rettet mot funksjonsforbedring er beregnet å øke mest mellom 2005 og 2009, med 58,4 %. Det er kun hjelpemidler til arbeid og utdanning som er beregnet til å falle i samme periode, med henholdsvis 18,7 %.

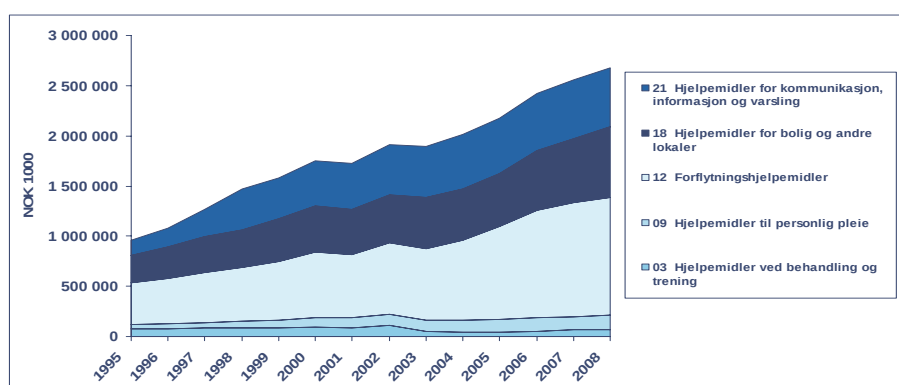
NAV kjøpte inn hjelpemidler til rundt 2,67 milliarder kroner i 2008, mot et totalt innkjøp i 1995 på 9,64 mill. kroner.



Figur 7 Utvikling pr kategori, Folketrygden (2005 – 2009), Kilde: St.prp nr 1 (2006-2007) - 2005 tall, St.prp nr 1 (2007-2008) - 2006 tall, St.prp nr 1 (2008-2009) - 2007 tall, 2008 er saldert budsjett og 2009 forslag til budsjett

under. Utviklingen må bla sees mot vekst i antall betjente brukere. I 1995 betjente hjelpemiddelsentralene 108 940 brukere. Antallet steg jevnt frem mot 2002, etter 2004 har antall betjente brukere falt noe og lå i 2007 på 152 416 brukere.

Forflyttningshjelpemidler utgjør i kroner den største hjelpemiddelkategorien, i 2008 rundt 43,7 % av de totale innkjøpene. Denne kategorien inkluderer alt fra manuelle og elektriske rullestoler, krykker, rullatorer til biler. Videre utgjorde hjelpemidler til boliger, som senger, støttehåndtak og toalettforhøyere, 26,4 % av de totale innkjøpene i 2008.



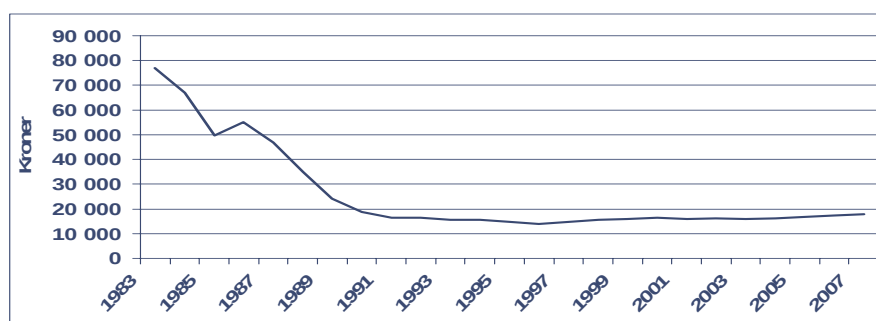
Figur 8 Utgifter pr kategori hjelpemidler (1995 – 2008) – NAV¹⁷ – fakturert verdi, Kilde: Nav Hjelpemiddelsentraler og Spesialenheter

¹⁷ Verdi tilsvarer fakturert verdi. Grafen viser utviklingen innen de største hjelpemiddelkategoriene. Kategori 06 – proteser, 15 – husholdning, 24 - transport av produkter, 27 - hjelpemidler til miljøforbedring, verktøy og maskiner, 30 – hjelpemidler til lek og fritidsaktiviteter. Utgjør kun en mindre andel og er derfor ikke fremstilt i figuren

5.2.2 Utvikling pr bruker og innbygger

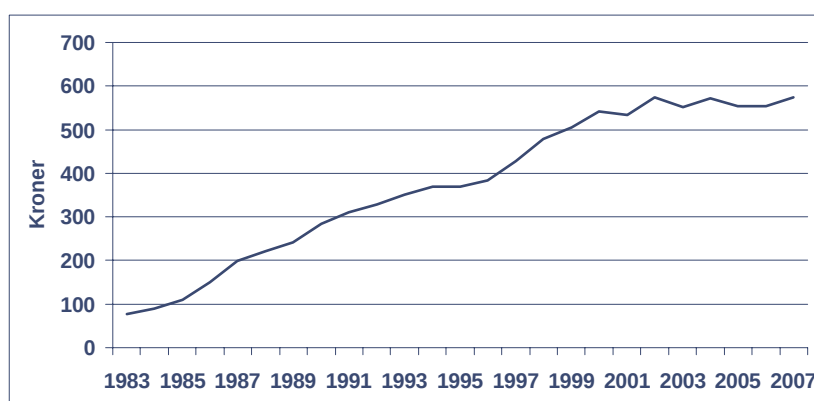
Kostnadsbilde pr bruker og innbygger har endret seg kraftig i løpet av de 20 siste årene. Bakgrunnen for denne endringen skyldes bla økt dekningsrad og endret befolkningssammensetning og behov for hjelpemidler, samt generelt prisfall på enkle hjelpemidler (mengdehjelpemidler).

Utgift pr bruker har vist et kraftig fall frem mot midten av 90-tallet. I 1983 lå utgift pr bruker på i overkant av 77 000 kr. mot i underkant av 14 000 kr. i 1996. Etter 1996 har utgiftene vist en relativt konstant svak stigning frem til i dag og ligger nå på rundt 17 800 kr.



Figur 9 Ugift pr bruker 2007 kroner, Kilde: NAV

Samtidig som utgift pr bruker har falt kraftig har utgift pr innbyggere vist en kraftig vekst utover på 90-tallet, og har deretter flatet ut siden 2000. I løpet av den samme perioden har antall betjente brukere økt og var i 2007 på 152 416.



Figur 10 Utgift pr innbygger 2007 kroner, Kilde: NAV

Det finnes ingen samlet oversikt over kostnadene til hjelpemidler finansiert av kommunene. Utgiftene er fordelt på flere sektorer, og regnskapsføringen av innkjøp og administrasjon i kommunene er ikke utformet på en slik måte at det er enkelt å få en total oversikt.

I Statistisk sentralbyrås *hovedalternativ* (middels nasjonal vekst) for befolkningsfremskriving frem til 2060 (med et mellomnivå for fruktbarhet, levealder, innenlands mobilitet og nettoinnvandring) forventes befolkningen og den delen som blir 80 år og eldre, å øke slik:

Folkemengde 80 år og eldre, pr. 1.1		(i 1000 personer)				
	2008	2020	2030	2040	2050	2060
Befolkningen	4737	5382	5848	6221	6553	6874
80 år og eldre	219	218	330	432	543	625
Andel 80 år og eldre	4,6 %	4,1 %	5,6 %	6,9 %	8,3 %	9,1 %

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 11: Fremskrivning av befolkningssammensetning, Kilde: NAV

I løpet av de nærmeste 20 årene vil antallet eldre over 80 år øke med 50 %. Eldre 80 år og over forventes å øke fra 4,6 % av befolkningen i 2008 til 9,1 % i 2060. Og i fremskrivingsalternativet med sterkest aldring, øker anslaget til 12,6 %. Andelen eldre i befolkningen vil bli doblet i løpet av to generasjoner.

Forventet levealder for nyfødte i Norge har nå passert 80 år. Og i det høyeste fremskrivingsalternativet forventes levealderen å øke til gjennomsnittlig 88 år for menn og 93 år for kvinner i 2060. I det 21. århundret vil mer enn annenhver nordmann bli over 80 år.

Kravet til fremtidens hjelpemiddelformidling er at den har både kompetanse og kapasitet til å møte befolkningens aldring. Grunnen er at kronisk sykdom og funksjonshemning tiltar med alderen, og det meget sterkt.

5.2.3 Den raske teknologiske utvikling

Teknologiforandringene skjer stadig raskere. Enkelte nye teknologier får spesielt stor betydning, ikke bare for samfunnsutviklingen, men også for enkeltmennesket. I vår tid gjelder dette bl.a. 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 funksjonshemning, samtidig som ny teknologi også kan skape nye barrierer.

Mennesker som lever med funksjonshemning har flere forventninger til hjelpemiddelområdet forhold til teknologikutviklingen, deriblant:

- At hjelpemiddelområdet er kreativt søkende og pågående i å ta i bruk ny teknologi og nye løsninger
- At hjelpemiddelområdet kvalitetssikrer og kontrollerer bruken av ny teknologi i hjelpemidler og tilrettelegging for funksjonshemmede
- At hjelpemiddelområdet bevisstgjør teknologimiljøene og andre fagmiljøer om det å kompensere for funksjonshemning som et teknologisk utviklingsmål og bruksområde

Blant de nordiske landene peker Sverige seg ut når det gjelder oppbygging av et nasjonalt teknologimiljø på hjelpemiddelområdet. Hjälpmedelsinstitutet er det nasjonale svenske kunnskapssentrum som bl.a. skal medvirke til gode hjelpemidler gjennom å stimulere til forskning og utvikling, utprøving av hjelpemidler, kunnskaps- og metodeutvikling, informasjon og utdanning.

Norge har aldri fått noe som tilsvarende Hjälpmedelsinstitutet,¹⁸ noe som bl.a. har begrenset hjelpemiddelområdets muligheter for samhandling med de nasjonale teknologimiljøene.¹⁹

5.3 Alternative modeller

Et viktig element i å vurdere ordningens bærekraft er knyttet til om man i dag pådrar seg forpliktelser i forhold til et fremtidig (evt.) større behov for hjelpemidler. Området er ikke tilsvarende pensjonsområdet der det opparbeides fremtidige rettigheter som ikke er regnskapsført i dag. Selv om ordningen skaper forventninger om et omfattende tilbud uten egenandeler mv., er det fullt mulig å regulere utgiftsnivået gjennom regelverket (hva som dekkes, hva som ikke dekkes mv). Teknologisk innovasjon *kan* bety tilgang på stadig avanserte og evt. kostbare hjelpemidler, men denne utviklingen kan også følges mht. utviklingen av regelverket.

