

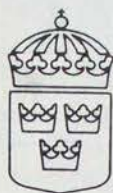
Hjälpmedels- verksamhetens utveckling

-kartläggning och bedömning

SOU
1989:39

**Betänkande av Hjälpmedels-
utredningen**





Statens offentliga utredningar

1989:39

Socialdepartementet

Hjälpmedels- verksamhetens utveckling

— kartläggning och bedömning

Betänkande av Hjälpmedelsutredningen
Stockholm 1989

Allmänna Förlaget har utgivit en bibliografi över SOU och Ds som omfattar åren 1981—1987. Den kan köpas från förlagets Kundtjänst, 106 47 STOCKHOLM. Best. nr. 38-12078-X.

Beställare som är berättigade till remissexemplar eller friexemplar kan beställa sådana under adress:

Regeringskansliets förvaltningskontor

SOU-förrådet

103 33 STOCKHOLM

Tel: 08/763 23 20 Telefontid 8¹⁰—12⁰⁰ (externt och internt)

08/763 10 05 12⁰⁰—16⁰⁰ (endast internt)

Produktion Allmänna Förlaget
Omslag ALLF/AD Nina Harling

ISBN 91-38-10345-1

ISSN 0375-250X

Svenskt Tryck Stockholm 910307

Till statsrådet Bengt Lindqvist

Genom beslut den 16 oktober 1986 bemyndigade regeringen statsrådet Lindqvist att tillkalla en särskild utredningsman med uppgift att bl.a. kartlägga och analysera den nuvarande situationen på hjälpmedelsområdet. Med stöd av detta bemyndigande förordnades den 20 oktober 1986 överdirektören Gustav Jönsson att vara utredningsman.

Den 26 februari 1987 förordnades följande personer att som sakkunniga biträda utredningen, ombudsmannen Gerd Andén (Handikappförbundens Centralkommitté, HCK/Riksförbundet För Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna), departementssekreteraren Håkan Ceder (socialdepartementet), sekreteraren Margareta Erman (Svenska kommunförbundet), distriktsordföranden Lars Hagström (De Handikappades Riksförbund), dåvarande direktören Sven Holmstedt (Handikappinstitutet), byrådirektören Rolf Carlsson (socialstyrelsen), ombudsmannen Pelle Kölhed (HCK/Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade), förbundsordföranden Stig Olsson (HCK/Föreningen Sveriges Dövblinda), avdelningschefen Ulf Wetterberg (Landstingsförbundet), utredningssekreteraren Maud Wikström (HCK/Svenska Diabetesförbundet), utredningschefen Bengt Wiktorin (Landstingsförbundet). Under utredningsarbetets slutskede har Olsson av hälsoskäl deltagit endast i begränsad omfattning.

Fr.o.m. den 1 augusti 1987 förordnades utvecklingsrådet Ulla Åhs (Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut) som expert.

Sekreterare i utredningen har varit departementssekreteraren Bernt Hedin (fr.o.m. den 1 februari 1987), utredningssekreteraren Ann Johansson-Sandén (fr.o.m. den 1 februari 1987), nuvarande utvecklingsrådet Ulla Åhs (fr.o.m. den 1 februari 1987 t.o.m. den 1 augusti 1987), utredningssekreteraren Marianne Hanning (fr.o.m. den 17 augusti 1987) samt utredningssekreteraren Anders Gustavii (fr.o.m. den 1 augusti 1988 t.o.m. den 31 mars 1989). Under utredningsarbetets slutskede har Hanning och Gustavii deltagit endast i begränsad omfattning.

Utredningen har antagit namnet Hjälpmedelsutredningen.

Utredningen får härmed överlämna betänkandet (SOU 1989:39) Hjälpmedelsverksamhetens utveckling. I betänkandet redovisas en kartläggning och bedömning av den hjälpmedelsverksamhet som hälso- och

sjukvårdshuvudmännen svarar för. Vidare lämnas vissa förslag till förändringar inom hjälpmedelsområdet. Utredningsuppdraget är härmed slutfört.

Särskilt yttrande har avgetts av sakkunniga Andén, Hagström, Kölhed och Wikström.

Stockholm i april 1989

Gustav Jönsson

/ Marianne Hanning

Bernt Hedin

Ann Johansson-Sandén

Innehåll

Förkortningar	13
Sammanfattning	15
1 Utredningsuppdraget	25
1.1 Direktiven	25
1.2 Kommittédirektiv angående beaktande av EG-aspekter i utredningsverksamheten	28
1.3 Till utredningen överlämnade frågor	29
2 Hjälpmedelsverksamhetens historiska framväxt	31
2.1 Tidigt samhällsengagemang i hjälpmedelsförsörjningen ...	31
2.2 Fortsatta reformer under 1960-talet	32
2.3 Förändringar under 1970-talet	33
3 Målet för handikappolitiken och handikappbegreppet	35
3.1 Inledning	35
3.2 1982 års handlingsprogram i handikappfrågor	35
3.2.1 Beredningsgruppens förslag	35
3.2.2 Regeringens skrivelse till riksdagen om handlingsprogrammet	36
3.2.3 Uppföljning av handlingsprogrammet	37
3.3 Synen på handikappade och handikappbegreppet	37
4 Översikt över hjälpmedelsverksamheten och andra närliggande samhällsinsatser	39
4.1 Centrala myndigheter och organ med anknytning till hjälpmedelsverksamheten	39
4.1.1 Socialstyrelsen	39
4.1.2 Landstingsförbundet	39
4.1.3 Handikappinstitutet	40
4.1.4 Sjukvårdshuvudmännens upphandlingsbolag	40
4.1.5 Apoteksbolaget	40

4.2	Hälso- och sjukvårdshuvudmännens hjälpmedelsverksamhet	40
4.2.1	Utgångspunkter för huvudmannaskapet m.m.	40
4.2.2	Huvudmännens hjälpmedelsorganisation	41
4.2.3	Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning	42
4.2.4	Tolktjänst	44
4.3	Kostnadsfria förbrukningsartiklar	44
4.4	Övrig hjälpmedelsförsörjning m.m.	44
4.4.1	Texttelefoner för döva m.fl.	44
4.4.2	Ledarhundar för synskadade	45
4.4.3	Bostadsanpassning	45
4.4.4	Kommunalt bostadstillägg för handikappade	46
4.4.5	Läromedel m.m. inom undervisningsområdet	46
4.4.6	Arbetstekniska hjälpmedel m.m.	47
4.4.7	Statligt bilstöd	47
4.5	Andra samhällsinsatser inom närliggande områden	48
4.5.1	Kommunal färdtjänst	48
4.5.2	Riksfärdtjänst	49
4.5.3	Kommunernas sociala service	49
4.5.4	Sjukvård i hemmet	50
4.5.5	Taltidningar	50
4.5.6	Vårdbidrag och handikappersättning från socialförsäkringen	51
4.5.7	Skatteavdrag på grund av sjukdom m.m.	52
5	Kartläggning av hälso- och sjukvårdens verksamhet med hjälpmedel	53
5.1	Inledning	53
5.2	Politisk och administrativ ledning	53
5.2.1	Verksamhets- och ansvarsområden	53
5.2.2	Budgeteringsrutiner	55
5.2.3	Samverkan med lokala handikapporganisationer ...	55
5.3	Organisation av verksamheten	56
5.3.1	Hjälpmedelscentral	56
5.3.2	Hörcentral	58
5.3.3	Syncentral	58
5.3.4	Ortopedteknisk avdelning	59
5.3.5	Tolkcentral	60
5.4	Hjälpmedel som rekommenderas vid olika funktionshinder	61
5.4.1	Rörelsehinderhjälpmedel	61
5.4.2	Hjälpmedel vid talskada	61
5.4.3	Hjälpmedel vid utvecklingsstörning	61
5.4.4	Hörselhjälpmedel	61
5.4.5	Synhjälpmedel	62
5.4.6	Ortopedtekniska hjälpmedel	62
5.4.7	Kosmetiska proteser	62

5.4.8	Behandlingshjälpmedel	63
5.4.9	Tolktjänst	63
5.4.10	Hjälpmedel särskilt avsedda för barn	63
5.4.11	Hjälpmedel vid flera funktionshinder	63
5.4.12	Datorbaserade hjälpmedel	63
5.5	Lokala hjälpmedelsförteckningar, sortimentsurval och avvikelser från Handikappinstitutets rekommendationer	64
5.5.1	Lokala hjälpmedelsförteckningar	64
5.5.2	Lokalt sortimentsurval	64
5.5.3	Vanliga avvikelser från Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning	65
5.6	Tillhandahållande av hjälpmedel	67
5.6.1	Ordination/förskrivning av hjälpmedel	67
5.6.2	Utprovning och uppföljning	68
5.7	Väntetider	73
5.8	Den enskildes kostnader	75
5.8.1	Avgifter	75
5.8.2	Ersättningsskyldighet	76
5.9	Materialhantering	76
5.9.1	Inköp och lagerhållning	76
5.9.2	Reparation och service	76
5.10	Personal	77
5.11	Huvudmännens synpunkter på hjälpmedelsverksamhetens utveckling	80
5.11.1	Hjälpmedelscentralerna	80
5.11.2	Hörcentralerna	81
5.11.3	Syncentralerna	82
5.11.4	Den ortopedtekniska verksamheten	82
5.11.5	Tolktjänsten	83
6	Brukarnas syn på hjälpmedelsverksamheten	85
6.1	Bakgrundsbeskrivning	85
6.2	Enkät till handikapprörelsens länsorganisationer	85
6.2.1	Inledning	85
6.2.2	Samverkansformer i hjälpmedelsfrågor mellan organisationerna och hälso- och sjukvårdshuvudmännen	86
6.2.3	Synpunkter på samverkan mellan huvudmännen och organisationerna	86
6.2.4	Organisationernas syn på hur hjälpmedelsverksamheten fungerar	87
6.2.5	Väntetider för utprovning	88
6.2.6	Huvudmännens information till brukarna om hjälpmedel m.m.	88
6.2.7	Brukarnas kontakter med organisationerna i hjälpmedelsfrågor	89
6.2.8	Lättare eller svårare att få hjälpmedel de senaste åren	89

6.2.9	Hjälpmedelsverksamhetens förändring de senaste fem åren	90
6.2.10	Flerhandikappades hjälpmedelsbehov	91
6.3	Brukarnas syn på hjälpmedelsverksamheten	92
6.3.1	Inledning	92
6.3.2	Boendeform, sysselsättning m.m.	93
6.3.3	Hjälpmedelssituationen	94
6.3.4	Intervjustudien	100
6.3.5	Behandlingshjälpmedel	101
6.3.6	Kostnadsfria förbrukningsartiklar	102
7	Kostnader och kostnadsutveckling för hjälpmedel	105
7.1	Hälso- och sjukvårdshuvudmännens utgifter för hjälpmedel	105
7.2	Kostnadsutveckling	107
7.3	Hjälpmedelskostnadernas variationer mellan landstingsområden	108
7.4	Kostnader och kostnadsutveckling inom olika delar av verksamheten	111
7.5	Kostnads- och volymutveckling för några enskilda hjälpmedel	114
7.5.1	Rullstolar	115
7.5.2	Sängar och sänglyftar	117
7.5.3	Personlyftar	120
7.5.4	Hörapparater	120
7.5.5	Proteser	123
7.5.6	Ortoser	124
7.5.7	Skor och skoinlägg	125
7.5.8	Glasögon	127
7.6	Sammanfattning	128
8	Kostnadsutvecklingens orsaker	131
8.1	Inledning	131
8.2	Behov av hjälpmedel	133
8.2.1	Hälsoförhållanden och åldersstruktur	134
8.2.2	Omgivnings- och levnadsförhållanden	139
8.2.3	Medicinska behandlingsmetoder och medicinteknisk utveckling	140
8.2.4	Förändringar i hälso- och sjukvårdens samt om-sorgernas struktur	142
8.3	Faktorer som påverkar efterfrågan på hjälpmedel	147
8.4	Faktorer som påverkar förskrivning och utprovning av hjälpmedel	148
8.5	Övriga faktorer som påverkar hjälpmedelskostnaderna ...	149
8.6	Huvudmännens förklaringar till kostnadsutvecklingen ...	150
8.7	Sammanfattning	151

9	Kostnadsfria förbrukningsartiklar	155
9.1	Nuvarande regelsystem	155
9.2	Behovsbedömning och förskrivning av förbrukningsartiklar	156
9.3	Kostnads- och volymutveckling för de kostnadsfria förbrukningsartiklarna	158
9.3.1	Kostnadsutvecklingen	158
9.3.2	Volymutvecklingen	160
9.3.3	Prisutvecklingen	161
9.3.4	Orsaker till kostnadsutvecklingen	162
9.4	Brukarnas uppfattning	163
9.5	Förbrukningsartiklar som har aktualiserats bli kostnadsfria	163
10	Stödfunktioner på central nivå för hjälpmedelsverksamheten	167
10.1	Provning	167
10.2	Upphandling	168
10.3	Den centrala hjälpmedelsförteckningen	169
10.4	Den centrala förteckningen över kostnadsfria förbrukningsartiklar	170
10.5	Produktinformation	170
10.6	Stöd till utveckling och produktion av hjälpmedel	171
10.7	Forskning och utveckling (FoU) inom hjälpmedelsområdet	172
10.7.1	Statens stöd till FoU inom hjälpmedelsområdet	172
10.7.2	FoU om hjälpmedel i anslutning till hälso- och sjukvårdsforskning	173
10.8	Tillsynsfunktionen	174
11	Handikappinstitutet	177
11.1	Inledning	177
11.2	Handikappinstitutets tillkomst och utveckling	177
11.3	Nuvarande finansiering och stadgar för Handikappinstitutet	178
11.4	Nuvarande organisation och verksamhet	180
11.5	Framförda synpunkter på Handikappinstitutets verksamhet	183
12	Hjälpmedelsområdet i framtiden	189
12.1	Bakgrund	189
12.2	Tekniken ger möjligheter	189
12.2.1	Inledning	189
12.2.2	Utgångspunkter för redovisningen	190
12.2.3	Synskadade och dövblinda	191
12.2.4	Hörselskadade och döva	191
12.2.5	Tal-, språk- och kommunikationshandikapp	192
12.2.6	Förståndshandikappade	193
12.2.7	Rörelsehindrade	193
12.2.8	Medicinskt handikappade	195

12.3	Medicinska framstegens inverkan på hjälpmedelsbehoven .	196
12.3.1	Inledning	196
12.3.2	Bedömningar av förändringar i hjälpmedelsbehovet .	197
12.3.3	Slutsatser i korthet	200
12.4	Den framtida befolkningsutvecklingens inverkan på hjälpmedelsbehovet	201
12.4.1	Befolkningsutvecklingen fram till år 2000	202
12.4.2	Behov av hörselhjälpmedel	202
12.4.3	Behov av synhjälpmedel	202
12.4.4	Behov av hjälpmedel vid rörelsehinder	204
13	Sammanfattande omdöme om hjälpmedelsverksamheten . . .	207
13.1	Allmänt om hjälpmedelsverksamhetens utveckling och nuvarande situation	207
13.2	Kostnadsutvecklingen	209
13.3	Hjälpmedelsverksamhetens organisation	210
13.4	Samverkan med lokala brukarorganisationer	211
13.5	Handikappbegreppet och hjälpmedelsbegreppet	212
13.6	Den centrala hjälpmedelsförteckningens effekter	213
13.7	Väntetider på hjälpmedel, reparationer och service	214
13.8	Ansaret för tillgången till vissa hjälpmedel m.m.	216
13.9	Huvudmannaskapsfrågor inom vissa hjälpmedelsområden .	218
13.10	De kostnadsfria förbrukningsartiklarna	219
13.11	Behov av personalutbildning, kompetensutveckling och samordning	220
13.12	Den enskildes kostnader för hjälpmedel och hjälpmedelsutprovning	222
14	Överväganden och förslag	225
14.1	Inledning	225
14.2	Huvudmannaskapet för hjälpmedelsverksamheten	225
14.3	Definitions- och gränsdragningsfrågor	226
14.4	Omfattningen av hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar för tillhandahållande av hjälpmedel	227
14.5	Den enskildes rätt till hjälpmedel	231
14.6	Organisationen för att tillgodose hjälpmedelsbehoven . . .	233
14.7	Hjälpmedelsbehov som behöver särskilt uppmärksammas .	236
14.8	Åtgärder för att minska väntetider m.m.	238
14.9	Tillgången till enkla hjälpmedel m.m.	239
14.10	Ändrat huvudmannaskap för vissa hjälpmedel	240
14.11	De kostnadsfria förbrukningsartiklarna	242
14.12	Den enskildes kostnader för hjälpmedel	243
14.13	Kompetens- och utbildningsfrågor	244
14.14	Samhällets centrala stödfunktioner för hjälpmedelsverksamheten	246

14.15 Tillsyn över hälso- och sjukvårdens hjälpmedelsverksamhet m.m.	252
14.16 Kostnader och finansiering	253
Särskilt yttrande	257

Bilagor i separat bilagedel (SOU 1989:47)

Bilaga 1 Enkätssammanställning omfattande samtliga hälso- och sjukvårdshuvudmän	
Bilaga 2 Enkätssammanställning — hjälpmedelscentralerna	
Bilaga 3 Enkätssammanställning — hörcentralerna	
Bilaga 4 Enkätssammanställning — syncentralerna	
Bilaga 5 Enkätssammanställning — tolkcentralerna	
Bilaga 6 Enkätssammanställning — ortopedteknisk verksamhet	
Bilaga 7 Enkät om hjälpmedelsverksamheten till handikappor- ganisationernas länsavdelningar	
Bilaga 8 Utredning om Handikappinstitutets roll och verksam- het, Leif Lundberg, 1988	
Bilaga 9 Tekniken ger möjligheter, rapport, Handikappinstitu- tet, 1987	
Bilaga 10 Medicinska framstegens inverkan på hjälpmedelsbeho- vet, rapport, Sven-Olof Brattgård, 1988	

Förkortningar

ADL	Det dagliga livets aktiviteter
DSF	Delegationen för social forskning
FoU	Forskning och utveckling
FRN	Forskningsrådsnämnden
KPI	Konsumentprisindex
LIC	Landstingens inköpscentral
LKELP	Kommunalekonomisk långtidsplanering för landsting
SCB	Statistiska centralbyrån
Spri	Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut
STU	Styrelsen för teknisk utveckling
SUB	AB Sjukvårdshuvudmännens upphandlingsbolag
ULF	Undersökningar om levnadsförhållanden (statistiska centralbyrån)

Förkortningar

AKI	En daglig tvätt av händer
DSB	Transportstyrelsen för värdet förskott
FOU	Forskning och utveckling
IVA	Förädlingsvärde
KPI	Konsumtionsindex
LIC	Länders inkomst
LKIL	Kommunikationsinfrastruktur för forskning
SCM	Statistiska centralbyrå
Sys	Sjukvård och socialt stöd för patienter och anhöriga
STU	Statistik för teknik utveckling
STB	Arbetsförhållanden i arbetslivet
ULF	Förkortningar för arbetsförhållanden (statistiska centralbyrå)

Sammanfattning

Vår uppgift har varit att kartlägga och analysera den nuvarande situationen på hjälpmedelsområdet. Om vi finner att förändringar är motiverade skall vi föreslå olika åtgärder för att få till stånd en bättre fungerande och mer effektiv hjälpmedelsverksamhet sett såväl ur den enskilde hjälpmedelsanvändarens som ur samhällets perspektiv. Förslagen skall kunna genomföras inom ramen för oförändrade samhällsekonomiska resurser.

I detta betänkande redovisar vi den kartläggning av hälso- och sjukvårdshuvudmännens hjälpmedelsverksamhet som vi genomfört och som belyser hjälpmedelsverksamhetens utveckling under en tioårsperiod fram till åren 1987—1988. På denna grund gör vi en bedömning av den nuvarande verksamheten samt redovisar överväganden och förslag till de åtgärder vi finner motiverade.

Hjälpmedelsverksamheten — en viktig samhällsservice

Hälso- och sjukvårdens hjälpmedelsverksamhet utgör en av grundförutsättningarna för att människor med skador, sjukdomar och funktionshinder skall kunna leva ett så normalt liv som möjligt.

Hjälpmedel som är omsorgsfullt utprovade och fungerar väl innebär ökad livskvalitet för en person med funktionshinder. Brist på hjälpmedel liksom dålig funktion hos dem ökar behovet av andra vård- och serviceinsatser. Således kan utökade insatser inom hjälpmedelsverksamheten medföra besparingar för samhället genom att insatser inom andra områden inte behöver sättas in.

En expanderande verksamhet

Hjälpmedelsverksamheten har förändrats i betydande omfattning under den senaste tioårsperioden. Den har utvecklats till att omfatta allt fler behovsgrupper och allt fler hjälpmedel.

Andelen personer med funktionshinder i befolkningen har ett starkt samband med ålder. De beräkningar vi har gjort pekar mot att ca 70 procent av hjälpmedelsanvändarna är över 65 år. Det ökande antalet äldre i befolkningen har därmed också ökat efterfrågan på hjälpmedel. Vidare har strukturomvandlingen inom vård- och omvårdnadssektorn inneburit att allt fler personer med funktionshinder bor i eget boende och allt fler sjuka får vård, behandling och omvårdnad i hemmet.

Samtidigt har volymutvecklingen varit betydande för de personalgrupper inom hälso- och sjukvården som bland sina arbetsuppgifter har att utföra utprovning, förskrivning och uppföljning av olika slags hjälpmedel.

Primärvårdens utbyggnad har inneburit att fler behov kunnat fångas upp för att åtgärdas eller remitteras vidare t.ex. till hör- och syncentraler eller andra specialinstanser. Även vid dessa specialenheter har personalresurserna ökat. Den medicinska och tekniska utvecklingen har medfört nya behandlingsmetoder och tekniker, kontinuerlig produktutveckling liksom helt nya produkter.

Dessa förhållanden har medverkat till att hjälpmedelsverksamheten har utvecklats kraftigt beträffande både inköpsvolym och produktsortiment. Vår bedömning är att hjälpmedelsverksamheten till stora delar fungerar förhållandevis väl. Den konstaterade utvecklingen får också anses ligga i linje med den överenskommelse om hjälpmedelsverksamheten som träffades mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen och staten år 1976.

Trots den konstaterade positiva utvecklingen finns det allvarliga problem och brister inom hjälpmedelsverksamheten. Dessa problem har ett starkt samband med den stora efterfrågeökningen inom verksamheten. Det gäller dock inte i första hand brister i tillgången på hjälpmedel utan främst brist på resurser inom den organisation som skall svara för utprovning och tillhandahållande. Det är framför allt uppföljningen av hjälpmedelsbehov som påverkas av den allmänna knappheten på resurser. Det innebär bl.a. att det ofta inte görs någon uppföljning av hur utlämnade hjälpmedel används och fungerar.

Man kan förutsäga en fortsatt ökning av efterfrågan på hjälpmedel. Detta beror bl.a. på ökningen av antalet personer i hög ålder, fortsatt satsning på eget boende och utvecklingen inom sjukvården mot vård och behandling utanför sjukhus. Kraven ökar genom att fler blir medvetna om sina behov och möjligheterna att få hjälpmedel. Även utvecklingen inom medicinen och av tekniken kommer att verka i denna riktning.

Kostnadsutveckling

År 1987 uppgick de totala kostnaderna för inköp av hjälpmedel till ca 1,2 miljarder kronor. Hjälpmedelskostnadernas andel av hälso- och sjukvårdens driftkostnader utgjorde ca 1,5 procent. Personalkostnader för utprovning, service samt kostnader för lokaler, lagerhållning m.m. torde vara minst lika stora som inköpskostnaderna, vilket innebär att de totala kostnaderna var omkring 2,5 miljarder kronor eller runt 3 procent av hälso- och sjukvårdens driftkostnader.

Kostnadsökningen för hjälpmedel har varit kraftig. Under perioden 1978—1987 ökade hälso- och sjukvårdshuvudmännens utgifter för hjälpmedel med i genomsnitt 4 procent per år i fasta priser. Driftkostnaden för hela hälso- och sjukvården ökade under samma period med i genomsnitt 2 procent per år.

Framträdande orsaker till kostnadsutvecklingen är som nämnts ökningen av antalet äldre samt de strukturella förändringarna inom vård- och omsorgssektorn som genomförts under perioden. Allt fler får vård och omvårdnad i hemmet. De ökade insatserna inom primärvård samt vård och omsorg i hemmet gör dessutom att fler behov uppmärksammas. Det kan mot denna bakgrund konstateras att kostnadsutvecklingen inom hjälpmedelsområdet är såväl förklarlig som försvarlig.

Vi bedömer att de faktorer som påverkat behov och efterfrågan även framdeles kommer att göra sig gällande. Produkt- och metodutvecklingen kommer att fortsätta. Det finns därför anledning för huvudmännen att i sin resursplanering utgå från en fortsatt betydande efterfråge- och kostnadsutveckling för hjälpmedel.

Handikapp- och hjälpmedelsbegrepp

Handikappbegreppet har under åren utvecklats från att definiera en egenskap hos en individ till att beteckna de svårigheter som uppstår i mötet mellan individen som har ett funktionshinder och dennes omgivning. Begreppet handikapp har även utvidgats till att omfatta alla funktionshinder.

Hjälpmedelsbegreppet har på motsvarande sätt utvidgats till att omfatta allt fler produkter vid allt fler behov. Detta medför att varken sjukdomsdiagnos, skada eller den förväntade varaktigheten av ett funktionshinder kan vara avgörande för om ett hjälpmedelsbehov skall tillgodoses eller inte. Det är inte heller särskilt meningsfullt att genom uppräknings av produkter eller produktgrupper definiera hjälpmedelsområdet.

Enligt vår uppfattning bör hjälpmedel tillhandahållas om sådana behövs för vård, behandling, rehabilitering eller för att bidra till ett så normalt liv som möjligt oberoende av sjukdomens, skadans eller funktionshindrets art och varaktighet.

Ansvar för hjälpmedelsverksamheten

I utredningsdirektiven anges att huvudansvaret för att tillhandahålla hjälpmedel även fortsättningsvis skall åvila hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Vi utgår också i våra överväganden från detta. Vi anser dock att om huvudmannaskapet för vård och omsorg om äldre och om långvarigt sjuka m.fl. förändras, bör frågan om motsvarande förändring av ansvaret för att tillgodose hjälpmedelsbehov tas upp till prövning. Flertalet av hjälpmedelsbrukarna är personer över 65 år. Utifrån den grundläggande principen om en helhetssyn på individens situation anser vi därför att det finns starka skäl för att överväga att lägga ansvaret på primärkommunen att uppmärksamma och tillgodose behov av framför allt bostadsanknutna hjälpmedel och hjälpmedel för det dagliga livets aktiviteter.

I hälso- och sjukvårdshuvudmannens ansvar ingår enligt vår mening att sörja för att individer med sjukdom, skada och funktionshinder får sådana individuellt utprovade hjälpmedel som erfordras *vid medicinsk*

vård och behandling, i rehabilitering och habilitering och för det dagliga livets aktiviteter och som inte tillgodoses i annan ordning.

Vår uppfattning av hur långt huvudmannens ansvar för tillhandahållande av hjälpmedel bör anses sträcka sig redovisas närmare i betänkandet. Bl.a. bör sådana individuellt utprovade hjälpmedel som behövs för att en person med funktionshinder skall kunna ha en normal fritid ingå i ansvaret. Hjälpmedel för motions-, sport- och hobbyverksamhet ingår dock enligt vår uppfattning inte generellt i ansvaret. Vidare är det enligt vår mening rimligt att den enskilde själv står för inköp av sådana konsumentvaror som kan anses ingå i en normal hemutrustning.

Det minskade realvärdet av glasögonbidraget till barn och ungdom kunde ha motiverat en översyn av bidraget i syfte att det skall täcka en större andel av den verkliga kostnaden för glasögon. Vi har dock inte funnit några möjligheter att inom ramen för direktiven föreslå en sådan förändring. Vi avvisar även tanken på ett allmänt samhällsstöd för glasögon till vuxna personer.

Den enskildes rätt till hjälpmedel

Vi har övervägt en särskild lagreglering av den enskildes rätt till hjälpmedel, antingen som en utvidgning av hälso- och sjukvårdslagen eller i en speciallag. Rent principiellt föreligger dock svårigheter att särskilja rätten till hjälpmedel från rätten till andra hälso- och sjukvårdsinsatser.

Bilden kompliceras ytterligare av de huvudmannaskapsförändringar som nu utreds för äldreomsorgen och som behöver följas upp när det gäller ansvaret för hjälpmedelsverksamheten. Detta kan komma att förändra såväl behovet av som möjligheterna att lagreglera rätten till hjälpmedel.

Vidare har den under hösten 1988 tillsatta handikapputredningen i uppdrag att bl.a. kartlägga och analysera insatserna för personer med omfattande funktionshinder samt föreslå åtgärder som tillförsäkrar dessa grupper ett väl fungerande stöd.

Vi anser att frågan om en eventuell lagreglering av den enskildes rätt till hjälpmedel m.m. får övervägas vidare i samband med dessa fortsatta utredningar.

Organisation av hjälpmedelsverksamheten

Hjälpmedelsverksamheten är ingen sammanhållen och enhetlig verksamhet. Vissa delar utgör dock ett eget verksamhetsområde. Detta gäller främst hjälpmedelscentralerna samt även tolkcentralerna. Andra delar av verksamheten t.ex. syn- och hörcentraler är vanligen knutna till ögon- resp. öronklinik. Den ortopedtekniska verksamheten drivs hos flertalet huvudmän av entreprenör och är vanligen knuten till en ortopedklinik.

Enligt vår uppfattning bör behovsbedömning, utprovning och uppföljning ske utifrån en helhetssyn på individens situation. Ansvaret för att uppmärksamma hjälpmedelsbehov bör därför ligga på den enhet som har huvudansvaret för individens vård, behandling, rehabilitering, habi-

litering eller omsorg i det aktuella fallet. I stort sett alla enheter inom hälso- och sjukvården har således ansvar för att hjälpmedelsbehov uppmärksammas och blir tillgodosedda. Även enheter inom omsorgsverksamheten och socialtjänsten har en viktig uppgift att uppmärksamma behov och ta kontakter så att dessa åtgärdas.

När så behövs skall patienten remitteras vidare till hjälpmedelsverksamhetens olika specialresurser.

Vår uppfattning är även att hälso- och sjukvårdshuvudmannen bör ange tydliga mål och riktlinjer för sin verksamhet med tillhandahållande av hjälpmedel. Information om dessa riktlinjer bör ges både till berörd personal och till allmänheten.

Hjälpmedelsbehov som behöver uppmärksammas

Enligt vår uppfattning är det angeläget att personer med omfattande funktionshinder och komplicerade hjälpmedelsbehov får sina behov bedömda och åtgärdade av specialister på området. I dag finns det brister inom detta område. Vår bedömning är att det behövs såväl kompletterande resurser som metodutveckling liksom ökad kompetens för att tillgodo- se dessa personers behov av hjälpmedel.

Många utvecklingsstörda har en kombination av flera funktionshinder. De hjälpmedelsbehov detta medför har hittills inte uppmärksamats tillräckligt och dessa utvecklingsstörda får inte hjälpmedel i den utsträckning de behöver. Enligt vår mening behövs särskild kompetens för behovsbedömning och utprovning av hjälpmedel för personer med psykisk utvecklingsstörning i kombination med andra funktionshinder såsom rörelsehinder, hörsel- och synskador.

Personer som permanent vistas i institutionsliknande boendeformer får i många fall inte sina behov av individuellt utprovade hjälpmedel tillgodosedda. Vår uppfattning är att behoven av hjälpmedel för personer i sådana boendeformer måste uppmärksammas i ökad utsträckning.

Ny teknik t.ex. avancerad elektronik som datorer, styrsystem m.m. används i allt större utsträckning som hjälpmedel vid rörelsehinder, synskada, talskada och utvecklingsstörning. En snabb teknisk utveckling kan förväntas under de kommande åren och det är angeläget att ny teknik kan komma personer med funktionshinder till godo.

Vi anser det lämpligt att mer kvalificerad teknisk kompetens byggs upp i form av regionala enheter där erfarenhet och ny kunskap kan samlas och återföras till den lokala verksamheten. De centra för datorbaserade hjälpmedel som för närvarande byggs upp på försök i vissa regioner borde kunna vidareutvecklas till sådana regionala organ.

Köer och väntetider på hjälpmedel

Inom alla delar av hjälpmedelsverksamheten förekommer det att man får vänta på att få ett hjälpmedel eller att få hjälpmedel reparerade. Enligt vår uppfattning förekommer på många håll väntetider som överstiger

vad som är acceptabelt. Åtgärder bör vidtas för att eliminera sådana väntetider.

De längsta väntetiderna finns inom hörselvården. Ca 20 000 personer står i kö för att få hörselhjälpmedel. I vissa fall kan väntetiden vara över två år för att få hörseln testad och hörselhjälpmedel utprovade. Köerna beror framför allt på bristande personalresurser inom hörselvården. Vi ser det som angeläget att situationen inom hörselvården åtgärdas. Enligt vår bedömning erfordras såväl utökade personalresurser som översyn av organisation och rutiner.

Även inom synvården finns problem med väntetider och köer, beroende framför allt på personalbrist vid syncentralerna. Det är angeläget att huvudmännen fortsätter utbyggnaden av syncentralerna för att komma till rätta med resursproblemen.

Tolktjänsten är ett relativt nytt område som är under utveckling. Bristen på utbildade tolkar är ett stort problem. Det är angeläget att huvudmännen fortsätter utbyggnaden av tolktjänsten. För detta behövs en utbyggnad av tolkutbildningen.

Tillgång till enkla hjälpmedel

Det är angeläget att information om enkla hjälpmedel för det dagliga livet når ut till allmänheten. Detta gäller i särskild hög grad för den stora gruppen äldre, som enkelt och utan att anlita vårdorganisationen bör kunna skaffa sig hjälpmedel allteftersom funktionsförmågan förändras.

Vi anser det angeläget att den som har behov av enkla hjälpmedel skall kunna få sådana utan onödig omväg och att samhället skall ansvara för att även sådana hjälpmedel finns att tillgå, som det är rimligt att den enskilde själv betalar.

Enligt vår uppfattning är det angeläget att nya former för distribution och tillhandahållande av enkla hjälpmedel prövas. De försök som under våren 1989 startar i två landsting med distribution via apotek bör följas upp och ytterligare åtgärder vidtas för att göra sådana hjälpmedel tillgängliga för allmänheten.

Ändrat huvudmannaskap för vissa hjälpmedel

Vår uppfattning är att ansvaret för texttelefoner och telefoner för dövblinda i sin helhet bör övergå från staten till hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Ett delat huvudmannaskap för telefoner och andra kommunikationshjälpmedel försvårar för den enskilde brukaren att få det bästa hjälpmedlet.

Ansvaret för individuellt utprovade hjälpmedel i kommunal barnomsorg bör ligga hos samma huvudman som har ansvaret för barnens hjälpmedel i hemmet och skolan. Skälen för detta är framför allt att barnets behov av hjälpmedel skall kunna bedömas utifrån en samlad bild av barnets situation och att hjälpmedel som introduceras under förskoletiden skall kunna tas med till skolan.

Av i princip samma skäl bör ansvaret för individuellt utprovade hjälp-

medel vid de statliga specialskolorna liksom vid folkkhögskolorna överförs till hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Vårt förslag är att kostnadsansvaret förläggs till hemlandstinget medan ansvaret för tillhandahållande, service etc. — i den mån skolan inte själv svarar för detta — lämpligen bör åvila den huvudman i vars sjukvårdsområde skolan i fråga ligger.

Kostnadsfria förbrukningsartiklar

Enligt vår mening är det nuvarande systemet med kostnadsfria förbrukningsartiklar otillfredsställande på grund av de stora ekonomiska skillnaderna mellan olika behovsgrupper. I 1989 års budgetproposition (bil. 7 avsnitt D) aviseras ett nytt rabatteringsystem i syfte att tillskapa ett enhetligare och rättvisare regelsystem för att begränsa den enskildes läkemedelskostnader inkl. förbrukningsartiklar.

I anslutning härtil pekar vi på att det ekonomiska ansvaret för de kostnadsfria förbrukningsartiklarna bör överföras från riks försäkringsverket och sjukförsäkringen till hälso- och sjukvårdshuvudmännen i likhet med det förslag beträffande läkemedlen som lagts av riks försäkringsverket. En sådan förändring skulle innebära att hela ansvaret för att tillhandahålla dessa artiklar på ett naturligt sätt införlivades i hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Den enskildes kostnader för hjälpmedel

I princip bör individuellt utprovade hjälpmedel utgöra lån och vara kostnadsfria för den enskilde. Enligt vår mening utesluter detta inte att vissa begränsade avgifter kan tas ut vid tillhandahållandet av hjälpmedlen på motsvarande sätt som vid besök i öppen sjukvård och vid läkemedelsinköp.

Den som behöver hjälpmedel bör dock enligt vår mening totalt sett inte drabbas av högre vårdkostnad än andra medborgare. Det lagfästa skyddet mot höga sjukvårds- och läkemedelskostnader bör därför kompletteras så att det innefattar även avgifter för hjälpmedel.

Kompetens och utbildningsfrågor

Olika hjälpmedel ställer varierande krav på kompetens hos den personal som har ansvar för behovsbedömning, utprovning och uppföljning liksom för anpassning och teknisk service. Den kontinuerliga utvecklingen av ny teknik och nya behandlingsmetoder där hjälpmedel ingår ställer stora krav på kompetensutveckling för personalen.

Den personal som har arbetsuppgifter inom hjälpmedelsområdet måste fortlöpande få kunskaper om ny teknik, metoder och möjligheter. Specialenheterna inom området bör enligt vår uppfattning ha ett särskilt ansvar att följa utvecklingen och medverka till att kunskaper förs vidare till personal inom andra vårdenheter.

Universitets- och högskoleämbetet samt skolöverstyrelsen bör i sam-

verkan med berörda myndigheter och organisationer göra en översyn av innehållet i de grundutbildningar som på olika sätt berörs av hjälpmedelsfrågorna. Handikappinstitutet bör medverka till att utbildningsmaterial om hjälpmedel tas fram för olika yrkeskategorier och utbildningar.

Samhällets centrala stöd till hjälpmedelsverksamheten

Det är av avgörande betydelse för utvecklingen att det finns ett centralt organ för hjälpmedelsfrågor. Handikappinstitutet bör även i fortsättningen vara detta centrala organ. Institutet bör som huvuduppgift ha att generellt bevaka hjälpmedelsområdet i syfte att uppmärksamma behov av hjälpmedel och att verka för att behoven blir tillgodosedda med bra och säkra produkter.

För att genomföra detta bör Handikappinstitutet stödja och stimulera utveckling av nya hjälpmedel, se till att ny teknik tas tillvara i hjälpmedelssammanhang och prova att hjälpmedlen är säkra och funktionella. Information om effektiva hjälpmedelslösningar, ny teknik, nya produkter och annat angeläget material bör kontinuerligt ges ut. En annan viktig uppgift för Handikappinstitutet är att vara kunskapsinsamlare och -förmedlare mellan huvudmännen.

Handikappinstitutets huvudområde bör vara hjälpmedel för det dagliga livets behov, för rehabilitering och habilitering samt hjälpmedel för vård och behandling. Det bör dock inte göras någon skarp avgränsning mot hjälpmedelsfrågor som faller utanför dessa områden. Institutet bör ha en helhetsbild över hjälpmedelsområdet som även inbegriper bl.a. hjälpmedel i arbetslivet för personer med funktionshinder.

Institutet bör även följa utvecklingen av ny teknik i samhället och bevaka att inte nya hinder uppstår för människor med funktionshinder. Likaså bör institutet utifrån sina kunskaper om funktionshinder och hjälpmedel bevaka frågor rörande den yttre och inre miljöns tillgänglighet.

Handikappinstitutet bör även bidra till att den personal som berörs av hjälpmedelsfrågorna får adekvat utbildning genom att i samarbete med olika utbildningsorgan ta fram utbildnings- och informationsmaterial om funktionshinder och hjälpmedel. Tillsammans med berörda huvudmän bör institutet även verka för att personal och brukare får god information om hjälpmedel.

En väl fungerande provningsverksamhet bör även framdeles vara en central del av Handikappinstitutets verksamhet.

Handikappinstitutets uppgift att rekommendera hjälpmedel, ordinationer och ordinationsanvisningar bör upphöra. Institutet bör i stället kontinuerligt publicera information om godkända produkter, deras egenskaper, användningsområden, om de är centralt upphandlade m.m. Denna information bör ges ut oberoende av om produkterna tillhålls kostnadsfritt eller inte. Varje huvudman bör liksom i dag bestämma vilka produkter som skall tillhandahållas som kostnadsfria hjälpmedel.

Enligt utredningens mening bör Handikappinstitutet förfoga över me-

del som kan fördelas till angelägna forsknings- och utvecklingsprojekt inom hjälpmedelsområdet. Dessutom bör stödet för utveckling och produktion av nya hjälpmedel förstärkas. En ökning från nuvarande 1,5 milj. kr. till 3—4 milj. kr. per år bör därför genomföras. Även institutets möjligheter att ge avsättningsstöd och andra garantier bör förstärkas och ges en sådan form att utlösta garantier inte inskränker på utrymmet för institutets verksamhet i övrigt.

Enligt utredningens uppfattning kommer det även att behövas insatser för att stödja utvecklingen av datorbaserade hjälpmedel och annan informationsteknologi inom hjälpmedelsområdet.

Tillsyn

Socialstyrelsen har som central förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvårds- samt socialtjänstområdet ansvar för tillsynen över hjälpmedelsområdet. Enligt utredningens uppfattning bör socialstyrelsen, med utgångspunkt i de allmänna principer som statsmakterna lagt fast för verksamheten, bedriva en förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvårdens verksamhet med hjälpmedel. Väl fungerande hjälpmedel har stor betydelse för livskvaliteten för personer med funktionshinder. Vårt förslag om att slopa Handikappinstitutets centrala rekommendationer ökar betydelsen av att socialstyrelsen bedriver en kontinuerlig och effektiv tillsyn.

Regeringen har nyligen i prop. 1988/89:130 angett riktlinjerna för en förändring av socialstyrelsens framtida roll, inriktning och huvudsakliga arbetsuppgifter. Enligt propositionen skall styrelsen i första hand rikta in sitt arbete på tillsyn i form av uppföljning och utvärdering av den verksamhet som kommuner, landsting och andra organ bedriver inom hälso- och sjukvårds- och socialsektorn.

Vi anser det angeläget att den fortsatta utvecklingen inom olika delar av hjälpmedelsområdet följs upp genom att socialstyrelsen på ett aktivare sätt än hittills följer hur olika grupper funktionshindrade får sina behov av hjälpmedel tillgodosedda och hur verksamheten utvecklas inom olika delar av landet.