I flere utredninger er det skissert ulike alternative, typiske modeller for en fremtidig hjelpemiddelforvaltning. Særlig er det skissert rene statlige modeller, eller rene kommunale modeller. Vi tror det ikke er hensiktsmessig å tenke i ren kommunal modell av flere årsaker:

- Kommunene må allikevel ha bistand fra et eksternt kompetansemiljø i kompliserte saker (samhandling) ettersom mange kommuner i dag er for små til å kunne oppbevare et tilstrekkelig kompetansemiljø som dekker hele bredden i kompetanseutfordringen. Ikke minst gjelder dette overfor sammensatte behov og mer komplekse og/eller multifunksjonelle behov. Slike tilfeller vil mange kommuner kun stå overfor i et fåtall tilfeller. Et slikt miljø har man i dag gjennom hjelpemiddelsentralene i NAV. Vi tror det mest hensiktsmessige er at dette miljøet og samarbeidet med kommunene utvikles videre. De fleste kommuner vi har snakket med legger også vekt på at dette samarbeidet fungerer tilfredsstillende og at kommunen er avhengig av bistand i komplekse saker.
- Kommunene vil måtte inngå ulike samarbeidsmodeller (interkommunalt eller privat) for å utføre effektive innkjøp, resirkulering, lagerhold mv. En desentralisering av anskaffelser og distribusjonsløsninger vil antakelig ikke være et fremskritt, men skape flere problemstillinger enn det eventuelt løser.
- Kommunene har i dag ikke ansvaret for hjelpemidler og arbeid. Dette ligger til NAV og inngår i NAVs ansvar for arbeidsområdet generelt. Det er antakelig lite aktuelt å endre dette når man har opprettet NAV etter en grundig vurdering av ulike organisasjons- og oppgavefordelingsmodeller. Det betyr at selv om kommunene fikk "hele" ansvaret innen hjelpemiddelformidlingen, ville samordningsproblematikken med andre organer fortsatt være tilstede, og snarere bli mer uoversiktlig enn dagens funksjonsfordeling og samarbeidsmodell.

Vi tror heller ikke en ren statlig modell er hensiktsmessig fordi kommunenes ansvar innen barn/unge og habilitering/rehabilitering er godt forankret i lovverk og praksis. Det store antallet brukere (ca. 70% av brukerne er over 67 år) trenger enkle hjelpemidler, ofte kombinert med andre tiltak og praktisk bistand som er knyttet til kommunens habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. Hjelpemiddelformidlingen vil derfor i de fleste tilfellene måtte koordineres med dette tilbudet både når det gjelder behovsavklaring, opplæring

¹⁸ I St.prp. nr. 1 (1995-1996) Sosial- og helsedepartementet; 76, orienterte regjeringen Stortinget om at det var vedtatt å opprette et Senter for tekniske hjelpemidler og tilrettelegging av miljø for funksjonshemmede. Senteret fikk navnet Deltasenteret, men utviklet seg i en annen retning enn Hjälpmedelsinstitutet. Deltasenteret ligger i dag under Helsedirektoratet som statens kompetansesenter for deltakelse og tilgjengelighet.

¹⁹ Kilde: NAV

og oppfølging. Kommunene løser disse formidlingsoppgavene i stor grad på en selvstendig måte. For brukerne vil det antakelig være en stor fordel at kommunens 1. linjetjeneste har ansvaret for hele oppgavefeltet, dersom ikke spesielle behov tilsier at kommunen trenger bistand fra mer spesialiserte miljøer.

I dagens ordning kan kommunene ha insitamenter i finansieringsordningen som vrir fokus fra helhetlige (og alternative løsninger) som ville kunne være mer hensiktsmessig og/eller kostnadsbesparende. Dette kan gjelde generell tilrettelegging og forebyggende arbeid som vil kunne redusere hjelpemiddelbehovet. Større tilrettelegging vil imidlertid også kunne bety større behov for enkelte hjelpemidler fordi det vil være hensiktsmessig funksjonsforbedring i tilrettelagt miljø.

Vi tror imidlertid ikke kostnadsovervelting i den forstand at kommunen velger hjelpemiddel fremfor andre løsninger, er et stort problem, bortsett fra i tenkte tilfeller knyttet til fremtidige behov (se nedenfor). Det er heller ikke slik at det (mest sannsynlig) er et stort overforbruk/misbruk av hjelpemidler, ettersom det er svært få artikler som er attraktive dersom du ikke har et klart behov.

Det kan imidlertid etter vår vurdering være hensiktsmessig å vurdere om kommunene skal overta mer av ansvaret innen hjelpemidler knyttet til pleie- og omsorg.

Vi viser i den sammenheng særlig til utredningen om ”brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenestene”²⁰ som gjennomgår dette området på en bred måte. Problemstillingen her er først og fremst knyttet til om kommunene eller staten skal overta hele ansvaret for enkelte hjelpemidler knyttet til pleiesituasjonen (senger, personløftere mv). Dette er hjelpemidler som kommunene i dag dekker innenfor institusjon (sykehjem), mens folketrygden dekker i hjem, omsorgsboliger mv.

Denne delingen fungerer i dag. Spørsmålet er om en fremtidig ”eldrebølge”, og en fremtidig organisering av kommunale tjenester knyttet til pleie og omsorg er tilpasset dagens skille mellom sykehjem og andre boformer/organisasjonsformer. Dette vil selvsagt avhenge av hvordan pleie- og omsorgssektoren utvikler seg, men det kan være tegn som tyder på at ulike modeller med omsorgsboliger, avlastningsplasser, korttidsopphold, pleie i hjemmet og lignende vil se annerledes ut enn i dag. Som utredningen NOU 1997:17 påpeker, vil det kunne være fornuftig å se på ordninger som bostøtte, tilskudd til bolig og hjelpemidler i en sammenheng slik at kommunene ikke vrir organiseringen av tilbudene (organisasjonsformene) i u hensiktsmessig (også for brukeren) retning.

De hjelpemidlene det er snakk om, er hjelpemidler som kommunene og pleiepersonale/terapeuter i dag har god kjennskap til og som relativt lett kan skilles fra andre hjelpemidler knyttet til dagliglivet.

Likeledes kan det være grunn til å vurdere nærmere om enkelte, enkle hjelpemidler innenfor dagens bestillerordning kan formidles gjennom tilskudd/refusjon (a la medisiner) og leveres direkte fra leverandør (evt. via kommunen). Dette vil da være hjelpemidler som ikke krever tilpasning, har lav gjenbruksverdi og/eller ikke bør belaste formidlingssystemet gjennom saksbehandling på statlig nivå eller hjelpemiddelsentralenes lager og distribusjonssystem.

5.4 Konklusjoner og anbefalinger

- Hjelpemidler er et formålseffektivt virkemiddel som bedrer funksjonsevnen i tråd med ordningens verdimeslige forankring og overordnede mål.

²⁰ NOU 1997: 17 ”Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjeneste”

-
- Hjelpemidler er et formålseffektivt virkemiddel som bedrer funksjonsevnen i tråd med ordningens verdimessige forankring.
 - Hjelpemiddelområdet er antakelig, til tross for veksten i utgiftene, et kostnadseffektivt virkemiddel dersom man betrakter alternativene som kan være institusjonalisering, økt praktisk bistand eller passive ytelser gjennom trygdesystemet.
 - Kostnadsovervelting er antakelig (selv om det ikke lett lar seg måle) ikke et stort problem fordi alternative løsninger ikke i stor utstrekning ville redusere behovet for individuelt hjelpemiddel.
 - I *noen* grad kan insitamentene i finansierungsordningen medføre at kommunene (eller andre instanser) ikke iverksetter generelle tiltak/tilrettelegging og/eller velger organisasjonsmodeller som først og fremst er tilpasset finansierungsordningen. Dette kan bli et *større* problem med økt eldrebefolkning, særlig innenfor organiseringen av tilbudet innen pleie og omsorg.
 - Behovet for samordning og koordinering innenfor hjelpemiddelområdet er først og fremst knyttet til avklaring av den generelle og individuelle tilretteleggingsplikten (hvor langt denne går), og berører ikke hjelpemiddelområdet direkte.
 - Innenfor hjelpemidler og arbeid er koordineringsbehovet med andre virkemidler, særlig forvaltet gjennom NAV, større og her bør NAV hjelpemiddelområdet og øvrig NAV arbeid koordineres bedre.
 - Det bør vurderes om kommunene kan (gjennom økning i rammetilskuddet) bør overta ansvaret for visse typer hjelpemidler innen plei og omsorg.
 - Det bør vurderes om enkelte enkle hjelpemidler med lav gjenbruksverdi og lite behov for tilpasning kan formidles gjennom tilskudds-/refusjonsordninger og leveres mer direkte fra leverandør uten å belaste det statlige formidlingssystemet.