Enligt vår uppfattning bör socialstyrelsens och Handikappinstitutets insatser kunna komplettera varandra och det är av stor betydelse att styrelsen och institutet finner väl fungerande samarbetsformer.

Vi anser det naturligt att statistik- och informationsinsamlandet kring hjälpmedel vid funktionshinder sker inom ramen för gängse insamling inom hälso- och sjukvårdsområdet. Frågan om ett framtida statistikförsörjningssystem inom hjälpmedelsområdet bör därför tas upp av den redan arbetande utredningen om informationsstrukturen för hälso- och sjukvården.

Kostnader och finansiering

Allt fler får vård och omvårdnad i hemmet, vårdinsatserna i öppen vård ökar även i övrigt, andelen äldre brukare av hjälpmedel har ökat, nya

hjälpmedel har kommit ut på marknaden och ny teknik har medverkat till att befintliga hjälpmedel blivit bättre men också dyrare. Allt talar för en fortsatt kraftig utveckling av hjälpmedelsverksamheten.

Vi har konstaterat brister inom flera av de områden som ingår i hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar för hjälpmedel. Utöver dessa brister har vi också pekat på några områden där det är angeläget att huvudmännen utvidgar sina insatser. Överslagsmässigt kan det beräknas gälla kostnadsökningar på några års sikt av storleken 20–30 milj. kr. per år inberäknat 2–3 milj. kr. för ökat stöd till utveckling och produktion av hjälpmedel.

Vi har inte redovisat något särskilt förslag för att finansiera de här nämnda kostnadsökningarna. Som vi framhållit kan brist på hjälpmedel orsaka ökat behov av andra samhällsinsatser och därmed ökade kostnader. Hjälpmedelsinsatser kan ur detta perspektiv därför vara ekonomiskt lönsamma åtgärder. Vi ser i övrigt inga andra finansieringsmöjligheter inom detta område än ökad användning av avgifter inom ramen för ett högkostnadsskydd.

Den överföring av kostnadsansvaret som föreslås för individuella hjälpmedel inom den kommunala barnomsorgen uppskattas gälla en kostnad av ca 3,5 milj. kr. per år. Kostnaderna för individuella hjälpmedel till barn och ungdomar vid statens specialskolor och folkhögskolor kan överslagsmässigt beräknas till ca 1 milj. kr. per år. Statens kostnader för tillhandahållande av texttelefoner har budgeterats till 8,3 milj. kr. för budgetåret 1988/89.

Beräknat utifrån 1988 års förhållanden innebär detta sammantaget en ökning av hälso- och sjukvårdshuvudmännens kostnader med närmare 13 milj. kr. per år och en minskning för staten med drygt ca 9 milj. kr. och för kommunerna med ca 3,5 milj. kr. Vid förändrat huvudmannaskap aktualiseras således en reglering av dessa belopp mellan huvudmännen.

Det kan ifrågasättas om det finns några bärande motiv att behålla den nuvarande särskilda hjälpmedelsersättningen. Vi finner det lämpligt att överväga att inordna den i den allmänna sjukvårdsersättningen från sjukförsäkringen till huvudmännen.

Handikappinstitutet bör enligt vår uppfattning till största delen finansieras med en fast treårig budgetram. Med hänsyn till statens ansvar för bl.a. forskning och utveckling inom hjälpmedelsområdet är det enligt vår mening motiverat att staten direkt deltar i finansieringen genom ett anslag över statsbudgeten. I övrigt bör institutet liksom nu finansieras av hälso- och sjukvårdshuvudmännen inom ramen för ersättningen från sjukförsäkringen.

Möjligheterna bör även prövas att i högre grad avgiftsbelägga vissa av Handikappinstitutets produkter och tjänster.

Om även primärkommunerna blir huvudmän för delar av hjälpmedelsverksamheten bör de delta i institutets finansiering. Denna fråga bör därför prövas i anslutning till beredningen av dessa huvudmannaskapsfrågor. I detta sammanhang bör även frågan om institutets formella status klarläggas.

1 Utredningsuppdraget

1.1 Direktiven

Direktiven för vårt utredningsuppdrag finns i statsrådet Lindqvists anförande till protokollet vid regeringssammanträdet den 16 oktober 1986 (Dir. 1986:31).

I direktiven ges inledningsvis en allmän bakgrund till uppdraget. Bl.a. konstateras att handikappolitiken syftar till att de allmänpolitiska målen förverkligas även för handikappade dvs. att samhället skall göras tillgängligt för alla. Den generella socialpolitiken har i kombination med olika slag av handikappåtgärder på ett radikalt sätt förändrat handikappade personers levnadsvillkor. Samtidigt har en ny syn på handikapp vuxit fram, nämligen att handikapp skall ses som en brist i en verksamhet eller i miljön och inte som en egenskap hos en människa med funktionsnedsättning.

I direktiven stryks under att hjälpmedel för handikappade tillsammans med stöd och hjälp i hemmet genom hemtjänsten samt möjlighet till förflyttning genom färdtjänsten är hörnpelarna i en bra handikappomsorg. Hjälpmedelsförsörjningen måste därför ha en hög standard och vara lättillgänglig.

Över tiden har begreppen handikapp och handikapphjälpmedel successivt förändrats och vidgats. Den medicinska och tekniska utvecklingen har bidragit till nya och bättre hjälpmedel. Till följd av bl.a. denna utveckling, förändringen av befolkningens åldersstruktur samt satsningen på primärvård och eget boende har ett ökat antal handikappade personer fått möjlighet att bo eller vårdas i sina hem. Även andra handikappade har givits möjlighet till ett mer fullvärdigt liv.

Inom ramen för hälso- och sjukvården svarar hälso- och sjukvårdshuvudmännen för huvuddelen av samhällets hjälpmedelsförsörjning. Som ett komplement till huvudmännens verksamhet lämnas kostnadsfria förbrukningsartiklar till personer som är inkontinenta, diabetiker eller har uro- eller tarmstomi. Härutöver finns bl.a. hjälpmedel för handikappade i arbetslivet och inom utbildningsväsendet.

Utbyggnaden av hjälpmedelsförsörjningen har medfört att samhällets kostnader har ökat kraftigt i både nominella och reala termer. Bl.a. mot den bakgrunden har verksamheten ägnats ett förhållandevis stort intres-

se i olika sammanhang. Ett flertal huvudmän har genomfört eller genomfört organisationsöversyner. Även Handikappinstitutet har biträtt huvudmännen på detta område. Landstingsförbundet har kartlagt verksamheten och rekommenderat vissa administrativa och organisatoriska lösningar i syfte att effektivisera den framtida hjälpmedelsförsörjningen i en med övrig hälso- och sjukvård mer samordnad organisation.

Handikapporganisationerna har med hänvisning till de ekonomiska skärpningarna uttryckt sin oro över utvecklingen inom hjälpmedelsområdet. Frågan om förändringar i den nuvarande hjälpmedelsverksamheten har också tagits upp i ett antal riksdagsmotioner.

Utredningsuppdraget

Det har nu förflutit tio år sedan en statlig översyn av hjälpmedelsverksamheten senast gjordes. Med hänsyn till den utveckling, som jag nyss redovisat, anser jag nu tiden vara inne för en förnyad översyn. Jag föreslår att en utredningsman tillkallas med uppgift att kartlägga och analysera den nuvarande situationen på hjälpmedelsområdet. Finner utredningsmannen att förändringar inom hjälpmedelsverksamheten är motiverade skall han föreslå olika åtgärder för att få till stånd en bättre fungerande och mer effektiv hjälpmedelsverksamhet sett så väl ur den enskilde hjälpmedelsanvändarens som ur samhällets perspektiv.

En utgångspunkt för utredningsarbetet bör vara att huvudansvaret för tillhandahållandet av hjälpmedel även i fortsättningen skall åvila hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Detta innebär bl.a. en skyldighet för huvudmännen att inom ramen för tillgängliga ekonomiska resurser för hälso- och sjukvården svara för verksamheten, som även i fortsättningen förutsätts få en hög prioritet. En annan utgångspunkt bör vara att hjälpmedelsförsörjningen skall stå i överensstämmelse med statsmakternas målsättning för en god handikappomsorg. Detta innebär bl.a. att hjälpmedlen skall vara lättillgängliga och i princip inte förorsaka den enskilde merkostnader. Vidare bör utredningsmannen närmare analysera eventuella skillnader mellan olika handikappgrupper och föreslå åtgärder för att minska obefogade skillnader.

Svårt handikappade personer är starkt beroende av en väl fungerande hjälpmedelsverksamhet för att tillfredsställa sina grundläggande behov. Utredningsmannen bör därför särskilt granska hjälpmedelsverksamheten utifrån de svårast handikappades situation och — om det visar sig nödvändigt — föreslå åtgärder som bättre kan tillgodose dessa grupperns behov av hjälpmedel.

Det är vidare angeläget att kostnaderna för hjälpmedelsförsörjningen samt de senaste årens kostnadsutveckling närmare analyseras under utredningsarbetet. Analysen bör omfatta de ekonomiska konsekvenserna för såväl staten och den allmänna försäkringen som för hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Hjälpmedelsverksamheten bör vidare redovisas ur ett övergripande samhällsekonomiskt perspektiv där intäkterna för såväl samhället som den enskilde vägs mot kostnaderna. Vid redovisningen av intäkter och kostnader skall så väl kvantitativa som kvalitativa faktorer beaktas. Utredningsmannen skall också redovisa riktlinjer för hur kostnadsutvecklingen bättre skall kunna förutses och kontrolleras än för närvarande.

En analys bör göras av den statliga ersättningens nuvarande effekter liksom en bedömning av en ändamålsenlig utformning av den framtida finansieringen som kan ligga till grund för överläggningar mellan staten och hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Utgångspunkten för fortsatt statlig ersättning bör vara att någon form av schabloniserad ersättning behålls.

Inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten pågår ett förändringsarbete i syfte att minska vård och boende på institution till förmån för eget boende och vård i öppna former. Utredningsmannen bör granska vilka effekter dessa strukturella förändringar har haft och kommer att få på hjälpmedelsförsörjningen.

Kostnadsfria förbrukningsartiklar är, som tidigare nämnts, kostnadsfria för personer med vissa sjukdomar. Det förekommer dock på sina håll att hälso- och sjukvårdshuvudmännen tillhandahåller artiklar för sjukdomsgrupper som inte omfattas av avgiftsfriheten. Ett antal produkter som inte ingår bland de kostnadsfria förbrukningsartiklarna skulle i praktiken kunna bedömas vara lika angelägna som de som för närvarande omfattas av systemet. Utredningsmannen bör göra en analys och en bedömning av om så är fallet. Mot denna bakgrund bör vid behov förändringar föreslås av nu gällande bestämmelser för kostnadsfria förbrukningsartiklar i syfte att inom tillgängliga ekonomiska ramar möjliggöra tillhandahållande av förbrukningsartiklar även till andra angelägna sjukdomsgrupper.

Begreppen handikapp och handikapphjälpmedel har under årens lopp förändrats och vidgats. Enligt min mening bör utredningsmannen närmare granska hjälpmedelsbegreppet utifrån att hjälpmedlen skall kompensera en varaktig funktionsnedsättning. Han bör med utgångspunkt i detta föreslå klarare principer för gränsdragning mellan handikapphjälpmedel och andra hjälpmedel m.m. än för närvarande. Med beaktande av vad som skall anses kompensera en varaktig funktionsnedsättning bör under utredningsarbetet också prövas i vilken utsträckning produkter som inte direkt är avsedda att kompensera en varaktig funktionsnedsättning, t.ex. produkter som helt eller delvis ingår i en normal hemutrustning, skall betraktas som handikapphjälpmedel.

Under senare år har frågan om så kallade behandlingshjälpmedel och vårdarutrustning, som i huvudsak kommit att användas inom primärvårdens hemsjukvård, kommit upp till diskussion. Utredningsmannen bör därför göra en analys av vad som idag kan anses vara handikapphjälpmedel för vilka staten skall lämna ersättning samt sådana hjälpmedel som faller under hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvarsområde och för vilka staten ej skall lämna ersättning. Utredningsmannen bör vidare komma med förslag till hur utvecklingen av hjälpmedelsverksamheten kontinuerligt skall kunna följas, dels för bestämmandet av nivån på den statliga hjälpmedelsersättningen, dels för att möjliggöra en fortlöpande bedömning av hjälpmedelsverksamhetens omfattning och roll. Utredningen bör härvid redovisa förslaget till hur en enkel och rationell statistikförsörjning på hjälpmedelsområdet skall utformas. Samråd med statistiska centralbyrån och Landstingsförbundet bör ske i den senare frågan.

Utvecklingen inom avancerad teknik, framför allt datatekniken, innebär att nya produkter kan bli aktuella som hjälpmedel för handikappade personer. Utredningsmannen bör överväga vilka konsekvenser denna utveckling kan väntas få när det gäller kostnader, finansiering

m.m. samt föreslå riktlinjer för hur den avancerade tekniken inom tillgängliga ekonomiska ramar skall kunna tas till vara inom hjälpmedelsverksamheten. En särskild fråga är härvid texttelefoner för döva och dövblinda m.fl. Utredningsmannen bör bedöma vilka effekter den datatekniska utvecklingen får för texttelefonverksamheten och vilka eventuella åtgärder som det kan finnas anledning att vidta.

I en överenskommelse den 2 april 1986 om ersättningar från sjukförsäkringen till hälso- och sjukvårdshuvudmännen för år 1987 (prop. 1985/86:167, bilaga) enades parterna, staten och Landstingsförbundet om att mot bakgrund av de förändringar som sker inom hjälpmedelsområdet gemensamt utreda Handikappinstitutets framtida verksamhet. Staten och Landstingsförbundet är överens om att detta bör genomföras inom ramen för detta utredningsuppdrag.

Utredningsarbetet bör i dessa delar läggas till grund för kommande överläggningar mellan parterna.

Handikappinstitutet bedriver i dag en mångskiftande verksamhet med anknytning till hjälpmedel, kollektiva färdmedel, byggnads- och samhällsplanering m.m. för handikappade. Institutet har också en central uppgift när det gäller forsknings- och utvecklingsverksamhet inom hjälpmedelsområdet. Under den senaste tioårsperioden har på det lokala planet hälso- och sjukvårdshuvudmännens personella och ekonomiska resurser utökats betydligt.

På central nivå verkar bl.a. socialstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen, styrelsen för teknisk utveckling, Landstingsförbundet, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut och Sjukvårdshuvudmännens upphandlingsbolag. Gränsdragningen och samarbetet mellan olika berörda organ behöver ses över.

Handikappinstitutet ger idag ut en förteckning över hjälpmedel som har testats av institutet och som institutet rekommenderar hälso- och sjukvårdshuvudmännen att tillhandahålla. Beträffande den rekommenderande funktionen bör utredningen pröva om det även framgent finns behov av en sådan samt överväga var ansvaret för denna funktion i så fall skall förläggas.

Hjälpmedelsförsörjningen är en viktig del av hälso- och sjukvården. Tillsynsansvaret åvilar således socialstyrelsen. Enligt min mening bör socialstyrelsens roll som tillsynsmyndighet för den framtida hjälpmedelsverksamheten belysas.

För utredningsarbetet gäller kommittédirektiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningsförslagens inriktning (Dir. 1984:5).

1.2 Kommittédirektiv angående beaktande av EG-aspekter i utredningsverksamheten

Regeringen har den 22 juni 1988 utfärdat direktiv till kommittéer och särskilda utredare att beakta EG-aspekten i sin utredningsverksamhet. Bl.a. gäller det utredningsförslag, vilka berör den fria rörligheten av varor, tjänster, människor och kapital vilka på ett eller annat sätt har anknytning till det västeuropeiska integrationsarbetet.

1.3 Till utredningen överlämnade frågor

Utöver det uppdrag vi fått genom direktiven har regeringen överlämnat riksdagens skrivelse 1986/87:9 med socialförsäkringsutskottets betänkande 1986/87:1 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen (delvis). I betänkandet behandlas vissa motionsyrkanden om hjälpmedelsverksamhetens organisation och innehåll.

Vidare har regeringen överlämnat Handikappinstitutets utredning om hjälpmedel i sexuallivet för män och kvinnor med funktionshinder.

Socialdepartementet har i skilda beslut överlämnat vissa skrivelser från myndigheter, kommuner och organisationer. I skrivelserna berörs:

- aspekter på behovet av hjälpmedel för småbarnsföräldrar med funktionshinder (Neurologiskt handikappades riksförbund),
- uppförande av mjukgörande medel och badoljor till personer med kroniska hudsjukdomar bland kostnadsfria förbrukningsartiklar (socialstyrelsen),
- förbättring av de ekonomiska villkoren för tillhandahållande av doseringshjälpmedel (läkemedelsinformationsrådet),
- underlag för ställningstagande i frågan om att synhjälpmedel bekostas av samhället (Landsorganisationen),
- s.k. el-timer och belysning för synsvaga överförs från bostadsanpassningsverksamheten till hjälpmedelsförsörjningen (Stockholms fastighetskontor),
- översyn av frågan om hjälpmedelsförsörjningen i förskolan (Svenska kommunförbundet).

Härutöver har myndigheter, organisationer och privatpersoner kommit in till utredningen med skrivelser angående hjälpmedelsverksamhetens innehåll och utformning m.m.

1.3. The unification of the sciences

There is a growing awareness of the need for a more unified approach to the study of the natural world. This is particularly true in the case of the physical sciences, where the boundaries between different disciplines are becoming increasingly blurred. The development of new technologies, such as particle accelerators and space exploration, has led to a greater understanding of the fundamental laws of nature. This has in turn led to a more unified view of the universe, where the principles of physics are seen to govern all aspects of the natural world.

- The unification of the sciences is a process that has been going on for centuries. It is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature. The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature.
- The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature. The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature.
- The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature. The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature.
- The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature. The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature.
- The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature. The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature.
- The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature. The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature.
- The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature. The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature.
- The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature. The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature.
- The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature. The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature.
- The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature. The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature.

The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature. The unification of the sciences is a process that has led to the development of new theories and the discovery of new laws of nature.

2 Hjälpmedelsverksamhetens historiska framväxt

2.1 Tidigt samhällsengagemang i hjälpmedelsverksamheten

Samhället har sedan 1900-talets början lämnat organiserat ekonomiskt stöd till anskaffning av hjälpmedel. Till en början avsåg verksamheten bandage och proteser, vilket betraktades som en del av sjukvårdsuppgifterna hos landsstingen. Genom sjukvårdens ökande omfång och växande ekonomiska resurser fick s.k. vanföra ökade möjligheter till vård och bot. Med vanföra avsågs vid den tiden i huvudsak rörelsehindrade personer. S.k. obemedlade invaliders omhändertagande i fattigstugor ersattes med en gradvis ökande strävan att genom sjukvård och behandling återge dem den förlorade rörelseförmågan.

Landstingen lämnade bidrag motsvarande 2/3 av kostnaderna för stödjebandage och proteser till s.k. medellösa och mindre bemedlade. Statsbidrag till stödjebandage och proteser infördes år 1937 motsvarande 2/3 av kostnaderna, medan återstoden förutsattes betalas av den handikappade själv eller av kommunens fattigvård.

Statliga bidrag till anskaffning av hörapparater infördes år 1933. Dessa bidrag var låga och inkomstprövade. I mitten av 1940-talet vidgades denna bidragsgivning till att omfatta hörselskadade som behövde hörapparat för sitt arbete.

I mitten av 1940-talet var hjälpmedelsverksamheten för handikappade i stort sett begränsad till ortopedtekniska hjälpmedel, t.ex. proteser, stödjebandage, rullstolar och handdrivna invalidvagnar samt kroppsburna hörapparater, viss skrivutrustning för blinda, optiska hjälpmedel för synsvaga och enkla hjälpmedel för stomiopererade. Mest utvecklad var servicen för vanföra, som vid den tiden hade tillgång till elva ortopedtekniska verkstäder. Den medicinska vården för hörselskadade var till en början knuten till specialiteten för öron-, näsa- och halssjukvård. Den medicinska specialiteten, audiologi, som helt ägnade sig åt hörselskador, tillkom först vid 1960-talets slut.

I mitten av 1950-talet höjdes statsbidragsgivningen till stödjebandage och proteser från 2/3 till 3/4 av kostnaden. Bidragsreglerna för hörapparater ändrades och ordinationsmöjligheten vidgades till att gälla alla hörselskadade och var således inte längre begränsad till den som behövde hörapparat för sitt arbete. Till barn under 16 år utgick bidrag med hela

apparatkostnaden. För övriga gällde inkomstprövning och en maximering av statsbidraget till 2/3 av apparatkostnaden, dock högst 100 kr.

2.2 Fortsatta reformer under 1960-talet

I början av 1960-talet utvidgades statsbidragsgivningen till att även omfatta motordrivna invalidvagnar och rullstolar. De vanföras riksförbund, DVR (nu De handikappades riksförbund, DHR) tillerkändes 100 000 kr. för att, som en försöksverksamhet, tillhandahålla hjälpmedel till handikappade för den dagliga livsföringen samt hushållsmaskiner åt handikappade husmödrar.

En genomgripande revision av statsbidragsgivningen på hjälpmedelsområdet genomfördes år 1962. Full statlig kostnadstäckning för handikapphjälpmedel infördes. Inkomstprövningen i samband med ordination av hörapparater slopades. Statsbidrag för hörapparat började utgå med belopp som svarade mot anskaffningskostnaden, dock högst 400 kr. Statsbidrag infördes också till engångskostnader för förband för ileo- och colostomiopererade. Vidare infördes statsbidrag till elektriska hjärtstimulatorer.

Enligt det nya systemet kunde de handikapphjälpmedel som fanns uppförda på en av medicinalstyrelsen förd förteckning lämnas ut kostnadsfritt av sjukvårdshuvudmännen. Statsbidrag för hjälpmedel till huvudmännen utbetalades i efterskott av medicinalstyrelsen.

Den år 1962 införda statsbidragsgivningen betraktades som en tillfällig lösning under en övergångstid. I prop. 1962:82 framhöll departementschefen att det inte kunde vara rationellt att ha ett särskilt bidragssystem vid sidan om gängse former för sjukvårdens finansiering. Eftersom hjälpmedelshanteringen borde ses som ett led i den sjukvårdande verksamheten vore en tänkbar lösning att kostnaderna för hjälpmedel belastade sjukhusens driftkostnader och täcktes av ett enhetligt statsbidrag.

Budgetåret 1963/64 infördes ett särskilt statsbidrag till De blindas förening (DBF), numera Synskadades Riksförbund (SRF), för inköp och distribution av bandspelare. Därmed avsågs att i ökad utsträckning göra talboken tillgänglig för synskadade. Vidare infördes ett speciellt bidrag till kostnader för utbildning av ledarhundar för blindas.

År 1964 överfördes vissa delar av den försöksverksamhet DVR bedrev med inköp och distribution av hjälpmedel för att underlätta den dagliga livsföringen för rörelsehindrade och andra handikappade in i det reguljära bidragssystemet. Även i övrigt vidgades under 1960-talet statsbidragsgivningen till olika hjälpmedelstyper.

År 1968 genomfördes en ny och omfattande revision av statsbidragsreglerna till handikapphjälpmedel, prop. 1968:41. Reguljärt statsbidrag infördes nu även till ADL-hjälpmedel som inte var specialkonstruerade för handikappade. Till följd härav avvecklades statsbidragsgivningen till DHR:s hjälpmedelsverksamhet. Statsbidragsgivningen utsträcktes också till att avse även sådana speciella proteser — de kallas ibland kosmetiska — som ögonproteser, bröstproteser och peruker.

En betydelsefull milstolpe för hjälpmedelsverksamheten blev det från år 1968 inrättade Handikappinstitutet som ett särskilt organ på hjälpmedelsområdet med staten och Svenska Centralkommittén för Rehabilitering (SVCR) som huvudmän. Handikappinstitutets uppgifter blev att samordna och initiera forskning och utveckling, utföra provningar av hjälpmedel och bedriva information och utbildning.

2.3 Förändringar under 1970-talet

Av den tidigare redovisningen framgår att statsbidrag för engångskostnader för förband för ileo- och colostomiopererade infördes fr.o.m. år 1962. Under 1960-talet vidgades denna bidragsgivning till att också omfatta injektionssprutor och kanyler för diabetiker samt uppsamlingsanordningar m.m. för patienter med urininkontinens, urinretention och tarminkontinens. Förbrukningsartiklarna tillhandahölls av sjukvårdshuvudmännen i skiftande former och utlämnades antingen av huvudmännen själva eller i vissa fall genom apoteken. Staten ersatte huvudmännen genom statsbidrag för dessa hjälpmedel.

Fr.o.m. år 1973 ändrades distributions- och finansieringsformerna för dessa artiklar. Distributionen fördes över till apoteken samtidigt som finansieringen lades över på sjukförsäkringen enligt samma modell som för kostnadsfria läkemedel. Härigenom kom distributionskanalerna att vidgas till landets alla apotek och den geografiska spridningen av utlämningsställena ökade. Förändringen avsåg också att rationalisera uppköpen av förbrukningsartiklarna.

I början av 1970-talet hade sjukvårdshuvudmännens hjälpmedelsverksamhet utvecklats till en organisation som ombesörjde utprovning, anpassning och uppföljning samt teknisk service av hjälpmedel. Statsbidrag lämnades för varje ordinerat hjälpmedel. För att ge verksamheten med vanligen förekommande hjälpmedel en mera rationell utformning slopades den detaljerade statsbidragsgivningen för varje sådant hjälpmedel. Sjukvårdshuvudmännen fick i annan ordning ersättning för kostnaderna för av dem kostnadsfritt utlämnade enklare hjälpmedel fr.o.m. den 1 januari 1973. Övriga hjälpmedel administrerades även i fortsättningen av socialstyrelsen. Ett särskilt hjälpmedelsråd knöts till socialstyrelsen för att bistå styrelsen med bedömningar och råd inom hjälpmedelssektorn.

Efter överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen fick huvudmännen fr.o.m. den 1 januari 1976 ett organisatoriskt och finansiellt sammanhållet ansvar för hjälpmedelsverksamheten. Bakgrunden till överenskommelsen var bl.a. problemet med att upprätthålla en gränslinje i bidragshänseende mellan statsbidragsberättigade handikapphjälpmedel och sådana hjälpmedel som skulle bekostas av sjukvårdshuvudmännen själva. Genom förändringen förutsattes huvudmännen få möjlighet att ytterligare rationalisera verksamheten bl.a. genom inköp av större kvantiteter och viss lagerhållning. Det förutsattes i överenskommelsen att sjukvårdshuvudmännen fortsatte hjälpmedelsverk-

samheten i huvudsaklig överensstämmelse med tidigare gällande bestämmelser.

Ekonomiskt kompenserades huvudmännen genom en hjälpmedelsersättning med 22 kr. per invånare och år. Sjukvårdshuvudmän som medverkade vid anskaffning av avgiftsfria eller prisnedsatta glasögon till barn och ungdom fick en förhöjning av hjälpmedelsersättningen till 24 kr. per invånare och år. Den nya hjälpmedelsersättningen inkluderade även det tidigare statsbidraget till sjukvårdshuvudmännen för försöksverksamhet med tolkar åt dövblinda som hade påbörjats år 1969.

Socialstyrelsens direkta handläggning av hjälpmedelsfrågor upphörde härmed men styrelsen hade dock även fortsättningsvis tillsyn över hjälpmedelverksamheten såsom en del av hälso- och sjukvården. Ett hjälpmedelsråd inrättades inom Landstingsförbundet med bl.a. socialstyrelsen och Handikappinstitutet företrädare.

I prop. 1972:24 behandlades frågan om statlig upphandling av handikapphjälpmedel. Med hänsyn till de stora kostnader hjälpmedelsinköpen uppgick till ansågs det angeläget att en samordning kom till stånd. Utrustningsnämnden för universitet och högskolor fick fr.o.m. den 1 juli 1972 i uppdrag att svara för upphandling av handikapphjälpmedel.

I samband med att det direkta kostnadsansvaret för handikapphjälpmedel övergick från staten till sjukvårdshuvudmännen den 1 januari 1976 överflyttades också upphandlingsansvaret. Landstingsförbundet bildade år 1976 aktiebolaget Sjukvårdshuvudmännens upphandlingsbolag (SUB) med uppgift att sluta centrala upphandlingsavtal för handikapphjälpmedel och andra förnödenheter inom hälso- och sjukvården.

Under den här redovisade perioden har samhällets engagemang inom hjälpmedelsområdet utvidgats successivt. Insatserna inom området har blivit allt mer omfattande bl.a. som en följd av den medicinska och tekniska utvecklingen, nya och hela tiden mer sofistikerade hjälpmedel har tillförts sortimentet. Handikapp- och hjälpmedelsdefinitionen har också blivit allt vidare och kommit att omfatta förbrukningsartiklar m.m.

3 Målet för handikappolitiken och handikappbegreppet

3.1 Inledning

Principen om alla människors lika värde och lika rätt gäller som utgångspunkt för handikappolitiken. Målet är att utforma samhället så att det blir tillgängligt för alla för att uppnå full delaktighet och jämlikhet.

Den förda politiken syftar till att personer med olika former av funktionshinder skall kunna delta i den gemenskap som samhället utgör och leva som andra. Tillgängligheten gäller bl.a. frågorna om den yttre fysiska miljön och den verksamhet som bedrivs i samhället. Statsmakternas inställning är att man så långt som möjligt skall undvika särlösningar för personer med funktionshinder. Sedan flera år har samhällsarbetet på handikappområdet kännetecknats av begreppen integrering och normalisering. Insatserna spänner över ett stort och skiftande område och görs dels på ett generellt plan t.ex. tillgängligheten i allmänna byggnader, dels på ett mer individbetonat plan t.ex. stödformer inom arbetsmarknadsområdet i syfte att underlätta för handikappade att få arbete.

3.2 1982 års handlingsprogram i handikappfrågor

3.2.1 Beredningsgruppens förslag

I anslutning till det internationella handikappåret 1981 utarbetade en särskild beredningsgrupp ett nationellt långsiktigt handlingsprogram inom handikappområdet (SOU 1982:46). I programmet ger företrädarna för bl.a. de fem riksdagspartierna, handikapprörelsen, arbetsmarknadens parter och de båda kommunförbunden sin syn på handikappades situation. Programmet slår fast, att tryggheten och gemenskapen i samhället skall omfatta alla, således även handikappade. Man konstaterar att betydande insatser gjorts under de senaste årtiondena inom handikappområdet. Arbetet är dock bara i sin början, och mycket återstår att göra.

En del överväganden i programmet avser bestämda avgränsade åtgärder. Andra gäller övergripande frågor om skeenden och strukturer i samhället och om betydelsen av en utveckling i viss riktning. Programmet tar upp frågor om bl.a. förebyggande åtgärder, ekonomisk trygghet, skola och utbildning, arbete och sysselsättning, kultur och rekreation. Hand-

lingsprogrammet avser hela handikappområdet och berör såväl staten, landstingskommunerna och primärkommunerna som organisationer, företag och enskilda.

I ett särskilt kapitel utvecklas synen på hjälpmedel och tolktjänst. I det sammanhanget tar man upp de skilda huvudmannaskapen för hjälpmedelsförsörjningen, dvs. att ansvaret för pedagogiska hjälpmedel i huvudsak åvilar skolan medan andra hjälpmedel till handikappade tillhandahålls genom hälso- och sjukvårdshuvudmännens försorg och att hjälpmedel inom arbetslivet tillhandahålls genom arbetsmarknadsverket.

Enligt programmet bör samhället sträva efter en förenklad hjälpmedelshantering och att målet bör vara att hälso- och sjukvårdshuvudmännen får det samlade och fulla ansvaret för all hjälpmedelsverksamhet. Härigenom behöver handikappade inte ha kontakt med flera organ och vidare underlättas utprovning och ordination. Den ledande principen, att var och en som behöver ett hjälpmedel skall erhålla detta utan kostnad, bör ligga fast också i fortsättningen.

Handikappinstitutet intar en central roll inom hjälpmedelsverksamheten. Med den utgångspunkten bör institutet öka sina utbildningsinsatser för personal som arbetar med hjälpmedel. Vidare bör institutet medverka till att forsknings- och utvecklingsarbete kommer till stånd både för utveckling av befintliga hjälpmedel och för att få fram nya produkter.

Modern teknik har visat på möjligheterna att utveckla nya hjälpmedel för handikappade. Dessa möjligheter måste tas till vara mera målmedvetet över hela fältet menar man. Utvecklingskostnaderna för sådana projekt är ofta höga och produktionen fördyras av små serier. För att få igång utveckling och tillverkning av sådana hjälpmedel bör ett generöst utvecklings- och produktionsstöd kunna lämnas i de fall produkterna inte är marknadsekonomiskt lönsamma.

3.2.2 Regeringens skrivelse till riksdagen om handlingsprogrammet

Regeringen har i skrivelse (1982/83:131) om handlingsprogram i handikappfrågor berett riksdagen tillfälle att ta del av regeringens överväganden med anledning av programmet. I skrivelsen anför socialministern bl.a. följande.

Uppfattningen om människors lika värde är den grundläggande utgångspunkten för hur samhället skall utformas. Alla människor har kunskaper, erfarenheter och förmåga, som är viktiga för samhället. Det är en gemensam angelägenhet för hela befolkningen att samhället utvecklas på ett sådant sätt att orättvisor undanröjs, att människor får jämlika levnadsförhållanden och att alla kan medverka i utvecklingen och nå delaktighet i samhällsgemenskapen.

För att dessa mål skall förverkligas måste arbetet inom alla samhällsområden ta hänsyn till situation, problem och behov. Arbetet måste utgå ifrån att handikapp är brister i miljö och verksamhet. Handikappolitiken är inte skild från annan politik utan gäller åtgärder inom olika samhällsområden för att de allmänpolitiska målen skall kunna förverkligas för människor med funktionsnedsättningar.

Programmet bör ingå i regeringens bedömningsunderlag för kommande ställningstaganden. Jag utgår härvid också från att landstingskommunerna och primärkommunerna kan använda det på motsvarande sätt. Programmet bör vidare få betydelse för de statliga myndigheterna i deras planering och verksamhet att inom givna resurser fullfölja arbetet inom området. Det är min övertygelse, att handlingsprogrammet även bör spela en viktig roll för den privata sektorn, när det gäller att utforma miljö och verksamhet, så att de blir tillgängliga för alla. I detta sammanhang vill jag erinra om att statens handikappråd fullföljer vissa uppgifter, som tidigare ankom på beredningsgruppen för internationella handikappåret.

I det av riksdagen godkända utskottsbetänkandet SoU 1982/83:23 noterade socialutskottet med tillfredsställelse att beredningsgruppens arbete utmynnat i ett handlingsprogram i handikappfrågor om vilket det råder bred enighet. Programmet borde enligt utskottets mening utgöra en viktig utgångspunkt för det fortsatta arbetet på handikappområdet.

3.2.3 Uppföljning av handlingsprogrammet

Sedan riksdagen begärt att få en redovisning för hur handlingsprogrammet förverkligats uppdrog regeringen år 1984 åt statens handikappråd att göra en uppföljning av programmet. Sedan handikapprådet avrapporterat resultatet av uppföljningen lämnade regeringen en redovisning till riksdagen genom skrivelse 1987/88:161.

I skrivelsen anför föredragande statsråd bl.a. att insatserna för att utveckla samhällets stöd till handikappade har haft och även framdeles kommer att ha hög prioritet i regeringens politik. Trots att samhällsekonomin varit hårt ansträngd under de fem år som förflutit sedan handlingsprogrammet överlämnades till regeringen, har betydande framsteg kunnat göras på en rad områden och statsrådets bedömning är att regeringens handikappolitik varit framgångsrik och i god överensstämmelse med 1982 års handlingsprogram. Fortfarande återstår dock en rad brister som successivt måste undanröjas om målet full delaktighet och jämlikhet skall kunna förverkligas. Regeringens ambition är därför att fortsätta reformarbetet inom handikappområdet och även för det framtida handikapparbetet kommer programmet att fungera som ett viktigt underlag.

3.3 Synen på handikappade och handikappbegreppet

Ett inslag i handlingsprogrammet är definitionen av begreppet handikapp. Beredningsgruppen avser med handikapp de negativa följder som uppstår i relationen mellan en individ med funktionsnedsättning och omgivningen i vid bemärkelse med dess krav på viss funktionsförmåga. Detta synsätt har senare kommit till uttryck i bl.a. regerings- och riksdagsbeslut.

Betraktas begreppet handikapp över tiden har det förändrats och vidgats till att avse de svårigheter som ett funktionshinder ger upphov till i den dagliga livsföringen. Samtidigt har betydelsen av brister i samhällets

utformning och tillgänglighet blivit allt mera uppmärksammas i sammanhanget. Med denna utgångspunkt blir synen på handikapp mera relativ. På grund av att definitionen av handikappbegreppet blivit mer relativ, har det också blivit allt mera oklart vilka grupper av människor som skall betraktas som handikappade. I praktiken har detta inneburit att gruppen handikappade successivt har utökats. En effekt av denna förändrade syn på handikappade kan ses i utvecklingen av handikapprörelsen. Under 1950-talet fanns organisationer i stort sett enbart för blinda, döva, hörselskadade, rörelsehindrade och utvecklingsstörda personer. Numera, ca 25 år senare, ingår organisationer i handikapprörelsen som företräder personer med helt andra handikapp och även personer med medicinska funktionshinder.

Utvecklingen har också inneburit att gruppen äldre med funktionshinder blivit en antalsmässigt allt mer dominerande grupp bland dem som innefattas i handikappbegreppet. Hit hör också sjuka personer som vårdas i hemmet. Det vidgade och relativa handikappbegreppet har haft betydelse för att skapa kunskap om de negativa effekter som en dåligt anpassad samhällsmiljö har för personer med funktionshinder. Ett antal generella åtgärder har även vidtagits från samhällets sida för att undanröja sådana hinder i samhället som orsakar handikapp. Exempel på detta finns bl.a. i byggnadslagstiftningen och inom kollektivtrafiken.

Tekniska hjälpmedel, hjälpmedel eller handikapphjälpmedel är de uttryck som brukar användas synonymt för att beteckna de produkter som en person med funktionshinder behöver använda för att söka kompensera funktionshindret. I vissa fall kompenserar hjälpmedlet fullt ut en förlorad funktion. I andra fall underlättar det för den handikappade i de situationer där han/hon annars skulle ha svårigheter eller inte alls kunna klara sig.

Produktmässigt är hjälpmedlen ibland helt vanliga konsumentartiklar t.ex. telefoneringshjälpmedel och bandspelare, i andra fall är hjälpmedlen särskilt utformade och tillverkade för en enda person t.ex. en ortopedisk protes. Andra hjälpmedel är industriellt tillverkade t.ex. rullstolar. Vissa hjälpmedel har en nära koppling till medicinsk behandling och vård t.ex. hjärtstimulatorer.

Definitionen av begreppet handikapphjälpmedel — ofta i samband med frågan om hjälpmedlet skall vara kostnadsfritt eller inte — har över tiden genomgått flera förändringar. T.ex. när statsbidrag utgick för varje enskilt hjälpmedel gällde bl.a. regler om handikappets varaktighet och om hjälpmedlet kunde användas av den handikappade själv m.m. Numera inrymmer hjälpmedelsområdet ett mycket stort antal olika produkter. En och samma produkt kan dessutom användas vid olika funktionshinder och i olika behovssituationer. Det har därför över tiden blivit allt svårare att definiera och avgränsa hjälpmedelsområdet i stort eller någon viss grupp av hjälpmedel knutna till ett speciellt funktionshinder.

4 Översikt över hjälpmedelsverksamheten och andra närliggande samhällsinsatser

4.1 Centrala myndigheter och organ med anknytning till hjälpmedelsverksamheten

4.1.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har tillsyn över den verksamhet som regleras genom hälso- och sjukvårdslagen, lagen om särskilda omsorger för psykiskt utvecklingsstörda och socialtjänstlagen. Riksdagen har med anledning av budgetpropositionen för verksamhetsåret 1988/89 beslutat om riktlinjer för verksamheten vid styrelsen. Enligt beslutet skall styrelsen inom ramen för sitt tillsynsansvar utveckla former och metoder för en systematiserad uppföljning och utvärdering av kommunernas och landstingens verksamhet. Vidare skall styrelsen främja hög kvalitet och en god resursanvändning i vården och omsorgerna genom olika planerings- och kunskapsunderlag. I en särskild proposition 1988/89:130 om socialstyrelsens framtida roll, uppgifter och inriktning har regeringen nyligen dragit upp riktlinjer för styrelsens framtida arbete.

4.1.2 Landstingsförbundet

Landstingsförbundet är en samarbetsorganisation för landstingen och de landstingsfria kommunerna med uppgift att tillvarata deras gemensamma intressen, biträda i deras verksamhet och informera om landstingsfrågor. Förbundet, som också är en central arbetsgivarorganisation, företräder landstingen i alla större gemensamma frågor, vid kontakter med regering och riksdag, med statliga myndigheter och personalorganisationer. Förbundet leds av en politiskt sammansatt styrelse.

Inom förbundet behandlas hjälpmedelsfrågorna främst i den av förbundsstyrelsen utsedda socialberedningen. Denna beredning, som är politiskt sammansatt, förbereder frågor om hälso- och sjukvård samt inom det sociala området som styrelsen har att ta ställning till. En uppgift för förbundet är de återkommande överläggningarna med staten om vissa ersättningar från sjukförsäkringen. I dessa överenskommelser ingår också sjukförsäkringens ersättning till huvudmännen för tillhandahållandet av hjälpmedel åt handikappade. Även inom hjälpmedelsområdet biträder förbundet huvudmännen med råd, rapporter och annat underlag.

4.1.3 Handikappinstitutet

Handikappinstitutets verksamhet grundas på ett under år 1977 ingånget avtal mellan staten och Landstingsförbundet. Institutets uppgift är att främja, samordna och medverka i utvecklings- och forskningsarbete avseende hjälpmedel för handikappade och andra åtgärder för olika handikappgrupper samt övriga delar av den samlade hjälpmedelsprocessen. För institutet har regeringen fastställt särskilda stadgar.

Institutet leds av en styrelse med nio ledamöter varav regeringen utser fyra inkl. ordföranden och landstingsförbundet fem ledamöter. Två statliga ledamöter representerar handikapprörelsen. Institutets verksamhet finansieras huvudsakligen genom att en del av hjälpmedelsersättningen från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen avdelas och tillförs en fond för Handikappinstitutets drift.

Personalstaten inom institutet motsvarar ca 100 heltidstjänster, fördelade på olika avdelningar. I kapitel 11 och bilaga lämnas en närmare redovisning av Handikappinstitutets verksamhet.