6. Samhandling – kommune og stat

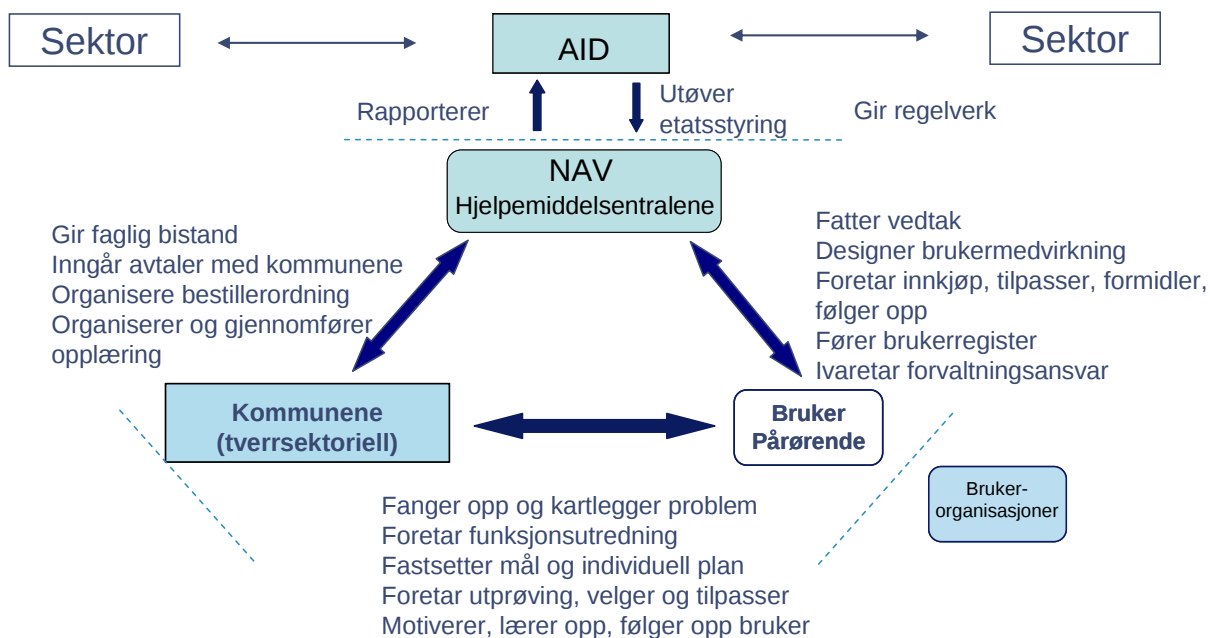
6.1 Innledning

Dagens organisering, ansvarsdeling og samarbeidsmodeller mellom stat, kommune og andre aktører er sammensatt og danner et relativt komplekst bilde. Hjelpemiddelforvaltningen er et sentralt element innen flere prioriterte politikkområder og omfatter områder som helse, habilitering/rehabilitering, arbeid, utdanning/kvalifisering mv. Tiltakene innen disse områdene er også en kombinasjon av rettighetsbaserte stønader, aktiv oppfølging og tilrettelegging, veiledning og kompetanseheving, forbygging og stimulering.

Et hovedtrekk i organiseringen mellom forvaltningsnivåene er at kommunene skal utgjøre førstelinjetjenesten i hjelpemiddelformidlingen. Lov om helsetjenester gir kommunene et basisansvar for habilitering og rehabilitering, og dette ansvaret omfatter bl.a. formidling av hjelpemidler og tilrettelegging for aktiv deltakelse i samfunnet. Et annet hovedtrekk er at hjelpemiddelsentralene som andrelinjenivå har et overordnet og koordinerende ansvar for hjelpemidler til funksjonshemmede (varig nedsatt funksjonsevne) i sitt fylke; herunder å bidra til likeverdig og helhetlig problemløsning, samt være et ressurs- og kompetansesenter for offentlige instanser og andre.

Hjelpemiddelområdet er også et av virkemidlene innen arbeidslinja og IA-satsingen som omfatter flere sektorer og samarbeidsparter, ikke minst tilrettelagt gjennom arbeidslivssentrene.

Samarbeidsrelasjoner mellom forvaltningsnivåer og aktører på hjelpemiddelområdet kan illustreres slik (stiplede linjer indikerer avgrensning av undersøkelsesobjekter):



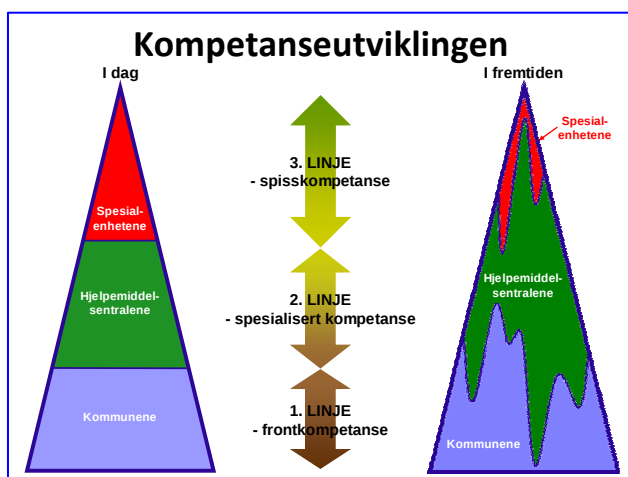
Figur 12: Illustrasjon av sentrale samarbeidsrelasjoner innen hjelpemiddelområdet

Behovet for en velfungerende koordinering av brukerrettet innsats innen og mellom forvaltningsnivåene er åpenbart, og koordinering er en forutsetning for god tjenestetilpasning, god ressursutnyttelse og

medvirkning til måloppnåelse innen flere sentrale politikkområder. Problemstillingen innen overordnet organisering og samhandling mellom sektorer er ikke minst viktig fordi en dysfunksjonell organisering av roller, ansvar og oppgaver lett kan føre til suboptimal tjenesteytelse.

6.2 Funksjonsfordelingen

Funksjonsfordelingen er i dag delt mellom en 1. linje (i hovedsak) kommunene og en 2. linjetjeneste (NAV hjelpemiddelsentraler).



Figur 13: Illustrasjon av funksjonsdelingen og et mulig fremtidsbilde (kilde: NAV)

Dette illustreres ved figuren over som også kan illustrere hvordan NAV tenker at dette forholdet kan være mer situasjonsbestemt og tilpasset ulike områder og den enkelte kommunes kompetanse og behov for bistand.

6.2.1 Kommunene

Kommunal sektor er hovedprodusenten av velferdsgoder innenfor mange tjenesteområder som bl.a. helse- og omsorgstjenester.

Kommunesektoren er et selvstendig forvaltningsnivå og det kommunale selvstyret er både regulert gjennom kommuneloven og sedvane. Det kommunale selvstyret gir kommunene rett og plikt til å prioritere ressurser innen ulike tjeneste- og politikkområder. På denne måten har kommunene muligheter til å foreta lokale prioriteringer ut fra politiske valg og/eller lokale forutsetninger og behov.

Kommunene er pålagt et ansvar for medisinsk rehabilitering herunder formidling og oppfølging av hjelpemidler jfr lov om helsetjenester i kommunene § 1-3 og forskrift om hjelpemiddelsentralens virksomhet og ansvar § 2.²¹ Dette betyr at kommunene gjennom sin pleie- og omsorgstjeneste er førstelinjen som møter brukerne som har behov for tekniske hjelpemidler. Det er kommunene som utreder brukernes behov og melder disse inn til NAV sin fylkesvise hjelpemiddelsentraler. Mye av tilpassingen og tilretteleggingen av hjelpemidler utføres også av ansatte i kommunene. Samarbeidet mellom

²¹ Kommunenes ansvar når det gjelder habiliterings og rehabiliteringstjenester følger av kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, pasientrettighetsloven, forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan. Tjenester og tiltak etter andre lover er også viktig for å få til helhetlig rehabilitering i kommunene.

kommunene og NAV Hjelpemiddelsentraler er regulert i en egen samarbeidsavtale som er inngått mellom NAV Hjelpemiddelsentraler og 339 av 340 kommuner.

For hjelpemidler ved midlertidige behov (under 2 år), som ikke dekkes av folketrygden, har kommunen det fulle ansvar også for anskaffelse og utlån. Kommunen kan følge opp sitt ansvar for enkelte deler av prosessen ved å inngå samarbeid med andre instanser enn NAV Hjelpemiddelsentraler, f.eks. 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.

Kommunene har også et selvstendig finansieringsansvar for visse hjelpemidler i sykehjem/institusjon, ettersom dette ikke dekkes i folketrygden.

Kommunens ansvar for hjelpemidler er i stor grad knyttet til ansvaret for habilitering- og rehabilitering i henhold til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, samt overfor barn og unge i henhold til opplæringsloven (barnehage og skole). Det vil si at kommunens ansvar og oppgaver i første rekke gjelder hjelpemidler i dagligliv, barnehage og skole.

Ved behandlingen av St. meld. nr. 21 (1998-99) «Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk» i 1999, ga Stortinget sin tilslutning til forståelsen av rehabilitering som: «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». Rehabilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/eller funksjonsproblemer.

Når det gjelder hjelpemidler i forhold til arbeid (§10-5 i folketrygdloven), er dette området NAVs ansvar. Kommunene skal allikevel samarbeide med arbeids- og velferdsforvaltningen for å gi brukerne et raskt og koordinert rehabiliteringstilbud, der spørsmål om arbeidslivsdeltakelse kommer tidlig inn i rehabiliteringsprosessen.

I de tilfellene arbeidsplassen ikke har bedriftshelsetjeneste, eller når kommunen gjennom sin helsetjeneste blir kjent med forhold som berører arbeidsmiljøloven, følger det likevel av kommunehelsetjenesteloven § 1-4, et ansvar for helsetjenesten å underrette de berørte fagmyndigheter.

Kommunen skal i henhold til rehabiliteringsforskriften legge brukerens samlede behov til grunn for formidlingen, og se hjelpemidler som ett av flere alternative bistandstiltak. En vurdering/utredning av hjelpemiddelbehov bør inngå i en mer omfattende utredning av brukerens samlede habiliterings- eller rehabiliteringsbehov, eventuelt i en individuell plan om rett til dette foreligger. På denne måte er det et mål at hjelpemidler vurderes som ett av flere tiltak som eventuelt kan erstatte eller supplere hverandre, f.eks. ulike former for personhjelp som hjemmehjelp m.m., fysisk boligendring, ferdighetstrening eller fysisk opptrening.

Det framgår av rehabiliteringsforskriftens tredje punktum at kommunen om nødvendig skal be om bistand fra Arbeids- og velferdsetaten eller fra andre relevante instanser. Med uttrykket « om nødvendig » tenkes på saker som er kompliserte og som samtidig er sjeldne i kommunen. Arbeids- og velferdsetaten vil være hovedsamarbeidspartner for bistand til kommunene. Andre relevante samarbeidsinstanser vil kunne være Sunnaas Informasjonsteknologiske enhet, Landsdekkende døvblindetjeneste, enkelte statlige spesialpedagogiske kompetansesentra, hørselssentralene i spesialisthelsetjenesten m.m.

6.2.2 NAV Hjelpemiddelsentraler

Arbeids- og inkluderingsdepartementet har ansvar for koordineringen av Regjeringens politikk for personer med nedsatt funksjonsevne. NAV Hjelpemiddelsentralene har et overordnet og koordinerende ansvar for hjelpemiddelformidlingen til personer med (varig) nedsatt funksjonsevne, og skal ha fagkompetanse på formidling av hjelpemidler og tilrettelegging i bruken av disse.