4.1.4 Sjukvårdshuvudmännens upphandlingsbolag

Sjukvårdshuvudmännens upphandlingsbolag (SUB) är ett av Landstingsförbundet ägt aktiebolag. Enligt SUB:s bolagsordning är bolagets huvuduppgift att bedriva inköpssamordning inom området hjälpmedel för handikappade. Inköpssamordningen sker genom att SUB tecknar avropsavtal om pris- och leveransvillkor med leverantörerna av de hjälpmedel som godkänts av Handikappinstitutet. Avtalen ges ut i SUB:s upphandlingsinformation. Vidare publiceras sortiments- och prisöversikter i syfte att underlätta jämförelsen mellan olika produkters funktionella egenskaper och priser.

SUB:s verksamhet finansieras ur den fond som tillförs Handikappinstitutet från hjälpmedelsersättningen.

4.1.5 Apoteksbolaget

Staten har uppdragit åt Apoteksbolaget AB att med ensamrätt bedriva detaljhandel med läkemedel. Bolaget har även uppdrag att upphandla och distribuera kostnadsfria förbrukningsartiklar. I slutet av år 1986 ingick 782 apotek, 18 apoteksfilialer och 1 198 apoteksombud i Apoteksbolagets distributionsnät. Vissa kostnadsfria förbrukningsartiklar levereras genom hemsändning direkt till kunden.

4.2 Utgångspunkter för huvudmannaskapet m.m.

4.2.1 Utgångspunkter för huvudmannaskapet m.m.

Samhällets hjälpmedelsverksamhet har till syfte att människor med olika slag av funktionshinder skall få tillgång till hjälpmedel som så långt möjligt kompenserar de nedsatta funktionerna. Hjälpmedelsverksamhe-

ten omfattar utprovning, ordination, anpassning, information, träning och uppföljning. Hjälpmedlen är med få undantag kostnadsfria för den enskilde. Vidare tillhandahålls de utan inkomstprövning och i princip utan övre gräns för hjälpmedlets kostnad.

Hälso- och sjukvård i form av att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador är en uppgift för hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Inom denna ram åligger det också huvudmännen att tillhandahålla hjälpmedel åt handikappade. Detta ansvar innefattar också hjälpmedel för handikappade elever i särskolan, grundskolan, statlig och kommunal vuxenutbildning och för studerande vid högskolan. I ansvaret ingår också att tillhandahålla tolkservice mellan hörande och döva. Däremot omfattas inte elever vid folkhögskolor, studiecirklar, statliga specialskolor och barn i förskolan av huvudmännens hjälpmedelsverksamhet. Inte heller läromedel, arbetstekniska hjälpmedel och s.k. kostnadsfria förbrukningsartiklar omfattas av sjukvårdshuvudmännens ekonomiska ansvar.

Med undantag för dessa kostnadsfria förbrukningsartiklar finns hjälpmedel för handikappade inte särskilt omnämnt i lagstiftningen. I hälso- och sjukvårdslagens 1 § definieras hälso- och sjukvård som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. I kommentarerna till lagen förtydligas detta med hänvisning till att i hälso- och sjukvården ingår även funktionsförbättrande och funktionsuppehållande behandlingar för handikappade. Tillhandahållande av handikapphjälpmedel är dock inte särskilt omnämnt i lagen eller dess förarbeten.

I lagen om allmän försäkring (2 kap. 2 §) finns ett direkt angivet samband mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen och handikapphjälpmedel. Där anges bl.a. att för tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade utges ersättning enligt de grunder som regeringen fastställer. Stadgandet följs upp i förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen. Där anges att för hjälpmedel åt handikappade lämnas ersättning från den allmänna sjukförsäkringen (hjälpmedelsersättning) med 85 kr. för varje invånare för vart och ett av åren 1988 och 1989. Av hjälpmedelsersättningen skall ett belopp motsvarande 3:95 kr. för varje invånare tillföras handikappinstitutets fond under år 1988 och 4:10 kr. under år 1989. För år 1989 tillförs huvudmännen och institutet härigenom 677 resp. 34 milj. kr. per år i hjälpmedelsersättning från sjukförsäkringen.

4.2.2 Huvudmännens hjälpmedelsorganisation

Här lämnas en översiktlig redovisning av hälso- och sjukvårdshuvudmännens hjälpmedelsverksamhet. I kapitel 5 och bilaga ges en fyllig och detaljerad redogörelse.

Verksamheten bedrivs organisatoriskt vid ett flertal enheter som har ansvar för olika områden inom hjälpmedelsverksamheten. Hjälpmedelscentralerna är specialenheter som handhar hjälpmedel för rörelsehindra-

de, talskadade och vissa andra produkter inom hälso- och sjukvårdens öppna verksamhet. Hörcentralerna inkl. de hörseltekniska avdelningarna tillgodoser behovet av hörselhjälpmedel. Syncentralerna har ansvar för hjälpmedel till synskadade. De ortopedtekniska avdelningarna har specialiserat sig på vissa hjälpmedel till rörelsehindrade såsom proteser, ortoser, skor etc. Tolkcentralerna tillhandahåller tolktjänst till gravt hörselskadade, dövblinda och döva.

Tillhandahållandet av hjälpmedel sker även utanför de nu uppräknade centralerna. Inom primärvården och läns- och regionsjukvårdens specialistkliniker tillhandahålls hjälpmedel i relativt stor omfattning, framför allt när det gäller hjälpmedel vid rörelsehinder av olika slag och medicintekniska produkter avsedda för öppen vård och egenvård.

4.2.3 Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning

Grundläggande rekommendationer

Enligt stadgarna för Handikappinstitutet ankommer det på institutet att ge ut en hjälpmedelsförteckning. Denna förteckning ges ut i två delar, dels i form av ett s.k. regelverk som anger de ramar som Handikappinstitutet rekommenderar för sjukvårdshuvudmännens hjälpmedelsverksamhet, dels en sortimentsförteckning över de produkter Handikappinstitutet rekommenderar.

Med begreppet hjälpmedel avses i hjälpmedelsförteckningen sådan anpassning och utrustning, som en person behöver för olika behov i det dagliga livet och som kompenserar eller mildrar funktionsnedsättningar så att handikapp inte uppstår i förhållande till den omgivande miljön. Hjälpmedlen är avsedda för en persons individuella behov och skall återlämnas när de inte längre behövs. Hjälpmedel kan ordinerar för såväl lång- som kortvarigt bruk. Sådana hjälpmedel som kan betraktas som permanent och generell standardutrustning t.ex. i akutsjukvård eller på institutioner och skolor omfattas inte av hjälpmedelsförteckningens rekommendationer.

Regelverket och sortimentsförteckningen

Hjälpmedelsförteckningen rekommenderar huvudmännen att tillhandahålla hjälpmedlen efter ordination. Med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och uppgifter i hälso- och sjukvårdsorganisationen har 14 yrkesgrupper rekommenderats få ordinationsrätt. Ordinatören ansvarar i samråd med brukaren för att det lämpligaste hjälpmedlet ordinerar.

Anvisningarna i regelverket följer de rubriker som fastställts genom den nordiska klassificeringskoden för handikaphjälpmedel. För närvarande omfattar förteckningen följande avsnitt:

Behandling och träning (t.ex. stimulatorer, rörelse- och balansredskap)
Ortoser och proteser (t.ex. extremitetsproteser, ortopediska skor)

Personlig vård (t.ex. hjälpmedel vid toalettbesök)
Förflyttning (t.ex. gånghjälpmedel, rullstolar, personlyftar)
Hushåll (t.ex. hjälpmedel för att äta och dricka)
Hjälpmedel för anpassning av bostäder och andra lokaler (t.ex. belysningsarmatur, stolar, sängar, ramper, stödanordningar)
Kommunikation, information och varseblivning (t.ex. optiska hjälpmedel, bandspelare, hörapparater, larmsystem)
Hantering av andra produkter (t.ex. förlängare, greppanordningar).

Hjälpmedelsförteckningens regelverk kompletteras med en sortimentsförteckning över de handikaphjälpmedel m.m. som Handikappinstitutet rekommenderar huvudmännen att tillhandahålla. Av förteckningen framgår produktens namn och leverantör m.m. och om avropsavtal tecknats för produkterna i fråga. Generellt gäller att utbudet av hjälpmedel som för närvarande finns på marknaden och som är upptaget i sortimentsförteckningen täcker stora behovsområden. I vissa situationer finns det dock behov av speciellt anpassade eller individuellt tillverkade hjälpmedel. I förteckningen rekommenderas huvudmännen att tillhandahålla även sådana hjälpmedel.

Genom den tidigare omnämnda överenskommelsen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen år 1975 infördes ersättning till huvudmännen om de medverkar vid anskaffning av avgiftsfria eller prisnedsatta glasögon till barn och ungdom under 19 år. Handikappinstitutet har i hjälpmedelsförteckningen rekommenderat huvudmännen att lämna ett schablonbidrag på 300 kr. till del av totalkostnaden för synundersökning, glas, inslipning av glas och båge. Bidraget avser barn och ungdom fr.o.m. 8 t.o.m. 18 års ålder. Minsta tidsmellanrum för bidrag till en och samma person anges till två år. Bidrag till reparationer ges inte.

Utöver schablonbidraget för glasögon till barn och ungdom finns i hjälpmedelsförteckningen under rubriken Optiska hjälpmedel rekommendationer att huvudmännen också ordinerar glasögonglas och glasögonbågar som handikaphjälpmedel i vissa fall. Man avser i dessa sammanhang synhandikapp av sådan omfattning att en ändamålsenlig synfunktion inte kan uppnås med vanliga korrektionsglas. Kostnaderna för glasögon i dessa fall rekommenderas betalas i sin helhet av huvudmännen.

I Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning rekommenderas trehjulig moped för handikappade, som har svårt att använda andra forskaffningsmedel. Som alternativ rekommenderas att den som är berättigad till sådan moped i stället får ett kontant belopp för att köpa bil. Kontantbeloppet bör motsvara kostnaden för den typ av moped, som vanligen lämnas ut genom hjälpmedelsverksamheten.

Som huvudregel förordas att ordination föregår inköpet. Den handikappade skall vara ägare till bilen och den skall registreras på honom. Den handikappade skall själv kunna föra bilen och den skall vara anpassad efter hans särskilda behov.

Bestämmelserna om det nya statliga bilstödet redovisas under avsnitt 4.4.7.

4.2.4 Tolkjänst

Tolkjänst för döva i hälso- och sjukvårdshuvudmännens regi började att ordnas i slutet av 1960-talet inom ramen för hjälpmedelsverksamheten. Till denna försöksverksamhet utgick statsbidrag. Tolkjänsten skulle tillgodose tolkbehov i det dagliga livet t.ex. vid besök hos läkare och vid viktigare inköp.

I den överenskommelse som träffades mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om vissa ersättningar från sjukförsäkringen till huvudmännen för åren 1982—1983 förutsattes att huvudmännen successivt skulle bygga upp en samordnad tolktjänst för döva och dövblinda. Den särskilda hjälpmedelsersättningen höjdes vid detta tillfälle för att bl.a. kompensera huvudmännen för deras tolktjänstkostnader. Överenskommelsen innebar således att huvudmännens ansvar för tolktjänsten permanentades.

Sjukvårdshuvudmännen har inte ekonomiskt ansvar för tolktjänst för elever i grundskola, gymnasieskola, statlig och kommunal vuxenutbildning och högskolan. Huvudmännen har däremot ansvaret för förmedling av tolkar till undervisningsanstalterna och förmedlar sådana tjänster även i andra sammanhang.

4.3 Kostnadsfria förbrukningsartiklar

De s.k. kostnadsfria förbrukningsartiklarna finansieras sedan år 1973 från den allmänna sjukförsäkringen enligt samma regler som kostnadsfria läkemedel och distribueras genom apotek efter ordination av viss hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamheten med tillhandahållande av kostnadsfria förbrukningsartiklar regleras dels i 6 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader m.m., dels i kungörelsen (1972:189) om kostnadsfria förbrukningsartiklar vid sjukdom. Vidare finns vissa bestämmelser intagna i förordningen (1981:608) om läkemedelskostnader m.m. Dessa bestämmelser innebär i korthet att den som har något av nyss nämnda funktionshinder och behöver hjälpmedel/artiklar får dessa kostnadsfritt.

Förskrivningen sker på hjälpmedelskort och artiklarna expedieras från apotek. Den utbetalade ersättningen för kostnadsfria förbrukningsartiklar från riks-försäkringsverket till Apoteksbolaget var under år 1987 621 milj. kr.

En närmare redovisning av verksamheten med kostnadsfria förbrukningsartiklar m.m. lämnas i kapitel 9.

4.4 Övrig hjälpmedelsförsörjning m.m.

4.4.1 Texttelefoner för döva m.fl.

Texttelefonen är ett hjälpmedel som består av två komponenter, dels en skrivmaskin för utskrift, dels en TV-skärm för presentation av texten. Hjälpmedlet ansluts till telenätet genom att kopplas ihop med en vanlig

telefonapparat. Genom texttelefon kommunicerar abonnenterna med varandra och televerket har förmedlingstjänst för kommunikation mellan texttelefoner och vanliga telefoner. Denna teletjänst är öppen dygnet runt och det kostar inget extra att använda den.

Berättigade att kostnadsfritt få texttelefon är personer vilka är döva, gravt hörselskadade, dövblinda eller talskadade och som inte kan använda vanlig telefon eller kan göra det endast med stor svårighet. Ordination av texttelefon sker genom hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

Staten betalar televerket för dels tillhandahållandet av texttelefonapparater till abonnenterna, dels förmedlingstjänster m.m. För budgetåret 1989/90 har anslagits 33 milj. kr. till ersättning för texttelefoner och förmedlingstjänst. Under budgetåret beräknas 500 nya texttelefoner tillkomma.

4.4.2 Ledarhundar för synskadade

Synskadades riksförbund (SRF) är huvudman för tillhandahållandet av ledarhundar för synskadade. Statens hundskola i Sollefteå dresserar och utbildar ledarhundar för synskadade. Verksamheten med ledarhundar finansieras över statsbudgeten. Statsbidraget till SRF innefattar köp av hundar, grund-, introduktions- och fortbildningskurser för ledarhundsägare samt konsulentverksamhet. Under budgetåret 1989/90 har anvisats 9,7 milj. kr. till denna verksamhet.

4.4.3 Bostadsanpassning

Samhällets mål för bostadspolitikerna är sedan lång tid tillbaka att alla skall ha tillgång till en sund, rymlig, välplanerad och ändamålsenligt utrustad bostad till rimligt pris. Kommunerna har ansvar för bostadsförsörjningen och skall planera den så att det bostadssociala målet uppnås.

För personer med rörelsehinder eller andra funktionshinder behövs ofta individuell anpassning av bostaden. För detta finns ett statligt bostadsanpassningsbidrag som kan beviljas för åtgärder i såväl äldre som nya bostäder. Åtgärderna syftar till att bostaden skall bli ändamålsenlig för den handikappade och tillgodose de primära bostadsfunktionerna dvs. sova, vila, hygienbestyr, matlagning, äta och förflytta sig. Bidrag lämnas även för handikappades behov av rehabilitering och funktionsutbildning i bostaden. Exempel på åtgärder är bl.a. ändring eller komplettering av badrumsutrustning, specialutrustning av kök, breddning av dörrar och borttagning av trösklar, installation av hiss och hårdgörning av gångvägar. Utvecklingen av bostadsanpassningsverksamheten under senare år framgår av följande exempel.

Budgetår	Antal lägenheter	Beviljat belopp milj. kr.	Genomsnittligt bidragsbelopp per lägenhet kr.
1981/82	9 442	84,6	8 964
1983/84	14 044	164,7	11 725
1986/87	23 422	351,7	15 061

Fr.o.m. den 1 januari 1984 fattar kommunerna beslut om bidrag i de flesta fall — mot tidigare länsbostadsnämnden — och bidragsreglerna har vidgats. Samtidigt öppnades möjlighet att komplettera bidragen med bostadsanpassningslån. Denna långivning har hittills haft begränsad omfattning. Under budgetåret 1987/88 fattades beslut om lån till ca 216 lägenheter för ett lånebelopp om ca 14 milj. kr. dvs. i runda tal 65 000 kr. i genomsnitt per lägenhet.

Behovet av anpassning skall i regel styrkas genom intyg av läkare eller annan sakkunnig. Någon övre kostnadsgräns för bidraget finns i princip inte annat än vad gäller för bidrag för standardhöjande åtgärder. Till standardhöjande anpassningsåtgärder lämnas bidrag upp till 30 000 kr. och för kostnader däröver bostadslån med räntebidrag s.k. bostadsanpassningslån.

Fr.o.m. den 1 januari 1988 har finansieringen av bostadsanpassningsbidraget lagts om. För att statligt bidrag till bostadsanpassning skall utgå skall kommunen lämna bidrag med 40 procent av den godkända kostnaden för anpassningsåtgärden. Statligt bidrag lämnas alltså med 60 procent av kostnaden. Det ändrade kostnadsansvaret beräknas leda till en kostnad för kommunerna på ca 120 milj. kr. per år och en motsvarande minskning för staten. I budgetpropositionen för budgetåret 1989/90 föreslås en ytterligare justering av kostnadsansvaret. Fr.o.m. den 1 juli 1989 förordas staten svara för 40 procent medan kommunernas andel ökar till 60 procent.

4.4.4 Kommunalt bostadstillägg för handikappade

Enligt Svenska kommunförbundets normalgrunder utges kommunalt bostadstillägg för handikappade (KBH) som före 65 års ålder uppburit handikappersättning. En grundförutsättning för att KBH skall kunna utgå är att merkostnader för bostaden på grund av handikapp kan påvisas. KBH kan även utgå till familjer med handikappat barn för vilket vårdbidrag utgår. Till skillnad från kommunalt bostadstillägg till folkpension (KBT) utgår inte statsbidrag till KBH.

Till grund för beräkning av KBH läggs bruttohyran varvid avräkning görs för eventuellt kommunalt bostadstillägg för folkpensionärer (KBT). Vissa kommuner som saknar KBH har i stället förhöjt KBT som utgår till folkpensionärer med funktionshinder.

Drygt hälften av landets kommuner har KBH. Det är främst mindre kommuner som inte infört KBH.

4.4.5 Läromedel m.m. inom undervisningsområdet

För att handikappade barn och ungdomar skall kunna delta i den pedagogiska verksamheten i förskola och skola behövs särskilda insatser för att tillgodose individuella behov. Det kan gälla personella stödåtgärder och olika slags pedagogiska hjälpmedel. I det följande lämnas en översiktlig redovisning enbart av de områden som har någon form av anknytning till handikapphjälpmedel.

Rikscentralerna för pedagogiska hjälpmedel för handikappade har till uppgift att främja utveckling, produktion och utlåning samt informera om pedagogiska hjälpmedel för handikappade elever inom utbildningsvägar som står under tillsyn av skolöverstyrelsen samt för handikappade elever i förskolan. Fr.o.m. den 1 juli 1987 ingår rikscentralerna i statens institut för läromedel.

Av de fyra rikscentralerna arbetar en för hörselskadade, en för rörelsehindrade, en för synskadade och en för särskolan. Primärgrupperna — dvs. i huvudsak särskolans elever, synskadade, hörselskadade och rörelsehindrade — får i de flesta fall kostnadsfria läromedel genom centralerna.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen har fr.o.m. år 1984 kostnadsansvaret för individuella hjälpmedel till elever i grundskolan, gymnasieskolan, statlig och kommunal vuxenutbildning och till studerande i högskolan. För hjälpmedelsförsörjningen åt elever i särskolan har huvudmännen haft detta ansvar sedan tidigare. Läromedel faller däremot inte under hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvarsområde. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen har heller inte ansvar för individuella hjälpmedel till elever i vissa statliga specialskolor, folkhögskolor, studiecirklar och till barn i förskolan.

4.4.6 Arbetstekniska hjälpmedel m.m.

För att underlätta för handikappade att få arbete lämnas bidrag via arbetsmarknadsverket till hjälpmedel eller anordningar på arbetsplatsen som behövs för att den handikappade skall kunna utföra sitt arbete. Bidrag till hjälpmedel eller anordningar kan lämnas såväl till arbetsgivare som anställer handikappade, som till den handikappade. När det finns särskilda skäl kan bidrag avse även den som redan har arbetsanställning. I princip skall bidragsbeloppet inte tillåtas överskrida 50 000 kr. men om det finns särskilda skäl kan högre belopp beviljas. Under senare år har efterfrågan på arbetshjälpmedel ökat inte minst beroende på att den tekniska utvecklingen av hjälpmedel är snabb.

Arbetsmarknadsverkets utgifter för arbetstekniska hjälpmedel uppgick budgetåret 1985/86 till 105,6 milj. kr. Antalet beslut om bidrag var ca 500.

4.4.7 Statligt bilstöd

Nya regler gäller för det statliga bilstödet fr.o.m. den 1 oktober 1988, (prop. 1987/88:99). Det nya bilstödet gäller för följande grupper:

- ☐ Handikappade under 65 år som är beroende av bil för att förvärvsarbeta eller utbilda sig med yrkesinriktning.
- ☐ Handikappade under 65 år som fått bilstöd på arbetsmarknadspolitiska grunder, men som efter den 1 oktober 1988 beviljas förtidspension eller sjukbidrag.

- ☐ Andra handikappade i åldern 18—49 år om den handikappade själv skall köra bilen.
- ☐ Handikappade föräldrar med barn under 18 år.
- ☐ Familjer med handikappade barn under 18 år.

Det nya bilstödet består av tre olika bidrag:

Ett *grundbidrag* lämnas utan inkomstprövning. För de tre första ovan nämnda grupperna är grundbidraget 50 000 kr., och för återstående grupper 25 000 kr. Det tidigare skatteanknutna bidraget kommer att avvecklas successivt.

Vidare lämnas ett inkomstprövat *anskaffningsbidrag* med 35 000 kr. Helt bidrag utgår till den som har en årsinkomst under 75 000 kr. Vid högre inkomster avtrappas anskaffningsbidraget för att upphöra vid 138 000 kr.

Slutligen lämnas ett *anpassningsbidrag* som motsvarar hela kostnaden för den anpassning som behövs för att den handikappade själv skall kunna använda bilen.

Bilstödet administreras av riksförsäkringsverket och försäkringskassorna. För budgetåret 1988/89 har för bilstödet anvisats ett anslag av 250 milj. kr. På tilläggsbudget har anvisats ytterligare 180 milj. kr.

4.5 Andra samhällsinsatser inom närliggande områden

4.5.1 Kommunal färdtjänst

Med färdtjänst avses primärkommunal eller landstingskommunal transportservice för handikappade som har väsentliga svårigheter att anlita allmänna kommunikationer eller förflytta sig på egen hand. Färdtjänst kan användas för olika slags resor. Vid behov får ledsagare följa med på resan.

Fr.o.m. år 1975 utgår statsbidrag till kommunernas färdtjänst med i princip 35 procent av bruttodriftskostnaderna. Antalet personer som givits möjlighet att anlita färdtjänsten har successivt ökat. I december 1986 hade knappt 5 procent av landets befolkning och 26 procent av befolkningen 65 år och äldre tillstånd att anlita färdtjänsten. Varje person som var berättigad att anlita färdtjänsten gjorde i genomsnitt 41 enkelresor under år 1985.

Av följande sammanställning framgår hur verksamheten utvecklats sedan statsbidrag infördes år 1975.

År	Bruttokostnad milj. kr.	Statsbidrag milj. kr.	Antal färd- tjänstberät- tigande per- soner	Antal resor milj.
1975	179	62	159 000	6,2
1980	689	264	287 000	12,0
1986	1 318	422	384 000	15,0

4.5.2 Riksfärdtjänst

Riksfärdtjänsten är ett komplement till de allmänna kommunikationer-
na med syfte att underlätta för svårt handikappade att göra längre resor
inom landet till normala kostnader. Den som har ett svårt handikapp och
därför måste resa dyrare än normalt kan få riksfärdtjänst. Den enskilde
resenären betalar vad det kostar att åka med andra klass tåg även om
resan görs med första klass tåg, flyg, taxi eller med specialfordon. Trans-
portrådet är verkställande myndighet.

Under budgetåret 1986/87 var statens utgift för riksfärdtjänst 49,5
milj. kr. Under budgetåret 1988/89 beräknas kostnaderna till 62,4 milj.
kr. för ca 38 000 riksfärdtjänstresor som ca 20 000 resenärer beräknas
göra. Antalet personer som har tillstånd att anlita riksfärdtjänst var ca
31 000 i december 1986.

I prop. 1988/89:81 till riksdagen i februari 1989 föreslås vissa föränd-
ringar av riksfärdtjänsten.

4.5.3 Kommunernas sociala service

Social hemtjänst

Social hemtjänst är ett viktigt medel för handikappades och äldres möj-
ligheter till ett självständigt och integrerat boende. Hemtjänsten har ut-
vecklats till en mångskiftande serviceinriktad socialtjänst. Exempel på
denna utveckling är utöver insatser och hjälp i den egna bostaden, mat-
distribution, hår- och fotvård, trygghetslarm, studiecirklar, sysselsätt-
ningsverksamhet och nattpatruller. Kommunerna satsar i ökad utsträck-
ning på områdesanknuten service, där de boende har tillgång till social-
tjänst, fritidsverksamhet och sjukvård. Samarbetet mellan socialtjänsten
och hälso- och sjukvården har intensifierats bl.a. i form av gemensamma
vårdplaneringsgrupper för att samordna insatserna.

Under år 1986 fick ca 320 000 personer hjälp i sina hem genom hem-
tjänsten under sammanlagt 78,8 milj. timmar eller med 247 timmar i
genomsnitt. Hur den sociala hemtjänsten i volym och kostnader utveck-
lats efter år 1975 redovisas i följande sammanställning.

År	Antal hjälpta 1 000 tal		Antal total milj.	Arbetstimmar per hjälpt person	Kost- nader milj. kr.	Stats- bidrag
	-64 år	65-84 år				
1975	35	293	46,2	141	1 435	502
1980	41	307	49,9	143	3 456	1 201
1986	40	279	78,8	247	7 441	2 060

Fr.o.m. den 1 januari 1989 utgår statsbidrag med 34 000 kr. per årsarbete-
re för service- och vårdpersonal inom såväl den sociala hemtjänsten som
ålderdomshemmen. Vidare avsätts årligen 20 milj. kr. för statsbidrag till
utvecklingsinsatser inom den sociala hemtjänsten.

Ledsagarservice

Allt fler kommuner börjar erbjuda ledsagarservice dvs ledsagning av handikappade och äldre för att besöka vänner, delta i kulturlivet eller promenera. I ett mindre antal kommuner förekommer ledsagarservice som en självständig service, i ytterligare andra saknas den.

Avlösarservice

Närstående, dvs. anhöriga, grannar och vänner m.fl., svarar för betydande hjälp och stöd till handikappade och äldre personer som har svårt att själva klara alla sysslor i det dagliga livet. Vanligen ges hjälpen av make/maka, förälder eller dotter.

Vissa kommuner och landsting har en avlösarservice för att såväl den handikappade som närstående skall ges möjligheter till bl.a. vila och avkoppling. Avlösarservicen kan ha olika former, t.ex. genom avlösning i hemmet genom hemtjänsten, i kontaktfamilj, genom korttidsvård på korttidshem, sjukhem eller elevhem.

Trygghetslarm

Trygghetslarm är ett komplement till kommunernas serviceinsatser för äldre och handikappade och är avsett för akuta behovssituationer. Larmen kan vara aktiva, halvaktiva eller passiva då t.ex. telefon inte kan användas. Larmsignalen tas emot antingen genom särskild jourcentral eller på annat sätt.

Utbyggnad av larmsystem sker successivt. I slutet av år 1986 fanns trygghetslarm installerade i drygt 30 000 lägenheter. I landets nära 1 500 servicehus fanns trygghetslarm också installerade i 97 procent av husen.

4.5.4 Sjukvård i hemmet

Sjukvård i hemmet ges till den sjuke oavsett ålder, diagnos och sjukdomens varaktighet. För att verksamheten skall fungera som ett alternativ till den slutna vården, krävs att personalresurserna är organiserade så att hembesök kan göras under veckans alla dagar samt att någon form av kvälls- eller nattverksamhet förekommer. Sjukvård i hemmet ställer stora krav på samverkan mellan primärvården och kommunernas hemtjänst.

En undersökning socialstyrelsen gjorde år 1986 visar att det inom nära nog alla primärvårdsområden fanns resurser att bedriva sjukvård i hemmet. Av primärvårdsområdena kunde 77 procent sköta verksamheten dygnet runt alla dagar i veckan. Återstående primärvårdsområden kunde bedriva sjukvård i hemmet under dagtid måndag-fredag. Nattpatrullverksamhet förekom i 224 kommuner (78 procent).

4.5.5 Taltidningar

Stödet till radio- och kassettidningar för synskadade inrättades den 1 juli 1982. På grundval av prop. 1987/88:145 har verksamheten med radio-

och kassettidningar permanentats och kommer att byggas ut. Kostnaden för budgetåret 1989/90 beräknas till drygt 38 milj. kr. Ambitionerna för utgivning av radio- och kassettidningar är att under den närmaste femårsperioden bygga ut verksamheten till att omfatta ett femtiotal tidningar. Bidrag för utgivning av radio- och kassettidningar avses ge full nettokostnadstäckning.

4.5.6 Vårdbidrag och handikappersättning från socialförsäkringen

Vårdbidrag

För vård av barn under 16 år, som behöver särskild tillsyn och vård, har förälder rätt till vårdbidrag. Barnet skall för minst sex månader vara i behov av vård på grund av sjukdom eller handikapp.

Vårdbidrag beslutas av försäkringskassan och kan ges med helt, halvt eller fjärdedels belopp beroende på vårdbehovets omfattning och hur stora merkostnaderna är. Beloppet för helt vårdbidrag är detsamma som för hel förtidspension från folkpensioneringen med pensionstillskott. För år 1989 utgår således helt vårdbidrag med 53 568 kr., halvt med 26 784 kr. och 1/4-bidrag med 13 392 kr. Av vårdbidraget kan en viss angiven andel bestämmas som skattefri ersättning för merkostnader.

I juni 1988 utbetalades drygt 13 000 vårdbidrag. Fjärdedels vårdbidrag är en ny bidragsnivå fr.o.m. den 1 juli 1988 som beräknas innebära en ökning av antalet vårdbidrag med ca 4 000. Kostnaderna för vårdbidrag under budgetåret 1989/90 har beräknats till 750 milj. kr.

Handikappersättning

Rätt till handikappersättning har den som fyllt 16 år. Handikappet skall ha uppkommit före 65 års ålder. Den fysiska eller psykiska funktionsförmågan skall vara nedsatt i sådan omfattning

- att tidskrävande hjälp behövs av annan person i den dagliga livsföringen
- att hjälp behövs av annan person för att den handikappade skall kunna förvärvsarbeta, eller
- att den handikappade på annat sätt har särskilda behov som kan medföra merkostnader.

Handikappersättning kan utgå som självständig förmån eller som tilläggsförmån till folkpension. Vid bedömningen av ersättningen skall vård- och hjälpbehovet vägas samman med de merkostnader som följer av handikappet. Ersättning kan ges med 65, 50 eller 34 procent av basbeloppet. För år 1989 utgår således handikappersättning med 18 135 kr., 13 950 kr. resp. 9 486 kr. Ersättningen är skattefri.

Handikappersättning utgår alltid till den som är blind, döv eller gravt hörselskadad om blindheten, dövheten eller hörselskadan inträffat innan 65 års ålder. Till blinda utan pension utgår handikappersättning med

65 procent av basbeloppet och för blinda med pension 34 procent om stödbehovet inte ger anledning till högre ersättning. Handikappersättning till den som är döv eller gravt hörselskadad utgår med 34 procent av basbeloppet om stödbehovet inte ger anledning till högre ersättning.

I juni 1988 fördelade sig antalet personer med handikappersättning efter förmånsslag enligt följande.

Andel av bas- beloppet	Antal personer med handikappersättning som		
	huvud- förmån	tilläggs- förmån t. folkpension	Totalt
65 %	3 303	18 961	22 268
50 %	1 066	6 343	7 409
34 %	5 818	10 565	16 383
Summa	10 187	35 869	46 056

Under månaden utbetalades 45,7 milj. kr. i handikappersättning. Utgifterna för handikappersättning har under budgetåret 1989/90 beräknats till 660 milj. kr.

4.5.7 Skatteavdrag på grund av sjukdom m.m.

Om en persons skatteförmåga varit väsentligt nedsatt på grund av sjukdom m.m. kan enligt gällande skattelagstiftning medges ett s.k. extra avdrag. Förutsättningen för att komma i åtnjutande av extra avdrag är att skatteförmågan varit väsentligt nedsatt till följd av bl.a. stora merutgifter vid långvarig sjukdom. Avdraget skall bestämmas efter omständigheterna i det enskilda fallet och får inte överstiga 10 000 kr. Reglerna är för närvarande föremål för översyn och väntas tas bort i samband med införande av en ny lägre nivå för handikappersättningen.

5 Kartläggning av hälso- och sjukvårdens verksamhet med hjälpmedel

5.1 Inledning

Följande redovisning bygger framför allt på de uppgifter som lämnats av hälso- och sjukvårdshuvudmännen i två enkäter som hjälpmedelsutredningen genomfört. Den ena enkäten, som genomfördes under hösten 1987, ställdes till ett urval om sju huvudmän och omfattade detaljerade frågor om bl.a. hjälpmedelsverksamhetens olika delar. Den andra enkäten, som i huvudsak genomfördes under januari och februari 1988, innehöll frågor av mer generell karaktär och tillställdes övriga huvudmän. En utförlig redovisning av enkätsvaren finns i bilaga.

Hjälpmedelsutredningen har även inhämtat uppgifter om verksamheten med hjälpmedel genom studiebesök, utredningar från Landstingsförbundet och Handikappinstitutet liksom från lokalt genomförda utredningar.

5.2 Politisk och administrativ ledning

5.2.1 Verksamhets- och ansvarsområden

I hälso- och sjukvårdens verksamhet med hjälpmedel ingår flera olika ansvarsområden.

- Klinik/basenhetsansvaret för behovsbedömning, utprovning, träning, uppföljning etc.
- Det administrativa ansvaret för budget, personal, utbildning, information etc.
- Det driftstekniska ansvaret för verkstadsservice, reparationer etc.
- Materialförsörjningsansvaret, dvs. inköp av hjälpmedel, lagerhållning, distribution, transporter etc.

Dessa ansvarsområden, som samtliga är av stor betydelse för verksamheten, organiseras hos huvudmännen på olika sätt, bl.a. beroende på hur hälso- och sjukvårdsorganisationen i övrigt ser ut. De specialenheter hos huvudmännen som har ett mera uttalat ansvar för hjälpmedel har i olika hög grad uppgifter inom dessa ansvarsområden. Specialenheterna är hjälpmedelscentraler, hörcentraler, syncentraler och ortopedtekniska

avdelningar. Till hjälpmedelsverksamheten brukar även tolkcentralerna räknas.

Hjälpmedelscentralernas ansvar omfattar försörjning, administration och serviceuppgifter för hjälpmedel vid rörelsehinder, talskada och utvecklingsstörning samt vissa medicintekniska produkter som används inom hälso- och sjukvårdens öppna verksamhet. Vanligen har hjälpmedelscentralerna även ansvar för utprovning av kvalificerade hjälpmedel, men huvudsakligen sker utprovning i primärvården och vid kliniker inom läns- och regionsjukvården.

Hörcentraler med hörseltekniska avdelningar ansvarar för utprovning, administration och försörjning av hörselhjälpmedel liksom syncentraler ansvarar för utprovning av optiska och andra synhjälpmedel och i vissa fall administration och försörjning av dessa hjälpmedel. Ortopedtekniska avdelningar har ansvar för tillverkning och utprovning av proteser, ortoser, ortopedtekniska skor samt vissa andra individanpassade produkter som kräver ortopedteknisk kompetens. Tolkcentraler administrerar tolktjänst till döva, gravt hörselskadade och dövblinda personer.

Ledningsorganisationen för verksamheten med hjälpmedel är hos flertalet huvudmän densamma som för hälso- och sjukvården i övrigt, dvs. hälso- och sjukvårdsnämnden har det övergripande ansvaret. Ett tiotal huvudmän har dock lagt hela eller delar av ansvaret för hjälpmedlen på annan central nämnd t.ex. social- eller försörjningsnämnd. Hos cirka en tredjedel förekommer även ett decentraliserat ansvar till lokala sjukvårdsnämnder och motsvarande organ.

Det administrativa ansvaret för verksamheten har nära samband med hur den politiska ledningen är organiserad dvs. oftast tillhör hela eller delar av hjälpmedelsverksamheten hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Hos ett par huvudmän har hjälpmedelsverksamheten en egen förvaltning. En knapp tredjedel av huvudmännen har hjälpmedelsorganisationen fördelad på flera förvaltningar, t.ex. den sociala förvaltningen tillsammans med hälso- och sjukvårdsförvaltningen, eller försörjningsförvaltningen tillsammans med de lokala sjukvårdsdistriktens förvaltningar.

I regel har en hjälpmedelschef, hjälpmedelssekreterare eller motsvarande ett övergripande administrativt ansvar för hela eller delar av hjälpmedelsverksamheten. I ansvaret kan t.ex. ingå att ha budgetansvar för en central hjälpmedelsbudget, vilket förekommer hos en knapp tredjedel av huvudmännen. Hjälpmedelsbudgeten omfattar dock huvudsakligen inköp av hjälpmedel och köp av främmande tjänster. Kostnaderna för utprovning m.m. budgeteras inom respektive klinik/basenheter, t.ex. vårdcentraler, hjälpmedels-, syn-, hör- och tolkcentraler och ortopedtekniska avdelningar. Det förekommer dock ibland att hjälpmedelschefen eller motsvarande tjänsteman har personal- och driftsansvar, då framför allt vad gäller hjälpmedelscentralernas verksamhet. Där verksamheten är decentraliserad ligger dock ofta drift- och budgetansvar för hjälpmedel på t.ex. klinikchef eller annan enhetsansvarig.

5.2.2 Budgeteringsrutiner

Huvudmännen lägger ramar för hjälpmedelskostnaderna inför kommande budgetperiod. Ramarna beräknas oftast med underlag från föregående års budget eller budgetutfall och genom någon form av generell uppräknings för väntade volymökningar eller andra förändringar som påverkar kostnaderna. Det ekonomiska utrymmet har stor betydelse för budgeteringen liksom det beräknade medelsbehovet. Däremot uppfattas den statliga hjälpmedelsersättningen som i det närmaste helt ovidkommande i det praktiska budgetarbetet. Det övervägande flertalet ser ingen direkt koppling mellan denna ersättning och hjälpmedelsbudgeten. Några anser dock att hjälpmedelsersättningen anger en lägsta nivå på budgetanslaget som inte får underskridas.

Det är ovanligt att hjälpmedelskostnaderna stannar inom de beslutade budgetramarna. Hos närmare hälften av huvudmännen tas beslut om tilläggsanslag mer eller mindre regelmässigt. Dessa budgetöverskridanden ses som ett problem. Samtidigt som man beviljar tilläggsanslag eller accepterar budgetöverdrag har man under senare tid försökt vidta åtgärder i avsikt att få kontroll över kostnaderna. Det införs t.ex. regelbundna och fortlöpande kontrollrutiner med analyser och avrapportering av budgetläget till ansvariga politiker, eller läggs direkta spardirektiv på verksamheten. Sådana direktiv riktas i allmänhet generellt mot hela verksamheten.

Besparingsåtgärder kan i övrigt innebära att vissa hjälpmedel stryks från den lokala förteckningen, att tillfälliga inköpsstopp införs på vissa artiklar, liksom att återanvändningen av produkter ökar. Det kan dock även innebära att snävare anvisningar införs för när förskrivning av hjälpmedel får ske. Åtgärderna har dock framförallt riktats mot sådana hjälpmedelsområden som utgörs av eller gränsar mot vanliga konsumentartiklar, liksom mot vissa behandlings- och träningshjälpmedel.

Hos flera huvudmän har genomförts organisatoriska förändringar inom hjälpmedelsverksamheten i syfte att knyta det ekonomiska ansvaret närmare utprovningseenheterna, kliniker och vårdcentraler. Efter hand som detta genomförs hos huvudmännen blir det allt vanligare att hjälpmedel ingår i planeringen för verksamheten i fråga och att kliniken/enheten tar ett eget ansvar för delegering av utprovningsansvar och förskrivningsrätt.

För syn-, hörsel- och ortopedtekniska hjälpmedel har hälso- och sjukvårdshuvudmännen i större utsträckning än beträffande rörelsehinderhjälpmedel överfört ekonomiskt ansvar till berörda kliniker. Så har även skett hos några huvudmän i fråga om ett antal medicintekniska produkter som i princip endast utprovas och i vissa fall opereras in vid specialistkliniker.

5.2.3 Samverkan med lokala handikapporganisationer

Så gott som samtliga huvudmän anger att de har ambitionen att de lokala handikapporganisationerna skall vara med i någon form av samråd/

samverkansförfarande vid t.ex. förändringar inom hjälpmedelsverksamheten. Man ser ett positivt samarbete med handikapprörelsen som nödvändigt för en väl fungerande verksamhet. I regel sker samråd/samverkan genom Länshandikapprådet. Hos ca en fjärdedel finns därutöver samråd genom särskilt organ för hjälpmedelsfrågor.

Trots ambitionerna är dock flera huvudmän inte nöjda med sina rutiner för samråd/samverkan. Ibland blir det enbart fråga om information om beslutade förändringar, ibland skickas material för kännedom eller på remiss till organisationerna. Förutom regelrätt samråd/samverkan sker även samarbete mellan hjälpmedelsverksamhetens personal och de lokala handikapporganisationerna genom temadagar, kurser och informella kontakter. Ett par huvudmän har infört regelbundna överläggningar med organisationerna eller låter representanter från handikapprörelsen delta i utredningar och arbetsgrupper.

I arbetet med att utveckla samarbete med handikapporganisationerna ser man det som särskilt viktigt med information och utbildning av handikapprörelsens representanter så att samverkan kan ske på likvärdiga villkor.

De flesta lokala handikapporganisationer har uppfattningen att huvudmannen ibland eller alltid samråder med handikapprörelsen innan beslut tas i hjälpmedelsfrågor, liksom att det informella samarbetet mellan handikapprörelsen, förtroendemän och personal inom hjälpmedelsverksamheten kan fungera bra. Trots detta uppfattar man sitt inflytande i hjälpmedelsfrågor som litet.

5.3 Organisation av verksamheten

De olika specialiserade enheterna för hjälpmedel dvs. hjälpmedelscentraler, hörcentraler, syncentraler och ortopedtekniska avdelningar svarar för huvuddelen av hälso- och sjukvårdens verksamhet med hjälpmedel. Skillnader finns dock mellan huvudmännen beträffande vilket ansvar de olika specialenheterna har, liksom hur verksamheten i övrigt är organiserad.