Mye av arbeidet skjer ute i kommunen - i brukerens eget nærmiljø, og sammen med fagpersoner i kommunen. Hjelpemiddelsentralene gir råd og veiledning til kommunene og andre samarbeidspartnere. Sentralene gjennomfører kurs for fagpersoner og andre samarbeidspartnere mv.

Fordelingen av ansvaret mellom kommunene og hjelpemiddelsentralene er regulert av "Forskrift om habilitering og rehabilitering" og "Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar". I kommunene (førstelinjen) skjer det en kartlegging, vurdering av funksjon mv. og man kommer i fellesskap frem til en mulig løsning på problemet. Det er NAV Hjelpemiddelsentral som *fatter vedtak* om hjelpemidler i henhold til folketrygdens bestemmelser.

Også fylkeskommunene (videregående skoler), de statlige helseforetakene, bedriftshelsetjenesten og i noen grad arbeidsgivere inngår i førstelinjen. Hjelpemiddelsentralene og førstelinjetjenesten skal innenfor sine respektive ansvars- og kompetanseområder samarbeide om å finne helhetlige løsninger for den enkelte bruker.

Når det gjelder hjelpemidler ved vesentlige og varige behov, skal disse skaffes til veie av Arbeids- og velferdsetaten/NAV Hjelpemiddelsentraler, som bl.a. har ansvar for oversikt over aktuelle hjelpemidler og for valg av hjelpemiddel på bakgrunn av en funksjonsvurdering foretatt av kommunen. Disse hjelpemidlene finansieres fullt ut over folketrygden.

Det er en hjelpemiddelsentral i hvert fylke. De er ressurs- og kompetansesenter innen hjelpemiddelformidling og tilrettelegging, samt tolketjeneste for døve og døvblinde.

Hjelpemiddelsentralene sentrale kompetanseområder dekker hovedsakelig:

Funksjonshemninger og konsekvensen av dem

- Mulige løsninger
- Produkter som finnes på markedet
- Tilpasningsmuligheter
- Muligheter for reparasjon, vedlikehold og gjenbruk
- Tilrettelegging av det miljøet som hjelpemiddelet skal brukes i, både i hjemmet, på skolen, i arbeid og fritid

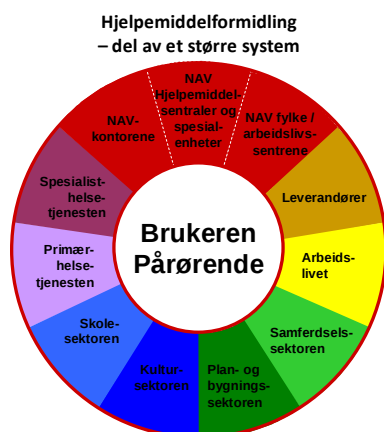
Hjelpemiddelsentralene har også oversikt over hvilken kompetanse andre har på hjelpemiddelområdet og tilstøtende områder.

6.2.3 Bruker

Hjelpemidler kan være ett av flere tiltak i et stort og omfattende rehabiliteringsarbeid, eller et mer enkeltstående tiltak knyttet til et ønske om en forbedring av funksjonsevnen. Hjelpemidler kan også være en måte å tilrettelegge for en hensiktsmessig pleiesituasjon i hjemmet eller i tilretteleggingen av en arbeids- eller skoleplass. Samspillet og samarbeidet med bruker, pårørende og andre instanser er en forutsetning for at tiltakene kan gjennomføres og bli vellykket.

Et av de vesentligste hensynene bak flere av de sentrale forvaltningsreformene de siste årene har vært å styrke samhandlingen mellom offentlige tjenesteprodusenter og brukerne av disse. Ikke minst har det vært vesentlig å etterstrebe en mer helhetlig og koordinert tilrettelegging og oppfølging der den enkelte ikke blir kasteball mellom ulike sektorer, tjenesteytere og forvaltningsorganer.

”Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven”, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 23. desember 2004, slår fast at ett av formålene med utarbeidelsen av en individuell plan er å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.



Figur 14: Hjelpemiddelformidling er en del av et større system som for brukeren omfatter svært mange aktører og sektorer, kilde: NAV

Arbeids- og velferdsetaten legger vekt på aktiv brukermedvirkning på hjelpemiddelområdet. Brukernes behov og ønsker skal være viktige premisser for valg av løsning. For å tilpasse formidlingssystemet til erfarne brukere og barn og unge, er det etablert flere ordninger som nå videreføres. Dette er brukerpasset og en ordning med fast kontaktperson til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Det er også innført en ordning med garantibevis for rask oppfølging av personer med behov for tilrettelegging av arbeidsplassen.

Ordningen med akutt reparasjon gjelder alle dager mellom klokken 08 - 24, og omfatter alle hjelpemidler utlånt av NAV som kan sette brukeren i en nødsituasjon ved funksjonsfeil eller sammenbrudd. I tillegg er det opprettet en døgnåpen akuttvakt for døve og døvblinde.

I 2004 startet Rikstrygdeverket et prosjekt om verdiforankret brukermedvirkning ved noen hjelpemiddelsentraler. Resultatet ble at man begynte å prøve ut en ordning med *brukerpasse* og en ordning med *kontaktperson* for barn ved hjelpemiddelsentralene.²² Brukerpasset gir brukeren større innflytelse og mulighet til å velge fagpersonene man skal samarbeide med, både ved utprøving, anskaffelse og service/vedlikehold. Brukerpasset erstatter vedtak på de områdene der passet er gyldig. Alt i alt gir brukerpasset brukeren en enklere formidlingsløype og reell innflytelse over og valgfrihet i beslutningene, og er dermed et tilbud til brukere som ønsker å ta et større, selvstendig ansvar for formidlingsprosessen. Pr. 31.10.2008 var det 2405 brukere av brukerpasse.

²² Rikstrygdeverket. *Aktiv brukermedvirkning på hjelpemiddelområdet*. Oslo: Rikstrygdeverket, 2005.

Hjelpemiddelområdet i Norge er utviklet i nært samarbeid med funksjonshemmedes organisasjoner og i stor grad laget ut i fra brukernes premisser. Hjelpemiddelforvaltningen har opprettet brukerutvalg sentralt og ved det enkelte fylke som styrker dialogen mellom brukernes organisasjoner og forvaltningen.

Selv om brukerinnflytelsen har vært relativt høy, og brukertilfredsheten med det norske systemet er stor, er det selvsagt også flere områder der brukerorganisasjonen er opptatt av praksisendringer og/eller forbedringer i regelverket. Ikke minst gjelder dette i forhold til barn/unge, hjelpemidler til trening, stimulering og aktivisering, stønad til bil, tolkehjelp/ledsager og hørselshjelpemidler.

Brukerorganisasjonene er særlig opptatt av et rettighetsbasert system, likebehandling, formidlingskompetanse og ikke minst at samhandlingen mellom kommune og NAV hjelpemiddelsentraler er god.

Brukertilfredshet og brukernytte har utviklet seg positivt. Høsten 2007 gjennomførte NAV en undersøkelse blant et utvalg av brukere av hjelpemidler.²³ Utvalget ble trukket blant brukere som hadde fått hjelpemidler i perioden 1.10-30.11.2007. Spørsmålene handlet om brukernes tilfredshet med og nytte av hjelpemidlet og fornøydhet med hjelpemiddelformidlingen og ulike sider av den. Svarene viste bl.a. at:

- Brukerens alder har betydning for brukerens fornøydhet med alle sider av hjelpemiddelformidlingen (unntatt oppfølgingen) ved at de eldste, og særlig de over 80 år, er markert høyere enn for de yngre, og da særlig de som er under 20 år.
- Brukere som har en fast kontaktperson, er mer fornøyde enn de som ikke har, og tilfredsheten er størst hvis kontaktpersonen er ved hjelpemiddelsentralen, noe som viser at kontinuitet i relasjonen mellom bruker og fagpersoner betyr mye for tilfredsheten.
- Brukere med personforflytningshjelpemidler og behov for innredning og tilpasning av bolig er mindre tilfredse med hjelpemiddelformidlingen enn personer med behov for hjelpemidler til personlig stell og beskyttelse.
- Brukere som vurderer hjelpemiddelet som komplisert, er mindre tilfredse enn brukere som får hjelpemidler som de vurderer som enkle.
- Brukere som har mest nytte av hjelpemiddelet, er også mest fornøyde med fornøydhet med formidlingen.
- Brukere som har personhjelp, er mindre fornøyde enn de som ikke har.
- Brukerens geografiske tilhørighet og bostedsfylke har ikke betydning for graden av fornøydhet.

For øvrig viste undersøkelsen at nærmere ¾ av hjelpemidlene brukes daglig, og at under 1 prosent av hjelpemidlene ikke er i bruk.

Alt i alt viser undersøkelsen at brukertilfredsheten er relativt høy og at brukerne ser stor nytte i hjelpemidlene.

6.2.4 Andre sentrale aktører

Helseforetakenes ansvar

Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionene tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Helseforetakenes ansvar omfatter også spesialistbehandling som foregår i hjemmet. Dette innebærer at bruker har krav på behandlingshjelpemidler dersom dette er nødvendig i forbindelse med medisinsk behandling. Utgiftene til slike hjelpemidler dekkes av helseforetakene.

²³ Fjeldvik L, Friis-Petersen S, Kristoffersen P, Sund T. *Tekniske hjelpemidler – hva skaper fornøydhet brukere?* Arbeid og velferd – Rapport nr. 2, 2008 Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2008.

I tillegg til utredning av behov for behandlingshjelpemidler og formidling av disse har de regionale helseforetakene ansvaret for opplæring av bruker og kommunen, vedlikehold og oppfølging av bruker i samarbeid med kommunen.

De regionale helseforetakene har derfor ansvaret for å sørge for at kommunene får forsvarlig opplæring i bruk av utstyret, slik at kommunene kan gi den nødvendige kunnskap videre til pasientene.

Husbanken

Husbanken kan gi tilskudd til bl.a. ombygging/tilrettelegging av bolig for å utbedre boligens funksjonelle utforming. Husbanken, kommunen og NAV har i flere kommuner inngått samarbeid om å finne hensiktsmessige og (ofte) kostnadsbesparende løsninger i forhold til brukeres behov.

Arbeidsgivere

Arbeidsgiver har ansvar for å anskaffe det utstyr som arbeidstakerne trenger for å utføre arbeidet på en forsvarlig måte og at arbeidsplassen er innrettet på en slik måte at arbeidstakerne ikke påføres helseskader. Det påhviler arbeidsgiver et ansvar for generell tilrettelegging ved at hjelpemidler stilles til disposisjon for å hindre uheldige fysiske belastninger, jf. arbeidsmiljøloven § 12. Folketrygdloven har ingen bestemmelse som regulerer ansvar for forebyggende arbeid og tilrettelegging i forhold til å hindre helseskader.

Arbeidsgiver har ansvar for spesiell tilrettelegging slik at arbeidstakere med midlertidig eller varig redusert arbeidsevne kan arbeide i virksomheten. Dette gjelder både atkomst, sanitæranlegg, tekniske innretninger og utstyr mv. så langt det er mulig og rimelig, jf. antidiskrimineringsloven. Dette ansvaret

Folketrygdloven har også bestemmelser om tilrettelegging for å bedre funksjonsevnen i arbeidslivet for personer som har varig nedsatt funksjonsevne. Avgrensningene mellom arbeidsgiver sitt ansvar og NAVs ansvar er basert på skjønn ut fra intensjoner med lovbestemmelser og utredninger på området samt etablert forvaltningspraksis. Antallet klager indikerer behovet for en klarere ansvarsfordeling vedr tilrettelegging.

Arbeidsgiver har et ansvar for å avdekke behov for tilrettelegging, men vil normalt ikke ha tilstrekkelig kompetanse til å utrede hvilke tiltak som er relevante dersom arbeidsplassen ikke har bedriftshelsetjeneste. I de tilfellene arbeidsplassen ikke har bedriftshelsetjeneste, er det ingen instans som har et klart definert ansvar for utredning av behov for tilrettelegging. Kommunehelsetjeneste er gitt et ansvar for å varsle ansvarlig myndighet når de oppdager behov for tilrettelegging, men har ikke et definert utredningsansvar, jf. merknader til forskrift om habilitering og rehabilitering gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3 og 1-4.

Fra 2003 ble vedtaksmyndigheten for arbeidsplasshjelpemidler overført til hjelpemiddelsentralene. Tidligere hadde vedtaksmyndigheten vært delt mellom trygdekontor, fylkestygdekontor og hjelpemiddelsentral. For å samle kompetansen et sted, ble vedtaksmyndigheten flyttet til hjelpemiddelsentralene som også er ressurs- og kompetansesenter for samme område. Overføring av vedtaksmyndighet innbefattet også tolkehjelp, tolke- og ledsagerhjelp i utførelsestiltak og lese- og sekretærhjelp i sin helhet.

Fra 1. januar 2004 ble forsøksordningen med fritak for arbeidsgivers ansvar for tilrettelegging for funksjonshemmede inntil 2G gjort gjeldene for alle bedrifter.

Selvstendig næringsdrivende

Arbeidsmiljøloven gjelder bare i begrenset grad for selvstendig næringsdrivende. Trygdeetaten tar derfor et større ansvar for å finansiere tilrettelegging for selvstendig næringsdrivende med varig nedsatt funksjonsevne.

Tilretteleggingen kan gis som utlån av hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen, som tilskudd eller som et rente- og avdragsfritt lån som avskrives etter 10 år. Det vil normalt være moderniseringshjelpemidler som gis i form av lån og det kreves 40% egenfinansiering. Hjelpemiddelsentralen vil normalt kun ha ansvar for innkjøp og reparasjoner for tiltak gitt som utlån.

Leverandører

Leverandørene besitter produktkunnskap om egne produkter og er pålagt å formidle denne kunnskapen til hjelpemiddelsentralene. Samhandlingen med leverandørene er av betydning for å tilegne seg kunnskap om sortiment mv., og ikke minst av betydning for å videreutvikle produkter og funksjonalitet i tråd med behov og teknologisk utvikling.

6.3 Prosessen

I stor grad er det slik at kommunene løser oppgaven som 1. linjetjeneste i de langt fleste sakene. Her er det noe variasjon mellom kommunene, avhengig av ressurser og kompetanse. NAV er i utpreget grad en innkjøp-, lager- og logistikkenhet og et kompetansesenter som bruker mest ressurser på kompliserte saker i samhandling med bruker og kommunene.

Det ble i 2002 innført en rekvisisjonsordning (bestillingsordning) som omfattet enkle hjelpemidler til bruk i dagliglivet (folketrygdloven §10-6), men ikke for hjelpemidler i arbeidslivet (folketrygdloven §10-5). Ordningen går ut på at kommunen (ved godkjent rekvirent) kan bestille/rekvirere hjelpemidler, i stedet for å sende søknad med utfyllende begrunnelse/funksjonsvurdering mv. Godkjente rekvirenter i kommunen skal gjennom erfaring og opplæring ha kompetanse til å vurdere om inngangsvilkårene er oppfylt, og om hjelpemidlet anses som hensiktsmessig og nødvendig. Formålet med denne ordningen er at dette skal føre til enklere saksbehandling, raskere og mer effektiv levering av hjelpemidler – og om mulig gi rom for å sette inn ressursene i mer kompetansekrevede formidling – og mer tid til rådgivning/veiledning. Det er laget uttømmende lister for hjelpemidlene som omfattes av denne ordningen.

En undersøkelse utført i 2007 viste at 43 % av alle sakene ved hjelpemiddelsentralene inngår i *bestillingsordningen*, og at ordningen krever 2,4 % av hjelpemiddelsentralenes årsverk.

Saksbehandlingstiden fra hjelpemiddelsentralen mottar bestillingen er 3,1-9,1 dager.²⁴ Omfanget av ressurser som bestillingsordningen og førstelinjefunksjonen i hjelpemiddelformidlingen krever av kommunene, er ikke kartlagt.

En sak betegnes som ferdig utredet når:

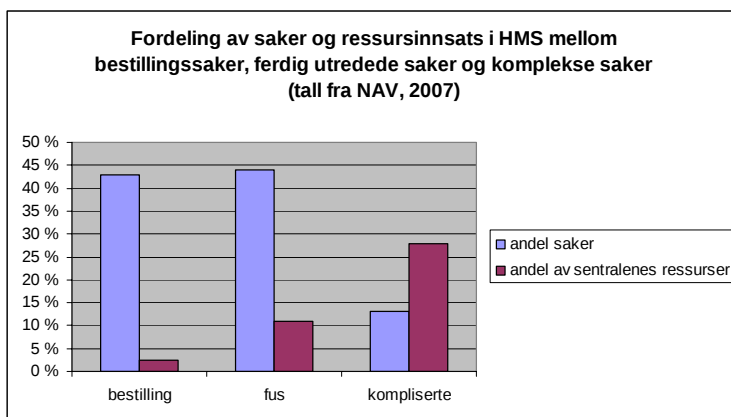
- (1) det er klart hvilket hjelpemiddel bruker trenger, og
- (2) den eneste befatning hjelpemiddelsentralen har med saken, er å godkjenne søknaden, samt bestille og levere hjelpemidlet til dt kommunale lageret.

Undersøkelsen som ble utført i 2007, viste at de ferdig utredede sakene utgjør 42-46 % av alle sakene ved hjelpemiddelsentralene og krever 11 % av hjelpemiddelsentralenes årsverk.

²⁴ Kartlegging av hjelpemiddelsentralene og SYA. Sandvika: AGENDA Utredning & Utvikling AS, 2008; 61.

Overføring av de ferdig utredede sakene til bestillingsordningen vil kunne gi i hvert fall to gevinster: kortere saksbehandlingstid og frigjøring av ressurser i hjelpemiddelsentralene. De frigjorte ressursene i hjelpemiddelsentralene vil kunne gå til:

- (1) å bedre kvaliteten og korte ned saksbehandlingstiden i de komplekse sakene, og
- (2) å styrke fagutviklingen i førstelinjen.



Figur 15: Fordeling av saker: bestillingssaker, ferdig utredede saker og komplekse saker

Figuren viser at NAV Hjelpemiddelsentralene i stor grad benytter sine formidlingsressurser knyttet til de mer kompliserte sakene. På den måten kan man si at hjelpemiddelsentralene i stor grad opptrer som 2. linjetjeneste eller spesialisttjeneste i henhold til prinsippene i funksjonsfordelingen mellom hjelpemiddelsentralene og kommunene. Det betyr også at kommunene i stor grad er en 1. linjetjeneste som gjennomfører formidlingsarbeidet (bortsett fra det formelle vedtaket) i de langt fleste sakene.

Det er dermed kommunenes terapeuter som ”ferdigbehandler” de fleste sakene, mens hjelpemiddelsentralene anskaffer, lagerfører og ekspederer utlånene.

Formidlingsprosessen kan dermed illustreres på denne måten etter de tre kategoriene saker (bestillingssaker, ferdig utredede saker og kompliserte saker).



Figur 16: Rollefordelingen i formidlingsprosessen knyttet til de tre kategoriene sakstyper.

Som Agenda påpeker i sin rapport, vil hjelpemiddelsentralene kunne frigjøre ressurser til behandling av mer kompliserte saker (ren 2. linje tjeneste) ved å ytterligere utvide bestillingsordningen, evt. i enda større grad forenkle saksbehandlingen i de ferdig utredede sakene.

I våre samtaler og resultatene fra NAV undersøkelse av kommunenes holdning til samarbeidet med NAV, går det frem at svært mange kommuner er godt fornøyd med samarbeidet. Mange kommuner mener at samarbeidet har utviklet seg i klart positiv retning. Bestillerordningen og evne/vilje til å finne fleksible løsninger for å bedre brukernes og kommunens situasjon blir vektlagt, slev om graden av fornøydhet varierer noe, og det finnes kommuner som uttrykker stor frustrasjon over NAVs ”byråkrat” og ”overvelting” av arbeid på kommunenes terapeuter. Det er grunn til å arbeide videre med å finne smidige og hensiktsmessige løsninger på arbeidsprosessene. Særlig vil det være viktig å bygge ut web-portalen, og en bedre integrasjon mellom kommunens og NAVs saksbehandlingssystemer vil lette arbeidet (på begge sider) betydelig. Ettersom disse systemene ikke ”snakker” sammen i dag, forsinkes det saksbehandlingen og hindrer løsninger som kan bety ytterligere forenkling av saksbehandling, vareflyt, gjenbruk og lignende.