5.3.1 Hjälpmedelscentral

Hjälpmedelscentralerna började under 1960-talet att utvecklas ur de hjälpmedelsförråd som sjukhusen hade byggt upp för att kunna lagerhålla de vanligaste hjälpmedlen och för att ta hand om återlämnade hjälpmedel.

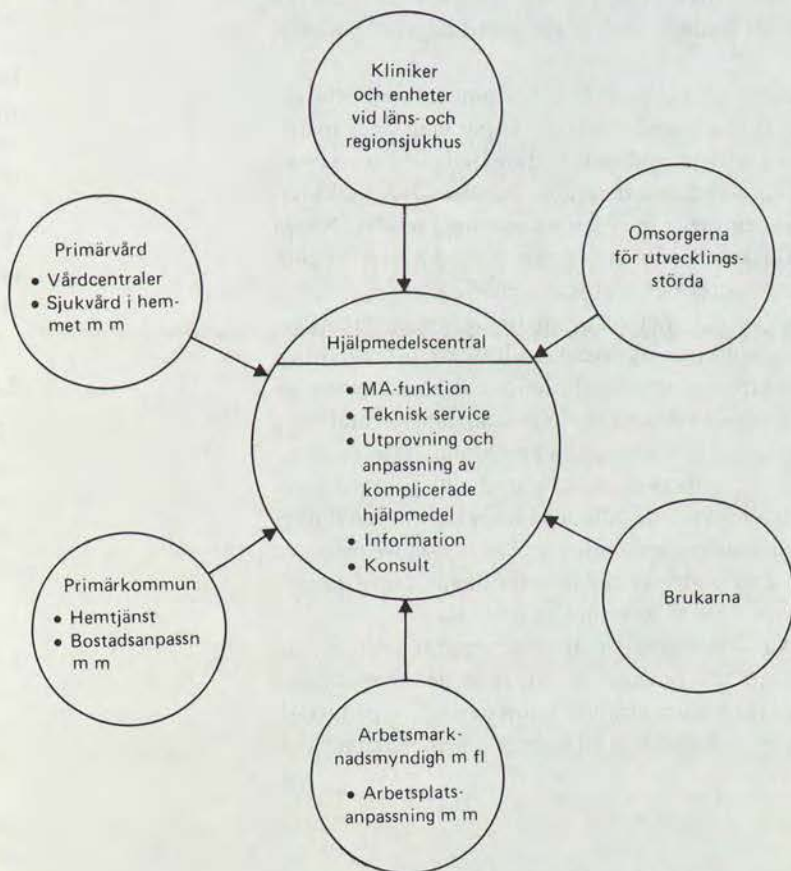
I december 1987 fanns 39 hjälpmedelscentraler. Samtliga hälso- och sjukvårdshuvudmän har minst en hjälpmedelscentral, ofta med en eller flera filialer i olika delar av landstingsområdet. Förråd av hjälpmedel vid vårdcentraler m.m. finns i regel också. Hos några huvudmän ingår hjälpmedelscentralen i en rehabiliterings- eller långvårdsklinik, hos andra utgör den en fristående verksamhet direkt underställd t.ex. hjälpmedelsförvaltning, försörjningsavdelning eller social förvaltning. Några huvudmän har inrättat särskilda hjälpmedelscentraler för barn eller avdelat

personal för att speciellt ägna sig åt barnens behov.

De personalkategorier som finns vid alla hjälpmedelscentraler är hjälpmedelskonsulenter, som oftast har arbetsterapeututbildning, teknisk personal, förråds- och kontorspersonal. I övrigt kan vid hjälpmedelscentralerna finnas arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, tåpetserare, sömmerskor etc. Ofta finns även lönebidrags- och ungdomslagstjänster placerade vid hjälpmedelscentralerna.

Hjälpmiddelscentralerna fungerar i flera avseenden som en serviceorganisation till de olika vård- och omsorgsenheterna genom sitt ansvar för försörjningen av hjälpmedel, för den tekniska servicen och de konsulttjänster m.m. som man tillhandahåller. Personalen medverkar t.ex. vid komplicerade utprovningar, i olika informations- och utbildningsaktiviteter etc.

Hjälpmiddelscentralerna anlitas ofta i försörjningsfrågor av andra samhällsorgan med ansvar för hjälpmedel, liksom av enskilda brukare. Hjälpmiddelscentralernas olika uppgifter kan illustreras med nedanstående figur.



Figur 5.1 Hjälpmiddelscentralernas arbetsuppgifter.

5.3.2 Hörcentral

Hörcentraler för hörapparatutprovning började under 1950-talet att byggas upp i anslutning till öron-, näsa- och halsklinikerna. I juli 1988 fanns ett 90-tal större eller mindre hörcentraler i landet inklusive filialerna. Utöver filialer till hörcentralerna kan det även förekomma ambulerande hörcentralsverksamhet m.m. Samtliga hörcentraler, med något enstaka undantag, är knutna till öronklinik alternativt audiologklinik.

Personalen vid hörcentralerna består i första hand av hörselvårdassistent, ingenjörer, annan teknisk personal och kontorspersonal. I övrigt kan vid hörcentralerna finnas audiometris, sjuksköterska, sjukvårdsbiträde, kurator etc.

Hörcentralerna ansvarar under öron/audiologklinikerna för hörselrehabiliteringen inom hälso- och sjukvården. I deras uppgifter ingår att genomföra olika slags hörselmätningar, utprova erforderliga och lämpliga hörselhjälpmedel och genomföra träning så att den hörselskadade personen kan använda sina hjälpmedel. Därutöver har hörcentralen ansvar för rådgivning, information och uppföljning. Vidare ingår ofta även visst ekonomiskt ansvar för budget, ansvar för personal, reparationer, service och inköp m.m.

Hörcentralerna ansvarar även för att sådana hjälpmedel som behövs i hemmet blir installerade. Hos många huvudmän köper man dock installationer av hörseltekniska hjälpmedel och annan liknande service av entreprenör. Det största företaget är LIC-Audio som bedriver verksamhet vid hörseltekniska avdelningar över i stort sett hela landet. Några huvudmän har hörselteknisk verksamhet i egen regi med hörselvårdssingenjörer liksom andra ingenjörer och tekniker anställda.

Den hörselpedagogiska verksamheten kompletterar hörcentralens genom t.ex. informations- och utbildningsinsatser i brukarens omgivning, på arbetsplatser, i servicehus, i skolor etc. Individuella stödinsatser genomförs också genom denna verksamhet. Verksamhetens omfattning och innehåll kan dock skilja sig åt mellan olika huvudmän. Den kan t.ex. omfatta pedagogisk ledning vid förskolan, vid grund- och gymnasieskolan, hemvägledning för hörselskadade och döva barn liksom rehabilitering av vuxna hörselskadade och uppföljning av hur hörselhjälpmedlen fungerar. Verksamheten kan bedrivas såväl individuellt som i grupp, genom kursverksamhet och riktade informationsinsatser etc.

Den hörselpedagogiska verksamheten är ofta separat organiserad inom den sociala nämnden hos huvudmannen, men det förekommer även att den är integrerad med hörcentralen. Inom den hörselpedagogiska verksamheten finns hörselvårdskonsulenter, hörselpedagoger och förstadielärare.

5.3.3 Syncentral

Syncentralernas verksamhet har byggts upp framför allt under de senaste två decennierna. Socialstyrelsen föreslog i expertrapporten "Ögonsjukvård och syncentraler" år 1979 att antalet syncentraler i landet borde vara

32. Mellan åren 1978 till 1981 ökade antalet syncentraler från 18 till 25 och i december 1987 var antalet uppe i 32 centraler. Det är dock fortfarande ett landsting som helt saknar syncentral. Detta landsting köper syncentralstjänster av angränsande huvudmän. Utöver de etablerade syncentralerna förekommer viss filialverksamhet och ambulerande syncentralverksamhet, t.ex. genom att synpedagog och optiker har mottagning vissa dagar i de delar av sjukvårdsområdet som inte har egen syncentral.

Syncentralerna ingår organisatoriskt i ögonklinikerna och ansvarar under dessa för synrehabiliteringen inom hälso- och sjukvården. Det innebär att de tar vid där den initiala ögonsjukvården slutar. I arbetsuppgifterna ingår optisk rehabilitering och synträning, liksom utprovning och inträning av optiska och andra synhjälpmedel och ADL-hjälpmedel för synskadade. Syncentralerna har även fått en viktig uppgift när det gäller att samordna olika insatser i synrehabiliteringen även utanför hälso- och sjukvårdens område.

Vid syncentralerna finns optiker och synpedagoger som sköter utprovning och träning av synhjälpmedel, liksom anpassningslärare som i huvudsak har ansvaret för utprovning och träning av orienteringshjälpmedel och andra hjälpmedel för gravt synskadade och blinda. I vissa fall finns länskonsulenter för synskadade med socialkurativa arbetsuppgifter såsom att förmedla information om det stöd som den synskadade personen kan få och att ge stöd till den synskadade så han/hon kan aktivt delta i samhällslivet. Ibland är länskonsulenterna anställda av sociala nämnden i landstinget eller av Synskadades Riksförbund. Även ögonläkare, kurator, arbetsterapeut, sjukvårdsbiträde och terapibiträde kan finnas vid syncentralerna.

5.3.4 Ortopedteknisk avdelning

Ortopedtekniska avdelningar, eller som de först kallades, bandageverkstäder, växte fram under sent 1800- och tidigt 1900-tal. Verksamheten utvecklades i takt med vanföreanstalternas och specialistsjukhusens allt större krav på kunniga hantverkare för tillverkningen av proteser, stödjebandage och ortopediska skor.

Vanföreanstalternas ortopediska kliniker och verkstäder övertogs successivt av landstingen. År 1959 startade Landstingens Inköpscentral (LIC) en ortopedteknisk verkstad i Umeå. Denna följdes av liknande etableringar i de landsting som saknade ortopedtekniska resurser på hemmaplan. LIC övertog, samtidigt som man fortsatte med nyetableringarna, de verkstäder som drevs i landstingens regi.

Sedan början av 1980-talet har endast fyra hälso- och sjukvårdshuvudmän egen ortopedteknisk verksamhet, nämligen Örebro läns, Älvsborgs läns och Jönköpings läns landsting samt Göteborgs kommun. Ca 80 procent av den ortopedtekniska verksamheten drivs numera (1987) av entreprenörer. Det största företaget är LIC-ortopedi som har verksamhet över i stort sett hela landet. Övriga företag i branschen är betydligt mindre och

lokaliserade i stort sett till Stockholmsområdet.

Hos hälften av huvudmännen finns en ortopedteknisk avdelning, hos övriga finns det två eller flera. Det är dock vanligt att andra ortopedtekniska avdelningar utöver den/de som finns inom det egna sjukvårdsområdet anlitas, liksom att de ortopedtekniska avdelningarna konsulterar varandra och köper tjänster sinsemellan.

De ortopedtekniska avdelningarna ansvarar för att proteser, ortoser och ortopediska skor tillverkas och tillhandahålles efter ordination eller remiss från läkare. I vissa landsting ingår även ansvar för bröstproteser och andra typer av proteser t.ex. rygg- och vadutfyllnader.

De personalkategorier som arbetar inom den ortopedtekniska verksamheten är ortopedingenjörer, ortopedtekniker, ortopedskotekniker, korsettekniker, kontorspersonal och ibland även annan personal såsom undersköterska, sjukvårdsbiträde etc.

Hos två av de fyra huvudmän som har ortopedteknik i egen regi ligger det övergripande ansvaret på ortopedkliniken och hos de två andra ingår den ortopedtekniska avdelningen i en driftavdelning resp. utgör en egen basenhet. De ortopedtekniska avdelningar som drivs av entreprenör ingår inte i hälso- och sjukvårdshuvudmannens organisation utan har en självständig ställning. Det medicinska ansvaret åvilar dock den behandlingsansvarige läkaren. Ansvaret för verksamheten och arbetsuppgifterna regleras i någon form av avtal mellan respektive huvudman och den/de entreprenör/er som anlitas. De ortopedtekniska avdelningarna är ofta lokaliserade i anslutning till ortopedklinikerna, även de entreprenörsdrivna.

Under en följd av år har det varit vanligt att de ortopedtekniska hjälpmedlen budgeterats i en central hjälpmedelsbudget. Det senaste året har dock huvudmännen i allt högre grad lagt över budgetansvaret för hjälpmedlen på ortopedklinikerna.

5.3.5. Tolkcentral

Sedan 1982 har hälso- och sjukvårdshuvudmännen ansvar för tolktjänst. Huvudmännen organiserar verksamheten i tolkcentraler som hos flertalet huvudmän räknas till hjälpmedelsverksamheten. Några huvudmän har dock lagt ansvaret för tolktjänsten hos den sociala nämnden, i ett par fall samordnad med den pedagogiska hörselvården.

Det finns minst en tolkcentral hos varje huvudman. Två landsting driver dock en gemensam tolkcentral. Tre huvudmän har utöver detta ytterligare en tolkcentral resp. filialverksamhet i annan del av landstinget.

Tolktjänsten har ansvar för att tillhandahålla tolkar åt döva, gravt hörselskadade, dövblinda och talskadade personer. Tolktjänst för talskadade är fortfarande en outvecklad sektor. I Uppsala läns landsting har dock ett försök med utbildning av tolkar för talskadade (taltjänst) nyligen avslutats. I samband med att projektet avslutades inrättades två tjänster för sådana tolkar i landstinget.

Ansvar för anskaffning av tolk ligger på tolktjänsten även i de fall det är någon annan än hälso- och sjukvårdshuvudmannen som är betalningsansvarig för uppdraget. En stor och ökande del av uppdragen köps av t.ex. försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheterna, organisationer och politiska partier, enskilda arbetsgivare, utbildningsverksamhet, polis och domstolar m.fl. Många av dessa uppdrag är dessutom av den arten att det behövs två tolkar, t.ex. vid kurser och utbildningar, vid domstolsförhandlingar etc.

Personalen vid tolkcentralerna består av tolkar som är fast anställda eller arvoderade. Någon av tolkarna fungerar ofta som samordnare eller föreståndare för verksamheten.

5.4 Hjälpmedel som rekommenderas vid olika funktionshinder

Hjälpmedel definieras i Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning som sådan individuell anpassning och utrustning som en person behöver för den dagliga livsföringen, som kompenserar eller mildrar funktionsnedsättningar så att handikapp inte uppstår i förhållande till den omgivande miljön. I hjälpmedelsförteckningen uppräknas de hjälpmedel som Handikappinstitutet rekommenderar hälso- och sjukvårdshuvudmännen att tillhandahålla kostnadsfritt.

5.4.1 Rörelsehinderhjälpmedel

Vanliga hjälpmedel vid rörelsehinder är olika slags förflyttningshjälpmedel såsom rullstolar, gåstöd, kryckkäppar och käppar. En person med rörelsehinder behöver dessutom ofta olika hjälpmedel i hemmet, s.k. ADL-hjälpmedel för att kunna klä av och på sig, komma i och ur sängen, sköta sin hygien, laga mat och äta m.m.

5.4.2 Hjälpmedel vid talskada

För personer med talsvårigheter finns olika samtalshjälpmedel, t.ex. bokstavs- och symboltavlor, samtalsapparater, portabla skrivutrustningar, röstgeneratorer, röstförstärkare, text- och ordbehandlingsmaskiner.

5.4.3 Hjälpmedel vid utvecklingsstörning

Till hjälpmedel vid utvecklingsstörning räknas bl.a. kassettbandspelare, text- och ordbehandlingsmaskiner, par- och tandemcyklar liksom elektriska och manuella skrivmaskiner.

5.4.4 Hörselhjälpmedel

Hörselhjälpmedel är framförallt hörapparater och hörseltekniska hjälpmedel som används i hemmet och i skolan. Hörapparater finns i olika utföranden t.ex. kroppsburna och huvudburna apparater, allt-i-öratap-

parater, hörglasögon m.m. För att förstärka ljud finns dessutom ett antal olika ljudöverföringssystem, t.ex. hörtelefoner, hörselslingor av flera slag m.m. Till hörselhjälpmedlen räknas även bandspelare, olika telefoneringshjälpmedel och varseblivningshjälpmedel.

5.4.5 Synhjälpmedel

Hjälpmedel som används vid synskada är optiska hjälpmedel såsom glasögon, förstoringsglas och kontaktlinser. Förstorande TV-system och läsmaskiner används när övriga optiska hjälpmedel inte räcker till. Som synhjälpmedel räknas även belysningar, skrivmaskiner, bandspelare, ADL-hjälpmedel, orienterings- och varseblivningshjälpmedel m.m.

I Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning rekommenderas huvudmännen att lämna bidrag med 300 kr. för glasögon till barn från 8 till och med 18 års ålder.

5.4.6 Ortopedtekniska hjälpmedel

Till de ortopedtekniska hjälpmedlen räknas arm- och benproteser, ortoser och ortopediska skor.

Arm- och benproteser används efter amputation och vid medfödda och traumatiska skador på extremiteterna. Protiser tillverkas av komponenter som väljs ut efter individuella krav på funktion.

Ortoser används för att stödja och/eller korrigera en kroppsdel. Det finns ortoser för nacke, rygg, armar och händer liksom för ben och fötter. De flesta ortoser som används är numera av hel- eller halvfabrikat. Ett relativt litet antal ortoser specialtillverkas dock fortfarande hantverksmässigt t.ex. vid medfödda skador eller sjukdomar som scolios och polio. Användningsområdet för ortoser har successivt utvidgats, något som har underlättats av nya material och utvecklingen mot hel- och halvfabrikat. Ortoser används alltmer vid akuta skador såsom efter operationer och vid frakturer liksom i förebyggande syfte t.ex. vid motions- och idrottsutövning.

Ortopediska skor kan vara dels hantverksmässigt tillverkade över en individanpassad läst, dels fabrikstillverkade specialskor som därefter särskilt anpassats. De ortopedtekniska avdelningarna utför även ändringar och anpassningar av skor som brukaren själv valt i öppna handeln. I vissa sammanhang utprovas även s.k. behandlingsskor för att avlasta och underlätta läkning vid t.ex. svårläkta sår då vanliga skor inte kan användas.

5.4.7 Kosmetiska protiser

De kosmetiska proteserna omfattar ögon-, öron- och näsproteser, rygg- och vadutfyllnader, peruker, postischer, toupéer, ögonfransar och ögonbryn liksom bröstproteser.

5.4.8 Behandlingshjälpmedel

Behandlings- och träningshjälpmedlen omfattar bl.a. inhalatorer, slem-sugar, UVB-ljuslampor, hjärt- och peroneusstimulatorer, stimulatorer för smärtlindring och vid inkontinens, kuddar, dynor m.m. som motverkar sitt- och liggsår, tränings- och ergometercyklar, träningsredskap m.m.

5.4.9 Tolkjänst

Tolkjänsten tillhandahåller inte hjälpmedel i egentlig mening men räknas ändå till hjälpmedelsverksamheten. Tolkarna inom tolktjänsten är specialiserade inom vissa områden. Teckenspråk för döva tecknas med handrörelser, teckenspråk för dövblinda tecknas i handen bokstav för bokstav alternativt med teckenspråk liknande det som används av döva. Tolkning för vuxendöva genomförs med stödtecken, s.k. mun/handsystem (MHS) eller med hjälp av specialteknik, t.ex. utskrift på maskin eller liknande. Tolkning för talskadade är ännu så länge en relativt utvecklad sektor.

5.4.10 Hjälpmedel särskilt avsedda för barn

Många hjälpmedel marknadsförs i olika utföranden och storlekar bl.a. i barnstorlekar. Inom vissa hjälpmedelsområden finns dock produkter som är särskilt avsedda för barn. Det finns t.ex. rullstolar och gokarts för barn, rullbrädor och krypvagnar, bilbarnstolar, liksom olika slags sittvagnar. Alla hjälpmedel som måste individanpassas, t.ex. ortoser, proteser, proppar till hörapparatater tillverkas direkt för barnet. Det är överlag mycket vanligt att hjälpmedel som skall användas av barn måste anpassas och ändras så att de blir ändamålsenliga. Det finns även ett glasögonbidrag som är särskilt avsett för barn och ungdom.

5.4.11 Hjälpmedel vid flera funktionshinder

Det finns ett fåtal hjälpmedel som är direkt avsedda för personer med flera funktionshinder, t.ex. vissa taktila varseblivningshjälpmedel för dövblinda. Flertalet hjälpmedel är dock framtagna för att kompensera ett enstaka funktionshinder. Detta innebär att hjälpmedlet ofta måste modifieras och anpassas för att en person som har flera funktionshinder skall kunna använda det.

5.4.12 Datorbaserade hjälpmedel

Som datorbaserade hjälpmedel räknas text- och ordbehandlingsmaskiner för personer med rörelsehinder, synskada, utvecklingsstörning och talskada. De datorer som används som hjälpmedel är framförallt vanliga persondatorer med ordbehandlingsprogram och kringutrustning, såsom skrivare, punktskriftsskrivare, talsyntes etc. Även specialdatorer för punktskrift och för blissymboler förekommer.

5.5 Lokala hjälpmedelsförteckningar, sortimentsurval och avvikelser från Handikappinstitutets rekommendationer

5.5.1 Lokala hjälpmedelsförteckningar

Det är hälso- och sjukvårdshuvudmännen som fastställer vilka hjälpmedel som kostnadsfritt skall tillhandahållas befolkningen i sjukvårdsområdet och vilka regler som skall gälla vid tillhandahållandet. Som beslutsunderlag används de centrala rekommendationerna och andra erfarenheter t.ex. från den egna personalen, brukare m.fl.

Huvudmännen går tillväga på i huvudsak två sätt. Dels kan institutets förteckning användas som huvudmannens egen med eventuella tillägg och strykningar i ett särtryck, dels utformar huvudmannen en förteckning helt utifrån eget sortiment och anvisningar.

Huvudmännen följer dock i stort sett rekommendationerna i institutets hjälpmedelsförteckning oavsett om man utformar en egen förteckning eller inte. De avvikelser som görs innebär dels att vissa rekommenderade hjälpmedel inte införs på den lokala förteckningen, dels att man inte följer de regler och anvisningar som institutet rekommenderat. Därutöver förekommer att huvudmännen stryker hela produktgrupper från den lokala förteckningen.

Att ett hjälpmedel saknas på huvudmannens lokala förteckning hindrar dock inte att det kan köpas in och förskrivas vid sådana behov som inte kan tillgodoses med det beslutade urvalet. Hos vissa huvudmän tas sådana beslut av politiskt organ i alla ärenden som gäller förskrivning av produkter utöver fastställt sortiment. Andra huvudmän har delegerat även sådana beslut. Beslut i policyfrågor tas dock så gott som alltid på förtroendemannanivå.

5.5.2 Lokalt sortimentsurval

För många av de hjälpmedel som rekommenderas i Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning finns ett mycket stort antal olika produkter. Sortimentet för manuella rullstolar omfattar t.ex. cirka ett hundratal olika stolar. Sortimentet för eldrivna sängar omfattar ett femtiotal och för arbetsstolar ett trettiotal produkter. Förstoringsglas och lappar är ett annat omfattande produktområde med cirka sjuttio olika produkter. Andra produktområden är mindre till omfånget. För vissa hjälpmedel rekommenderas inte alls något sortiment. Så är t.ex. fallet när det gäller vissa gånghjälpmedel, hjälpmedel för personlig vård, vissa ortopedtekniska hjälpmedel m.fl.

Eftersom det rekommenderade sortimentet för många produkttyper är så stort, har alla huvudmän ansett det nödvändigt att göra ett urval. Begränsningar måste göras för att verksamheten skall kunna bedrivas rationellt, upphandling skötas på ett ekonomiskt fördelaktigt sätt, reservdelar hållas i lager etc.

Inom området hjälpmedel för rörelsehindrade liksom när det gäller

synhjälpmedel, vissa medicinska behandlingshjälpmedel m.fl. genomförs sortimentsurvalet i en mer eller mindre formell process hos de flesta huvudmän. Handikappinstitutets sortimentsinformation och SUB:s avropsavtal används som underlag för beredning i sortimentsgrupper där brukarnas och personalens erfarenhet av de olika produkterna vägs samman. Beslut tas i politiskt organ eller delegeras till en tjänsteman t.ex. hjälpmedelschef eller klinikchef. I beslutet tas hänsyn till hur stort sortimentet behöver vara för att täcka flertalet behov, hur lagerhållning skall ske, hur reservdelssortimentet måste förändras/utökas och vilken erfarenhet man har av leverantören ifråga. Priset på produkterna har även betydelse.

För hörselhjälpmedel sker sortimentsurvalet oftast på audiolog-/öronklinik, hörcentral och hörselteknisk avdelning. Beslutanderätten är då formellt eller informellt delegerad till klinikchefen eller till personalen vid enheten.

Ortoser och proteser tillverkas ofta särskilt för varje individ. Det blir dock allt vanligare med hel- och halvfabrikat inom detta område. Rekommendationer om provade och godkända sortiment finns endast för komponenter till proteser, samt för ett fåtal produkter i övrigt inom området.

Urval av produkter och komponenter för ortopedtekniska hjälpmedel görs oftast av personalen inom den ortopedtekniska avdelningen, ibland i samråd med läkare. Under senare år har ett antal huvudmän på politisk nivå tagit vissa beslut om det ortopedtekniska sortimentet. Det har då framför allt varit fråga om att stryka vissa ortoser från det i stort sett i övrigt oreglerade sortimentet. För de kosmetiska proteserna finns oftast beslut om lokalt sortiment.

5.5.3 Vanliga avvikelser från Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning

Tillägg

Flertalet huvudmän har utvidgat hjälpmedelsförteckningen framför allt med s.k. medicinska behandlingshjälpmedel. De vanligaste produkterna som tillkommit är kompressions- och syrgasutrustningar, som förekommer hos nitton resp. tolv huvudmän. Luftrenare, luftfuktare, ventilatorer och inhalatorer är också vanliga tillägg. Andra produkter som hjälpmedelsverksamheten har fått visst administrations-, försörjnings- och driftansvar för är insulinpumpar, dialysutrustningar, andningsmasker, enuresmadrasser, apnéalarm etc. Utprovning av dessa hjälpmedel sker dock på klinikerna liksom ofta även tillhandahållande av produkterna.

Det förekommer även att huvudmännen lämnar ut hjälpmedel och förbrukningsartiklar från kliniker och vårdcentraler utan att produkterna finns upptagna i den lokala hjälpmedelsförteckningen. Kostnaden för dessa produkter tas då inte heller på hjälpmedelsbudgeten utan ingår i den berörda klinikens/enhetens driftbudget.

Inom hörselområdet är det vanligaste tillägget tinnitusmaskerare.

Dessutom har vissa huvudmän infört benförankrad hörapparat, cockleära implantat liksom vissa speciella hörapparater t.ex. för ensidigt döva.

Fyra huvudmän har utvidgat glasögonbidraget till barn och ungdomar utöver centrala rekommendationer. Någon huvudman lämnar dessutom ut vissa specialglas utöver rekommendation.

Eftersom Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning är knapphändig inom området ortopedtekniska hjälpmedel är det inte givet vad som bör räknas som avvikelser från rekommendationerna. Som tillägg kan eventuellt räknas sådant som behandlingsskor, frakturortoser, knäortoser, behandlingsortoser och skoinlägg vid akuta skador etc. Dessa tillägg har dock oftast inte beslutats i formell mening utan mer fortlöpande inlemmats i verksamheten genom det dagliga samarbetet mellan framför allt ortopedläkare och den ortopedtekniska avdelningen.

I Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning rekommenderas huvudmännen att utbetala s.k. kontantbelopp till bil. Därutöver förekommer hos ett tiotal huvudmän olika egna bidragsformer t.ex. bidrag till merkostnader för inköp av specialbarnvagn, specialsäng, tandem- och parcykel, peruk etc.

Strykningar

Så gott som samtliga huvudmän har strukit hushållsmaskiner som hjälpmedel. Däremot görs oftast anpassningar på brukarnas egna apparater. Andra hjälpmedel som tagits bort hos flera huvudmän är enkla ADL-hjälpmedel för hushållet, antihalkmattor och eltandborstar. Vissa behandlings- och träningsredskap såsom träningscyklar och hantlar har försvunnit hos ca en tredjedel av huvudmännen. Telefoneringshjälpmedel såsom förstärkare, högtalartillsats och nummerskiva har ca hälften av huvudmännen tagit bort.

Några huvudmän har infört restriktioner för dubbelutrustningar, andra har skärpt indikationerna för förskrivning av elmanövrerad säng. Även lampor och lysrör till belysningar, reparationer av bandspelare och klockor tillhör det som strukits hos några huvudmän. Åtta huvudmän har sänkt glasögonbidraget till barn och ungdomar eller infört andra restriktioner i detta. Några huvudmän har strukit vissa mjuka ortoser från det ortopedtekniska sortimentet liksom hålfotsinlägg.

Motiven till strykningarna är dels besparingskäl, dels att produkterna anses vara vanliga konsumentartiklar som ingår i en normal hushållsutrustning och finns att tillgå i handeln. Detta gäller hushållsmaskiner, telefonförstärkare, knivar, saxar m.m. I vissa fall är skälet att hjälpmedlet i fråga saknar dokumenterad medicinsk effekt, såsom för mjuka ortoser, eller att man vid uppföljning funnit att användningsfrekvensen är låg, t.ex. beträffande vissa träningsredskap.

I hjälpmedelsförteckningen rekommenderar Handikappinstitutet hälso- och sjukvårdshuvudmännen att tillhandahålla tolkar för vissa grupper genom en samordnad tolktjänst för döva, dövblinda med flera. Tolktjänstens uppbyggnad har i stor utsträckning följt rekommendatio-

nerna, men den är ännu ej fullt utbyggd. I praktiken begränsas möjligheten att få tolk av tillgången på tolkar. Hos de flesta huvudmän finns även regler om att tolktjänst endast ges inom landet. Tolk-tjänst för talskadade saknas hos i stort sett samtliga huvudmän.

5.6 Tillhandahållande av hjälpmedel

Brukaren får tillgång till hjälpmedel på olika sätt. Dels lämnas hjälpmedel direkt till brukaren vid besök på vårdcentraler och mottagningar liksom vid de olika specialenheterna för hjälpmedel, dels är det mycket vanligt att hjälpmedel lämnas till brukaren vid hembesök eller vid besök på annan plats där de skall användas, t.ex. i skolan. Vissa hjälpmedel måste även installeras av teknisk personal för att de över huvud taget skall kunna användas.

5.6.1 Ordination/förskrivning av hjälpmedel

Den process som leder fram till att en person med funktionshinder får ett hjälpmedel kallas inom hjälpmedelsverksamheten för ordination. Ordinationsprocessen inleds med att ett hjälpmedelsbehov aktualiseras, bedömning görs av behovets art och tänkbara hjälpmedel väljs ut för provning. Därefter vidtar utprovning, träning och eventuell anpassning.

Vid något tillfälle i denna process tas ett formellt beslut om att hjälpmedlet skall lämnas ut till brukaren. I vissa fall fattas detta beslut innan utprovning genomförs. Så sker t.ex. beträffande ortopedtekniska hjälpmedel och i andra sammanhang när en läkare endast ordinerar men inte själv utprovar hjälpmedlet. Vanligast är dock att beslut om att lämna ut ett hjälpmedel tas när detta har utprovats och fungerar på ett adekvat sätt.

Den som hos hälso- och sjukvårdshuvudmannen utprovar ett hjälpmedel har också i allmänhet rätt att besluta att produkten ifråga skall lämnas ut till brukaren. Denna beslutsrätt kallas traditionellt för ordinationsrätt. Kostnaden för den produkt som ordinerats belastar hjälpmedelsbudgeten eller den ansvariga klinikens/enhetens budget i de fall huvudmannen valt en sådan budgetorganisation.

I Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning ges rekommendationer om vilka befattningshavare som bör vara ordinatorer för olika hjälpmedel, dvs. ha rätt att fatta beslut om att lämna ut produkten ifråga. Bl.a. rekommenderas att samtliga arbetsterapeuter, sjukgymnaster och distriktssköterskor, anställda av hälso- och sjukvårdshuvudmannen, ges rätt att ordinaera i stort sett samtliga hjälpmedel avsedda för personlig vård, i varierande utsträckning hjälpmedel vid förflyttning, hjälpmedel i hushållsarbetet och hjälpmedel för utrustning av bostad och närmiljön, liksom en del andra hjälpmedel. I övrigt rekommenderas att läkare, ögonläkare, avdelningsläkare, biträdande överläkare, överläkare, hörselvårdssassistent, logoped, ortopedteknisk chef, legitimerad optiker, synpedagog och anpassningslärare ges ordinationsrätt för vissa hjälpmedel.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen följer i mycket hög grad institutets rekommendationer om ordinationsrätt.

5.6.2 Utprovning och uppföljning

Utprovning av hjälpmedel av olika slag och för olika behov sker i primärvården, inom hemsjukvården liksom vid läns- och regionsjukvårdens kliniker. Utprovning förekommer även i skiftande omfattning vid specialenheterna för hjälpmedel. Vid syn- och hörcentraler liksom vid de ortopedtekniska avdelningarna utgörs en stor del av arbetsuppgifterna av utprovning, träning samt i den mån tiden medger, uppföljning. Vid hjälpmedelscentralerna är arbetsuppgifter av utprovningsskaraktär inte lika dominerande som vid övriga specialenheter.

Vid utprovningen görs en behovsbedömning, produktval sker och eventuella behov av anpassning tillgodoses. Träning genomförs, i många fall i brukarens hemmiljö. Information lämnas om hur hjälpmedlet skall skötas, service etc.

Vid uppföljning görs en förnyad behovsbedömning, anpassningsåtgärderna kontrolleras och förbättras, utbyte av hjälpmedel eller komplettering med nya hjälpmedel sker vid behov. För vissa, tekniskt avancerade hjälpmedel är det nödvändigt med regelbunden produktkontroll för att säkerheten skall kunna garanteras. Detta gäller t.ex. personlyftar, elmanövrerade sängar och rullstolar m.m.

Uppföljningens kvalitet kan variera beroende på personalens kompetens, de uppföljningsrutiner som finns, de resurser som avsätts för uppföljning etc. Det är dock vanligt att uppföljningen får stå tillbaka till förmån för nytillkomna hjälpmedelsbehov när resurserna inte räcker till. Detta märks särskilt inom hörselområdet, där många huvudmän påtalar att det finns stora brister i uppföljningen.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen utgår genomgående ifrån att alla utlämnade hjälpmedel är huvudmannens egendom och skall återlämnas när behovet av produkten ifråga har upphört. Återlämnade hjälpmedel återanvänds i viss utsträckning. Återanvändningsfrekvensen varierar mellan olika slags hjälpmedel. T.ex. så återanvänds rullstolar i mycket hög grad, liksom andra typer av förflyttningshjälpmedel medan ortopedtekniska hjälpmedel t.ex. skor och ortoser oftast anses vara förbrukade i och med att de lämnas ut. Innan ett begagnat hjälpmedel lämnas ut till en ny brukare har det rengjorts och reparerats och i övrigt ställts i ordning.

För att tillgodose vissa tillfälliga behov, som t.ex. familjer med handikappade barn kan ha av specialcyklar, speciella vagnar etc., köper huvudmännen ibland in ett antal produkter som lånas ut när behovet uppkommer för familjen ifråga. På samma sätt gör man även när det gäller vissa tränings- och behandlingshjälpmedel.

I stället för att tillhandahålla en produkt ger huvudmännen i vissa fall bidrag till den merkostnad som brukarens funktionshinder medför vid inköp av något som man normalt sett behöver, t.ex. en cykel eller barnvagn. Detta sker såväl i form av anpassning av en av brukaren inköpt

vanlig konsumentartikel som genom inköp av en specialprodukt när en vanlig konsumentprodukt inte är användbar. I det senare fallet står brukaren för en skälighets del av kostnaden och huvudmannen för resten.

I princip står huvudmännen för reparationer och annan service på de hjälpmedel man tillhandahållit. I vissa fall har man dock börjat frånga denna princip. Hos några huvudmän får brukaren själv betala vissa driftkostnader t.ex. däck och slang till rullstolar, lysrör till armaturer, reparation av bandspelare etc.

Utprovning av rörelsehinderhjälpmedel

De personalkategorier som inom primärvården utprovar och följer upp hjälpmedel, är distriktsarbetsterapeuter, distriktssjukgymnaster, distriktssköterskor och distriktsläkare. För en distriktsarbetsterapeut består en stor del av arbetstiden av hjälpmedelsutprovning. Även för distriktssjukgymnasten är hjälpmedelsutprovning en väsentlig arbetsuppgift. Distriktssköterskan har en viktig roll, men i de fall det finns arbetsterapeut och/eller sjukgymnast vid vårdcentralen brukar distriktssköterskans hjälpmedelsansvar minska i omfattning. Dessa tre personalkategorier utprovar flertalet av de hjälpmedel som primärvården hantlar. Distriktsläkarens andel av hjälpmedelsutprovningen är mycket begränsad.

Inom läns- och regionsjukvården utprovas rörelsehinderhjälpmedel framför allt av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och läkare inom specialistkliniker eller andra enheter t.ex. arbetsterapi- eller sjukgymnastikavdelningar. Utprovning förekommer även vid hjälpmedelscentralerna.

Utprovning av hjälpmedel vid talskada

Talsvårigheter uppstår av olika anledningar. Det är t.ex. vanligt att personer med utvecklingsstörning även har talproblem. Efter hjärnskador, t.ex. vid hjärnblödning uppstår ofta talskador liksom efter olika operationer i halsregionen. Utprovning av hjälpmedel vid talskada förekommer vid flera olika enheter och kliniker såsom barnkliniker och habiliteringsenheter, foniatriska kliniker, hjälpmedelscentraler m.fl. Viss personal, t.ex. foniatriska och logopederna, är specialistutbildade för detta område, men det förekommer även utbildnings- och kursverksamhet som är öppen för andra yrkeskategorier t.ex. arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykologer etc. Ofta sker utprovning av hjälpmedel vid talskada, t.ex. till ett barn, i samarbete mellan flera olika yrkeskategorier.

Utprovning av hjälpmedel vid utvecklingsstörning

Enligt beräkningar som gjorts i olika sammanhang räknar man med att två tredjedelar av alla utvecklingsstörda har ytterligare ett eller flera funktionshinder. Det är därför oftast fråga om att i första hand tillgodose den utvecklingsstördes behov av hjälpmedel på grund av t.ex. rörelsehinder, synskada eller hörselskada innan hjälpmedel av mera pedago-

gisk natur utprovas för själva utvecklingsstörningen. Hjälpmedel till utvecklingsstörda personer utprovas vid habiliteringsenheter, hjälpmedelscentraler, syn- och hörcentraler m.fl.

Utprovning av hjälpmedel till en person med utvecklingsstörning är ofta mycket komplicerad, bl.a. beroende på att behovsbedömningen försvåras av utvecklingsstörningen. Det förekommer t.ex. att behov av hjälpmedel inte alls upptäcks på grund av sådana svårigheter.

Stora krav på kompetens, erfarenhet och samverkan ställs på alla berörda personalkategorier liksom på anhöriga och andra i omgivningen för att en person med utvecklingsstörning skall få väl fungerande hjälpmedel.

Utprovning av hörselhjälpmedel

För att komma till hörcentralen krävs i allmänhet remiss från en öron/audiologläkare. De personer vilkas hörselproblem uppmärksammas i primärvården remitteras till öron/audiologklinik för undersökning och medicinsk utredning. Först efter genomförd utredning och eventuell medicinsk behandling går patienten vidare till hörcentralen för hjälpmedelsutprovning. Väntetiderna kan vara långa såväl till läkarundersökning som till den följande hjälpmedelsutprovningen.

I stort sett samtliga hörselhjälpmedel utprovas och följs upp av hörselvårdsassistenter och annan personal vid hörcentralerna. Viss uppföljning sker genom den hörselpedagogiska verksamheten. Uppföljningen blir dock ofta eftersatt på grund av långa köer till hörcentralen.

Utprovning av synhjälpmedel

Flertalet synhjälpmedel provas ut och följs upp av optiker, synpedagoger och anpassningslärare vid syncentralerna. Vissa synhjälpmedel av enklare slag t.ex. förstoringsglas och ADL-hjälpmedel kan dock provas ut i andra delar av hälso- och sjukvårdsorganisationen t.ex. av arbetsterapeuter i primärvården. Även privatpraktiserande optiker kan genom avtal med hälso- och sjukvårdshuvudmannen ha åtagit sig att sköta viss utprovning av glasögon och kontaktlinser.

De individer som behöver synrehabilitering remitteras till syncentral från ögonklinik efter utredning och eventuell medicinsk behandling. På syncentralen utreds vilka optiska hjälpmedel, dvs. glasögon, linser och andra förstorande produkter som den synskadade personen behöver. Den sociala situationen utreds och övriga hjälpmedel som individen behöver i det dagliga livet, t.ex. för orientering utprovas. Samarbete sker med andra huvudmän t.ex. arbetsmarknadsmyndigheter och skolan för eventuell anpassning av lokaler och arbetsplats.

Utprovning av ortopedtekniska hjälpmedel

Ortopedtekniska hjälpmedel tillverkas och utprovas av ortopedingenjörer och andra specialutbildade yrkesmän vid den ortopedtekniska avdel-

ningen efter remiss/ordination och direktiv från framför allt ortopedläkare men även från andra specialistläkare. Uppföljningsansvaret har behandlande läkare.

När en person för första gången får en protes utprovad efter amputation sker detta medan han/hon fortfarande är inlagd på sjukhuset. Efter genomförd operation används till en början en tillfällig protes i avvaktan på att såret är helt läkt och den ordinarie protesen kan provas ut. Ofta har man ett protesteam som samarbetar vid protesutprovning och träning bestående av läkare, ortopedingenjör och sjukgymnast. Ibland ingår även arbetsterapeut och annan personal.

Utprovning och uppföljning av ortoser och skor sker oftast polikliniskt om det inte är fråga om personer som är inlagda på sjukhus för vård eller operation t.ex. vid scoliosbehandling, benbrott etc.

Utprovning av kosmetiska proteser

Behovet av kosmetiska proteser är nära kopplat till olika sjukdomar och behandlingsinsatser vid dessa. Behovsbedömning och utprovning av kosmetiska proteser sker därför på initiativ av och i samverkan med den klinik som ansvarar för individens vård och behandling. Eftersom det krävs specialkompetens för att tillverka och anpassa flertalet kosmetiska proteser köper ofta huvudmännen sådana tjänster av entreprenörer.

Vissa ansiktsproteser, rygg- och vadutfyllnader liksom ibland bröstproteser utprovas t.ex. ofta av de ortopedtekniska avdelningarna. Det förekommer att huvudmännen anlitar sjukvårdsaffärer och andra liknande affärer för utprovning och tillhandahållande av sådant som bröstproteser, peruker, postischer, toupéer, ögonfransar och ögonbryn. För tillverkning och utprovning av ögonproteser anlitas entreprenör. Denna verksamhet är av mycket liten omfattning och det finns endast några enstaka tillverkare i landet. Det förekommer även att tandtekniker anlitas för tillverkning och utprovning av ansiktsproteser.