Det som særlig er viktig, vil antakelig være å ytterligere styrke tilgjengeligheten av NAVs kompetanse overfor brukere og kommunens terapeuter, både gjennom personlig samhandling (frigjøre ressurser til dette), men også gjennom web-/telefon. Det kan være verdt å vurdere åpen, felles svartjeneste slik som enkelte offentlige organer har utviklet (for eksempel Arbeidstilsynets svartjeneste).

Mange kommuner uttrykker også at NAV tilbyr relevante og nyttige kurs/seminarer for kompetanseoppbygging i kommunen. Kommunene er imidlertid ikke like fornøyde med en gjensidig dialog i samhandlingsmøter mv. Det vil si at mange kommuner opplever at slike møter ofte blir ”styrt” av NAV og at ikke kommunenes problemstillinger og behov for diskusjon blir ivare tatt like godt.

6.4 Konklusjoner og anbefalinger

- Brukerundersøkelsene viser i at brukerne i stor grad er fornøyde med hjelpemiddelformidlingen.
- I stor grad er kommunene tilfreds med NAVs rolle og oppgaveløsning – mange uttrykker at samhandlingen mellom bruker-kommune-NAV er forbedret de senere årene, og at dette arbeidet bør fortsette.
- NAV som kompetanseoppbygger og kompetanseoverfører er av vesentlig betydning for (mange) kommuners evne til å utøve sitt ansvar, og mange kommuner uttrykker at denne støtten er helt nødvendig for en god brukeroppfølgning i mer komplekse saker.
- NAVs rolle innen anskaffelser, lager og logistikk blir av de fleste kommunene ansett å være kostnadseffektiv for det offentlige – og kommunene ser det som lite hensiktsmessig å endre dette i betydelig grad.
- Forenkling av saksbehandlingen (bestillerordningen) gir raskere løsninger for brukerne og er en klar forbedring av saksbehandlingen sett fra kommunens side.
- Leveringstiden for en del skaffevarer anses fortsatt å være for lang, og særlig overfor barn/unge kan dette være frustrerende.
- Kommunenes prioritering/ressurser knyttet til habilitering og rehabilitering er et (varierende) problem mht saksbehandlingstid og kompetanse når det gjelder løsninger. Mange kommuner savner en satsing/prioritering av dette feltet i kommunene.
- Koordineringen av tiltak/virkemidler i forhold til en samlet habilitering/rehabilitering der man finner de beste løsningene i samspillet mellom tilrettelegging, opplæring/opptrening, hjelpemiddel og oppfølging er en utfordring (f.eks. ”individuell plan” for koordinerte mål og tiltak), men gråsonene i forhold til hjelpemiddelområdet oppleves ikke som særlig

vanskelig, selv om man ikke er enig i alle grensedragninger som er gjort, f.eks overfor aktivitet/fritid/trening og overfor enkelte artikler knyttet til institusjon.

- Mangel på integrert saksbehandlingsstøtte (IKT) mellom forvaltningsnivåene skaper merarbeid og mangel på oversikt. Kommunene savner også bedre rapporter og oversikter over utviklingen innen området i sin kommune.
- NAVs tilgjengelighet overfor kommunens terapeuter og brukere oppleves (i varierende grad) som et problem
- Skillet mellom korttid og langtid mht utlån oppleves som problematisk, men oppleves for de fleste kommunen ikke som noe *stort* problem.

7. Forvaltningsnivåenes interne styring av området

7.1 Innledning

I dette kapitlet går vi litt nærmere inn på enkelte utviklingstrekk og forbedringsområder i den ”interne” styringen og utviklingen innen de to sentrale forvaltningsnivåene: kommunene og ikke minst NAV hjelpemiddelsentraler. Grunnlaget for områdene som trekkes frem her, er forhold som særlig har utkrystallisert seg som vesentlige områder i våre dokumentstudier og samtaler med kommunene, brukerorganisasjonene og NAV hjelpemiddelsentraler og spesialenheter. I forhold til vårt mandat, som ser litt overordnet på organiseringen av hjelpemiddelområdet, finner vi det mest relevant å konsentrere oss om noen vesentlige områder.

7.2 Kommunenes organisering av arbeidet

Kommunenes organisering av hjelpemiddelområdet er selvsagt avhengig av kommunens organisering av rehabiliteringsområdet generelt og avhengig av kommunenes størrelse og prioriteringer innen dette arbeidet.

I stor grad skiller kommunene mellom arbeid overfor barn og unge (barnehage og skole), og det øvrige habiliterings- og rehabiliteringsområdet som i stor grad retter seg mot helse, pleie og omsorgssektoren. Det aktive formidlingsarbeidet gjennomføres i første rekke av terapeutene innen rehabiliteringsområdet, og vil normalt bestå av ergoterapeuter (ikke lovpålagt) og/eller fysioterapeuter. I samtalene med kommunene går det klart frem at variasjonen mellom kommunenes prioritering og avsatte ressurser til dette arbeidet varierer i stor grad. Enkelte kommuner mener at arbeidet har kommet langt og er godt forankret i kommunens ledelse, mens andre vi har snakket med er svært misfornøyd med kommunens satsing og prioritering av dette området.

Noe av den store ulikheten mellom kommuner mht. hjelpemidler pr. innbygger, kan antakelig ha sammenheng med kompetanse og aktivitet innen rehabiliteringsfeltet i kommunen. Med økende eldrebefolkning og sterkere vekt på kommunenes (primærhelsetjenestens) oppgaver innen helseaksen (kommunene overtar mer av ansvaret for forbygging og behandling – funksjonsfordelingsreform), vil kanskje også dette området måtte prioriteres høyere i flere kommuner. God formidling av hjelpemidler innen omsorgssektoren vil antakelig være god forbyggende virksomhet og ikke minst være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Imidlertid vil svært mange kommuner være avhengig av bistand og støtte fra større kompetansemiljøer for å løse mer kompliserte og sammensatte saker. Terapeutene i kommunene er derfor relativt entydige på at man trenger en velfungerende hjelpemiddelsentral som kan bistå både formidlingsfaglig og med teknisk kompetanse innen produktområder.

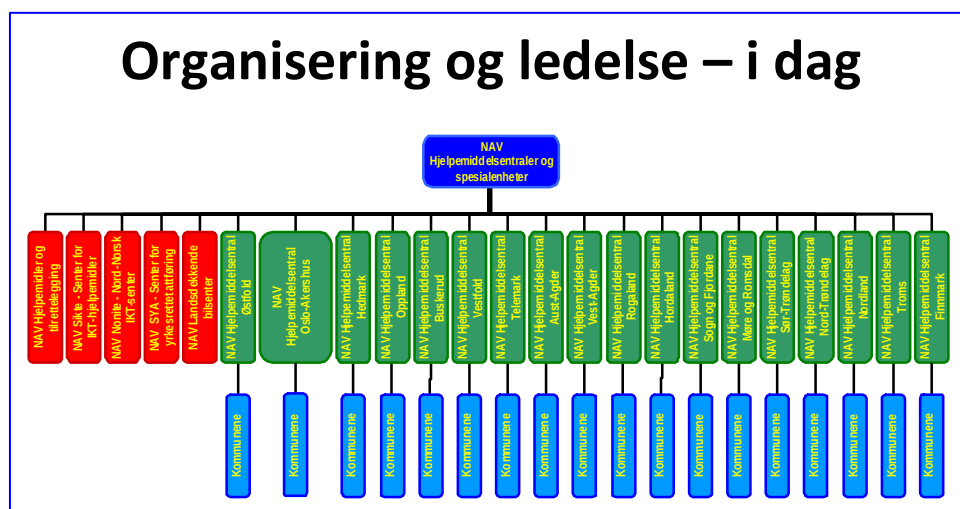
De kommunale lagrene varierer naturlig nok med kommunenes størrelse. Fra de helt små lagrene som stort sett betjenes av kommunale vaktmestre, til større enheter som gjerne er organisert som egne selskaper (skjermede bedrifter). Levering og retur av hjelpemidler foregår fra de kommunale lagrene, enten ved faste (evt. akutte) utkjøringer, eller ved at terapeutene har med seg hjelpemidler ved sine besøk.

De kommunale lagrene (for korttidsutlån) består ofte for en stor del av utrangerte (ikke resirkulerte) hjelpemidler fra de statlige lagrene. Det vil si at kommunene har relativt lave anskaffelsesbudsjetter når det gjelder hjelpemidler (utenfor institusjon).

Dersom man ser hjelpemiddelområdet fra brukerens side, vil kvalitet og leveringstid i stor grad avhenge av kompetanse og ressurser i den kommunale rehabiliteringstjenesten. Det er derfor av stor betydning for hjelpemiddelrådets effektivitet og måloppnåelse at kommunen har tilstrekkelig kompetanse og ressurser på området.

7.3 NAV Hjelpemiddelsentralene organisering

I 27 av de 29 årene som har gått siden den første hjelpemiddelsentralen ble etablert, har hjelpemiddelsentralene ikke vært samlet i én organisasjon under én felles ledelse. Dette har ført til at hjelpemiddelsentralene på enkelte områder, deriblant i organiseringen, er blitt til dels ganske forskjellige²⁵.



Figur 17: Organisering av NAV hjelpemiddelsentraler og spesialenheter

Med NAV-reformen 1.7.2006 ble hjelpemiddelsentralene og spesialenhetene samlet i én organisasjon under én ledelse i NAV Hjelpemiddelsentraler og spesialenheter.

Denne organiseringen i en styringslinje gir grunnlag for å utvikle felles strategier, handlingsplaner og organisasjonsmodeller innen området. Dette arbeidet er startet og man er i ferd med å utrede hvordan organiseringen skal utvikles for å ivareta slike behov som styring, kompetanse og effektivitet/produktivitet. I dette arbeidet med et overordnet "mål bilde" for hjelpemiddelområdet drøftes det flere modeller og muligheter²⁶.

Rapporten fra AGENDA Utredning & Utvikling AS (2008)²⁷ gjennomgår flere sider ved organiseringen av arbeidet, saksbehandling, drift og formidling. Et av budskapene her er at hjelpemiddelsentralene er svært forskjellige mht. flere sentrale indikatorer og resultatkrav, slik som saksbehandlingstider, ressurser brukt på formidlingsarbeid, gjenbruksverdi, driftsbudsjett/MEHF mv.