Utprovning av behandlingshjälpmedel

Utprovning och uppföljning av medicintekniska produkter och behandlingshjälpmedel av olika slag sker vid de kliniker/enheter som har vård- och behandlingsansvaret för patienten som skall använda hjälpmedlet ifråga. Ansvar för detta har specialistläkare eller annan kompetent personal vid den aktuella kliniken eller enheten. Utprovningen sker ofta i samarbete med personal från medicinteknisk avdelning eller tekniker från hjälpmedelscentral.

Tillhandahållande av tolk

Den som behöver tolk anmäler detta till tolkcentralen som handhar kontakterna med tolken/arna. Tolkcentralerna vill ha tolkbeställningar och eventuella avbeställningar i så god tid som möjligt för att kunna planera.

Vid akuta behov av tolk försöker man lösa behovet genom omprioriteringar och i vissa fall genom att ha en jourtolk knuten till verksamheten.

Utprovning av hjälpmedel till barn

Utprovning av hjälpmedel till barn ställer specifika krav på såväl kompetens som samarbete mellan familjen och berörd personal, bland annat på grund av att barnets behov och familjens situation hela tiden förändras och utvecklas och att barnet kontinuerligt växer ur sina hjälpmedel.

Barns hjälpmedel utprovas på samma sätt som hjälpmedel till vuxna vid de olika kliniker och enheter där behovet uppmärksammas. Vanligt är att hjälpmedel utprovas vid barnkliniker och habiliteringsenheter liksom vid hjälpmedelscentraler eller barnhjälpmedelscentraler och vid de övriga specialenheterna för hjälpmedel såsom syn- och hörcentraler och ortopedtekniska avdelningar. Ofta sker utprovningen i samarbete mellan olika berörda enheter. Vissa brister finns dock såväl när det gäller samarbetet mellan enheterna som i uppföljningen av utprovade hjälpmedel.

Utprovning av hjälpmedel vid flera funktionshinder

Utprovning av hjälpmedel till personer som har flera funktionshinder går i princip till på samma sätt som annan hjälpmedelsutprovning. Hjälpmedel utprovas vid hörcentral, synhjälpmedel vid syncentral etc. Några rutiner för samverkan mellan olika hjälpmedelsenheter i dessa fall finns i allmänhet inte hos huvudmännen. Däremot förekommer samarbete av mera informellt slag. Det är även vanligt att personer som har flera funktionshinder får förtur i kön till de olika hjälpmedelsenheterna. Även i detta sammanhang finns dock stora brister i såväl utprovningstoder som beträffande uppföljning.

Utprovning av datorbaserade hjälpmedel

Enligt hjälpmedelsutredningens enkät till hälso- och sjukvårdshuvudmännen fanns det i februari 1988 ca 210 personer i landet som fått datorbaserade hjälpmedel. Av 26 huvudmän har 18 kunnat lämna uppgifter om antalet datorer som lämnats ut som hjälpmedel åren 1982 och 1986. Sammanlagt hade 4 datorer lämnats ut 1982 jämfört med 64 stycken 1986 hos dessa huvudmän.

Utprovning av datorbaserade hjälpmedel sker i samarbete mellan brukaren, dennes familj, berörd personal från olika huvudmän, dataföretag och huvudmannens dataexperter. Ofta medverkar även sådana specialorgan för rörelsehindrade som Bräcke Östergård etc. Oftast behöver individuell anpassning efter brukarens behov göras för att datorn skall kunna användas. Det vanligaste är att datorer utprovas för att användas i skolan. I enstaka fall sker utprovning av dator för hemmabruk.

För en del personer med svåra funktionshinder som har datorer som hjälpmedel har det visat sig att kommunikation via databaser, s.k. datormöten och elektronisk post varit värdefulla kommunikationsformer. De

försök som genomförts har visat att möjligheterna till socialt utbyte och förmedling av information har ökat väsentligt för de personer som deltagit.

Förutom den engångskostnad som utrustningen innebär och som uppbärs av hälso- och sjukvårdshuvudmännen, tillkommer en del driftkostnader för brukaren, beroende av vilka tjänster denne abonnerar på och hur mycket han/hon utnyttjar dem.

Olika databaser ställer olika tjänster till förfogande mot en fastställd abonnemangskostnad. När tjänsten sedan utnyttjas uppkommer en telekostnad som på sedvanligt sätt inbetalas till televerket. Under de försök som genomförts har dessa löpande kostnader täckts av speciella projektanslag.

Utvecklingen inom detta område går snabbt framåt. Allt fler databaser byggs upp och erbjuder olika tjänster. Personer med svåra funktionshinder kommer därigenom att få ökade möjligheter till stimulerande socialt utbyte med andra. Frågan om hur kostnaderna för denna kommunikationsform skall finansieras är inte löst.

5.7 Väntetider

Hur lång väntetiden är för att få ett hjälpmedel beror på flera faktorer. Dels kan det vara väntetid för att få komma till den personal som skall göra utprovningen, dels kan det ta tid att genomföra utprovningen. Vid utprovning av komplicerade hjälpmedel t.ex. eldrivna rullstolar och hörapparater måste brukaren träna med hjälpmedlet under en tid. Anpassning som kräver teknisk kompetens innebär att väntetiden kan bli längre.

Om ett hjälpmedel är lätthanterligt, tillhör lagersortimentet vid utprovande enhet och inte behöver anpassas, kan det ofta lämnas ut direkt till brukaren. För ett hjälpmedel som måste beställas från leverantören blir väntetiden längre. Som regel gäller att väntetidens längd är direkt beroende av typ av hjälpmedel, hur komplicerad utprovningen är och hur mycket anpassning som behövs. Även personalsituationen påverkar i hög grad väntetiden för vissa hjälpmedel. Huvudmännen prioriterar i viss mån behoven av hjälpmedel så att akuta behov får gå före.

Att få enkla *rörelsehinderhjälpmedel* som lagerhålls i primärvården går relativt snabbt. Om hjälpmedlet måste beställas från centralt lager eller från leverantör ökar väntetiden. Det kan t.ex. ta mellan en till åtta veckor att få börja utprovning av en rullstol.

Längst väntetid är det för att få komma till *hörcentral*. Väntetiden till öronundersökning varierar. Cirka en tredjedel av öron-/audiologklinikerna har en väntetid på högst två månader, hos ytterligare en tredjedel är väntetiden mellan tre och sex månader. Resterande tredjedel har väntetider mellan sju månader och ett och ett halvt år. Efter undersökningen är det vanligen ny väntetid för utprovning vid hörcentral. Här varierar väntetiden mellan ingen alls och två år. Ca 15 procent av hörcentralerna har väntetider över ett år. Väntetid under ett halvår har 43 procent, me-

dan 41 procent av hörcentralerna har mellan sju och tolv månaders väntetid.

Sammanlagt kan en person få vänta mellan en månad och två och ett halvt år på att få hörseln testad och hjälpmedel utprovade på en hörcentral. Viss prioritering av patienter sker genom bedömning av behov i varje enskilt fall. Framför allt är det barn och yrkesverksamma personer som ges förtur. De långa väntetiderna innebär att det i landet står ca 20 000 personer i kö till hörcentralerna. Uppskattningsvis drygt 70 procent utgörs av personer över 65 år.

För att få komma till *syncentralen* krävs ögonundersökning och medicinsk utredning om synskadan. Från ögonläkaren remitteras patienten vidare till *syncentralen*. Hos de huvudmän som specialstuderats i kartläggningen varierar väntetiderna för att få komma till ögonkliniken mellan ingen väntetid alls och upp till ett år. Väntetiderna för att få komma till *syncentralen* varierar mellan en vecka och ett år. Utprovningstiden är sedan upp till en månad beroende på behovets art. Sammanlagt kan en person hos våra specialstuderade huvudmän få vänta mellan en månad och ett och ett halvt år på att få komma till *syncentralen*. Även inom synrehabiliteringen prioriteras akuta fall och barn.

Väntetiderna för att få *ortopedtekniska hjälpmedel* varierar. En nyamputerad person behöver i stort sett inte vänta alls på att få en protes. Utprovningen av protes börjar i princip så snart operationen är avslutad. Innan såret är läkt används ofta tillfälliga träningsproteser. Eventuell väntetid beror nästan alltid på medicinska faktorer. Däremot kan man få vänta från några veckor till ett par månader på att få en ny protes när den gamla är utsliten.

Hantverksmässig tillverkning av proteser och ortoser tar alltid tid som innebär väntan för brukaren. När ortoser i hel- eller halvfabrikat kan användas minskar väntetiden. Väntetid förekommer även för att få ortopedtekniska skor tillverkade eller anpassning gjord, ofta beroende på säsong och variationer i efterfrågan.

Väntetider på *service och reparationer* varierar från ingen alls upp till flera månader, beroende på typ av hjälpmedel, hur serviceorganisationen är ordnad, på arbetsbelastningen och personalsituationen. Även problemets art och komplexitet påverkar väntetiden. Om hjälpmedlet behöver skickas iväg eller reservdelar måste beställas hem ökar väntetiden. Även samordningsproblem inom sjukvårdsområdet påverkar. Huvudmännen prioriterar barn och akuta behov.

Vissa huvudmän har jourservice för akuta tekniska fel på en del avancerade hjälpmedel t.ex. eldrivna sängar, personlyftar, rullstolar, hörseltekniska installationer etc. I flera fall anlitas entreprenör eller specialfirmor för denna typ av jourservice.

Ofta får brukaren låna ett hjälpmedel under väntetiden om reparationen tar lång tid. I vissa fall lämnas ett nytt hjälpmedel ut i stället för det trasiga.

5.8 Den enskildes kostnader

5.8.1 Avgifter

Hälso- och sjukvårdshuvudmännens rätt att ta ut avgifter vid patientbesök regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och genom 2 kap. 1 § i lagen (1962:381) om allmän försäkring, läkarvårdstaxan (1974:699) samt förordning (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling m.m. I dessa författningar ges hälso- och sjukvårdshuvudmännen rätt att av patienten ta ut viss avgift för läkarbesök (fr.o.m. 1989 högst 60 kr. med tillägg för hembesök) och för sjukvårdande behandling som ges av t.ex. sjukgymnast (fr.o.m. 1989 högst 35 kr. per besök). Landstingsförbundet rekommenderar huvudmännen i ett cirkulär (AC 53/75) att inte ta ut patientavgift vid utprovning och anpassning av hjälpmedel för handikappade.

Den 1 juli 1981 infördes ett samordnat förstärkt högkostnadsskydd för personer med stort behov av sjukvård och läkemedel. Högkostnadsskyddet inträder när en person har betalat avgift för 15 läkemedelsinköp eller besök hos läkare m.fl. och innebär att man därefter inte betalar något för ytterligare besök eller medicininköp. Två sjukvårdande behandlingar jämfställs med ett läkarbesök. Befrielsen gäller under den tid som återstår av en tolv månaders period räknat från första inköpet eller besöket.

Inom hjälpmedelsverksamheten förekommer olika avgifter. Om ett hjälpmedel ordinerar i samband med besök hos läkare eller sjukgymnast uttas vanlig patientavgift. Ett par huvudmän tar också ut besöksavgift i samband med utprovning av hjälpmedel. Vidare förekommer olika typer av egenavgifter, hyresavgifter, depositionsavgifter etc.

Hos de två huvudmän som tar ut besöksavgift för utprovning av hjälpmedel ingår avgiften som grund vid beräkning av högkostnadsskyddet.

I Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning rekommenderas att en egenavgift tas ut för ortopediska skor med 300 kr. per par för vuxna och med 150 kr. för barn. Avgiften rekommenderas att uttas högst två gånger per år. Rekommendationen följs av flertalet huvudmän.

Ett tiotal huvudmän har därutöver lagt egenavgifter på ortopediska hjälpmedel t.ex. avgift på 100—200 kr. för mjuka ortoser, avgift på 60—100 kr. för skoinlägg eller skoreparation eller högre avgift än rekommenderat för ortopediska skor.

Hos enstaka huvudmän tas egenavgift på 200 kr. ut för förskriven hörapparat eller avgift för installation och flyttning av hörseltekniska hjälpmedel.

Ett tiotal huvudmän anger att brukaren får stå för vissa "driftkostnader" för hjälpmedlen. Sådana driftkostnader kan vara däck och slang till rullstol, reparation av mopeder, bandspelare och hushållsmaskiner, vissa förbrukningsartiklar till medicintekniska produkter, batterier till el-rullstolar etc. Några huvudmän tar ut en låneavgift vid kortare lån av hjälpmedel, ett par huvudmän har infört hyresavgift för hjälpmedel som behövs under kortare tid. Någon enstaka huvudman har infört deposi-

tionsavgift för korttidslån av hjälpmedel. De olika avgifternas storlek varierar mellan 25 – 200 kr.

5.8.2 Ersättningsskyldighet

Femton huvudmän har generella krav på ersättning från brukaren för hjälpmedel som tappats bort eller förstörts genom oaktsamhet. I praktiken ställs dock inga sådana krav utom i enstaka undantagsfall. Hos sex huvudmän har dock särskilda regler införts om ersättning för borttappad hörapparat. Ett par huvudmän uppmanar även brukaren att se över sitt försäkringsskydd när särskilt kostsamma hjälpmedel lämnas ut.

5.9 Materialhantering

5.9.1 Inköp och lagerhållning

Huvudmännen använder i mycket stor utsträckning SUB:s upphandlingsavtal vid sina hjälpmedelsinköp. Av tradition har inköp och lagerhållning av hjälpmedel hanterats vid sidan av annan materialhantering inom hälso- och sjukvården. Huvudmännen söker dock i allt större utsträckning att samordna inköp och materialhantering av hjälpmedel med sin övriga inköps- och materialadministration.

Förflyttningshjälpmedel, ADL-hjälpmedel, talhjälpmedel, vissa medicintekniska och andra behandlingshjälpmedel m.fl. köps vanligen in och lagerhålls av hjälpmedelscentralen. Inköpen till primärvårdens förord av hjälpmedel samordnas oftast genom hjälpmedelscentralens försorg. Inköp av hörapparater och hörseltekniska hjälpmedel liksom viss lagerhållning sker vanligen vid hörcentralerna och de hörseltekniska avdelningarna. LIC-Audio svarar centralt för lagerhållning och distribution av hörapparater.

Vid syncentralerna sker i vissa fall inköp av optiska hjälpmedel m.m., men hos några huvudmän är inköpsansvaret för synhjälpmedel samordnat med hjälpmedelscentral eller inköpsavdelning. Hos de huvudmän som har ortopedteknisk resp. hörselteknisk avdelning i egen regi, sker inköp och lagerhållning av material och produkter vid resp. sådan avdelning. De huvudmän som anlitar entreprenör för den ortopedtekniska och/eller den hörseltekniska verksamheten överlåter i stort sett inköp och lagerhållning till företaget i fråga. Det förekommer dock att huvudmannen via hjälpmedelscentralen, arbetsterapi- och sjukgymnastikavdelning köper in vissa helfabricerade ortoser eller material till vissa typer av handortoser.

5.9.2 Reparation och service

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen ombesörjer att nödvändig anpassning görs på hjälpmedlen och står i allmänhet för reparationer och annan service på de hjälpmedel som lämnats ut. Hos några huvudmän får dock brukaren själv, såsom tidigare nämnts, bekosta visst underhåll.

Om ett hjälpmedel går sönder lämnas det i allmänhet in till den spe-

cialenhet som har lämnat ut produkten i fråga, eller till någon verkstad som anlitas för att sköta viss service. För vissa typer av tekniskt avancerade produkter t.ex. eldrivna lyftar, sängar och eldrivna rullstolar liksom för datorer och andra liknande apparater finns ofta serviceavtal med specialföretag som sköter såväl anpassningar som installationer, reparationer och annan service.

Reparationer och service av ortopedtekniska produkter liksom av hörsel- och optiska hjälpmedel ombesörjs hos i stort sett samtliga huvudmän av entreprenör.

Alla hjälpmedelscentraler har en enhet för teknisk service. I vissa fall finns även tekniker decentraliserade till olika lokalförvaltningar. Dessa kan vara placerade vid t.ex. hjälpmedelsförråd eller vid länsdelssjukhusens driftavdelningar.

Även de medicintekniska avdelningarna byggs kontinuerligt ut hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen och tar i allt större utsträckning ansvar för sådana medicintekniska hjälpmedel som används i öppen vård och behandling.

5.10 Personal

Den personal som i större eller mindre utsträckning arbetar med hjälpmedel inom hälso- och sjukvården har utökats kraftigt under åren 1982 — 1986. Detta gäller för flertalet berörda personalkategorier. Totala antalet arbetsterapeuter och sjukgymnaster har, räknat i årsarbetare, ökat med 36 resp. 22 procent under denna tid. Ökningen har relativt sett varit kraftigast inom primärvården, där även antalet distriktssköterskor ökat kraftigt.

En bearbetning av personalstatistik från Landstingsförbundet, Kommunförbundet och de landstingsfria kommunerna visar följande antal anställda arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom hälso- och sjukvården åren 1982, 1984 och 1986. Antal årsarbetare anges inom parentes.

År	Arbetsterapeuter		Sjukgymnaster	
1982	2 954	(2 551)	3 713	(3 015)
1984	3 405	(3 023)	4 033	(3 356)
1986	3 891	(3 468)	4 384	(3 670)
Ökning %	32	(36)	18	(22)

Åren 1982 och 1986 fanns det följande antal anställda distriktsarbetsterapeuter, distriktssjukgymnaster och distriktssköterskor. Antal årsarbetare anges inom parentes.

År	Distrikts- arbetsterapeuter		Distrikts- sjukgymnas- ter		Distrikts- sköterskor	
1982	265	(219)	955	(744)	3 998	(3 250)
1986	638	(545)	1 408	(1 153)	5 695	(4 849)
Ökning %	141	(149)	46	(55)	42	(49)

Antal anställda distriktsarbetsterapeuter, distriktssjukgymnaster och distriktssköterskor i primärvården år 1982 och 1986 redovisas i nedanstående tabell.

Huvudman	Distriktsarbetsterapeut		Distrikts-sjukgymnast		Distrikts-sköterska	
	1982	1986	1982	1986	1982	1986
AB	40 ¹	9 ¹	208	264	557	873
C	7	19	29	48	103	186
D	5	26	22	40	141	168
E	6	38	38	45	194	271
F	6	13	20	47	142	198
G	1	11	8	22	132	174
H	—	18	23	36	183	232
K	2	18	17	34	93	85
L	13	21	42	53	138	174
M	25	61	79	122	205	356
N	20	48	42	53	116	163
O	1	27	50	61	155	229
P	19	46	49	60	198	284
R	21	48	26	40	173	229
S	10	22	26	39	174	256
T	—	49	14	41	139	235
U	—	13	28	35	115	116
W	—	25	14	39	160	205
X	23	21	35	44	153	258
Y	19	43	37	47	172	212
Z	5	10	27	45	108	143
AC	8	2	38	70	173	211
BD	25	29	46	56	145	200
I	3	6	11	10	26	33
MM	6	5	11	27	30	57
OG	—	10	15	30	73	147
Totalt	265	638	955	1 408	3 998	5 695

1) År 1982 redovisas här även personal utanför primärvården med tjänstebenenämning distriktsarbetsterapeut. År 1986 redovisas enbart distriktsarbetsterapeuter anställda i primärvården.

Huvudmännen har även utökat personalen vid de olika specialenheterna för hjälpmedel. I den enkät som hjälpmedelsutredningen genomförde hos sju huvudmän framgick att antalet årsarbetare vid hjälpmedelscentralerna ökat med ca 40 procent under åren 1982—1986. Personalutökningen gällde framför allt hjälpmedelskonsulenter, teknisk personal och förrådspersonal.

Även inom hörselvården har antalet anställda ökat betydligt. Åren 1982 och 1986 fanns det enligt Landstingsförbundets personalstatistik följande antal anställda hörselvårdsassistenter, hörselvårdskonsulenter och hörselpedagoger hos landstingen. Antal årsarbetare inom parentes.

År	Hörselvårds-assistent		Hörselvårds-konsulent		Hörselpedagog	
1982	387	(304)	28	(28)	47	(41)
1986	537	(442)	31	(31)	56	(46)
Ökning %	39	(45)	11	(11)	19	(12)

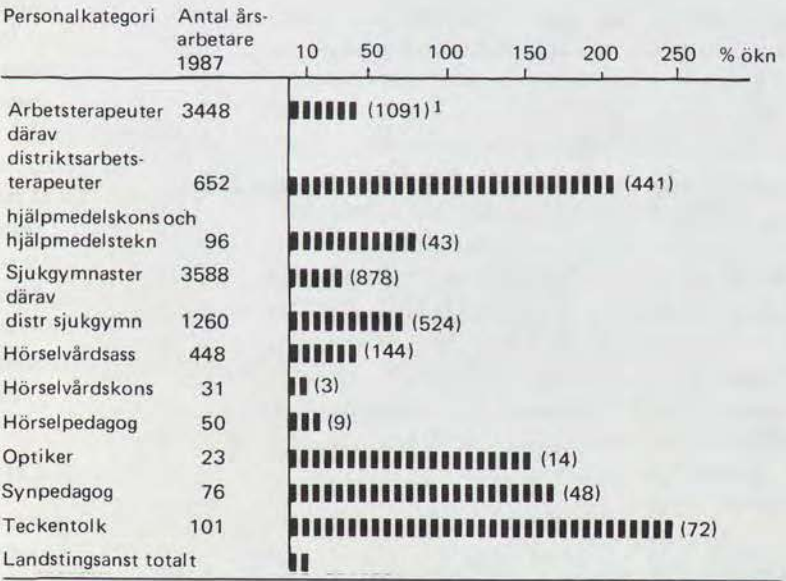
Antalet anställda synpedagoger, optiker och teckentolkar hos landstingen var följande. Antal årsarbetare inom parentes.

År	Synpedagog		Optiker		Teckentolk	
1982	30	(28)	11	(9)	47	(29)
1986	71	(64)	28	(21)	110	(90)
Ökning %	137	(129)	155	(133)	134	(210)

I nedanstående figur har uppgifter sammanställts över utvecklingen (åren 1982—1987) för de personalkategorier hos landstingen som främst är involverade i hjälpmedelsverksamheten.

Med undantag för hörselvårdskonsulenterna har samtliga personalkategorier som arbetar med hjälpmedel ökat mer än den genomsnittliga ökningen bland landstingsanställda i allmänhet.

För fyra grupper har den relativa ökningen varit särskilt omfattande. Det är för distriktsarbetsterapeuter, optiker, synpedagoger och teckentolkar. Detta avspeglar väl uppbyggnaden av syn- och tolkcentralerna under den studerade perioden. Primärvårdens utbyggnad har också medfört att det tillkommit ett stort antal distriktsarbetsterapeuter. Även antalet sjukgymnaster har ökat påtagligt inom primärvården liksom antalet distriktssköterskor.



¹ Siffror inom () anger ökning av antal årsarbetare 1982—1987

Figur 5.2 Personalförändringen hos landstingen åren 1982—1987, antal årsarbetare. Procentuell ökning.

Utökningen av personal innebär att hjälpmedelsverksamheten blivit tillgängligare för stora grupper brukare. Det är framför allt i primärvården som tillgängligheten har ökat. Även inom synhjälpmedelsområdet och tolktjänsten har det varit en relativt sett kraftig personalökning, vilket

visar att även dessa verksamheter har byggts ut under denna period. Tillgången på vissa personalkategorier såsom tolkar, synpedagoger, optiker, anpassningslärare och hörselvårdsassistenter är dock otillräcklig. Det är framförallt tjänster långt från utbildningsorterna som är svåra att besätta med utbildad personal.

5.11 Huvudmännens synpunkter på hjälpmedelsverksamhetens utveckling

Huvudmännens uppfattning om den egna verksamheten med hjälpmedel är övervägande positiv. Så gott som samtliga huvudmän anser att hjälpmedelsverksamheten allmänt sett har förbättrats under de senaste fem åren. Man anser att verksamheten rent generellt har förbättrats gentemot flertalet brukare. Primärvården och hemsjukvården har byggts ut, personalen med utprovningsskunskap och förskrivningsrätt har ökat, vilket innebär att tillgängligheten har ökat för det stora flertalet brukare. Hos flertalet huvudmän har genomförts riktade insatser för att förbättra för vissa grupper, t.ex. för barn med funktionshinder, för synskadade personer, för att förkorta väntetider inom olika områden etc.

Huvudmännen anser dock att det finns vissa grupper som i viss mån blivit eftersatta eller fått det sämre. Strykningar i sortimentet och införandet av egenavgifter har i vissa fall även drabbat grupper med stadigvarande funktionshinder vilket man inte avsett. Vidare har den ökade tillgängligheten och det ökande antalet brukare inneburit att väntetider och leveranstider har ökat för vissa grupper.

Det finns enligt huvudmännen även behov som inte kan tillgodoses inom nuvarande regler och resurser. Behov av hjälpmedel till utvecklingsstörda, behov av datorer och kommunikationshjälpmedel, hjälpmedel för sport- och hobbyssysselsättningar, vissa avancerade specialanpassningar av hjälpmedel, liksom speciella önskemål från personer med funktionshinder som inte kan tillgodoses med tillgängliga produkter. Orsakerna till att dessa behov inte kan tillgodoses är både brist på personal, teknisk kompetens, att tekniken överhuvudtaget inte finns utvecklad och att ekonomiska ramar tvingar fram prioriteringar. Ofta är det även så att trycket av de akuta hjälpmedelsbehoven inom hemsjukvården i viss mån tränger ut de mer udda, komplicerade hjälpmedelsbehoven som inte alltid är akuta och som dessutom tar stora personalresurser i anspråk.

5.11.1 Hjälpmedelscentralerna

Huvudmännen anser att hjälpmedelscentralernas verksamhet har förbättrats under de senaste åren. Som exempel på sådant som blivit bättre anger man att tillgängligheten har ökat och servicen totalt sett blivit bättre. Andra exempel på förbättringar som angivits är att man fått ökade resurser för anpassning, att allt fler personer får behandlingshjälpmedel i hemmet och att resurserna för barnhjälpmedel har utökats.

Vid sidan av sådant som förbättrats har dock vissa försämringar skett.

De strykningar som gjorts i lokala förteckningar innebär att personer som tidigare fått t.ex. hushållsmaskiner kostnadsfritt inte längre får detta utan kanske enbart får hjälp att anpassa en egen apparat. Inköpsstopp och liknande inskränkningar har i några fall inneburit att brukarna fått vänta på sina hjälpmedel.

Man anger även från huvudmännen att det ställs stora krav på utbildning om hjälpmedel och regelbunden information om bl.a. sortiment av produkter för att kompetensnivån skall kunna upprätthållas när ansvaret för hjälpmedlen decentraliseras. För detta anser man sig inte ha tillräckliga resurser. Utvecklingsstörda personers behov av hjälpmedel anser man vara dåligt tillgodosedda av flera skäl. Dels är det särskilda svårigheter att prova ut hjälpmedel när brukaren är utvecklingsstörd, dels har den utvecklingsstörde ofta ytterligare funktionshinder som kräver insatser från flera håll och därför innebär att samordning måste ske. Huvudmännen anser att metoderna för att tillgodose utvecklingsstörda personers behov av hjälpmedel bör förbättras.

Annat som för närvarande inte helt kan tillgodoses är t.ex. behov av datorhjälpmedel och avancerade kommunikationshjälpmedel. Man anser hos flera huvudmän att det saknas kompetens för utprovning av sådana hjälpmedel. Vissa hjälpmedel för medicinska handikapp t.ex. andningsmask mot snarkning anges som exempel på sådant som vissa huvudmän har svårt att tillgodose inom nuvarande ramar, liksom hjälpmedel som är gränsfall till vanliga konsumentartiklar som finns i öppna handeln. Annat som anges i detta sammanhang är hjälpmedel för fritidssysselsättningar, terränggående fordon etc.

I framtiden måste hjälpmedel inbegripas i planeringen när det sker strukturförändringar inom vård- och omsorgssektorn anser man vidare. Det är nödvändigt med en målbeskrivning för verksamheten som klarare anger hjälpmedelscentralens ansvar och uppgifter. Man vill ha riktlinjer för vilka hjälpmedel som skall vara kostnadsfria, vad som är samhällets skyldighet och vad individen har rätt att kräva. Dessutom behöver man tid och resurser för att kunna medverka i utbildning och information om hjälpmedel och för att delta i produktutveckling inom hjälpmedelsområdet.

5.11.2 Hörcentralerna

Hörcentralernas verksamhet har allmänt sett förbättrats anser huvudmännen. Den ökade efterfrågan på hörcentralernas tjänster medför dock ansträngda resurser, brister i uppföljningen liksom ökade väntetider och ibland långa köer. Den medicinska och tekniska utvecklingen inom bl.a. elektronik och operationsteknik har inneburit helt nya typer av hörselhjälpmedel. Under senare år har det även blivit möjligt att på ett bättre sätt än tidigare hjälpa personer med bullerskador och tinnitus (öronsus) liksom vuxendöva. Definitionen av vad som är hörselskada har utvidgats och nya behovsgrupper utöver de traditionella ställer därför krav på hörselvårdens insatser.

Följden har blivit att antalet remiser till öron/audiologkliniker och hörcentraler ökar och därmed väntetiden för undersökning och eventuell utprovning av hjälpmedel. Samtidigt tenderar varje utprovning att ta längre tid beroende på att tekniken blivit mer avancerad och komplicerad och att flertalet brukare är äldre och därför behöver relativt lång tid vid utprovningen. Det är därför ofta svårt att skapa utrymme för nya behov i den redan hårt anstängda hörselvården.

5.11.3 Syncentralerna

Huvudmännens uppfattning om syncentralernas verksamhet är att den i stort sett har förbättrats genom kontinuerlig utökning av resurserna under de senaste åren. Förbättringarna har kommit alla behovsgrupper till del, men framför allt de med grava synskador. Syncentralernas verksamhet är dock sårbar i och med att personalstyrkan är så liten. All bortovaro hos personalen slår mycket hårt, orsakar köer och tidsbrist som i sin tur går ut över samarbete och uppföljning. Tjänster får ibland stå obesatta långa tider på grund av rekryteringsproblem. Det är svårt att få vikarier för synpedagoger och anpassningslärare framför allt beroende på att dessa yrkeskategorier är fåtaliga. Även till optikertjänster kan det vara svårt att rekrytera. Detta löses dock ofta med köp av externa optikertjänster.

Hjälpmedlen blir tekniskt sett allt mer avancerade och dyrare. Datorer kan t.ex. vara bra hjälpmedel vid synskador. Detta ställer krav på ökade ekonomiska resurser, men även på kompetens. Utprovning och träning liksom service på komplicerade tekniska apparater kommer framdeles att ställa allt större krav på teknisk kompetens. Personalen vid syncentralerna behöver därför stöd av teknisk expertis för att inte bli allt för beroende av företagen i detta avseende. För närvarande får man i viss mån stöd från hjälpmedelscentralens tekniska resurser eller från den medicintekniska avdelningen liksom från andra tekniska enheter.

5.11.4 Den ortopedtekniska verksamheten

Huvudmännens uppfattning är att den ortopedtekniska verksamhetens kvalitet och innehåll i stort sett har förbättrats under de senaste fem åren. Man anser att diabetiker, reumatiker- och scoliospatienter som har behov av ortopedtekniska åtgärder har fått bättre möjligheter liksom personer med behov av ortopediska skor. Hos ett par av de huvudmän som infört egenavgifter för vissa ortopedtekniska hjälpmedel har dessa avgifter även drabbat personer vilkas behov inte varit av tillfällig art, något som man avser att åtgärda och rätta till.

I stort sett anser huvudmännen att behoven av ortopedtekniska hjälpmedel tillgodoses. Svårigheter finns framför allt när det gäller att tillgodose udda behov och de problem som de svårast handikappade har. Det är även svårt att vid alla ortopedtekniska avdelningar kunna tillämpa ny teknik t.ex. mycket avancerade proteser eller nya material som kräver

helt ny kompetens. Detta medför ibland kritik från brukare vid jämförelser av olika huvudmän.

Vid många sjukdomar, t.ex. vid diabetes och reumatism, uppstår fotproblem och svårigheter med skor. Inom detta område finns behov som inte tillgodoses idag framför allt beroende på att kunskapen om hur dessa problem kan åtgärdas inte har fått tillräcklig spridning bland läkarna och att ett försörjningssystem för att tillhandahålla lämpliga skor för dessa patientgrupper ännu inte finns fullt utvecklat.

5.11.5 Tolk tjänsten

Huvudmännens uppfattning om tolktjänsten är i viss mån kluven. Man anser att verksamheten i stort sett har förbättrats, samtidigt som det förekommer att behov av tolktjänst inte kan tillgodoses. Eftersom verksamheten på många håll fortfarande befinner sig i ett utvecklingsskede sker förbättringar kontinuerligt. I och med att behovet av tolkning är stort så ökar dock trycket på verksamheten i takt med att brukarna lär sig att använda tolk. Bl.a. detta gör att man ibland måste säga nej till tolkuppdrag för att det inte finns tolkar tillgängliga.

Svårighetsgraden på tolkuppdragen blir allt högre, vilket i vissa fall ställer stora krav på specialutbildning hos tolken. Ofta måste man vara två tolkar för att klara vissa uppdrag t.ex. vid tolkning i utbildningssammanhang, i domstolar, vid sammanträdestolkning etc. Under senare tid har även uppmärksammats att tolkarna löper risk att få förslitningsskador i axlar och armar på grund av den ensidiga arbetsställningen under ibland mycket långa arbetspass. Även bristen på utbildade tolkar ses som ett stort problem.

Härav följer att tolktjänsten är en sårbar verksamhet. Tolkcentralerna har med undantag av storstäderna ett fåtal tjänster, ofta endast en tolk per specialområde. Det blir svåra konsekvenser för verksamheten om någon av tolkarna slutar eller blir sjuk. Det är i vissa fall svårt att få tjänster besatta eller att få vikarier på grund av tolkbristen i landet. Huvudmännen försöker dock hjälpa varandra vid tolkbrist.

Önskemål finns om fortsatt utbyggnad av verksamheten och om en förbättrad utbildningsverksamhet med möjligheter att lokalt utbilda och fortbilda tolkar. Man tror även att verksamheten skulle kunna bli effektivare genom bättre information om och rutiner vid återbud från brukarna.

6 Brukarnas syn på hjälpmedelsverksamheten

6.1 Bakgrundsbeskrivning

I detta kapitel redovisas två studier om vad hjälpmedelsanvändarna anser om dagens hjälpmedelsverksamhet. Redovisningen bygger på två olika material. Genom en enkät, som hjälpmedelsutredningen sänt till handikapporganisationerna på länsnivå, ställdes frågor om organisationernas syn på och uppfattning om den nuvarande hjälpmedelsverksamheten. Vidare redovisas den brukarstudie handikapporganisationerna genomfört bland användare av hjälpmedel. Den studien har utförts dels i form av en enkätundersökning, dels i form av en intervjustudie bland brukare.

De olika studierna ger en bild av vad dels handikapprörelsens företrädare på länsnivå, dels brukarna själva anser om dagens hjälpmedelsverksamhet.

6.2 Enkät till handikapprörelsens länsorganisationer

6.2.1 Inledning

De Handikappades Riksförbund (DHR) har ca 43 000 medlemmar i 219 avdelningar på kommunnivå. Avdelningarna samverkar i länsdistrikt, ett i varje sjukvårdsområde. På motsvarande sätt har Handikappförbundens Centralkommitté (HCK), med 26 medlemsförbund och ca 340 000 enskilt anslutna medlemmar, samarbetsorgan i alla sjukvårdsområden och i många kommuner.

Utredningen tillställde våren 1987 organisationernas länsavdelningar inom samtliga sjukvårdsområden en enkät vars syfte var att kartlägga organisationernas syn på hur hjälpmedelsverksamheten fungerar, samverkansformer med huvudmännen m.m. I det följande lämnas en kortfattad och översiktlig redovisning av enkätresultaten. En närmare redovisning av enkätresultatet lämnas i bilaga.

Antalet hälso- och sjukvårdsområden är 26, nämligen 24 landsting som vardera omfattar ett län samt kommunerna Malmö och Göteborg. De båda organisationernas länsorgan inom resp. hälso- och sjukvårdsområde ombads besvara enkäterna, dvs. totalt 52 utsända enkäter. Från

dess organisationer kom svar in från 44, dvs. bortfallet motsvarar ca 15 procent.

6.2.2 Samverkansformer i hjälpmedelsfrågor mellan organisationerna och hälso- och sjukvårdshuvudmännen

Alla länsorganisationer uppger att formaliserad samverkan i hjälpmedelsfrågor förekommer mellan huvudmännen och organisationerna. Formerna för denna samverkan tycks emellertid variera mellan olika delar av landet. I ungefär hälften av länen behandlas hjälpmedelsfrågorna på länsnivå i länshandikapprådet. Ungefär 1/5 av länsorganisationerna uppger att samverkan förekommer inom s.k. hjälpmedelsråd, som är särskilt tillskapade samverkansorgan för hjälpmedelsfrågor. En lika stor andel har uppgivit att samverkan mellan huvudmännen och organisationerna förekommer i "andra former". Här avses s.k. brukarråd, samrådsgrupp i hjälpmedelsfrågor, referensgrupper eller motsvarande.

Utöver de formaliserade kanalerna för samverkan i hjälpmedelsfrågorna, dvs. via länshandikappråd, hjälpmedelsråd m.m., finns också informella vägar. Framför allt vänder man sig från organisationshåll till personalen inom hjälpmedelsverksamheten. Det sker relativt frekvent. Mindre ofta tar man kontakt med den administrativa personalen i landstinget. Endast några få organisationer tar ofta direkt kontakt med ansvariga politiker i hjälpmedelsfrågor. Mer än hälften av organisationerna har sällan eller mindre ofta direkt kontakt med politikerna vid sidan av gängse former för sådana kontakter. Några organisationer träffar politikerna regelbundet 1 à 2 gånger per år.

6.2.3 Synpunkter på samverkan mellan huvudmännen och organisationerna

Organisationernas synpunkter

Bland de organisationer som har ett upparbetat informellt samarbete upplever flera organisationsföreträdare att man får gehör för sina synpunkter. Speciellt gäller detta vid kontakter med politikerna. Totalt sett betraktar dock 3 av 4 länsorganisationer sitt inflytande som litet eller mycket litet. Ungefär var fjärde länsorganisation upplever sitt inflytande som stort.

Att på ett enkelt sätt beskriva medbestämmande och inflytande inom hjälpmedelsverksamheten låter sig knappast göras. Verksamheten omfattar ett flertal grenar och inflytandet varierar betydligt mellan de olika verksamhetsgrenarna.

Huvudmännens synpunkter

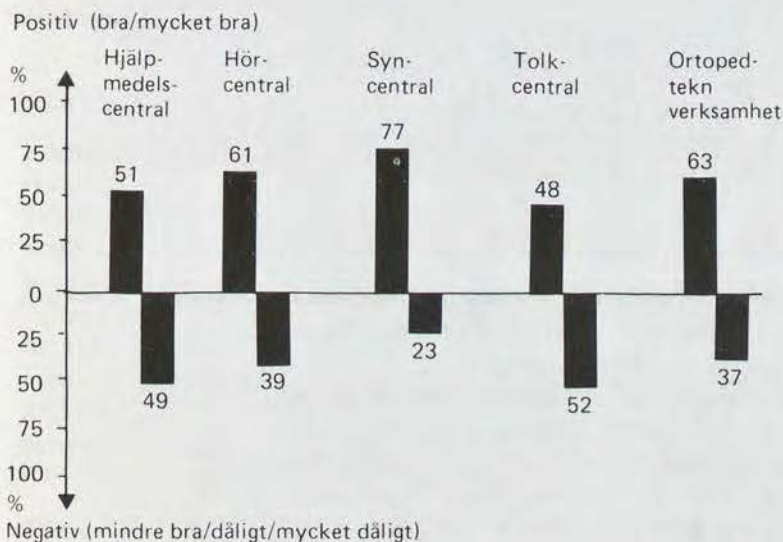
I utredningens enkät till hälso- och sjukvårdshuvudmännen ställdes också frågor om samverkan med handikapporganisationerna. Sammanfattningsvis kan vi med ledning av dessa svar konstatera att ca hälften av huvudmännen upplever att samarbetet med handikapporganisationerna

fungerar bra och att samverkan upplevs positivt och som viktig för att verksamheten skall vidareutvecklas m.m. Från den andra hälften av huvudmännen är svaren blandade. Vissa huvudmän upplever att samverkan fungerar dåligt, andra att samverkan skulle kunna förbättras och fördjupas på olika sätt. Även bland huvudmännen finns svar som vittnar om att inflytandet är olika utvecklat inom de skilda verksamhetsgrenarna.

6.2.4 Organisationernas syn på hur hjälpmedelsverksamheten fungerar

Organisationerna fick besvara en fråga om hur de ansåg att de olika grenarna av hjälpmedelsverksamheten fungerade allmänt sett. I denna attitydfråga gavs utrymme att välja mellan flera svarsalternativ. Svaren; mycket bra resp. bra har här klassifierats som positiva medan svaren mindre bra, dåligt och mycket dåligt här redovisas som negativa.

Följande diagram anger hur företrädarna för organisationerna anser att de olika enheterna inom hjälpmedelsverksamheten fungerar i positiv eller negativ mening.



Det bör inte dras alltför långtgående slutsatser av diagrammet. Svaret "bra" har här förts till den positiva sidan medan "mindre bra" förts till den negativa sidan. Skillnaden mellan dessa två svarsalternativ kan dock vara mycket marginell.

Mest positivt ser organisationerna på syncentralernas verksamhet, följt av de ortopedtekniska avdelningarna och hörcentralerna. Verksamheten inom hjälpmedelscentralerna och tolkcentralerna har fått ungefär lika många positiva som negativa omdömen.

I den mån man ansett att verksamheten fungerar mindre bra eller dåligt har man som kommentar nämnt de långa väntetiderna för att få hjälpmedel, brister i utprovningssförfarandet samt den dåliga servicen i glesbygd. I några fall kommenteras också den ojämna servicen för äldre

patienter och för nyskadade inom hjälpmedelscentralernas ansvarsområde. Vad gäller kritiken mot tolkcentralerna skjuter den framför allt in sig på bristen på tolkar. Vidare anger några länsorganisationer att det förekommer en del brister i fråga om barnortopedi.

6.2.5 Väntetider för utprovning

Att väntetiderna är ett problem inom delar av hjälpmedelsverksamheten bekräftas av svaren på frågor om väntetiderna för utprovning av hjälpmedel. Av följande tabell framgår bl.a. att väntetiderna anses vara definitivt för långa vid hjälpmedelscentraler och hörcentraler. Hörcentralerna har oacceptabla eller för långa väntetider anser 80 procent av organisationerna. Speciellt riktas kritik mot att de äldre får vänta för länge.