En viktig oppgave for organisasjonen blir derfor å røfte disse ulikhetene for å lære av beste praksis innen ulike områder, for deretter å gjennomføre tiltak som kan utligne forskjellene mellom enhetene. Det betyr

²⁵ "Hjelpemiddelrådets fremtidige mål bilde – et grunnlagsdokument", desember 2008

²⁶ "Hjelpemiddelrådets fremtidige mål bilde – et grunnlagsdokument", desember 2008

²⁷ "Kartlegging av hjelpemiddelsentralene og SYA"

ikke at hver sentral må organiseres eller arbeide likt, men at god praksis implementeres på en måte som gjør at forskjellene i oppnådde resultater utlignes. Det betyr antakeligvis også at man utvikler indikatorene (resultatmålingen) videre, både med hensyn til hva som måles og hvordan.

Som fremtidige krav til organisering og ledelse av hjelpemiddelområdet, peker NAV selv på følgende kjennetegn²⁸:

1. *Hjelpemiddelformidlingen må organiseres enhetlig og helhetlig.* Dette innebærer at organiseringen må være gjenkjennelig, tilgjengelig og faglig konsistent over hele landet.
2. *Hjelpemiddelformidlingen må ha en samlet, felles ledelse.* Dette innebærer at ledelsen må ha et nasjonalt resultatansvar og nasjonale fullmakter i tråd med målet om at Norge skal ha det beste hjelpemiddelformidlingssystemet i verden.
3. *Hjelpemiddelformidlingen må forankres i et fagutviklingsmiljø.* Dette innebærer at fagutviklingen må integreres i alle deler av formidlingsorganisasjonen og virksomheten på alle nivåer.
4. *Hjelpemiddelformidlingen må organiseres kostnadseffektivt.* Dette innebærer at organiseringen må sikre optimal ressursutnyttelse i forhold til brukerbehovene basert på lokal forankring, hensiktsmessig sentralisering og formålstjenlig oppgavedifferensiering.
5. *Hjelpemiddelformidlingen må ha effektive styringssystemer.* Dette innebærer at de administrative støttefunksjoner på alle nivåer må være formålstjenlige.

En samlet hjelpemiddelorganisasjon under en ledelse gir ikke minst grunnlag for å se nærmere på slike faktorer som:

- Læring og utvikling av beste praksis (benchmarking).
- Styrket kompetanse innen alle områder (kjerneprosesser, støttefunksjoner og ledelsesprosesser) gjennom kompetansedeling og ulike former for spesialisering mellom enhetene.
- Kompetanseoppbygging av de ulike funksjonene: formidling, lager/logistikk, merkantile oppgaver mv. og utvikling av felles systemer og prosesser.
- Økt tilgjengelighet for brukere og kommunens terapeuter, gjennom felles svartjenester el.

Det betyr i stor grad å videreutvikle det arbeidet som er påbegynt og som allerede har gitt resultater på prioriterte indikatorer, gode brukerundersøkelser og økt tilfredshet i kommunene.

Av resultatene fra brukerundersøkelsene og den løpende rapporteringen på indikatorer i 2008 er det særlig disse områdene som indikerer rom for særlig forbedring:

- Formidling og oppfølging av barn- og unge.
- Økt andel av ressursene på komplekse saker og samhandling med andre om helhetlige løsninger.
- Behandling og samordning (med SYA, NAV 1. linje, arbeidslivssentrene og øvrige aktører) innen arbeidsplassområdet.
- Økt gjenbruksverdi og gjenbruk over fylkesgrensene (logistikk)
- Kortere behandlingstid innen skaffevarer (evt. riktigere målsettinger innen leveringstider fra leverandør).

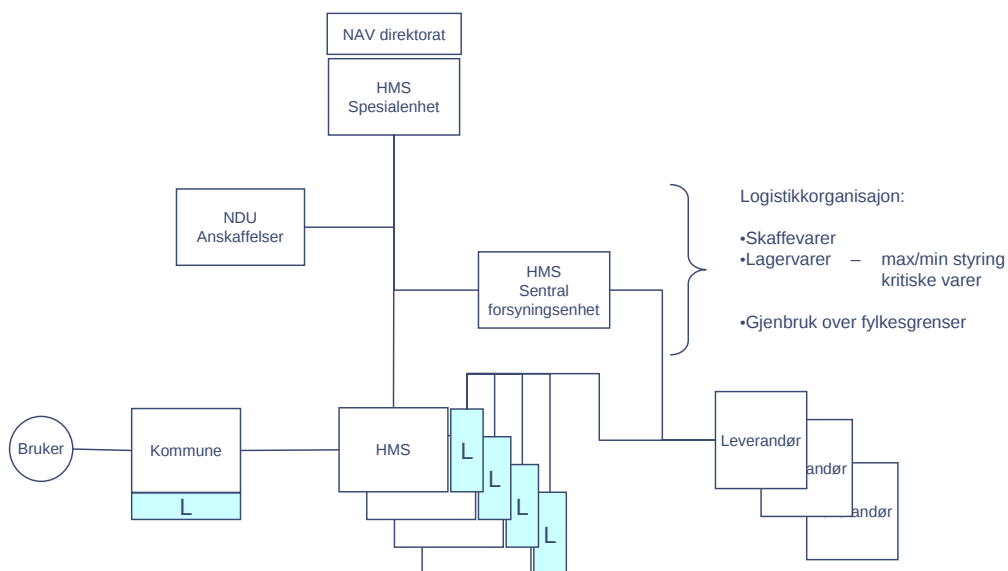
²⁸ ”Hjelpemiddelrådets fremtidige målbilde – et grunnlagsdokument”, desember 2008

7.4 Lager og logistikk

Hjelpemiddelsentralene har en lagerfunksjon som stort sett består av ”mengdevarer” knyttet til bestillingsordningen, akuttvarer som er tidskritiske og resirkulerte hjelpemidler som er inne til rengjøring, vedlikehold og service. Varer som ikke inngår i lagerbeholdningen, er ”skaffevarer” som bestilles fra leverandør i det enkelte tilfelle. Hjelpemiddelsentralene skal nå kun formidle et nasjonalt sortiment, dvs. at hele sortimentet på rammeavtalene er tilgjengelige for alle brukere, uavhengig av hvilken hjelpemiddelsentral som formidler varen.

Hver enkelt hjelpemiddelsentral velger hvilke hjelpemidler innenfor sortimentet som skal lagerføres utfra erfaring om behov i sitt område. Alle hovedprodukter og deler (tilbehør og reservedeler) med nødvendige tilleggsopplysninger lastes inn i Oracle e-Business Suite med et unikt nummer som gjelder for hele landet. Kartleggingen til AGENDA Utredning & Utvikling AS²⁹ viste at om man holder tolketjenestene utenfor, går 11 % av personellressursene ved hjelpemiddelsentralene til lagerhold og transport. I tillegg medfører lagerhold store arealer og dermed også en ikke ubetydelig husleie.

Sentral forsyningsenhet (SFE) er opprettet for å styrke og effektivisere lager- og logistikkfunksjonen. Hovedhensikten er bedre lagerstyring gjennom max/min-styring av lagerførte varer og ikke minst forbedre gjenbruk over fylkesgrensene.



Figur 18: Illustrasjon lager/logistikk

Utviklingen av bedre systemer for lager- og logistikk har pågått over lengre tid, bl.a. ved nytt IKT system og rutiner for å møte krav fra Riksrevisjonen om styring og kontroll.

Spørsmålet om hvordan lager og distribusjon skal organiseres for best mulig brukerbehandling og ressursutnyttelse, er til en viss grad drøftet i enkelte utredninger. Det finnes imidlertid ingen grundig og helhetlig gjennomgang av området som presenterer analyser som gir tilstrekkelig grunnlag for å ha bestemte oppfatninger om hvordan området skal organiseres. Bestemte løsninger må tilpasses avveininger

²⁹ Kartlegging av hjelpemiddelsentralene og SYA.; AGENDA Utredning & Utvikling AS, 2008

mellom leveringstider/priser, transportkostnader, resirkulering, kommunestruktur mv. Her kan man tenke seg ulike modeller som spenner fra dagens ordning, regionale modeller, leverandørmodeller osv.

Vi tror SFE er et meget vesentlig ledd i å ”profesjonalisere” logistikkfunksjonen innenfor dagens enhetlige styringsmodell. Samtidig tror vi det bør utredes nærmere hvordan ”verdikjeden” anskaffelser, lager/logistikk bør utvikles for best mulig brukernytte og kostnadseffektivitet.

7.5 Anskaffelser

I Norge har det vært uttalt politikk at det skal være det samme tilbudet til brukerne av tekniske hjelpemidler hvor i landet man bor. Det sortimentet det inngås avtale om skal være landsdekkende og dekke de fleste brukeres behov i hele Norge. Ved at man inngår sentrale avtaler er dette ivaretatt.

Anskaffelsesprosessen i NAV når det gjelder tekniske hjelpemidler for funksjonshemmede baserer seg på Lov og forskrift om offentlige anskaffelser. I stor grad inngås det rammeavtaler som alle hjelpemiddelsentralene må følge. Målet er at rammeavtalene skal dekke 90-95% av sortimentet.

Alle anskaffelser over terskelverdiene skal gjennomføres ved anbudsutlysning og være basert på et gjennomarbeidet konkurransegrunnlag som utlyses og kunngjøres på korrekt måte.

Avtaleperioden for de aller fleste produktområdene er to +1 +1 år som er i henhold til intensjonen i Lov om offentlige anskaffelser. NAV konkurranseutsetter mer enn 25 produktområder sentralt, både de store, tunge områdene med svært høye priser på enkeltprodukter som f. eks. biler, rullestolsområdet og løfteplattformer/trappeheiser og de områdene hvor det kjøpes inn store kvantum, men hvor stykkprisen er relativt lav som rollatorer og hygienhjelpemidler.

7.6 Ny innkjøpspraksis i NAV

Frem til 2007 var bruk av rammeavtaler ikke regulert i anskaffelsesregelverket. Da trådte ny forskrift om offentlige anskaffelser i kraft, og i denne forskriften er rammeavtaler uttrykkelig hjemlet.

Den nye forskriften hjemler og regulerer bruk av rammeavtaler ved offentlige innkjøp, men innebærer ingen dramatiske endringer i forhold til tidligere forskrift. Den viktigste endringen er at det tillates bruk av ”minikonkurranser” ved parallelle rammeavtaler.