Tabell 6.1 Organisationernas syn på väntetider för utprovning och anpassning av hjälpmedel (procent).

Väntetiderna är:	Hjälpmedelscentral	Hörcentral	Syncentral	Tolkcentral	Ortopedteknisk service
Godtagbara/acceptabla	33	20	44	52	41
För långa/mycket för långa	63	63	47	44	58
Oacceptabla	4	17	9	4	1
	100	100	100	100	100

6.2.6 Huvudmännens information till brukarna om hjälpmedel m.m.

Organisationernas företrädare fick ange vilken uppfattning man hade om hälso- och sjukvårdshuvudmännens information till brukarna om hur och var man kan få hjälpmedel eller tolkservice.

En majoritet av organisationsföreträdarna anser att informationen sett över samtliga verksamhetsgrenar inte är bra. Ser man till verksamhetsgrenarna var för sig är man mest negativ mot informationen om hjälpmedelscentralernas verksamhet. Men även informationen kring den ortopedtekniska verksamheten anses vara dålig. Mest positiv är man till informationen från hörcentralerna, där drygt hälften av organisationerna tycker att informationen är bra.

Tabell 6.2 Organisationernas syn på informationen till brukare inom hjälpmedelsverksamhetens olika grenar (procent)

	Hjälpmedelscentral	Hörcentral	Syncentral	Tolkcentral	Ortopedteknisk service	Primär vård
Bra, Mycket bra	5	56	42	41	21	21
Mindre bra, dålig, mycket dålig	95	44	58	59	79	79
	100	100	100	100	100	100

6.2.7 Brukarnas kontakter med organisationerna i hjälpmedelsfrågor

Av organisationerna har ca 2/3 ofta eller mycket ofta kontakt med medlemmar och andra som ber att få hjälp eller vägledning i hjälpmedelsfrågor. Ca 1/3 av organisationerna har sådana kontakter mindre ofta.

Vilka problem medlemmarna och andra vill diskutera eller ha hjälp med framgår av följande sammanställning, vilken börjar med det mest frekventa problemområdet.

Problemområden

- 1. Väntetider på att få hjälpmedel eller service
- 2. Tillgänglighet till hjälpmedelsverksamheten (telefontider m.m.)
- 3. Möjligheter att själv få välja hjälpmedel
- 4. Problem i kontakterna med personalen inom verksamheten
- 5. Man har fått avslag på hjälpmedel
- 6. Annat problem

6.2.8 Lättare eller svårare att få hjälpmedel de senaste åren

I debatten under senare år har det bl.a. hävdats att huvudmännen av ekonomiska skäl skulle ha blivit mer restriktiva när det gäller att tillhandahålla hjälpmedel. Bl.a. mot den bakgrunden ställdes en fråga till organisationerna om det enligt deras bedömning blivit lättare eller svårare för handikappade att få hjälpmedel under senare år.

Nära 40 procent av organisationerna anser att läget är oförändrat när det gäller att få hjälpmedel/tolkservice. Drygt 30 procent av organisationerna anser att det blivit svårare och en nära nog lika stor andel anser att det blivit lättare. Hur bedömningarna fördelar sig på de skilda verksamhetsgrenarna framgår av tabell 6.3.

Tabell 6.3 Organisationernas bedömning av om det blivit lättare eller svårare att få hjälpmedel under senare år (procent).

	Hjälpmedelscentral	Hörcentral	Syncentral	Tolkcentral	Ortopedtekn. service	Samtliga verksamhetsgrenar
Mycket eller något lättare	26	28	29	30	34	29
Varken/eller	28	37	42	30	53	38
Mycket eller något svårare	46	35	29	40	13	32
	100	100	100	100	100	100

6.2.9 Hjälpmedelsverksamhetens förändring de senaste fem åren*Organisationernas synpunkter*

Organisationerna fick också frågan hur de ansåg att hjälpmedelsverksamheten hade förändrats under de senaste fem åren. Frågan hade tre fasta svarsalternativ, nämligen, ja — till det bättre, nej — ingen förändring och ja — till det sämre.

Totalt sett anser drygt 40 procent att hjälpmedelsverksamheten har förändrats till det bättre, medan drygt 20 procent ansåg att den försämrats. Ungefär 1/3 av organisationerna anser att verksamheten var oförändrad i förhållande till tidigare år.

I följande tabell redovisas svaren även för de olika verksamhetsgrenarna. Den mest positiva utvecklingen anges för syncentralerna. Närmare 30 procent ansåg att verksamheten vid hjälpmedels- och hörcentralerna försämrats de senaste fem åren.

Tabell 4 Organisationernas uppfattning om hjälpmedelsverksamhetens förändring de senaste fem åren (procent).

Förändring	Hjälpmedels- central	Hör- central	Syn- central	Tolk- central	Ortoped- teknik	Samtliga
Till det bättre	48	38	57	39	44	44
Oförändrat	23	43	20	43	44	34
Till det sämre	29	27	23	18	12	22
	100	100	100	100	100	100

De organisationer som ansett att verksamheten förbättrats angav bl.a. att förbättringen ligger i att fler avancerade hjälpmedel tillhandahålls, väntetiderna för hjälpmedelsutprovning har kortats, samt organisatoriska förbättringar och utökningar av personal. Som exempel på försämringar nämns framför allt att huvudmännen tagit bort vissa produkter som kostnadsfria hjälpmedel.

Huvudmännens synpunkter

I utredningens enkät till hälso- och sjukvårdshuvudmännen ställdes bl.a. frågan om hur de upplevde att hjälpmedelsverksamheten förändrats under de senaste fem åren. Svaren fördelas på följande sätt.

Verksamheten har:	Antal huvudmän
– förbättrats	22
– varken/eller	3
– försämrats	–
– ej svar	1

Här framträder en något annan svarsbild än den som gavs från handikapporganisationernas sida. Närmare 90 procent av huvudmännen anser att verksamheten förbättrats mot drygt 40 procent bland organisationerna. Drygt 20 procent av organisationerna ansåg tvärtom dvs. att verk-

samheten totalt sett försämrats, medan ingen huvudman är av den uppfattningen.

Huvudmännen pekar på en rad kvalitativa och kvantitativa förbättringar, vilka tillsammans eller var för sig har resulterat i en förbättrad hjälpmedelsverksamhet. Vissa huvudmän pekar bl.a. på att flera syncentraler tillkommit, hörselvården har byggts ut, hjälpmedelsverksamheten för barn har utökats och att personalresurserna inom olika delar av hjälpmedelsverksamheten utökats.

6.2.10 Flerhandikappades hjälpmedelsbehov

Organisationssynpunkter

Handikapporganisationerna ombads att göra en bedömning av gravt handikappades och flerhandikappades möjligheter att få sina behov av hjälpmedel tillgodosedda. Synpunkterna skulle lämnas i s.k. öppet svarsalternativ.

Struktureras svaren i positiva och negativa termer överväger de negativa svaren. I den mån organisationerna är nöjda med hur huvudmännen tillgodoser de flerhandikappades hjälpmedelsbehov uttrycks detta i termer som t.ex. att denna verksamhet generellt sett fungerar bra.

De organisationer som uttryckt sig kritiskt om dagens lösningar framhåller bl.a. att det för flerhandikappade tar lång tid att få sina hjälpmedelsbehov tillgodosedda. Det anges bero på att det svåraste handikappet tillgodoses först, därefter tar nya remisser vid och ny väntan på andra hjälpmedel. Möjligheterna för gravt handikappade att få individuell hjälpmedelsanpassning är dåligt tillgodosedda. Man menar att det behövs resurscentra med lagarbete mellan olika specialister. Vidare pekar man på att verksamheten för närvarande i stor utsträckning styrs av hjälpmedelsleverantörer och att det därför är svårt för den flerhandikappade att få gehör för specialarrangemang och individuella lösningar.

Huvudmannasynpunkter

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen fick frågan om man gjort någon kartläggning av flerhandikappades behov av hjälpmedel. Elva huvudmän hade genomfört sådan kartläggning. Huvudmännen ombads också att beskriva rutinerna för hur samarbete och samordning sker när det gäller att tillgodose flerhandikappades hjälpmedelsbehov.

Flertalet huvudmän anger att de inte har några fasta rutiner för dessa frågor utan det löses genom ett informellt samarbete mellan olika centraler. Den som har det primära behandlingsansvaret har också ansvar för samordningen. När det gäller barn hänvisar många huvudmän till teamarbetet inom ramen för barnhabiliteringen, där även olika hjälpmedelsbehov tillgodoses. Några huvudmän har byggt upp s.k. vuxenhabilitering där också hjälpmedelsfrågorna för flerhandikappade behandlas.

6.3 Brukarnas syn på hjälpmedelsverksamheten

6.3.1 Inledning

Denna redovisning är en sammanfattning av resultaten från Handikappförbundens Centralkommittés (HCK) och De Handikappades Riksförbunds (DHR) hjälpmedelsprojekt.

Projektet har finansierats genom Allmänna arvsfonden och är ett komplement till de kartläggningar hjälpmedelsutredningen själv utfört. Studien omfattar ett flertal brukargrupper och har därför delats upp i flera delprojekt.

Syfte och metod

Studiens syfte har varit att:

- Kartlägga brukarnas erfarenheter av och inställning till hjälpmedelsverksamheten samt att ge eventuella förslag till förbättringar och att
- belysa hjälpmedlens betydelse för den dagliga livsföringen samt att påvisa vilka konsekvenser avsaknad av hjälpmedel eller dåligt fungerande hjälpmedel kan ha för brukarnas totala situation.

De undersökningsmetoder som använts har huvudsakligen varit enkäter och intervjuer, men även andra metoder har använts.

Enkäter har tillställts rörelsehindrade, synskadade, hörselskadade och döva, bröstcanceropererade samt personer som använder kostnadsfria förbrukningsartiklar (diabetiker, stomiopererade och inkontinenta). Totalt utsändes 3 122 enkäter, varav 2 045 besvarades, vilket innebär ett bortfall av 34 procent.

Intervjuer har gjorts vid hembesök hos brukare och då har också gjorts en bedömning av hjälpmedelssituationen och eventuellt behov av bostadsanpassning. För varje handikappgrupp (rörelsehindrade, synskadade, hörselskadade samt svårt flerhandikappade med utvecklingsstörning) gjordes 21–35 hembesök och 60 för de flerhandikappade. Sammanlagt genomfördes 156 intervjuer.

Projektet omfattar i första hand boende i de sju landsting som utredningen har djupstuderat genom enkäter. Både intervju- och enkätundersökningar gjordes i dessa sju landsting. Därtill utvidgades enkätundersökningarna till ytterligare elva landsting.

För varje delprojekt har urvalet av enkät- och intervjupersoner gjorts enligt vissa kriterier. Dessa skiljer sig något beroende på olika funktionshinderns karaktär. För att få ett tillräckligt antal personer i olika åldersgrupper undersökta gjordes för enkätundersökningarna ett stratifierat urval, dvs. indelat i åldersgrupper. Av personer mellan 0–100 år togs ut ett lika stort antal inom varje 10-årsintervall (dvs. 0–10, 11–20, 21–30 år osv.). Urvalet är därmed inte representativt för hjälpmedelsanvändarnas ålderssammansättning som ju har en kraftig övervikt av personer över 65 år. I urvalet av intervjupersoner har personer med flera funktionshinder givits en överrepresentation.

Funktionshinder m.m. inom undersökningsgrupperna

I samtliga undersökningsgrupper var det vanligt med mer än ett funktionshinder. Av enkätundersökningarna framgår följande:

- Av de rörelsehindrade hade drygt 60 procent ett eller flera funktionshinder utöver rörelsehindret.
- Av de hörselskadade och döva hade nära hälften ett eller flera funktionshinder utöver hörselskadan.
- Av de synskadade hade drygt hälften (52 procent) ett eller flera funktionshinder utöver synskadan.
- Av de bröstopererade hade 40 procent ett eller flera funktionshinder utöver konsekvenserna av bröstoperationen.
- Av de flerhandikappade utvecklingsstörda med rörelsehinder samt de dövblinda hade alla flera funktionshinder.
- Att vara dövblind innebär att ha en allvarlig grad av kombinerad syn- och hörselskada. En del dövblinda är helt döva och blinda andra har syn- och/eller hörselrester kvar.

Totalt hade nästan hälften av brukarna svårigheter att använda armar och händer. Vanligast var detta bland flerhandikappade utvecklingsstörda med rörelsehinder (90 procent) och rörelsehindrade (81 procent). Bland bröstopererade hade drygt 60 procent större eller mindre svårigheter ofta på grund av armödem. En fjärdedel bland de synskadade och en femtedel bland de hörselskadade hade svårigheter att använda armar och händer.

De flesta av de tillfrågade hade lång erfarenhet av att använda hjälpmedel. Drygt hälften hade använt hjälpmedel i mer än fem år och fler än 1/3 i mer än tio år.

6.3.2 Boendeform, sysselsättning m.m.

Drygt hälften av brukarna bodde i villa, radhus eller liknande. Flertalet av de övriga bodde i lägenhet av olika typ eller servicehus. På institution vistades mellan 0—3,8 procent beroende på funktionshindergrupp. Undantag utgjorde flerhandikappade utvecklingsstörda och dövblinda. Av de utvecklingsstörda vistades 30 procent på vårdhem, 40 procent i gruppbostad eller elevhem och 30 procent i föräldrahem. Andelen institutionsboende utvecklingsstörda är avsiktligt överrepresenterade i undersökningen. Av de undersökta dövblinda bodde också en stor del på institution. För dövblinda i aktiv ålder gäller i allmänhet att institutionsboende inte är vanligt.

Andelen yrkesarbetande i åldrarna 21—60 år varierade mellan de olika grupperna. Bland de hörselskadade fanns den största andelen yrkesarbetande, drygt 80 procent. Bland rörelsehindrade arbetade 36 procent och bland synskadade 57 procent. Av de bröstopererade kvinnorna yrkesarbetade 87 procent och av de dövblinda arbetade 20 procent. Bland flerhandikappade utvecklingsstörda i arbetsför ålder hade ingen yrkes-

arbete. Alla utom två hade dock någon form av organiserad sysselsättning.

Tillgång till praktisk hjälp och service

Även behovet av hjälp och service varierade naturligt nog mellan olika grupper av funktionshindrade. Flerhandikappade utvecklingsstörda med rörelsehinder hade alla ett omfattande hjälpbehov. Rörelsehindrade utan utvecklingsstörning var till 98 procent i behov av hjälp i någon form av annan person. Gruppen hörselskadade och bröstopererade var i 60 procent av fallen i behov av hjälp och service i större eller mindre utsträckning. Av de synskadade hade 91 procent behov av hjälp.

I samtliga grupper överväger anhöriga som hjälpgivare. Drygt 75 procent av undersökningspersonerna fick hjälp från anhöriga, enbart eller i kombination med annan hjälp. Även svårt funktionshindrade får vanligen hjälp genom anhöriga.

I gruppen flerhandikappade var de som bodde i gruppboende och vårdhem överrepresenterade. Därför fick de också i större utsträckning hjälp av personal än vad övriga tillfrågade grupper fick. (För dövblinda föreligger ingen uppgift.)

Hjälp från enbart hemtjänst var ovanligt och varierade mellan 2 och 11 procent, beroende på funktionshindergrupp.

Bostadsanpassning

Förekomsten av handikappanpassade bostäder varierade mellan de olika undersökningsgrupperna. Överlag var delvis anpassade bostäder vanligare än helt anpassade sådana.

Andelen personer som uppgett att de behövde men inte alls hade någon individuell anpassning i sin bostad och närmiljö fördelade sig på följande sätt:

- Flerhandikappade utvecklingsstörda 43 procent
- Rörelsehindrade 13 procent
- Synskadade 10 procent
- Hörselskadade och döva 7 procent

Ett speciellt problem är anpassning av tillfälliga bostäder. Flerhandikappade utvecklingsstörda med rörelsehinder kan få korttidsvård utanför det egna hemmet, dvs. vård på korttidshem eller i stödfamilj. Av de 22 intervjuade som ibland vistades i sådant boende hade endast hälften handikappanpassning i detta boende. Även för övriga grupper och speciellt då rörelsehindrade utan utvecklingsstörning är behovet stort av anpassning av mer eller mindre tillfälliga bostäder (t.ex. sommarstugan).

6.3.3 Hjälpmedelssituationen

Av användarnas egna beskrivningar framgår att hjälpmedlen ofta utgör en grundtrygghet för att livet skall fungera. De är av vital betydelse ur flera aspekter (som ibland går i varandra), bl.a.:

- ☐ socialt
- ☐ praktiskt, funktionellt
- ☐ för ett självständigare liv eller en maximal livskvalitet
- ☐ psykologiskt, identitetsmässigt
- ☐ medicinskt
- ☐ ekonomiskt
- ☐ delta i den demokratiska processen

Frågan om vilka typer av hjälpmedel som personerna hade ställdes i första hand för att fastställa vilka sorts hjälpmedel de använde och alltså hade i tankarna när de besvarade undersökningens frågor.

De rörelsehindrade personerna hade mellan 1 och 17 hjälpmedel — i genomsnitt 5 hjälpmedel per person. Olika typer av förflyttningshjälpmedel var vanligast. Hobby- och fritidshjälpmedel var mycket ovanliga. Endast ett fåtal av de tillfrågade hade sådana.

De synskadade personerna hade mellan 1 och 10 hjälpmedel — i genomsnitt 2,8 per person. Kommunikationshjälpmedel av olika slag var vanligast. Även orienteringshjälpmedel var vanliga. Hjälpmedel för fritid hade endast 8 procent av de synskadade.

De hörselskadade och döva personerna hade mellan 1 och 6 hjälpmedel — i genomsnitt 2,4 hjälpmedel per person. Totalt 75 procent hade huvudburen hörapparat men endast 1/4 hade fast hörselslinga i bostaden. Av denna grupp hade 5 procent texttelefon.

Av de bröstcanceropererade hade hälften enbart bröstprotes och den andra hälften också andra hjälpmedel t.ex. stödstrumpa, kompressionsstrumpa, pulsator.

De flerhandikappade utvecklingsstörda med rörelsehinder som vistades på institution hade i många fall inte egna hjälpmedel, utan hjälpmedlen hörde till institutionen. Det innebar t.ex. att de inte var individuellt utprovade och anpassade. Vissa hjälpmedel var avsedda för personalen vid institutionen. I undersökningsgruppen kom, som tidigare nämnts, fler vårdhemsboende att ingå än normalt, eftersom uttagningen gjordes så.

När det gäller brukarnas inställning till sina hjälpmedel framkom att även vanliga bashjälpmedel många gånger upplevdes som dåliga eller mindre bra. Exempel på brister som ansågs förekomma var dålig funktion, dålig kvalitet, dålig individuell anpassning, trist utseende, dålig tillförlitlighet (går sönder), och att de ej passade till de behov som fanns i livssituationen.

Av undersökningarna framkommer att personer som har flera funktionshinder i kombination oftast har den mest bristfälliga hjälpmedelsutrustningen. Att ha flera funktionshinder i kombination medför bl.a. krav på stor koncentration när hjälpmedlen skall användas vilket tar på krafterna. Den som har flera funktionshinder är därför starkt beroende av att hjälpmedlen fungerar.

Hjälpmedel som den funktionshindrade bekostat själv

Nu mera tillhandahålls inte hushållshjälpmedlen inom hjälpmedelsverksamheten. För många personer med funktionshinder är sådana hjälpmedel nödvändiga för att de skall klara vardagen.

Av de rörelsehindrade och synskadade hade ca 60 procent hushållsmaskiner, ytterligare 10 procent hade det inte men skulle behöva det. Av dem som hade hushållsmaskiner hade 45 procent köpt maskinerna själva, 13 procent hade erhållit dem som kostnadsfritt hjälpmedel, 8 procent genom kommunens försorg och en mycket liten andel via fonder. De vanligaste hushållsmaskinerna som undersökningspersonerna bekostat själva var tvättmaskiner, matberedare av något slag samt diskmaskiner.

Många av dem som tillfrågats har bekostat vissa hjälpmedel själva. Av personerna med rörelsehinder uppgav närmare 1/3 att de köpt olika typer av hjälpmedel eller tillbehör till dessa. I första hand gäller det hushållsmaskiner men även andra hjälpmedel i olika prisnivåer. Många är sådana som inte finns på förteckningen över kostnadsfria hjälpmedel, men några är av den typ som finns på förteckningen, t.ex. ståhjälpmedel, rull- och ståstol, terrängfordon, trehjulig moped, datorhjälpmedel, högtalande telefon, skrivmaskin.

Bland personerna med synskadade uppgav drygt 25 procent att de bekostat olika hjälpmedel själva. Bland personerna med hörselskadade uppgav 16 procent att de bekostat hjälpmedel själva.

Åsikter om hur hjälpmedelsbehovet tillgodosätts

I enkäten frågades också om man fått alla hjälpmedel man ansett sig behöva. Av de rörelsehindrade svarade ca 20 procent "nej" och ungefär lika många "vet inte". Av de synskadade var motsvarande siffror 15 procent resp. 28 procent och för de hörselskadade 2 procent resp. 3 procent. Av de bröstopererade ansåg 15 procent att de inte fått alla hjälpmedel som de behövde. När det gällde de flerhandikappade utvecklingsstörda med rörelsehinder ansåg deras "språkrör" att drygt 60 procent inte fått alla de hjälpmedel de behöver.

Exempel på hjälpmedel som ansågs saknas bland rörelsehindrade var: rullstolar, mobiltelefon, dator, lyft-hjälpmedel. Exempel på hjälpmedel som ansågs saknas bland synskadade var: bandspelare, skrivmaskin med syntetiskt tal, talande klocka. De hjälpmedel som ansågs saknas för hörselskadade rörde ofta arbete-fritid i olika former.

Flerhandikappade med utvecklingsstörning ansågs ha behov, som inte tillgodosätts, av hjälpmedel för livets alla olika delar. De behövde bl.a. hjälpmedel för kommunikation. När det gällde hjälpmedel för förflyttning konstaterades att av de 60 intervjuade kunde 44 personer inte förflytta sig själva, endast 8 kunde själva köra sin rullstol. Enligt intervjuarnas bedömning borde 37 av de 44 personerna kunna klara att köra el-rullstol själva, eventuellt med slingstyrning.

Från en annan studie, rapporten Dövblinda i Sverige, kan vi notera att bland de dövblinda i landet saknade 46 procent något eller några hjälp-

medel, 12 procent hade inte några som helst hjälpmedel. För döva och döyblinda räknas även tolktjänsten som hjälpmedel. Det är brist på tolkar.

De vanligaste skälen till varför man inte erhållit de hjälpmedel som man ansåg sig behöva, uppgavs vara att man blivit nekad av kostnads- eller andra liknande skäl. Andra vanliga anledningar som nämndes var att man inte kommit sig för eller inte vågat be om dem eller tyckt det känts pinsamt att be om hjälpmedel eller att man inte känt till vart man skall vända sig.

För flerhandikappade utvecklingsstörda angav föräldrar och personal att ordinatorerna inte anser att de (hjälpmedlen) behövs, inte är intresserade av att ta reda på den utvecklingsstördes behov eller inte har kunskap om vilka hjälpmedel som finns och att personerna i denna grupp ofta använder institutionens hjälpmedel.

Konsekvenserna av dåligt fungerande hjälpmedel m.m.

Brukarna fick även svara på frågan vilka konsekvenser dåligt fungerande hjälpmedel eller avsaknaden av hjälpmedel hade haft för deras livssituation. I svaren nämns både rent praktiska problem och sociala problem, t.ex. att rullstolen är för bred för vissa hissar eller att man blir sängliggande när rullstolen måste repareras. Någon angav också att hjälpmedlet var så dåligt utprovat att det medfört smärtor och sömnbesvär. I vissa fall blir det också ekonomiska problem för den som själv måste bekosta dyrbara hjälpmedel t.ex. för brukare med låga inkomster.

Information om hjälpmedel

I enkäten ställdes vissa frågor om hur man skaffar sig information om hjälpmedel och om kunskaperna var tillräckliga. En stor andel tyckte att de hade för dålig kunskap om hjälpmedel. Framför allt visste man inte vilka hjälpmedel som finns att tillgå. Bland de synskadade ansåg ca 64 procent att de inte hade tillräckliga kunskaper. De nås sällan av information på punktskrift eller kassett. Bland de rörelsehindrade var det ca hälften som tyckte att de hade för dålig kunskap och bland hörselskadade och döva drygt hälften.

Utvecklingsstörda med flera funktionshinder är helt beroende av att människor i deras omgivning ser och tillgodoser deras behov. Döyblinda har mycket stora problem att få kunskap om hjälpmedel. De har svårt att på egen hand skaffa sig information på grund av sina funktionshinder. De har även svårt att få information av personalen på syn- och hörcentrallerna på grund av svårigheter att kommunicera ordentligt med varandra. Liknande problem har barndomsdöva.

Brukarnas möjligheter till egna initiativ

Det är relativt vanligt att man inte vågar framföra egna önskemål i samband med utprovning av hjälpmedel. Av dem som besvarat frågan ansåg

mellan 20—25 procent att de ibland eller aldrig vågade det. Äldre angav i större utsträckning att de hade svårt att uttrycka egna önskemål.

Vem som oftast tog initiativ till anskaffning av ett nytt hjälpmedel varierade mellan de olika funktionshindergrupperna. Egna initiativ tog nästan alla bröstopererade, hälften av de hörselskadade samt drygt 1/3 av de synskadade och rörelsehindrade brukarna. De döva tog mycket sällan eget initiativ. Personer i vuxen, aktiv ålder tog naturligt nog också oftare initiativ än barn, ungdom och äldre.

Ordination och utprovning av hjälpmedel

Att ordination och utprovning av hjälpmedel fungerar tillfredsställande och med en helhetssyn på brukaren är av avgörande betydelse för om hjälpmedlet kommer att användas på ett ändamålsenligt sätt. I undersökningen har därför frågan ställts om hur ordination och utprovning fungerar.

Huvuddelen av undersökningspersonerna inom alla grupper ansåg att de fick prova ut hjälpmedel i lugn och ro. Andelen varierade dock mellan olika grupper.

Möjlighet att prova olika modeller hade omkring 2/3 av undersökningspersonerna. Brukarnas möjligheter att få välja bland olika modeller var dels beroende av inom vilket landsting man bodde dels beroende av ålder och av hur man bodde (boendetyp). Bland äldre personer och personer boende i servicehus, ålderdomshem och vårdhem var valmöjligheten mindre än för andra grupper.

Vidare tillfrågades brukarna om de fått individuellt anpassade eller specialgjorda hjälpmedel och hur de i så fall fungerat.

Drygt hälften av de rörelsehindrade uppger att de fått hjälpmedel specialanpassade. Ca 75 procent av dessa var mer eller mindre nöjda, medan 20 procent var mer eller mindre missnöjda. De problem man uppgav var att anpassningen tar lång tid, den har inte blivit av (av kostnadsskäl), den följs inte upp och resultatet blev inte bra.

Endast drygt 25 procent av de hörselskadade har svarat på hur de anser att det fungerar när de behövt få hjälpmedel individuellt anpassade eller specialanpassade. Ca hälften av dem som har erfarenhet är helt nöjda, den andra hälften ganska nöjda.

Instruktion och träning

Omkring 10 procent av de undersökta personerna har uppgett att de sällan eller aldrig fått den instruktion och träning de behövt för att kunna använda sina hjälpmedel på rätt sätt. När det gäller instruktion och träning framhöll de döva att det är klart otillfredsställande att personalen på hörcentralerna i allmänhet inte behärskar teckenspråket i den utsträckning som vore önskvärt för att man skulle kunna kommunicera med varandra ordentligt. Av de synskadade som ingick i undersökningen hade endast 1 av 5 fått instruktioner för hjälpmedlet i punktskrift eller på kassett som de kunde behålla.

Eftersom en stor del av hjälpmedelsanvändarna behöver hjälp av anhörig, hemtjänstpersonal eller annan för att använda sina hjälpmedel, behövs även instruktioner och information till dessa personer. Av rörelsehindrade samt hörselskadade och döva personer har 1/4 svarat att hjälparen inte fått information om hur hjälpmedlen skall användas.

Hjälpmedelsleverans och service

Väntetiden i samband med leverans av hjälpmedlet från bl.a. leverantör till brukare varierade inte endast mellan de olika funktionshindergrupperna utan naturligt nog också mellan olika hjälpmedel.

Av de rörelsehindrade brukarna ansåg ca 40 procent att väntetiderna var rimliga. Enklare hjälpmedel kan fås av distriktssköterskan direkt utan väntetid, medan leveranstiden för mer avancerade hjälpmedel i vissa fall kan vara ända upp till ett år. Speciellt för barn ansågs väntetiderna alltför långa. Av de synskadade personerna ansåg hälften att väntetiderna var rimliga. Beroende på hjälpmedel var väntetiden ingen alls till i extrema fall flera år. Av de hörselskadade och döva personerna ansåg 65 procent att väntetiden i samband med leverans var rimlig.

Väntetider i samband med service och reparation av hjälpmedel hade inte varit aktuellt för en stor andel av undersökningspersonerna, eftersom de aldrig behövt service eller reparation på sina hjälpmedel. Bland dem som svarat på frågan ansåg ca 60 procent av de rörelsehindrade, närmare 70 procent av de synskadade och drygt 80 procent av de hörselskadade och döva att väntetiderna i samband med service och reparation var rimliga.

Uppföljande kontakt angående hjälpmedel

I enkäten ställdes frågan om det fanns någon hos huvudmannen eller motsvarande som regelbundet kontaktade dem för att höra om deras hjälpmedel fungerade m.m.

Sämst var uppföljningen för döva och hörselskadade. Endast 12 procent hade fått regelbunden uppföljning medan 35 procent önskade det. Av rörelsehindrade hade 34 procent fått någon form av uppföljning medan 30 procent önskade det och 25 procent tyckte inte att det behövdes. För synskadade var motsvarande andelstal 32, 22 resp. 34 procent.

Av de flerhandikappade utvecklingsstörda hade knappt hälften haft regelbunden uppföljning.

Barn och äldre hade i allmänhet fått bättre uppföljning än personer i vuxen aktiv ålder. Det är också främst personer i åldrarna upp till 60 år som uppgett att de fått problem på grund av bristande uppföljning. Spännvidden var stor mellan de olika landstingen när det gällde förekomst av regelbunden uppföljning.

6.3.4 Intervjustudien

Behov av hjälpmedel

Intervjuer gjordes vid hembesök av intervjuare som var sakkunniga inom resp. hjälpmedelsområden. Intervjuer gjordes hos 35 rörelsehindrade, 31 synskadade, 21 hörselskadade och 60 flerhandikappade utvecklingsstörda med rörelsehinder. Följande framställning är en sammanfattning av intervjustudien.

Intervjuer med rörelsehindrade

Med de rörelsehindrade personerna genomgicks de vanligaste dagliga aktiviteterna. Hos dessa fanns 152 olika behov som kunde åtgärdas när det gällde hjälpmedel, dvs. 4,3 i genomsnitt per person. Ytterligare behov fanns men bedömdes inte kunna åtgärdas antingen på grund av miljöskäl eller att hjälpmedel inte finns utvecklade för det aktuella behovet.

Beträffande de ortopedtekniska hjälpmedlen angavs bl.a. att bandage tillverkas i för tunga material och därför var svåra att använda för flera av personerna. Vid tillverkning av korsetter görs avgjutning, men tillverkningen tar så lång tid att kroppen hunnit ändra sig och korsetten passar då inte när den är färdig.

Intervjuarna undersökte också vilka ortopedtekniska hjälpmedel som ordinerats samt hur de passade. Av de nio personer som ordinerats ortopediska skor var det endast två som använde dessa skor och dessa två klarade inte att ta på sina skor själva. Anledningen till att övriga inte använde skorna var bl.a. att man tyckte att de var fula och klumpiga m.m. Några hade löst sitt skopproblem på egen hand bl.a. genom att köpa andra skor eller anlita annan skomakare.

Det vanligaste hjälpmedelsehøvet rörde förflyttning. Det näst vanligaste var att kunna tala, skriva, telefonera (kommunikation) samt att kunna läsa, lyssna på radio, se på TV (informationsinhämtande). Andra behov rörde omgivningskontroll (tända lampor, öppna dörrar etc.). De intervjuade bedömdes ha sammanlagt 28 behov som skulle kunna tillgodoses genom förflyttningshjälpmedel. Det vanligaste var behov av ny rullstol. Av dessa bedömdes de flesta — 10 personer — behöva och klara av en eldriven sådan.

Intervjuer med synskadade

Tillsammans med de 31 synskadade personerna genomgicks olika aktiviteter. Totalt uppmärksammades 75 behov av hjälpmedel dvs. i genomsnitt 2,4 per person. De vanligaste behoven rörde hjälpmedel för att läsa och skriva samt för att ta insulin och testa sin blodsockerhalt.

Intervjuer med hörselskadade

Med de 21 hörselskadade personerna tog man bl.a. upp om hur hörselhjälpmedlen fungerade i de miljöer som de brukade befinna sig i. Många

hörselhjälpmedel är av den arten att de visserligen förbättrar men samtidigt också förändrar tillvaron för den som får dem. Nya problem kan uppstå, omställningen är inte alltid lätt. Bland problemen fanns också attitydproblem både hos den hörselskadade och dennes omgivning.

Intervjuer med flerhandikappade utvecklingsstörda

Såsom tidigare nämnts var flerhandikappade utvecklingsstörda med rörelsehinder som vistades på vårdhem i gruppbostad eller elevhem överrepresenterade i intervjuundersökningen. En så stor andel av denna grupp bor vanligtvis ej på vårdhem eller i gruppbostad och elevhem. Urvalet gjordes medvetet på detta sätt för att få en mer ingående belysning av hur hjälpmedelssituationen är för brukarna i dessa typer av boende.

Det går inte att, som för de övriga grupperna, i exakta tal ange hur stort behovet var av nya eller kompletterande hjälpmedel. Bl.a. på grund av att vissa hjälpmedel på vårdhem räknas som utrustning eller som arbetsredskap åt vårdpersonal och därför inte ordineras som personliga hjälpmedel. Denna grupp är i behov av hjälpmedel för så gott som alla aktiviteter dygnet om, men många av dem saknar väl fungerande hjälpmedel för de vanliga aktiviteterna.

Eftersom många hjälpmedel hör till institutionen är de inte utprovade och anpassade. Detta kan medföra värk och snedställningar för brukarna. Många hjälpmedel saknas helt, t.ex. hjälpmedel för att kunna gå på toaletten.

Enkätundersökningarna i förhållande till intervjuundersökningarna

En jämförelse mellan enkät- resp. intervjuundersökningarna visar bl.a. att det vid intervjuerna kom fram en mer negativ bild av hjälpmedelsanvändarnas situation än den som erhöles genom enkätundersökningarna. Vid intervjubesöken upptäcktes många behov hos brukarna som enligt intervjuerna borde ha tillgodosetts om bostadsanpassnings- och/eller hjälpmedelsverksamheten i dess olika delar fungerat.

6.3.5 Behandlingshjälpmedel

En särskild studie gjordes för att belysa vad som är hjälpmedel och vad som är utrustning för sjukvårdande eller förebyggande behandling av kroniska sjukdomar och/eller kompensation av funktionsnedsättningar i kroppens inre. Studien ger exempel på vilka hjälpmedelsbehov de s.k. behandlingshjälpmedlen skall täcka. En av de få behandlingsutrustningar som i dag tillhandahålls som kostnadsfritt hjälpmedel är UVB-lampor för behandling av sjukdomen psoriasis. Detta har medfört en klart förbättrad behandlingssituation för psoriatiker.

Rapporten utmynnar i att handikapprörelsen tar ställning för att utrustning som används för egen sjukvårdande eller förebyggande behandling och som möjliggör att man kan behandla sig själv eller behandlas i hemmet, på arbetsplatsen etc. skall betraktas som sådana hjälpmedel

som tillhandahålls genom samhällets etablerade hjälpmedelsverksamhet.

6.3.6 Kostnadsfria förbrukningsartiklar

Ett delprojekt har avsett att undersöka hur försörjningen av förbrukningsartiklar fungerar för personer, som på grund av kronisk sjukdom eller varaktigt funktionshinder behöver sådana för egen vård och behandling och/eller för att kompensera ett funktionshinder. Systemet med kostnadsfria förbrukningsartiklar är knutet till vissa diagnoser/funktionshinder. Behov av förbrukningsartiklar för en diagnos och för egenvård/behandling kan medföra stora kostnader för den enskilde medan behov av samma artiklar för en annan diagnos och behandling helt bekostas av samhället.

Syftet med studien om kostnadsfria förbrukningsartiklar har varit att:

1. Beskriva orättvisor i dagens system.
2. Lämna förslag på ett framtida system som tillgodoser behovet av förbrukningsartiklar.
3. Undersöka hur dagens system fungerar och redovisa eventuella önskemål om förändringar.

I studien ingick att undersöka hur de som i dag får förbrukningsartiklar kostnadsfritt tycker att systemet fungerar. Den genomfördes i enkätform till de grupper som använder förbrukningsartiklar. Bortfallet i den undersökningen kan betraktas som betydande, framför allt i inkontinensgruppen. Svaren fördelar sig över alla åldrar och över hela landet.

Trots brister på grund av bortfall m.m. ger studien följande svar i fråga om kostnadsfria förbrukningsartiklar. Generellt ger användarna ett gott betyg åt systemet som helhet. Ca 3/4 i samtliga grupper tycker att systemet fungerar mycket bra.

Förbrukningsartiklarnas betydelse för den enskilde individen kan illustreras med följande förkortade citat ur enkätsvaren. Artiklarna är:

- livsnödvändiga,
- viktiga ur social och psykologisk synpunkt,
- medicinskt viktiga,
- ekonomiskt betydelsefulla.

Även om man anser att systemet fungerar bra finns det dock vissa brister. I det sammanhanget pekar brukarna på följande huvudområden; kostnaden, kvalitet, kunskap och information.

Det är i dag stora skillnader mellan olika diagnos/funktionshindergrupper när det gäller att kostnadsfritt få tillgång till förbrukningsartiklar. Skillnaderna beror främst på att rätten till artiklarna är knuten till diagnos/funktionshinder. T.ex. är injektionsmaterial kostnadsfritt för diabetiker men inte för andra grupper, hudskyddsmedel får vissa grupper kostnadsfritt medan andra måste betala.

Mot bakgrund av en rad exempel på sådana olikheter framhålls i studi-

en att var och en som på grund av en kronisk sjukdom eller varaktigt funktionshinder har behov av förbrukningsartiklar för egen vård och behandling borde erhålla dessa kostnadsfritt. I begreppet kronisk sjukdom borde inbegripas även sådana sjukdomstillstånd som, framför allt hos barn, med tiden kan förändras (t.ex. vissa allergier). Med begreppet varaktigt funktionshinder avses förhållanden som varar mer än sex månader (samma som gäller för t.ex. rätt till färdtjänst). I rapporten framhålls att nuvarande rätt till kostnadsfria förbrukningsartiklar inte bör försämrats. De tre grupperna som ingår i dagens system bör, enligt rapporten, även omfattas av ett utvidgat generellt system som utgår från behovet av artiklar och inte från diagnos. Inga åldersgränser får finnas för rätt till kostnadsfrihet.

7 Kostnader och kostnadsutveckling för hjälpmedel

7.1 Hälso- och sjukvårdshuvudmännens utgifter för hjälpmedel

Utgifterna för inköp av hjälpmedel har ökat successivt sedan samhället i mitten av 60-talet i större skala började tillhandahålla vissa tekniska hjälpmedel till handikappade. Under årens lopp har verksamheten kommit att omfatta allt fler och mer och mer tekniskt avancerade hjälpmedel.

I detta kapitel kommer vi att redovisa kostnaderna för de hjälpmedel som hälso- och sjukvårdshuvudmännen svarar för. Hjälpmedel som ligger utanför hälso- och sjukvårdshuvudmännens kostnadsansvar är främst arbetshjälpmedel, vissa skolhjälpmedel, kostnadsfria förbrukningsartiklar samt texttelefoner. Redovisningen är också avgränsad till de kostnader som avser inköp av produkter eller tjänster. Detta innebär att personalkostnader samt kostnader för lokaler, transporter, m.m. som hälso- och sjukvårdshuvudmännen svarar för ligger utanför de kostnader som redovisas här.

Den samlade kostnaden för hälso- och sjukvårdshuvudmännens inköp av hjälpmedel var för år 1987 ca 1,2 miljarder kr. vilket motsvarar i genomsnitt 147 kr. per invånare. Av dessa kostnader finansierades 57 procent av en särskild hjälpmedelsersättning från den allmänna sjukförsäkringen, medan hälso- och sjukvårdshuvudmännen svarar för resterande 43 procent.

Utgifterna för inköp av hjälpmedel har mellan åren 1978—1987 ökat med ca 195 procent i löpande priser, vilket motsvarar ca 45 procent i fasta priser. I tabell 7.1 redovisas kostnaderna för hjälpmedel samt försäkringsersättningens storlek och andel under perioden 1978—1987.

Hjälpmedelsersättningen ges till hälso- och sjukvårdshuvudmännen i relation till befolkningsunderlaget. En mindre del av bidraget avdelas för finansiering av Handikappinstitutet. Hjälpmedelsersättningens storlek fastställs vanligtvis vid de återkommande överläggningarna mellan staten och hälso- och sjukvårdshuvudmännen angående ersättning från sjukförsäkringen till öppen och sluten sjukvård m.m.

Under perioden 1978—1989 har hjälpmedelsersättningen ökat från 41 kr. per inv. till 85:00 kr per inv. I detta ingår bidraget till Handikappinstitutet som 1988 var 4:10 kr. per invånare. Två förändringar i verksamhe-

Tabell 7.1 Hjälpmedelskostnader och hjälpmedelsersättning åren 1978-1987, löpande och fasta priser.1) Milj. kr.

År	Hjälpmedelskostn. 2)		Hjälpmedelsers.		Hjälpmedelsers. andel (%) av kostnaderna
	löpande priser	fasta priser	löpande priser	fasta priser	
1978	419	419	339	339	81
1979	480	446	340	316	71
1980	523	429	494	405	94
1981	590	431	495	361	84
1982	660	449	599	407	91
1983	829	513	600	372	75
1984	963	549	630	359	66
1985	1070	567	639	339	61
1986	1120	571	641	327	60
1987	1238	607	711	348	57
% ökning					
1978-1987	195	45	110	3	

1) Konsumentprisindex

2) Beräknad kostnad med hjälp av LKELP statistik 1978—1982 samt Handikappinstitutets enkäter åren 1983—1987

tens innehåll har inträffat under dessa år. År 1982 fick hälso- och sjukvårdshuvudmännen ansvar för uppbyggnaden av tolktjänsten. År 1984 överfördes kostnadsansvaret för vissa skolhjälpmedel till hälso- och sjukvårdshuvudmännen. År 1987 höjdes hjälpmedelsersättningen senast. För åren 1988 och 1989 är den totala bidragsnivån oförändrad.

Trots att bidraget nära nog har fördubblats sedan år 1978, har den statliga andelen av finansieringen minskat sedan år 1982, från ca 91 till ca 57 procent år 1987.

De 1,2 miljarder kr. som går till inköp av hjälpmedel utgör omkring 1,5 procent av driftkostnaderna för hälso- och sjukvården. Till inköpskostnaden skall kostnader för lagerhållning, utprovning och annan hantering av hjälpmedel läggas (annat än i de fall dessa lagts ut på entreprenad, t.ex. de ortopedtekniska verkstäderna). Det innebär att hälso- och sjukvårdshuvudmännens kostnader för personal, lokaler, transporter och underhåll etc. tillkommer utöver de ovan redovisade kostnaderna.

Den totala kostnaden för inköp, utprovning, administration och distribution av hjälpmedel kan inte redovisas eftersom utprovning och hantering av hjälpmedel i många fall ingår som en del av annan verksamhet och därför är svår att särskilja. Uppskattningvis torde "kringkostnaderna" emellertid vara minst lika stora som inköpskostnaden.

För att exemplifiera omfattningen av dessa "kringkostnader" kan resultatet från en undersökning av elmanövrerade sängar nämnas.¹ I denna undersökning har kostnaderna för utprovning och underhåll uppskattats till ca 40—50 procent av inköpskostnaden. Utöver detta tillkommer de gemensamma administrations- och distributionskostnaderna inom hjälpmedelsverksamheten.

¹ Bengtsson U, Fors A, Elektrisk säng som handikapphjälpmedel — Nyttan större än kostnaden. Institutionen för medicinsk rehabilitering, Göteborgs Universitet 1986.

Även om studien av elsängar visar att kringkostnaderna utgör omkring halva inköpskostnaden kan man inte dra slutsatsen att detta gäller för samtliga hjälpmedel då dessa kostnader inte är direkt proportionella mot inköpskostnaden.

Andra exempel på de övriga kostnadernas omfattning kan hämtas från den ortopedtekniska verksamheten.

Göteborgs kommun och Jönköpings läns landsting är två av de totalt fyra hälso- och sjukvårdshuvudmän som bedriver den ortopedtekniska verksamheten i egen regi. Enligt de uppgifter som lämnats i hjälpmedelsutredningens enkät är personalkostnader och övriga kostnader inom denna verksamhet i Göteborg nästan dubbelt så stora och i Jönköpings län ungefär lika stora som inköpskostnaderna för hjälpmedel.

Om vi antar att kostnaderna för personal, transporter etc. är lika stora som inköpskostnaden skulle hälso- och sjukvårdshuvudmännens totala kostnader för att tillhandahålla hjälpmedel vara omkring 2,5 miljarder kr., vilket motsvarar drygt 3 procent av hälso- och sjukvårdens driftkostnader. Den fortsatta redovisningen av kostnadsutvecklingen kommer att begränsas till de uppgifter om kostnader (huvudsakligen inköpskostnader) som har särredovisats i landstingens redovisningsstatistik (LKELP), Handikappinstitutets enkäter samt hjälpmedelsutredningens enkät.

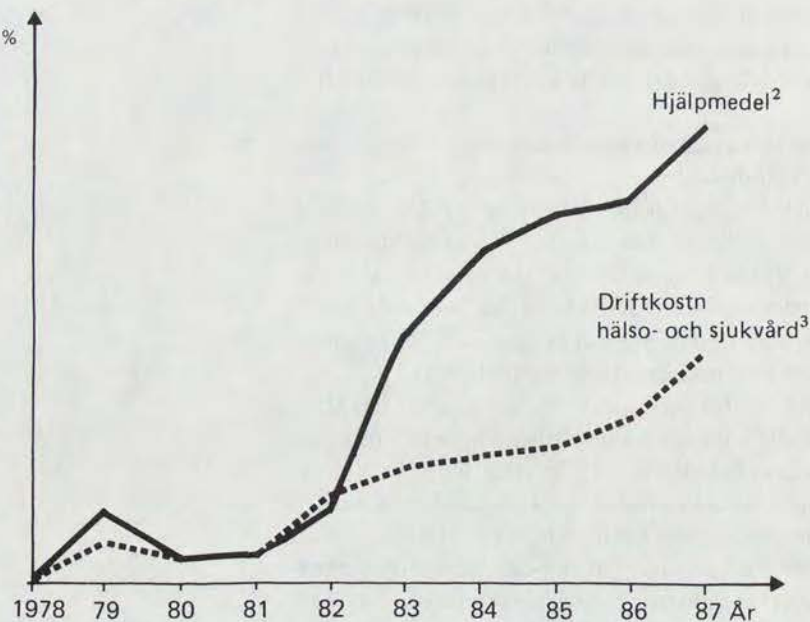
7.2 Kostnadsutveckling

Under perioden 1978—1987 har kostnadsökningen för inköp av hjälpmedel varit mer omfattande än ökningen av driftkostnaderna inom hälso- och sjukvården totalt sett. Detta innebär att hjälpmedelskostnadernas andel av driftkostnaderna för hälso- och sjukvård ökat något.

I figur 7.1 redovisas kostnadsutvecklingen under perioden 1978—1987, dels för hälso- och sjukvårdens drift totalt (exkl. tandvård), dels för inköp av hjälpmedel. Ökningen under perioden var i fasta priser knappt 20 procent för hälso- och sjukvården totalt, medan hjälpmedelskostnaden ökade med ca 45 procent.

Kostnadsökningen för hjälpmedel var under denna period speciellt omfattande mellan åren 1982—1985. År 1982 fick hälso- och sjukvårdshuvudmännen ansvar för tolktjänsten och år 1984 överfördes skolhjälpmedel till huvudmännen. I vilken utsträckning detta har påverkat kostnadsutvecklingen framgår inte av materialet, men det kan naturligtvis vara dessa tillskott i verksamheten som förklarar en del av kostnadsökningen under dessa år. Efter en kort period av lägre ökningstakt mellan åren 1985—1986, ökade kostnaderna i fasta priser med drygt 6 procent mellan åren 1986—1987. Totalt för perioden 1978—1987 ökade kostnaderna för hjälpmedel med i genomsnitt 4 procent per år i fasta priser.

Som jämförelse till den 45-procentiga ökningen av hjälpmedelskostnaderna kan nämnas att läkemedel som finansieras via sjukförsäkringen ökade med ca 15 procent under perioden 1978—1987. De läkemedel som ingår i landstingens driftkostnader hade en betydligt lägre ökning på ca 7



Figur 7:1 Kostnadsutveckling 1978—1987, fasta priser¹.

1) Konsumentprisindex

2) Inköp av hjälpmedel, 1978—1982 LKELP-stat, 1983 — Handikappinst enkät

3) Driftkostn för hälso- och sjukvård exkl tandvård, kostnader för egen konsumtion

procent medan de kostnadsfria förbrukningsartiklarna ökade hela 150 procent i fasta priser mellan åren 1978—1987.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att kostnadsutvecklingen under det senaste decenniet var kraftigare inom hjälpmedelsverksamheten än för hälso- och sjukvården generellt. I kapitel 8 redovisas en analys av tänkbara orsaker till denna omfattande kostnadsökning inom hjälpmedelssektorn.

7.3 Hjälpmedelskostnadernas variationer mellan landstingsområden

I årliga enkäter till hälso- och sjukvårdshuvudmännen har Landstingsförbundet för åren 1983 och 1984 resp. Handikappinstitutet fr.o.m. 1985, samlat in uppgifter över kostnader för inköp av hjälpmedel.

I tabell 7.2 har kostnaden per invånare hos de olika hälso- och sjukvårdshuvudmännen beräknats. Då kostnaderna kan variera relativt kraftigt mellan två på varandra följande år, har ett genomsnitt för år 1986 och

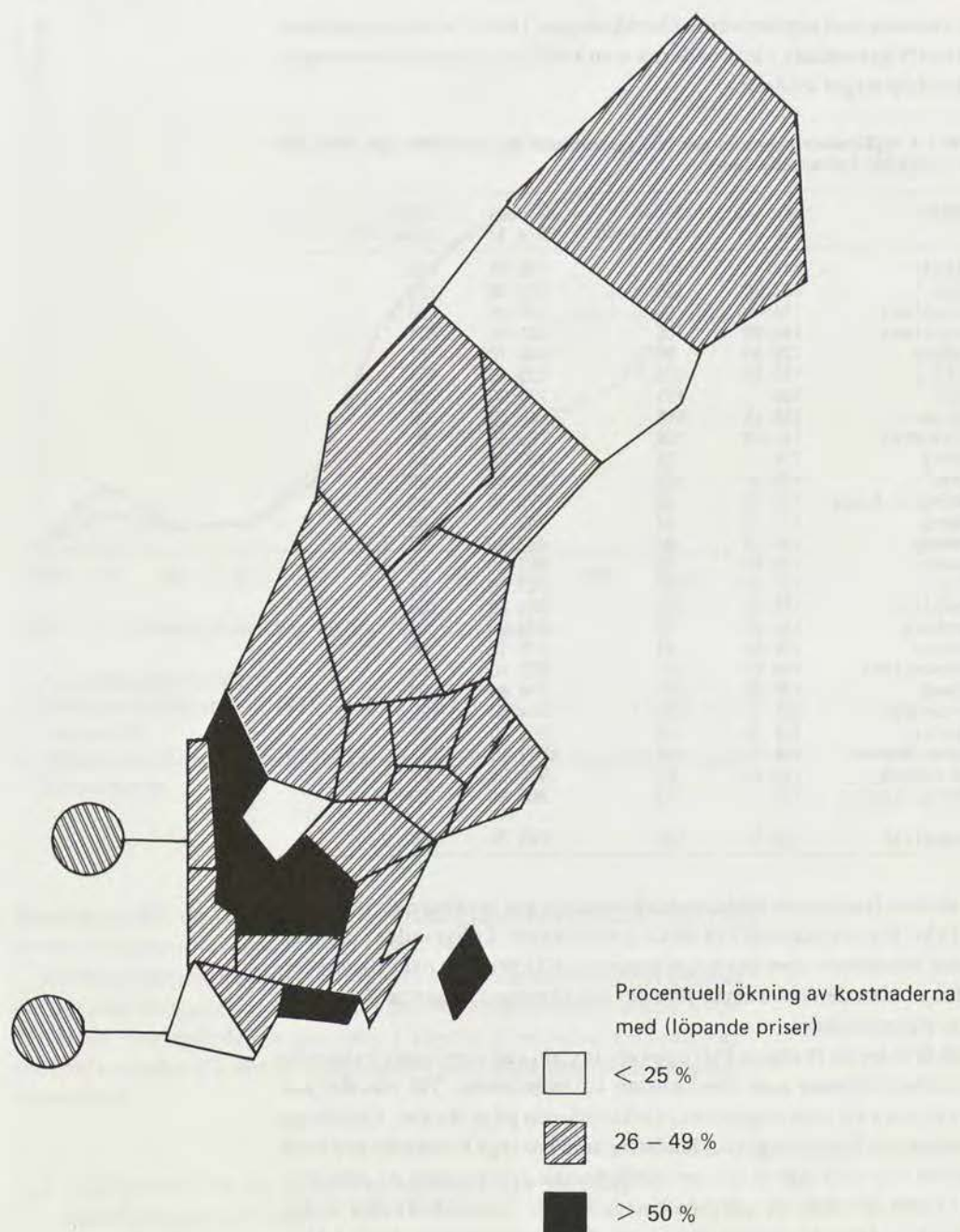
1987 använts som utgångsvärde i beräkningen. Detta för att i någon mån minska ett genomslag i kostnaderna som kan fås på grund av onormalt stora inköp något av åren.

Tabell 7.2 Hjälpmedelskostnad per inv. (genomsnitt av åren 1986 och 1987) för hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

Huvudman	per inv. 0-w år	Index riket=100	per inv. 65-w år	Index riket=100
Stockholm	142: -	101	916: 70	116
Uppsala	147: 60	105	973: 30	123
Södermanland	134: 40	96	748: 90	95
Östergötland	148: 60	106	821: 50	104
Jönköping	120: 20	86	640: 10	81
Kronoberg	150: 80	108	823: 40	104
Kalmar	158: -	113	779: 30	99
Blekinge	163: 10	116	849: 50	108
Kristianstad	147: 40	105	759: 90	96
Malmöhus	131: -	93	785: 20	99
Halland	148: 50	106	855: 60	108
Göteborgs o Bohus	123: 30	88	779: 40	99
Älvsborg	132: 10	94	743: -	94
Skaraborg	126: 30	90	683: 30	87
Värmland	132: 40	95	667: 20	85
Örebro	142: 60	102	723: 60	92
Västmanland	146: 90	105	859: 80	109
Kopparberg	134: 80	96	674: 90	86
Gävleborg	131: 80	94	670: 30	85
Västernorrland	169: 40	121	872: 10	110
Jämtland	146: 90	105	714: 60	90
Västerbotten	158: 30	113	944: 80	120
Norrbottnen	154: 30	110	1006: 40	127
Gotlands kommun	188: 40	134	1043: 10	132
Malmö kommun	111: 10	79	521: 10	66
Göteborgs kommun	125: -	89	658: 50	83
Riksmedeltal	140: 10	100	789: 70	100

Av tabellen framgår att hjälpmedelskostnaden per invånare varierar från 111:10 kr. per invånare till 188:40 kr. per invånare. Enligt index i tabellen låg den huvudman som har högst kostnad ca 34 procent över riksmedelvärdet, medan den huvudman som har lägst kostnad ligger ca 20 procent under riksmedeltalet.

Det är svårt att få någon klar uppfattning om vad som ligger bakom de kostnadsvariationer som finns mellan huvudmännen. Till viss del kan orsaken vara att man organiserar verksamheten på olika sätt. Göteborgs kommun och Jönköpings läns landsting som har låga kostnader per invånare har t.ex. inte lagt ut den ortopedtekniska avdelningen på entreprenad. Detta innebär att personalkostnader för ortopedtekniska avdelningen hos dessa huvudmän ligger utanför redovisningen. Även i Älvsborgs och Örebro läns landsting bedriver man den ortopedtekniska verksamheten i egen regi utan att detta på samma sätt som för de två andra huvudmännen ger speciellt låga kostnader per invånare. Hur mycket av verksamheten i övrigt som sköts i egen regi är det svårt att få en uppfattning om. Troligt är dock att det varierar mellan huvudmännen. Det är inte heller nödvändigt att lägga ut hela verksamheten på entreprenad.



*Figur 7.2 Kostnadsutveckling per hälso- och sjukvårdshuvudman under pe-
rioden 1983/1984 – 1986/1987, löpande priser*

Källa: Landstingsförbundet/Handikappinstitutet

Utomstående företag kan t.ex. komma in tillfälligt eller ta över delar av en verksamhet. Olika omfattning av dessa främmande tjänster är förmodligen en av förklaringarna till variationer i inköpskostnaderna.

En annan orsak till variationer mellan huvudmännen är att man hos vissa huvudmän bokför vissa hjälpmedel på hjälpmedelsbudgeten medan man hos en annan huvudman valt att inte belasta hjälpmedelskontot med dessa hjälpmedel.

Återanvändningsfrekvens, inköpsrutiner, kostnadskontroll etc. är också faktorer som kan påverka kostnaderna och utgöra förklaring till variationerna mellan huvudmännen.

Ytterligare en tänkbar orsak till variationer i kostnaderna mellan huvudmännen är skillnader i befolkningens åldersstruktur. Majoriteten av hjälpmedelsanvändarna är över 65 år och ju större andel av befolkningen som är över denna ålder desto högre torde kostnaderna för hjälpmedel vara. Som framgår av tabell 7.2 kvarstår dock variationerna mellan huvudmännen även då viss hänsyn har tagits till åldersstrukturen.

Även kostnadsutvecklingen visar på relativt kraftiga variationer mellan huvudmännen. I figur 7.2 har en jämförelse gjorts mellan den genomsnittliga kostnaden per invånare åren 1983—1984 och genomsnittet för 1986—1987 i löpande priser. Kostnadsökningen totalt var ca 30,5 procent under denna period.

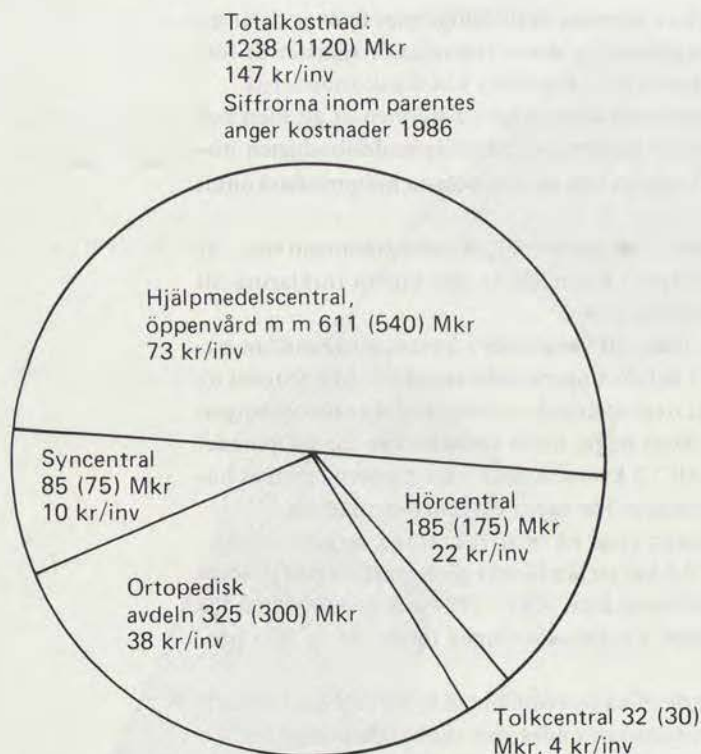
Kostnadsutvecklingen för de olika huvudmännen tycks inte ha inneburit att olikheterna i nivå har utjämnats under den studerade perioden.

Även om det kan konstateras att kostnaderna varierar mellan huvudmännen kan man inte utifrån detta dra slutsatsen att försörjningen av hjälpmedel till befolkningen i olika delar av landet följer detta mönster. Det är inte självklart att den huvudman som har de högsta kostnaderna har den "bästa" hjälpmedelsverksamheten. Inte heller torde det vara så att de som har lägre kostnader nödvändigtvis bedriver en sämre verksamhet. Skillnaderna mellan huvudmännen kan som nämnts bl.a. avspegla olika sätt att organisera och redovisa hjälpmedelshanteringen. Slutsatser om eventuella skillnader mellan huvudmännen vad gäller tillgodoseendet av hjälpmedelsbehovet måste därför också bygga på uppgifter om verksamhetens innehåll samt en utvärdering av verksamhetens kvalitet och effektivitet.

7.4 Kostnader och kostnadsutveckling inom olika delar av verksamheten

Hjälpmedelskostnadernas fördelning på de olika verksamhetsgrenarna år 1987 framgår av följande figur.

Det har tidigare nämnts att de ortopedtekniska avdelningarna hos ett fåtal (fyra st.) huvudmän bedrivs i egen regi. Hos de övriga huvudmännen har man lagt ut verksamheten på entreprenad. Detta medför att en stor del av kostnaderna för de ortopedtekniska avdelningarna avser personal, medan de övriga verksamheterna (med undantag för tolkverksamheten) huvudsakligen avser inköp av produkter, reservdelar etc. Jämfö-



Figur 7.3 Inköpskostnader för hjälpmedel år 1987 fördelade på olika hjälpmedelsenheter.

Källa: Handikappinstitutet

relsen mellan de olika verksamheterna kommer därför att bli något missvisande och den ortopedtekniska verksamhetens andel av "inköpskostnaderna" blir överskattad, även om man inom övriga verksamhetsgrenar också har viss entreprenadverksamhet.

Kostnadsutvecklingen åren 1982–1986 inom de olika verksamhetsområdena har varit något olika. I tabell 7.3 redovisas uppgifter om de olika enheternas utveckling. I tabellen ingår inte tolkcentralerna då dessa under perioden varit i ett uppbyggnadsskede och uppgifter om kostnader för de båda åren endast kunnat lämnas av ett fåtal huvudmän.

Tabell 7.3 Kostnadsutveckling åren 1982–1986 för inköp och främmande tjänster vid olika hjälpmedelsenheter

Enhet	procentuell ökning	
	löpande priser	fasta priser 1)
Hjälpmedelscentraler (18 huvudmän)	83	39
Hörcentraler (15 huvudmän)	74	32
Syncentraler (17 huvudmän)	38	5
Ortopedtekn. avd. (24 huvudmän)	41	7

1) Enligt konsumentprisindex

Källa: Hjälpmedelsutredningens enkät

Hjälpmedelscentralernas och hörcentralernas kostnader har således ökat betydligt mer än kostnaderna för syncentraler och de ortopedtekniska avdelningarna. Av vår enkät framgår dock att variationerna i kostnadsutveckling för de olika enheterna är relativt stora mellan de olika huvudmännen. För samtliga gäller dock att den ortopedtekniska verksamheten haft en lägre ökningstakt än hela hjälpmedelsverksamheten. Likaså har en stor majoritet av huvudmännen redovisat en högre ökningstakt för hjälpmedelscentralernas kostnader än kostnadsökningen totalt för hjälpmedelsverksamheten.

Med utgångspunkt från de uppgifter som samlats in har Handikappinstitutet gjort uppskattningar av inköpskostnaden för olika grupper av hjälpmedel. (Tabell 7.4). Dessa visar att ortoser och proteser är den kostnadsmässigt största hjälpmedelsgruppen. I denna kostnad ligger även, i den mån produkterna utprovas hos entreprenör, personalkostnader och övriga omkostnader, vilket inte ingår för de produktgrupper som utprovas av landstingets personal. Ser man enbart till produktkostnader torde

Tabell 7.4 Inköpskostnader för hjälpmedel åren 1986 och 1987 fördelade på huvudgrupper enligt hjälpmedelsförteckningen. Milj. kr.

Produkter och produktgrupper	1986	1987	1986	1987
Behandling & Träning	90	90		
-hjärtstimulatorer			55	60
Ortoser, proteser	385	420		
-ortoser			170	175
-extremitetsproteser			65	80
-kosmetiska proteser			40	45
-ortopediska skor			110	115
Personlig vård	40	50		
Förflyttning	260	283		
-gånghjälpmedel typ I			15	15
-gånghjälpmedel typ II			30	35
-manuella rullstolar			105	110
-eldrivna rullstolar			70	70
-personlyftar			10	15
Hushåll	5	5		
Anpassning av bostäder och andra lokaler	60	65		
-stolar			20	22
-sängar			25	27
Kommunikationshjälpmedel	270	315		
-optiska hjälpmedel			40	45
-skriv-, text-, ordbe-handlings- och samtals-hjälpmedel			8	15
-hörapparater			95	120
-glasögonbidrag till barn och ungdom			40	40
-tolktjänst			30	30
Hantering av andra produkter	10	10		
Summa	1 120	1 238		

Källa: Handikappinstitutet

således såväl kommunikationshjälpmedel som hjälpmedel för förflyttning kosta mer än ortoser och proteser.

I detta sammanhang kan det också vara värt att nämna att man inom hjälpmedelsverksamheten uppskattar att volymmässigt omkring 80 procent av antalet utlämnade hjälpmedlen avser s.k. enkla hjälpmedel. Med enkla hjälpmedel avses produkter som är relativt billiga och inte kräver någon omfattande utprovning eller anpassning. Till stor del rör det sig om hjälpmedel för "det dagliga livets aktiviteter" samt enkla behandlingshjälpmedel som t.ex. mjuka ortoser. De enkla hjälpmedlen tar ca 20 procent av inköpskostnaderna i anspråk.

7.5 Kostnads- och volymutveckling för några enskilda hjälpmedel

I den enkät som hjälpmedelsutredningen sänt ut till sju huvudmän ingick bl.a. frågor om volym och kostnader under perioden 1982—1986 för ett antal enskilda hjälpmedel. Dessa uppgifter har sedan i vissa fall kompletterats med statistik från SUB (Sjukvårdshuvudmännens upphandlingsbolag) samt för ortopediska produkter från LIC-ortopedi.

De enskilda hjälpmedel som kommer att tas upp här omfattar ca 70 procent av de totala inköpskostnaderna. Redovisningen omfattar:

- rullstolar
- sängar och sänglyftar
- personlyftar
- hörapparater
- proteser
- ortoser
- skor och skoinlägg
- glasögon

För varje hjälpmedel redovisas prisutvecklingen under perioden 1982—1986 med utgångspunkt från de genomsnittspriser som SUB beräknat. Det kan vara svårt att tolka prisutvecklingen i många fall. Detta på grund av att produkterna kan ha utvecklats. Det har kanske tillkommit funktioner eller också har materialet och utförandet förändrats, osv. Även sammansättningen av olika "produkttyper" inom produktgruppen kan ha förändrats, t.ex. ökar andelen elsängar bland sängarna, s.k. allt-i-örat apparater bland hörapparaterna etc. Detta försvårar naturligtvis en tydlig och rättvisande bild av prisförändringarna.

För att i någon mån ta hänsyn till penningvärdesförändringarna under perioden har prisutvecklingen beräknats i fasta priser med konsumentprisindex (KPI) som bas. De produkter som redovisas är ofta i hög utsträckning importvaror, varför KPI inte är det ideala prisjusteringsinstrumentet. I detta sammanhang har dock KPI visat sig vara det bästa tillgängliga måttet.

7.5.1 Rullstolar

Omkring 180 milj. kr. eller ca 15 procent av hjälpmedelskostnaderna gick år 1986 till inköp av rullstolar. Av denna kostnad avser ca 60 procent manuella rullstolar medan 40 procent användes för inköp av eldrivna rullstolar.

Handikappinstitutets rekommendation vid ordination av rullstol är följande:

Rullstol ordinerar handikappade som har behov av den för sin förflyttning. Rörelsehindret behöver inte vara av ortopedisk natur utan ordination kan även ske om förflyttningssvårigheterna beror på t.ex. hjärtsvaghet eller följd tillstånd efter lungsjukdom.

Rullstolen bör alltid provas ut i den miljö och under de förhållanden där den ska användas. Det är viktigt att den rörelsehindrade får möjlighet att prova olika modeller och erbjuds en tillräckligt lång träningsperiod under varierande förhållanden.

Manuella rullstolar

Antalet rullstolar i olika utföranden som finns upptagna i Handikappinstitutets sortimentsförteckning är för närvarande ca 110. Ingen större förändring i detta antal har inträffat sedan år 1982.

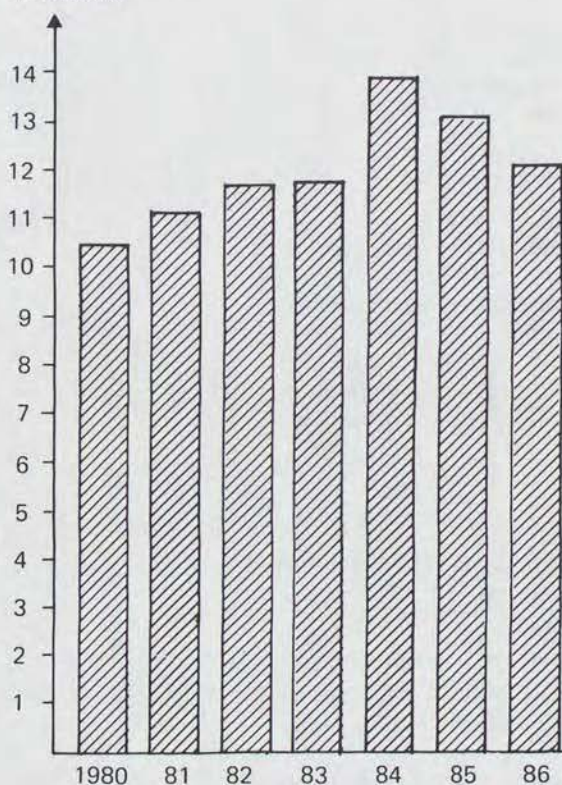
År 1986 inköpte hälso- och sjukvårdshuvudmännen över hjälpmedelsbudgeten manuella rullstolar till ett värde av ca 105 milj. kr. Antalet sålda rullstolar per år ökade mellan 1980 och 1984 för att sedan minska under åren 1985 och 1986.

Under 1980-talet har en ny typ av lätta manuella rullstolar, s.k. aktivrullstolar, kommit in på marknaden och stadigt ökat i andel av de sålda rullstolarna. År 1986 var ca 20 procent av de manuella rullstolarna av denna typ.

Prisutvecklingen för manuella rullstolar är svår att bedöma eftersom det rör sig om så många olika modeller med olika tillbehör etc. Något genomsnittspris för manuella rullstolar har inte heller ansetts meningsfullt att beräkna. I ett försök till analys av prisutvecklingen för tre olika modeller (ej aktivstolar) som gjorts av SUB, har priserna legat såväl över som under KPI under perioden 1977/78—87/88. En jämförelse av prisutvecklingen för två olika aktivrullstolar pekar på en nivå något över den allmänna prisutvecklingen.

Av de sju hälso- och sjukvårdshuvudmän som tillfrågats om pris- och volymutveckling för olika hjälpmedel har fyra kunnat lämna uppgifter om inköpskostnaden för manuella rullstolar åren 1982—1986. För dessa fyra huvudmän tillsammans har kostnaden för rullstolar ökat med ca 74 procent under fyraårsperioden. I fasta priser stannar ökningen vid ca 32 procent. Eftersom den totala volymen sålda rullstolar inte ökat i motsvarande grad mellan åren 1982 och 1986 (hur det är med inköpen i de fyra landstingen framgår inte av enkäten) torde den ökade inköpskostnaden i första hand bero på en förändring i valet av olika stolstyper, bl.a. en övergång till de dyrare aktivstolarna.

Antal
(tusentals)



Figur 7.4 Antalet sålda manuella rullstolar åren 1980—1986.

Källa: SUB

Inte någon av de tillfrågade sju huvudmännen har besvarat frågan om hur många personer i olika åldrar som för närvarande har manuell rullstol i hemmet.

I en studie av återanvändning i Örebro läns landsting uppskattades andelen återutlämnade rullstolar utgöra ca 75 procent av de utlämnade stolarna. I Stockholms läns landsting uppger man en något lägre återanvändningsfrekvens, ca 60 procent. Mot bakgrund av att hälso- och sjukvårdshuvudmännen totalt köpte drygt 12 000 rullstolar år 1986 skulle antalet utlämnade rullstolar för hela landet med en grov skattning vara mellan 30 000 och 48 000 under ett år, varav många säkert endast för en kortare period för att sedan på nytt lämnas till någon annan behövande.

Eldrivna rullstolar

Handikappinstitutets rekommendation om när en elrullstol skall ordinerar har följande lydelse:

Om den handikappades förflyttningsbehov inte tillgodoses av en manuell rullstol bör en eldriven ordinerar.

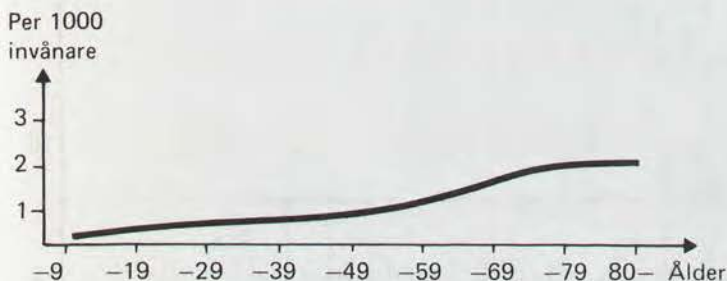
En förutsättning bör vara att den handikappade kan köra rullstolen utan att utsätta sig själv eller andra för fara. Den som bedömer detta måste ta hänsyn både till det aktuella handikappet och till faktorer som syn, hörsel, psykiskt tillstånd osv.

Eldrivna rullstolar finns dels för inomhusbruk, dels för utomhusanvändning, inom varje kategori finns ett tiotal olika modeller rekommenderade.

De eldrivna rullstolarna tillhör de mer kostsamma hjälpmedlen. Genomsnittspriset var år 1986 ca 33 100 kr. I detta pris ingår då inte anpassning och eventuella extra tillbehör samt moms. Prisutvecklingen under perioden 1982—1986 har legat något under konsumentprisindex.

Antalet elrullstolar som bekostades av samhället var i början av 1970-talet ca 450—500 per år. Leverantörsstatistik från SUB visar att år 1980 var antalet sålda elrullstolar drygt 700, medan det år 1986 såldes 1 030 eldrivna rullstolar.

Antalet personer per 1 000 invånare i olika åldersklasser som år 1986 hade en eldriven rullstol har uppskattats med ledning av material från fyra huvudmän. Till skillnad från många andra hjälpmedel ökar inte de eldrivna rullstolarnas antal per 1 000 invånare i lika hög grad i de högre åldrarna.



Figur 7.5 Uppskattat antal personer per 1 000 invånare i olika åldersklasser som år 1986 har en eldriven rullstol i hemmet.

Återutlämningsfrekvensen för eldrivna rullstolar är enligt studien i Örebro läns landsting relativt låg, ca 20—25 procent. Detta beror troligen på att många elrullstolar är specialanpassade och att de knappast ges för ett mer tillfälligt bruk, utan de som behöver en elrullstol använder den oftast under lång tid.

7.5.2 Sängar och sänglyftar

Antalet sängar som utlämnades som hjälpmedel var i början av 1970-talet mellan 5—15 per år. Sängar var i den tidens hjälpmedelsförteckning från socialstyrelsen upptagna under rubriken "särskilt kostsamma hjälpmedel" och det rörde sig om s.k. tippsängar.

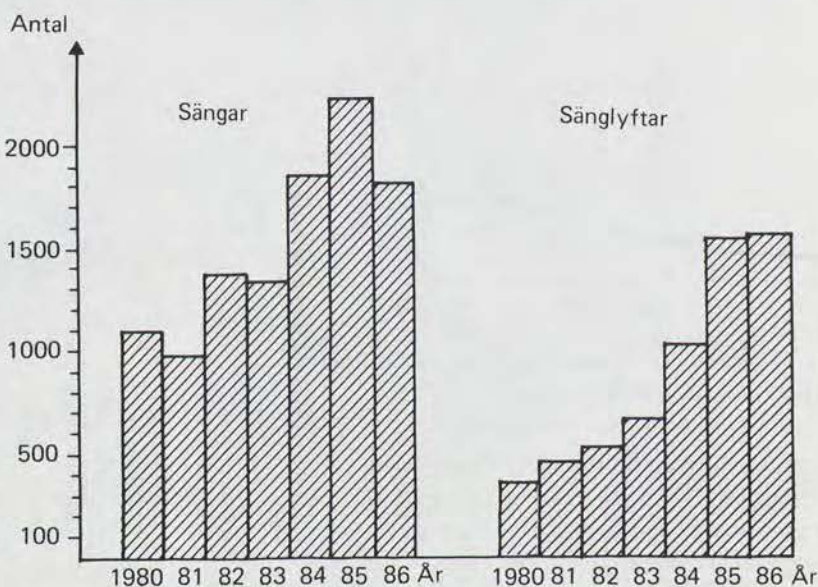
Sedan dess har antalet typer av sängar som kan ordineras som hjälpmedel ökat. För närvarande finns 14 manuella och 17 elmanövrerade

sängar på Handikappinstitutets sortimentsförteckning. Sänglyftar har också förts upp på hjälpmedelsförteckningen och finns i tre olika utföranden.

För ordination av sängar anges i hjälpmedelsförteckningens s.k. regelverk följande:

För att underlätta vård i hemmet av äldre, handikappade eller sjuka personer har Handikappinstitutet fört upp sängar på hjälpmedelsförteckningen. En del av dessa sängar har, förutom funktioner som enbart är till för den sängliggande, även vissa funktioner, som i huvudsak är till för vårdaren/medhjälparen. En hydrauliskt/mechaniskt höj- och sänkbar säng kan därför ibland ordinerar i stället för en elektriskt höj- och sänkbar säng. Dock bör en säng, som enbart är till för att underlätta för vårdaren/medhjälparen, ej ordinerar som handikapphjälpmedel.

År 1986 såldes som utrustning i hemmet ca 1 800 sängar och 1 600 sänglyftar till hälso- och sjukvårdshuvudmännen. I figur 7.6 visas volymutvecklingen för sängar och sänglyftar mellan åren 1980 och 1986. Av de sålda sängarna år 1986 var ca 1/4 manuellt manövrerade medan resten var eldrivna.

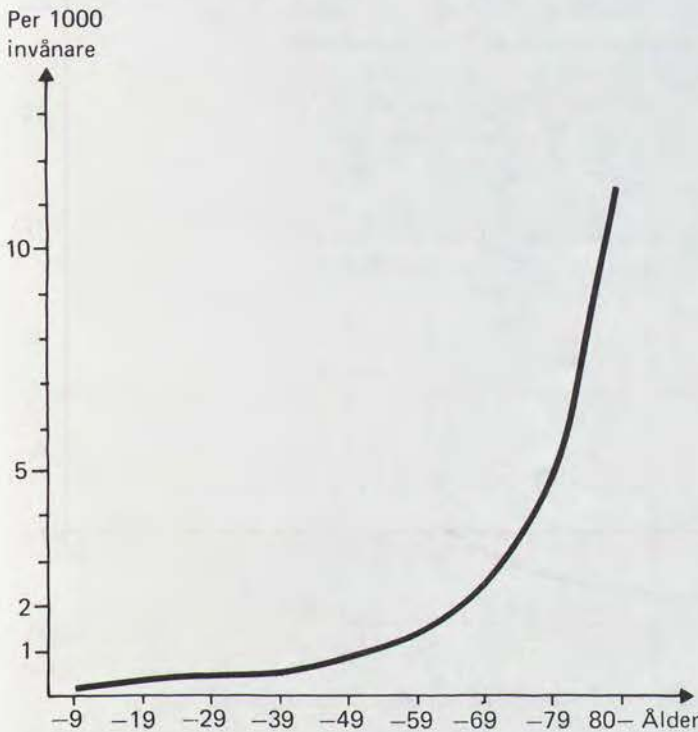


Figur 7.6 Antal sålda sängar och sänglyftar åren 1980-1986.

Genomsnittspriset för sängar såväl manuella som elmanövrerade var ca 4 800 kr. år 1986. Detta är visserligen ca 2 000 kr. högre än priset år 1980, men tar man hänsyn till den allmänna prisutvecklingen samt att de något dyrare elmanövrerade sängarna har en större andel år 1986, kan prisutvecklingen anses ha varit måttlig på detta sortiment under perioden 1980-1986.

För sänglyftar som år 1986 hade ett medelpris på ca 4 000 kr. har prisutvecklingen mellan åren 1980—1986 legat något under den allmänna prisutvecklingen enligt konsumentprisindex.

I den enkät som utredningen ställt till sju hälso- och sjukvårdshuvudmän har fyra av dessa angivit att samtliga "sängar i hemmet" belastar hjälpmedelsverksamhetens budget. Tre av dessa fyra har också lämnat uppgifter över hur många personer i olika åldrar som 1986 hade en säng och/eller sänglyft som hjälpmedel i hemmet. Med dessa uppgifter som utgångspunkt har antalet per 1 000 invånare i olika åldrar som har en säng/-lyft i hemmet uppskattats.



Figur 7.7 Uppskattat antal personer per 1 000 invånare i olika åldersklasser som har en manuell eller eldriven säng och/eller sänglyft som hjälpmedel (1986).

En del av de sängar/-lyftar som ordinerats är återutlämnade. Studien från Örebro läns landsting visar att av de utlämnade sängarna under ett år var hela 60 procent återanvända medan resterande var nyinköpta. Andelen återanvända sänglyftar var 48 procent.

För år 1987 beräknade Handikappinstitutet att kostnaden för huvudmännens inköp av sängar och sänglyftar i hela landet var ca 27 milj. kr.

Sängar och sänglyftar tillhör de hjälpmedel som ökat starkt på grund av den pågående förändringen mot ett ökat kvarboende eller boende i hemliknande former inom framför allt äldreomsorgen. De uppgifter som

vi haft tillgång till visar att det är något olika var man väljer att bokföra sängar och sänglyftar i hemmen. Hos några huvudmän belastar samtliga sängar i hemmen hjälpmedelskontot (där tycks också kostnadsökningen ha varit störst) medan andra huvudmän endast tar upp vissa sängar och sänglyftar som hjälpmedel.

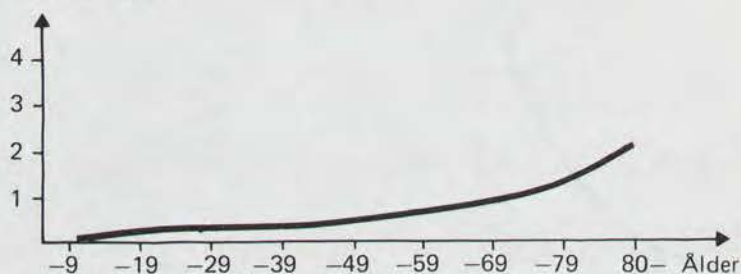
7.5.3 Personlyftar

Personlyftar är antingen mobila eller stationära lyftar för hemmabruk. Även badkars- och toalettstolsmonterade lyftar ingår under denna rubrik i hjälpmedelsförteckningen. Däremot ingår inte lyftar till bil eller trapphissar, hissar och lyftplattor. Produktgruppen omfattar för närvarande 26 olika produkter. Handikappinstitutet har beräknat att huvudmännen under år 1987 köpte in personlyftar för 15 milj. kr.

Fyra av de sju tillfrågade huvudmännen i utredningens enkät har kunnat ange antalet utlämnade personlyftar per år under perioden 1982—1986. Tillsammans har antalet lyftar i dessa fyra områden nästan fördubblats under de fem åren.

På grundval av uppgifter från tre huvudmän har antalet personer per 1 000 invånare som har personlyft beräknats för olika åldrar år 1986, fig. 7.8.