Det gjelder også et generelt krav for rammeavtaler at bruken ikke skal hindre, vri eller begrense konkurransen. Dette er et sentralt krav som skal sikre formålet med anskaffelsesreglene som er å ha effektive anskaffelser basert på konkurranse i dag og i fremtiden.

Forskriften gir anvisning på tre hovedtyper av rammeavtaler:

- Rammeavtale med en leverandør.
 - I slike rammeavtaler skal de enkelte kontraktene under rammeavtalen tildeles leverandøren på grunnlag av vilkårene i avtalen.
- Rammeavtale med flere leverandører (parallelle avtaler) der alle vilkårene er fastsatt.
 - I slike avtaler skal kontrakten fordeles i henhold til vilkårene i rammeavtalen. Avtalen må gi anvisning på en eller annen fordelingsnøkkel, ettersom det er krav om forutberegnlighet, gjennomsiktighet og etterprøvnbarhet for at det skal anses at det er gjennomført en sluttført konkurranse.
- Rammeavtale med flere leverandører (parallelle avtaler) der ikke alle vilkårene er fastsatt.

-
- I slike avtaler skal det avholdes en ”minikonkurranse” for å avgjøre hvem av leverandørene som skal få tildelt den enkelte kontrakt i henhold til rammeavtalen. Vilklårene for minikonkurranse må fremgå av konkurransegrunnlaget.

Som dominerende innkjøper hjelpemiddelområdet (ofte monopolstilling) har NAV både juridisk og samfunnsøkonomiske forpliktelser ved gjennomføringen av innkjøpene. Bruken av rammeavtaler skal skje i henhold til formålene med anskaffelsesregelverket. Det er å sikre konkurranse og effektiv ressursbruk ved anskaffelsene. Som stor innkjøper har NAV en plikt til å vurdere hvordan deres innkjøpspraksis påvirker markedet og grunnlaget for konkurranse og effektiv ressursbruk på sikt. Dette er ikke minst viktig ettersom rammeavtaler kan bety at leverandører blir stengt ute fra markedet over en periode på opp til 4 år. Dette kan ha åpenbare negative virkninger på konkurransen i markedet.

Reelverket definerte ikke bruken av rammeavtaler tidligere. Det ble antatt at parallelle rammeavtaler var i henhold til intensjonen med regelverket. Med de presiseringer som nå er gjort når det gjelder dette står man overfor en situasjon der det må avholdes ”minikonkurranse” ved parallelle rammeavtaler dersom ikke fordelingsvilkårene er fastlagt i konkurransegrunnlaget.

Det har helt siden NAV reformen vært et mål å sentralisere flest mulige innkjøp for å sikre et nasjonalt (felles) sortiment som er tilgjengelig for alle brukere, og utnytte NAVs innkjøpsstyrke i markedet når det gjelder priser og betingelser. Samtidig vil det antakelig være administrativt besparende å ikke gjennomføre et stort antall anbudskonkurranser lokalt.

De nye reglene om rammeavtaler har ført til ny innkjøpspraksis i NAV når det gjelder hvordan man gjennomfører anbudene.

NAV har ansett det lite hensiktsmessig å inngå parallelle rammeavtaler med minikonkurranse (bortsett fra innen tilpasning av bil). Parallelle rammeavtaler der vilklårene for tildeling mellom flere valgte leverandører er fastlagt i konkurransegrunnlaget, er også ansett som lite hensiktsmessig – eller svært vanskelig å gjennomføre fordi det er vanskelig å forutsi hva som bør være/vil bli behovet for det enkelte produkt innen rammeavtalen.

For å opprettholde et (relativt) bredt sortiment, og for å sikre konkurranse i markedet ved ikke å bare velge en leverandør innen hver produktgruppe, har man valgt å spesifisere hver produktgruppe i svært mange underposter. For hver av underpostene blir bare en leverandør valgt. Dermed er anbudet ikke definert som parallell rammeavtale.

Til forskjell fra tidligere praksis er det nå avgjørende at det spesifiseres en produktpost for hvert produkt som ønskes i sortimentet. I den tidligere praksisen var produktene spesifisert på et mer overordnet nivå, og det var ingen begrensninger på hvor mange rammeavtaler som ble etablert for de enkelte produktpostene.

Det er fra leverandørhold hevdet at den nåværende praksisen innebærer stor fare for negative effekter på leverandørmarkedet. Det vil ikke minst si at selve konkurranseformen med svært detaljerte poster og kun en vinner i hver post vil medføre (har medført) kompliserte og uoversiktlige anbudskonkurranser og på sikt gå ut over konkurransen i markedet. Dette er selvsagt fortsatt vurderinger om fremtidige virkninger, men ikke helt uten grunnlag i følge ECON- rapporten³⁰.

Likeledes hevdes det at de detaljerte postbeskrivelsene vil kunne føre til at gode (de beste) produktene ikke når opp fordi definisjonene av postene ikke er tilpasset det reelle produktspekteret hos

³⁰ ”NAVs innkjøp av hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne”, Rapport 2008-089

leverandørene. I alle fall vil praksisen forutsette en meget inngående kjennskap til produktområdene, kombinert med inngående kjennskap til ulike funksjonsbehov.

Det er i dag ikke mulig å fastslå hva som vil bli virkningene av dagens innkjøpspraksis, men det er grunn til å vurdere denne mht. konkurransesituasjonen i markedet, og mht. tolkningen av vilkårene for bruk av parallelle rammeavtaler.

Det ser ut som også NAV er i ferd med å åpne for mer bruk av parallelle rammeavtaler innen visse områder, på bakgrunn av en markedsanalyse i forbindelse med anbudsforespørselen. Det vil si at NAV i større grad differensierer innkjøpsstrategiene på bakgrunn av analyser av det enkelte anbud.

7.7 Konklusjon og anbefalinger

- NAV bør videreføre arbeidet med å utvikle hjelpemiddelsentralene som *en* organisasjon for å styrke likebehandling og effektivitet, ved bl.a. å utvikle god praksis i tråd med "benchmark" mellom sentralene.
- NAV bør fortsette arbeidet med å utvikle lagerstyring og distribusjonsløsninger Sentral forsyningsenhet (SFE), det vil ikke minst styrke brukernes valgfrihet og gjenbruk over fylkesgrensene. Videreutvikling av optimale lager- og distribusjonsløsninger bør utredes videre.
- NAV bør videreutvikle sine anskaffelsesstrategier – ikke minst med analyser av posisjonen som "monopolkunde" og effekten på leverandørmarkedet. Det vil kunne innebære en større differensiering i innkjøpsstrategiene i henhold til et mer differensiert syn på markedet og langsiktige virkninger av anskaffelsesprosessene.
- NAV bør i den forbindelse vurdere nærmere bruken av parallelle rammeavtaler for å sikre gode anskaffelsesprosesser, og sikre innkjøp av beste egnede produkter (kvalitet/pris).

Vedlegg

Milepæler i utviklingen av det norske hjelpemiddeltilbudet	
1967	Folketrygden gir støtte til hjelpemidler som er nødvendige for å gjennomføre yrkesmessig atferd
1961	Prinsipp om at samfunnet skal tilpasses funksjonshemmede etableres
1975	Sosialdepartementet oppretter Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede (1975-1995). Hovedoppgave er å organisere og samordne formidlingen av tekniske tiltak for funksjonshemmede
1979	Fylkesid og fylkesdrevet styringsmodell: Telemark etablerer den første hjelpemiddelsentral i Norge. En frivillig, ikke lovpålagt oppgave med statlig støtte.
1988	Prisforhandlingskontoret i Rikstrygdeverket etableres Regjeringen oversender Pasientrettighetsloven og Rehabiliteringsmeldingen, avslutter debatten om for eller mot brukermedvirkning Folketrygdens støtte til hjelpemidler utvides til å gjelde personer over 70 år
1990	Statskonsult foreslår et statlig system av hjelpemiddelsentraler i alle fylkene
1992	Folketrygden åpner for å gi stønad til treningshjelpemidler og hjelpemidler til stimulering og aktivisering av den motoriske funksjonsevnen (først begrenset til barn under 12 år)
1994	Statlig ansvar med to overordnede myndigheter: Ansvaret for formidling og finansiering av hjelpemidler blir samlet i trygdeetaten. Rikstrygdeverket får ansvar for det formidlingsfaglige og fylkeskontorene for det administrative. Sentralene overtar ansvaret for tolketjenesten for døve, døvblinde og hørselshemmede
1994	Hjelpemiddelkontoret i Rikstrygdeverket utarbeider en rammeavtale for samarbeid mellom hjelpemiddelsentralene og kommunene
1996	Offisiell åpning av hjelpemiddelsentralen i Nord-Trøndelag. Norge er utbygd med én sentral i hvert fylke. Sentralene overtar ansvar for rådgivning om og resirkulering av biler
1997	Statskonsult anbefaler å samle all myndighet i Rikstrygdeverket, grunnet nødvendigheten av koordinering på tvers av fylkesgrensene og viktigheten av et helhetlig perspektiv på styringen av sentralene Folketrygden overtar finansiering av skolehjelpemidler
1998	Tryggedirektøren gjør hjelpemiddelsentralene formelt til avdelinger i fylkestyregkontorene – sentralene skulle inngå i et landsomfattende faglig nettverk koordinert av Rikstrygdeverket med faglig oppfølging og utvikling forankret i Hjelpemiddelkontoret
1998	Regjeringen oversender Pasientrettighetsloven og Rehabiliteringsmeldingen, avslutter debatten om for eller mot brukermedvirkning
2001	Nasjonal standard om kommuneavtalen blir utarbeidet
2002	Rett til seksualtekniske hjelpemidler
2003	Samtlige kommuner i Norge (bortsett fra en) har inngått samarbeidsavtale med hjelpemiddelsentralene Ansvar for behandlingshjelpemidler blir overført til helseforetakene
2004	Prosjekt for å verdiforankre brukermedvirkning ved hjelpemiddelsentralene Ordning med brukerpass og kontaktperson etableres
2006	Statlig, enhetlig system: NAV-reformen; hjelpemiddelsentralene blir samlet, både administrativt og faglig, i én organisasjon og under én felles, nasjonal ledelse i NAV Hjelpemiddelsentraler og spesialenheter
2008	Hjelpemiddelkontoret har inngått samarbeidsavtale med alle hjelpemiddelsentralene og to bydeler i Oslo, bortsett fra en kommune Innkjøpsprosjektet iverksettes Tolkeutredningen 2008 leveres