1000 invånare



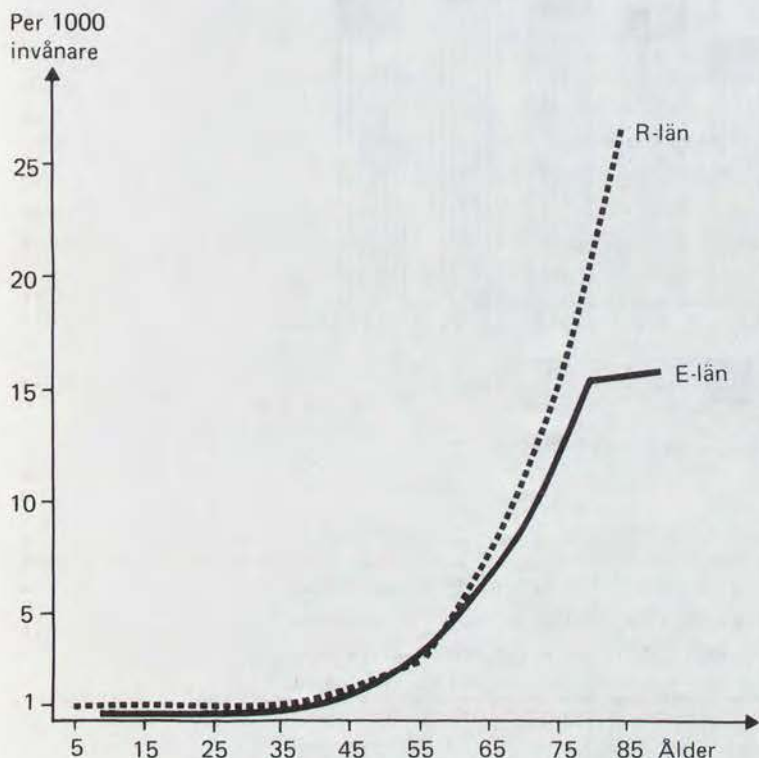
Figur 7.8 Uppskattat antal personer per 1 000 invånare i olika åldersklasser som har en personlyft i hemmet (1986).

7.5.4 Hörapparater

År 1987 har huvudmännens kostnader för hörapparater uppskattats till ca 120 milj. kr. Enligt socialstyrelsens rapport från budgetåret 1974/75 var kostnaden för hörapparater då ca 22 milj. kr. Bakom denna kraftiga ökning av kostnaderna ligger en allmän prisstegring samt volymökning, men också en utveckling mot allt mer kvalificerade och förfinade tekniska lösningar samt kosmetiska förbättringar. De s.k. allt-i-örat-apparaterna utgör en allt större andel av inköpen och dessa är dyrare än de alternativa huvudburna apparaterna.

Två av sju hälso- och sjukvårdshuvudmän har i utredningens enkät angivit hur många hörapparater som under ett år utprovats i olika ålders-

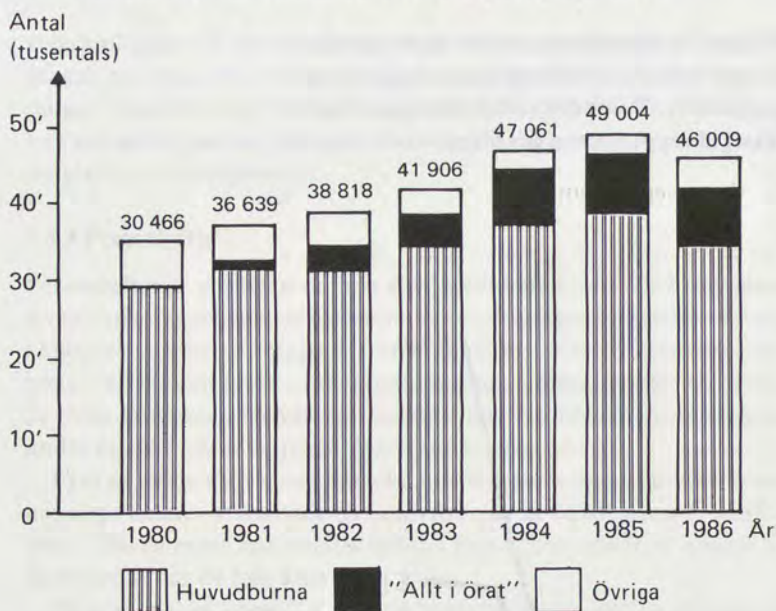
grupper av befolkningen. Av figur 7.9 framgår att andelen hörapparatanvändare ökar kraftigt i åldrarna över 55 år. Enligt dessa uppgifter ges drygt 80 procent av alla hörapparater till den del av befolkningen som är över 55 år, medan 60 procent av hörapparaterna ges till personer över 75 år.



Figur 7.9 Uppskattat antal utprovade hörapparater per 1 000 invånare i olika åldersgrupper hos två huvudmän (1986).

SUB upphandlar samtliga hörapparater som finns på hjälpmedelsförteckningen och LIC distribuerar samtliga apparater. I figur 7.10 redovisas den totala försäljningen av hörapparater under perioden 1980–1986. Antalet sålda hörapparater har ökat med ca 30 procent mellan åren 1980–1986. Från introduktionen i början av 1980-talet har allt-i-örat-apparaterna ökat till att år 1986 svara för ca 18 procent av försäljningen. Under perioden har samtidigt gruppen övriga hörapparater minskat sin andel från 15 procent år 1980 till 8 procent år 1986.

Volymökningen och övergången till de dyrare allt-i-örat-apparaterna har gjort att kostnaderna för inköp av hörapparater har ökat. År 1980 var medelpriset för en huvudburen hörapparat 762 kr. År 1986 kostade en sådan apparat 1 319 kr., dvs. en prisökning med 73 procent under perioden. Tar man hänsyn till den allmänna prisutvecklingen kommer dock prisökningen att stanna vid ca sju procent.



Figur 7.10 Försäljning av hörapparater åren 1980-1986.

Källa: SUB

Prisutvecklingen för allt-i-örat-apparater har varit något olika jämfört med de huvudburna apparaterna. År 1981, som är det första år det finns uppgifter om pris- och försäljningsvolym, var medelpriset för en allt-i-örat-apparat 925 kr. Fem år senare var medelpriset 1 701 kr., dvs. ca 84 procents ökning. Tar vi hänsyn till den allmänna prisutvecklingen stannar ökningen vid ca 29 procent för perioden 1981 – 1986. Det fastprisberäknade priset för varje år visar på ett minskat pris i början av perioden men fr.o.m. år 1984 har priset ökat mer än index. I dessa priser ingår inte LIC:s distributionsavgift (ca 115 kr. per apparat år 1986), moms, öronproppar etc.

Antalet sålda hörapparater hade 1987 ökat till ca 50 000. Den kostnad för hörapparater på ca 120 milj. kr. som angivits för år 1987 av huvudmännen ger ett medelpris på 2 400 kr. per apparat. Skillnaden mellan detta pris och medelpriset år 1986 förklaras dels av prisökningar på framför allt allt-i-örat apparaterna dels av att i landstingens kostnad ingår också LIC:s distributionsavgift (ca 125 kr. per apparat år 1987) moms samt öronproppar, reparationer, reservdelar etc.

Under senare år har en ökande andel allt-i-örat-apparater varit s.k. custommade vilket innebär att apparaten är individuellt anpassad till hörselgången. Dessa apparater är dyrare än övriga, vilket ger en möjlig förklaring till den kraftiga prisutvecklingen för allt-i-örat-apparater.

7.5.5 Proteser

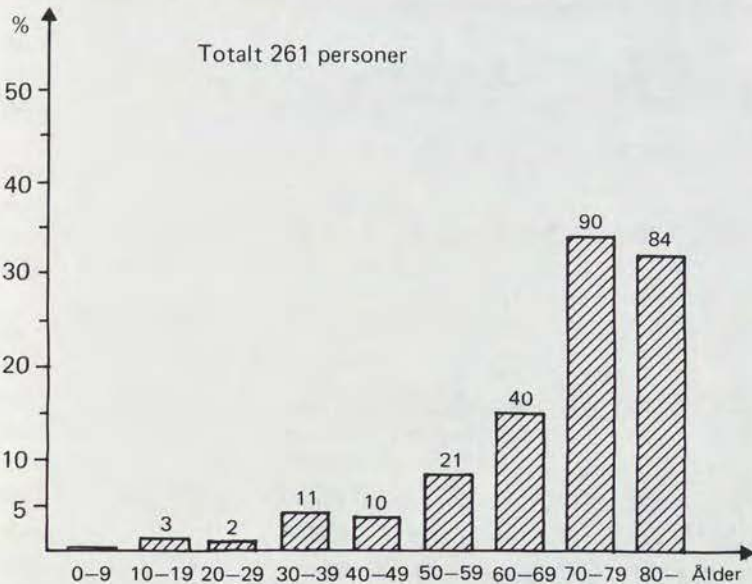
Varje år tillverkas vid Landstingens inköpscentral (LIC) ortopedtekniska avdelningar omkring 600 överbensproteser, 2 600 underbensproteser samt knappt 400 arm/handproteser. De ortopedtekniska avdelningarna/verkstäderna bedriver verksamhet hos samtliga huvudmän med undantag för Göteborgs kommun, Jönköpings, Älvsborgs och Örebro läns landsting. I Stockholms och Uppsala läns landsting är LIC en av flera entreprenörer. Totalt omfattar LIC:s verksamhetsområde ca 3/4 av landets befolkning.

Handikappinstitutet rekommenderar endast produkter för delar av det ortopedtekniska sortimentet. Ordinatörer är läkare vid ortopedklinik. Den följande redovisningen av ortopedtekniska produkter bygger huvudsakligen på konsumtionsstatistik från LIC.

Tabell 7.5 Volym- och kostnadsutveckling för proteser åren 1982—1986. (Källa: LIC).

Produkt	VOLYM		KOSTNAD (1000 kr).		
	antal 1986	% förändring 1982-1986	kostnad 1986	% förändring löpande priser	1982-1986 fasta priser 1)
Överbens- proteser	607	. / . 3	5 738	+19	. / . 9
Underbens- proteser	2 599	+ - 0	13 364	+20	. / . 8
Arm- hand- protes	384	+ 4	2 153	+34	+ 2

1) Enligt konsumentprisindex



Figur 7.11 Åldersfördelning bland benprotespatienter

Under femårsperioden mellan åren 1982-1986 var antalet utprovade arm- och benproteser i stort sett oförändrat. Mot bakgrund av den åldersfördelning bland benprotespatienter som redovisas i figur 7.11 samt att antalet och andelen äldre har ökat i befolkningen kunde man förvänta sig att antalet patienter skulle ha ökat liksom antalet utprovade proteser. En trolig förklaring till den i stort sett oförändrade volymen, är att behandlingsmetoderna förändrats så att amputationerna har blivit färre.

De totala kostnaderna för benproteser har gått ner då hänsyn tagits till den allmänna prisutvecklingen. Nedgången i pris är större än volymminskningen, vilket innebär att genomsnittskostnaden gått ner.

Kostnaderna för reparation och tillbehör är relativt omfattande för proteser. För underbensproteserna har dessa kostnader emellertid minskat kraftigt (ca 25 procent i fasta priser) mellan åren 1982 och 1986. Överbensprotesernas reparations- och tillbehörskostnader har däremot ökat med ca 16 procent medan motsvarande kostnader varit oförändrade för arm-/handproteserna.

7.5.6 Ortoser

Hjälpmedelsförteckningen tar upp fyra typer av ortoser:

- spinala (rygg) ortoser eller korsetter
- övre extremitetsortoser, kroppsburna
- övre extremitetsortoser, ej kroppsburna
- nedre extremitetsortoser.

Här har samtliga övre extremitetsortoser slagits samman till gruppen arm-/handortoser.

Tabell 7.6 Volym- och kostnadsutveckling för ortoser åren 1982—1986.

Produkt	VOLYM antal 1986	% förändring 1982-1986	KOSTNAD kostnad 1986	(1000 KR.) % förändring 1982-1986	
				löpande priser	fasta priser 1)
Benortos	32 524	+ 44	32 282	+ 53	+ 16
Arm-/hand- ortos	8 911	+ 9	3 653	+ 30	. /. 1
Korsett	32 649	. /. 2	19 971	+ 10	. /. 17

1) Enligt konsumentprisindex
(Källa: LIC)

Volymutvecklingen har varit mycket kraftig för benortoser. Arm-/handortoserna har också ökat i antal medan antalet ordinerade korsetter minskat något.

Bakom volymökningen för benortoser och i viss mån även arm-/handortoserna, ligger bl.a. en utvidgning av de behovsgrupper som erhåller ortos. Tillkommande behov har bl.a. varit förebyggande och behandlande av idrottsskador samt i vissa situationer som ett alternativ till behandling vid frakturer.

Tabell 7.7 Genomsnittspriser för ortoser åren 1982—1986.

Produkt	Pris 1986	% förändring 1982-1986	
		löpande priser	fasta priser 1)
Benortos	993	+ 6	././ 19
Arm-/handortos	410	+ 21	././ 9
Korsett	612	+ 12	././ 15

1) Enligt konsumentprisindex

(Källa: LIC)

Då hänsyn tas till den allmänna prisutvecklingen kommer genomsnittspriset för år 1986 att ligga under 1982 års pris. För benortoser och korsetter har nedgången i fasta priser varit tämligen kraftig.

7.5.7 Skor och skoinlägg

Under rubriken ortopediska skor finns i hjälpmedelsförteckningen produktgrupperna hålfotsinlägg resp. ortopediska skor. De senare definieras i förteckningen som; "skor som ordinerar handikappade". Det kan innebära halv- eller helfabrikat som kan anpassas, eller sko som tillverkats över egen läst.

De ortopediska skorna är inte kostnadsfria för den handikappade. I hjälpmedelsförteckningen rekommenderas en egenavgift på 300 kr. per par för vuxna och 150 kr. per par för barn upp till 18 år. Dessutom finns rekommendationer om en maximiavgift per år på 600 kr. för vuxna resp. 300 kr. för barn. Dessa rekommendationer följs av de flesta huvudmän. Högre egenavgift förekommer dock hos några huvudmän. Hos några andra huvudmän tar man inte ut egenavgift för mer än tre par skor per år.

Undantagen från egenavgiften är den som på grund av ett funktionshinder har ett onormalt stort slitage av skor. För de som har behov av olika skostorlekar rekommenderas att egenavgift endast tas ut för det ena paret.

Handikappinstitutet rekommenderar också att anpassning och reparation av de ortopediska skorna skall vara kostnadsfri. Även här har dock några huvudmän infört egenavgifter.

Kostnaderna för ortopediska skor och skoinlägg har av Handikappinstitutet beräknats till 115 milj. kr. under år 1986.

De flesta huvudmän har lagt ut verksamheten med ortopediska skor på de ortopediska verkstäder som huvudsakligen sköts av LIC. Enligt den statistik som LIC tagit fram har verksamheten med ortopediska skor totalt sett ökat med ca 30 procent under perioden 1982—1986. De fastprisberäknade kostnaderna har i stort sett följt volymutvecklingen.

I tabell 7.7 och tabell 7.8 ges sammanställningar av uppgifter från LIC över volymer, kostnader och priser för de olika produkterna inom området ortopediska skor. Uppgifterna avser således endast de hälso- och sjukvårdshuvudmän som lagt ut verksamheten på entreprenad vilket omfattar omkring 3/4 av befolkningen.

Tabell 7.8 Ortopediska skor och skoinlägg volym och kostnadsutveckling åren 1982—1986.

Produkt	VOLYM antal 1986	% förändring 1982-1986	KOSTNADER (1 000 kr)		
			totalt 1986	% förändring löpande priser	1982-1986 fasta 2) priser
Ortopediska skor över egen läst (exkl. behand- lingskor)	4 464	+ 13	11 954	+ 41	+ 7
Behandlings- skor 1)	1 887	-	2 708	-	-
Skor för ortopedisk ändring	9 165	. / . 2	4 299	+ 38	+ 5
Åtgärder på köpskor	52 707	+ 20	12 828	+ 57	+ 20
Inlägg och fotbäddar	80 522	+ 41	11 269	+ 91	+ 45

1) Infördes fr.o.m. år 1984

2) Enligt konsumentprisindex

(Källa: LIC)

Tabell 7.9 Genomsnittspriser för ortopediska skor och skoinlägg åren 1982—1986.

Produkt	Pris/par	% förändring 1982-1986	
		löpande priser	fasta 2) priser
Ortopediska skor över egen läst (exkl. behandlings- skor)	2 678	+ 25	. / . 5
Behandlingskor 1)	1 435	-	-
Skor för ortope- disk ändring	469	+ 41	+ 7
Åtgärder på köp- skor	243	+ 31	. / . 1
Inlägg och fot- bäddar	140	+ 36	+ 3

1) Infördes fr.o.m. år 1984

2) Enligt konsumentprisindex

(Källa: LIC)

Av tabellen framgår att utvecklingen varit något olika för de olika produkterna. Med undantag för "skor för ortopedisk ändring" har volymen ökat. Mest har skoinläggen ökat, vilket delvis förklaras av att det blivit allt vanligare att behandla och förebygga idrottsskador, ryggproblem etc. med skoinlägg.

För att ytterligare belysa utvecklingen av skoinläggen kan nämnas att budgetåret 1974/75 utbetalades ca 1,4 milj. kr. i statsbidrag till hålfotsinlägg. En uppräknig till 1986 års prisnivå motsvarar ca 3,7 milj. kr. Detta kan då jämföras med de 11,3 milj. kr. som inlägg och fotbäddar kostade år 1986. Den senare uppgiften omfattar dessutom endast ca 75–80 procent av befolkningen, till skillnad från statsbidraget som var rikstäckande.

Vad gäller prisutvecklingen har endast ett medelpris inom de olika produktgrupperna kunna beräknas. Av dessa beräkningar framgår att priset per par — då hänsyn tagits till den allmänna prisutvecklingen — har minskat för ortopediska skor över egen läst. Likaså har priset på åtgärder på köpskor varit i huvudsak oförändrat. Den största prisökningen gäller den produkt som haft en minskande volym — skor för ortopedisk ändring.

Sammanfattningsvis gäller för ortopediska skor, liksom för så många andra hjälpmedel, att kostnadsökningen framför allt beror på volymökningar.

7.5.8 Glasögon

För optiska hjälpmedel har — till skillnad från andra hjälpmedel — dels en gräns för graden av funktionshinder, dels en åldersgräns för kostnadsfrihet angivits i rekommendationerna om vilka som bör få de aktuella produkterna.

För glasögon, som enligt rekommendationerna ordinerar av ögonläkare eller landstingsanställd optiker, anges följande.

Glasögon kan ordinerar som hjälpmedel främst i följande fall:

- vid afaki
- till barn t.o.m 7 års ålder med behov av glasögon
- till personer fr.o.m 8 års ålder som efter bästa korrektion uppnår högst synskärpa 0,3 på bästa ögat, förutsatt att denna korrektion är medicinskt motiverad och fördragbar.

Även de som behöver glasögon efter en linsimplantation omfattas av förteckningens regler för tillhandahållande av glasögon.

I de fall såväl glas som båge ges ut av syncentral rekommenderas hälso- och sjukvårdshuvudmannen tillhandahålla glasögonen kostnadsfritt. Lämnas bågarna ut av en privat legitimerad optiker rekommenderas landstingen ge ett bidrag till bågarna med 100 kr. medan glasen är kostnadsfria. De uppgifter över antal utlämnade "hjälpmedelsglasögon" som inkommit i samband med utredningens enkät är knapphändiga och ger ingen ledning för att bedöma volymutvecklingen.

Verksamhetsåret 1983/84 köpte syncentralerna glasögon från 6 leverantörer till ett värde av 0,8 milj. kr. Året därefter ökade inköpen till 2,5 milj. kr. för att 1985/86 minska till 2,1 milj. kr. Verksamhetsåret 1986/87 ökade inköpen åter och låg då på 4,8 milj. kr. Denna kostnadsutveckling

skall ses mot bakgrund av att syncentralernas verksamhet under perioden har varit under uppbyggnad.

SUB har för verksamhetsåret 1987/88 slutit upphandlingsavtal med 12 leverantörer av glasögon. Enligt den leverantörsstatistik som SUB insamlar köpte syncentralerna material för ca 5 milj. kr. under detta år. I kostnaden ingår också kontaktlinser. Hur stor andel kontaktlinserna utgör är dock okänt. Att döma av bl.a. de uppgifter som inkommit i samband med hjälpmedelsutredningens enkät torde kostnaderna för kontaktlinser ha ökat mer än kostnaderna för glasögon.

SUB har också gjort en uppskattning av samhällets kostnad för de glasögon som utlämnas som hjälpmedel via optiker. Denna kostnad var 1987/88 ca 40 milj. kr. för glasögon och ca 8 milj. kr. för kontaktlinser. Några tillförlitliga uppgifter för att bedöma utvecklingen över tiden har dock utredningen inte haft tillgång till.

Sedan år 1976 omfattar den statliga hjälpmedelsersättningen även kostnaderna för bidrag till glasögon för barn och ungdom. Den nuvarande rekommendationen från Handikappinstitutet är att ett schablonbidrag på 300 kr. ges vart annat år för glasögon till barn och ungdom mellan 8 och 18 år. För att bidraget skall betalas ut krävs en förskrivning från ögonläkare eller optiker. Huvudmännens bidragsgivning för glasögon till barn och ungdom beräknas uppgå till 40 milj. kr. per år.

Handikappinstitutet har under våren 1988 gjort en utredning kring bl.a. glasögonbidragets tillämpning. Denna studie visar att 12 huvudmän har avvikande bestämmelser i förhållande till de centrala rekommendationerna. Flertalet av avvikelserna innebär försämringar jämfört med rekommendationen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det varit svårt att få ett underlag för bedömning av kostnads- och volymutvecklingen för de glasögon som lämnas ut som hjälpmedel. Under den senaste tioårsperioden har syncentralernas verksamhet varit under uppbyggnad. Den kostnadsökning som SUB:s leverantörstatistik pekar på beror troligen till stor del på denna uppbyggnad. Troligt är också att en stor del av dessa "tillkommande" kostnader tidigare betalades till optiker utanför landstinget. Enligt de uppgifter huvudmännen lämnat i utredningens enkät har kostnaden för inköp av samtliga hjälpmedel inklusive främmande tjänster vid syncentralerna ökat med ca 38 procent. Jämfört med de övriga hjälpmedelsenheter är denna ökning, något lägre (se avsnitt 7.4).

7.6 Sammanfattning

För 1987 har den totala inköpskostnaden för de hjälpmedel som hälso- och sjukvårdshuvudmännen har ansvar för beräknats till 1,2 miljarder kr. eller i genomsnitt ca 147 kr. per invånare. Detta motsvarar ca 1,5 procent av de totala driftkostnaderna för hälso- och sjukvården.

Under perioden 1978—1987 ökade kostnaderna för inköp av hjälpmedel med 195 procent eller 45 procent omräknat i fasta priser. Detta är en kraftigare ökning än vad som gällt för driftkostnaderna för hälso- och

sjukvården totalt, vilka ökat med omkring 20 procent under motsvarande period.

De uppgifter över kostnader som finns tillgängliga omfattar endast inköp av varor och tjänster. En grov uppskattning av övriga s.k. hantlingskostnader samt utprovningsverksamhet pekar mot att dessa är minst lika omfattande som inköpskostnaden. Det skulle innebära att ca 2,5 miljarder kr. eller omkring 3 procent av driftkostnaderna för hälso- och sjukvård går till inköp, utprovning och hantering av hjälpmedel.

Av de uppgifter som presenterats i detta kapitel framgår att utvecklingen av antalet ordinerade hjälpmedel, priser och därmed kostnader för dessa har varit mycket olika för olika hjälpmedelsgrupper under de senaste 5–10 åren.

Hjälpmedel som ökat kraftigt är sängar och sänglyftar, personlyftar, benortoser, åtgärder på köpskor och skoinlägg. Andra produkter som också ökat, men i något mindre utsträckning är; hörapparater, manuella och eldrivna rullstolar, arm- och handortoser samt skor över egen läst. För proteser liksom korsetter är volymerna i stort sett oförändrade eller minskade. Vad gäller glasögon har volymutvecklingen inte kunna klarläggas, även om uppgifterna talar för en viss volymökning.

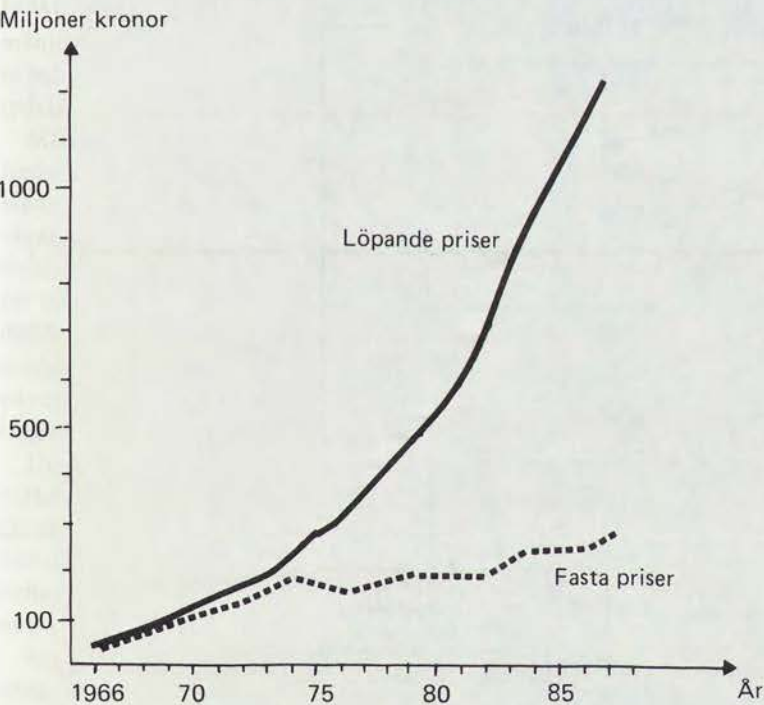
Volymutvecklingen påverkar helt naturligt kostnadsutvecklingen för de olika hjälpmedlen. Avgörande för kostnaderna är också priserna och prisutvecklingen för de aktuella produkterna. Generellt tycks ökningen i fasta priser ha varit av liten betydelse. Där det varit prisökningar av betydelse har hjälpmedlet oftast i ett eller annat avseende genomgått en förändring som syftar till bättre funktion och/eller kvalitet.

I nästa kapitel kommer orsakerna till kostnadsutvecklingen inom hjälpmedelsområdet att diskuteras och analyseras ytterligare.

8 Kostnadsutvecklingens orsaker

8.1 Inledning

Kostnaderna för inköp av hjälpmedel har under perioden 1978—1987 ökat med ca 45 procent i fasta priser. Går vi tillbaka ända till år 1966 och jämför det statsbidrag, som då täckte hela hjälpmedelsverksamheten, med hälso- och sjukvårdshuvudmännens kostnader för hjälpmedel år 1987 har kostnaderna mer än femdubblats i fast penningvärde.

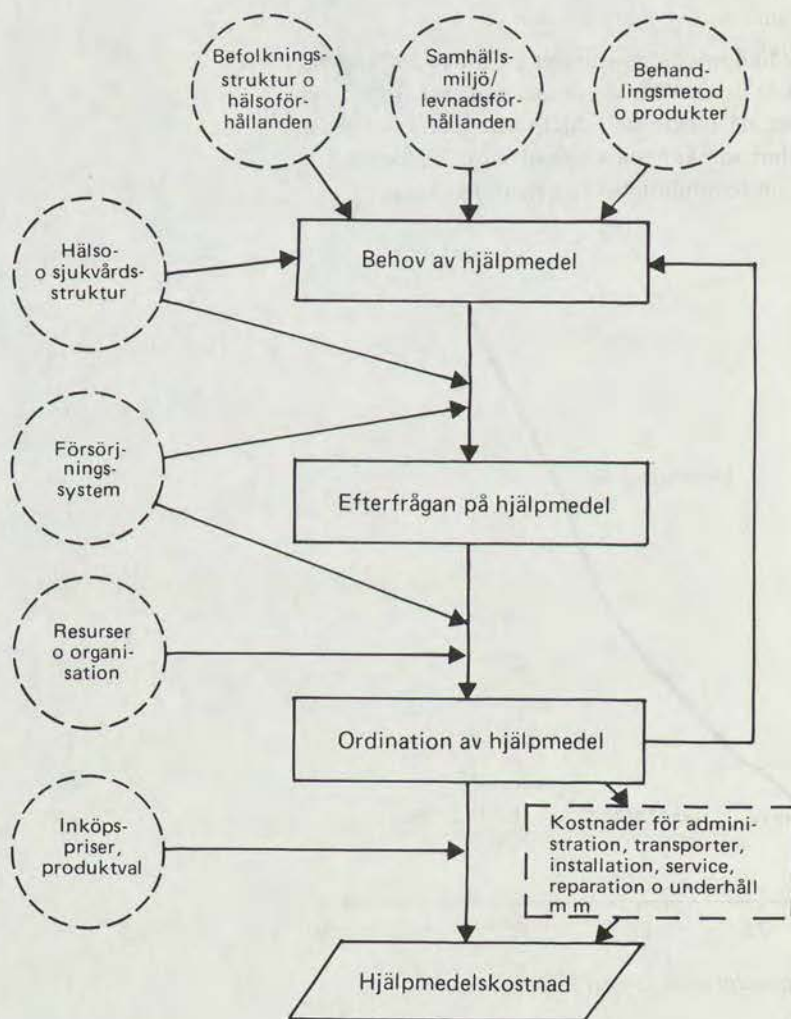


Figur 8.1 Kostnad för hjälpmedel åren 1966-1987

Genomgången av kostnadsutvecklingen inom olika verksamhetsområden i kapitel 7 visar att hjälpmedelscentralerna och hörcentralerna har expanderat mer än övriga områden. Även redogörelserna avseende olika

hjälpmedel visar på olikheter i volym- och kostnadsutveckling mellan dessa.

Vad är då orsakerna till denna kostnadsökning? Har behoven ökat eller har man kunnat tillgodose behoven bättre genom ökad verksamhet eller genom att nya hjälpmedel tillkommit? Hur mycket är prisökningar och hur mycket är volymförändring? För att analysera kostnadsutvecklingen har en beskrivningsmodell som utgår från kedjan behov — efterfrågan — ordination av hjälpmedel, upprättats. Modellen illustrerar sambanden mellan ett antal faktorer vilka påverkar omfattningen av ordinerade hjälpmedel och de kostnader detta ger upphov till.



Figur 8.2 Modell för analys av hjälpmedelskostnaderna

Den kostnad som analyseras här är, liksom i den tidigare redovisningen, enbart inköpskostnaden inkl. eventuella kostnader för främmande tjänster, (t.ex. kostnader för entreprenör). Analysen kommer också att vara avgränsad till utvecklingen under de senaste fem till tio åren, även om många utvecklingstrender och förändringar startat längre tillbaka i tiden.

8.2 Behov av hjälpmedel

Befolkningens behov av hjälpmedel är inte av någon absolut storlek utan kan som visats i analysmodellen i figur 8.2 påverkas av en rad förhållanden. Av stor vikt är naturligtvis omfattningen av sjukdom, funktionshinder och handikapp i befolkningen. Dessa hälsoförhållanden är i sin tur till viss del en följd av befolkningens ålderssammansättning, men påverkas också av förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. I det följande kommer dessa faktorer att diskuteras i avsnitt 8.2.1.

Andra faktorer som avgör hjälpmedelsbehovets omfattning är utformning av olika miljöer och allmänna levnadsvillkor dvs. förhållanden som familjestruktur, boendeformer, offentlig vård och omsorg etc. Nedsatt funktionsförmåga är ett relativt begrepp vad gäller relationen mellan människan och den omgivande miljön. I avsnitt 8.2.2 — Omgivningsmiljö och levnadsförhållanden — tar vi översiktligt upp dessa faktors betydelse.

Man kan också tala om tillfredsställt behov av hjälpmedel kontra otillfredsställt. Det tillfredsställda hjälpmedelsbehovet kan då vara de hjälpmedel som ordinerats. På ett annat plan kan det tillfredsställda behovet sägas vara de hjälpmedel som finns utvecklade. Otillfredsställt hjälpmedelsbehov skulle då vara de hjälpmedel som ännu inte har utvecklats och för vilka det finns behov. Man kan därför säga att det finns ett hjälpmedelsbehov även om det inte för närvarande finns något utvecklat hjälpmedel. Nya *tekniker och produkter* kan med detta synsätt i princip inte påverka behovet av hjälpmedel men väl den del av behovet som kan tillgodoses.

Utvecklandet av nya *medicinska behandlingsmetoder* kan däremot påverka behovet av hjälpmedel. Höftledsoperationer är ett exempel, konstgjord lins ett annat. De nya behandlingsmetoderna kan såväl öka som minska behovet av hjälpmedel. Utvecklingen av nya produkter och nya behandlingsmetoder och vad de kan betyda för hjälpmedelsbehovet tas upp i avsnitt 8.2.3.

Som framgår av modellen i figur 8.2 kan hjälpmedelsbehovets omfattning också påverkas av hälso- och sjukvårdens struktur. Med detta menas t.ex. i vilken utsträckning man anser att vård och omsorg kan ges i hemmet eller skall ske på institution, hur omfattande den allmänna vården skall vara i förhållande till den specialicerade osv. Detta är såväl vårdideologiska som socialpolitiska ställningstaganden. Sett ur ett "hjälpmedelsbehovsperspektiv" kan utformningen av samhällets vård och omsorg påverka såväl behovets omfattning som den del av behovet

som tillgodoses. I avsnitt 8.2.4 kommer strukturfrågornas betydelse för hjälpmedelsbehovet att tas upp till diskussion.

8.2.1 Hälsoförhållanden och åldersstruktur

Befolkningens hälsoförhållanden har under de senaste tio åren, trots det redan tidigare internationellt sett goda hälsotillståndet, ytterligare förbättrats.

Förändringar i hälsoläget under senare år som har haft betydelse för hjälpmedelsbehovet är i korthet följande:

* Andelen av befolkningen som anser sig ha nedsatt arbetsförmåga och/eller rörelseförmåga tenderar att minska. Den andel av befolkningen som uppger sig vara rörelsehindrad¹ har däremot inte visat några tecken på nedgång. Eftersom rörelsehinder har ett starkt samband med högre ålder (tab. 8.2) har antalet rörelsehindrade ökat på grund av det allt större antalet äldre i befolkningen.

Tabell 8.1 Personer 16—84 år som uppgett sig ha rörelsehinder, antal och procent av befolkningen i olika åldersgrupper samt procentuell fördelning inom gruppen rörelsehindrade. ULF 84—86.

Ålder	Antal	% inom åldersgruppen	% av gruppen rörelsehindrade
16-24	5 326	0,5	1,1
25-44	21 207	0,9	4,2
45-64	123 343	6,8	24,7
65-74	148 008	17,8	29,6
75-84	201 856	39,8	40,4
Totalt	499 740	7,6	100,0

* Hjärt- och kärlsjukdomar i form av kranskärslssjukdom, hjärtinfarkt och slaganfall är några av de största hoten mot befolkningens hälsa. Båda dessa tillstånd kan leda till funktionshinder. Under senare delen av 80-talet har infarkterna minskat vad gäller såväl inträffade fall som dödsfall. Dödligheten i slaganfall har också minskat något, men tillgängliga uppgifter talar för att frekvensen nyttillkommande fall är oförändrad.

* Ett annat omfattande hälsoproblem är sjukdomar i skelettet och rörelseorganen. Många av dessa leder till långvariga funktionshinder medan andra är av mer kortvarig natur. Totalt sett tycks inte någon större förändring ha skett, även om förskjutningar mellan olika typer av sjukdomar och skador inom gruppen troligen har inträffat. Under senare tid har emellertid förslitningsskadorna i framför allt skuldror, axlar och hals uppmärksammas.

¹Levnadsnivåundersökningen (ULF), Statistiska Centralbyrån *nedsatt rörelseförmåga* = personer som ej kan springa en kortare sträcka (100 m) om man har bråttom. *Rörelsehinder* = personer som inte kan stiga på en buss obehindrat eller inte kan ta en kortare promenad på ca 5 min. i någorlunda rask takt.

* Cancersjukdomarna har ökat något vad gäller nyinträffade fall men dödligheten har minskat kraftigt tack vare förbättrad diagnostik och terapi. Detta har inneburit att behovet av vissa hjälpmedel, t.ex. bröstproteser och peruker ökat.

* Många som drabbats av allvarliga skador genom olycksfall är i stort behov av hjälpmedel. Antalet olycksfall i arbetslivet som leder till dödsfall har varit oförändrat medan övriga arbetsskador i de flesta näringsgrenar har minskat. Olycksfallen i trafiken har efter flera års nedåtgående trend åter ökat de senaste åren och såväl dödsfallen som antalet skadade har ökat.

* Medfödda missbildningar, förlossningsskador och sjukdomar under första levnadsåret leder ofta till ett behov av funktionskompenserande hjälpmedel. Missbildningsregistret visar ett oförändrat antal fall. Detta säger emellertid inte något om fördelningen mellan olika typer av missbildningar, där förmodligen vissa har gått ner medan andra ökat något.

* Allergier och annan överkänslighet har ökat under hela 1970-talet. För hjälpmedelsverksamheten medför detta att behovet av bl.a. luftrenare och luftfuktare har ökat.

* Dövhet och hörselnedsättning tillhör de funktionshinder som sedan lång tid ingår i hjälpmedelsverksamheten. Hörselnedsättning, dvs. oförmåga att med eller utan hörapparat höra ett samtal mellan flera personer, visar under den senaste tioårsperioden en svag tendens till ökning. Framför allt gäller detta medelålders och äldre män.

Befolkningsutvecklingen har också medfört att antalet personer med hörselnedsättning ökat.

Tabell 8.2 Nedsatt hörsel i olika åldersgrupper (ULF 84—86)

Ålder	Antal pers.	% inom åldersgruppen	% andel av hörselskadade
16-24	25 684	2,5	3,8
24-44	106 854	4,5	15,9
45-64	223 144	12,3	33,1
65-74	173 103	21,1	25,7
75-84	145 274	29,8	21,6
Totalt	674 059	10,3	100,0

* Blindhet och synnedsättning tillhör också de traditionella handikapp som medför behov av hjälpmedel. I Statistiska Centralbyråns levnadsnivåundersökning definieras synnedsättning som: "bristande förmåga att med eller utan glasögon läsa vanlig text i en dagstidning". Resultat från levnadsnivåundersökningen pekar inte på att det under senare år inträffat några större förändringar av andelen i olika åldersgrupper som har nedsatt syn.

Även om nedsatt syn förekommer i oförändrad utsträckning inom resp. åldersgrupp har det totala antalet personer med synproblem ökat på grund av det ökade antalet äldre.

Tabell 8.3 Personer 16—84 år med nedsatt syn, antal och procent av befolkningen i olika åldersgrupper samt procentuell fördelning inom gruppen. (ULF 84—86)

Ålder	Antal	% inom åldersgruppen	% av de synskadade
16-24	793	0,1	0,8
25-44	5 507	0,2	5,6
45-64	14 790	0,8	15,1
65-74	30 750	3,7	31,5
75-84	45 915	9,4	47,0
Totalt	97 755	1,5	100,0

Genomgången av olika utvecklingsförlopp och -trender beträffande hälsosituationen i befolkningen visar såväl på områden där behovet av hjälpmedel har ökat som på områden där ett minskat behov bör bli konsekvensen. Om vi antar att de olika tendenserna tar ut varandra och att hjälpmedelsbehovet till följd av hälsotillståndet i befolkningen är oförändrat, kan vi likväl konstatera att det totala behovet av olika hjälpmedel har ökat. Orsaken är att andelen äldre har ökat i befolkningen.

Som nämnts tidigare är behovet av hjälpmedel i stor utsträckning beroende av åldersstrukturen i den meningen att försämringar i hälsotillstånd och funktionsförmåga är vanligare bland äldre och ofta är en följd av ett naturligt åldrande. Sedan lång tid tillbaka har antalet äldre ökat. I figur 8.3 ges en beskrivning av dessa förhållanden.

Av figuren framgår att under den period vi inriktat oss på, 1975—1987, har antalet äldre ökat kraftigt. Åldersgruppen 65—79 år har ökat mer än åldrarna 80 år och äldre. Förändringarna i antal personer för olika åldersgrupper i befolkningen redovisas i tabell 8.4.

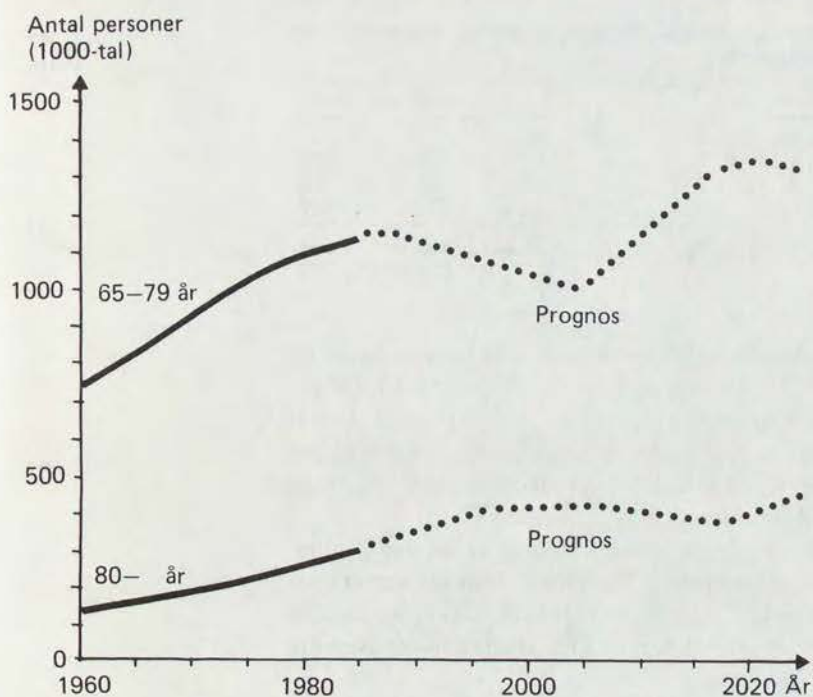
Tabell 8.4 Befolkningsförändring 1975—1987 (tusental)

Ålder	Befolkning 31/12 1975	Period 1975-1982	1982-1987	Summa 1975-1987
0-14	1 697	- 141	- 69	- 210
15-25	1 095	+ 59	+ 25	+ 84
25-44	2 201	+ 178	+ 32	+ 210
45-64	1 965	- 122	- 25	- 147
65-74	784	+ 41	+ 15	+ 56
75-84	383	+ 78	+ 58	+ 136
85-	83	+ 25	+ 27	+ 52
Totalt	8 208	+ 118	+ 63	+ 181

Den del av befolkningen där andelen hjälpmedelsanvändare är störst, dvs. från 65 år och uppåt, har under perioden 1975—1987 ökat med ca 244 000 personer eller med omkring 20 procent.

Betydelsen av de äldres hjälpmedelsbehov kan belysas med följande material.

I delar av Norrbottens läns landsting (ca 100 000 invånare) har man registrerat hjälpmedelsanvändarna vid hjälpmedelscentral. Med hjälp av dessa uppgifter har andelen hjälpmedelsanvändare i olika åldersgrupper beräknats (tab. 8.5).



Figur 8.3 Antal personer i åldern 65-79 år och 80-år under åren 1960-1985 samt prognos 1986-2050.

Källa: Statistiska Centralbyrån

Tabell 8.5 Hjälpmedelsbrukare vid hjälpmedelscentral i delar av Norrbottens läns landsting, procentuell fördelning på olika åldersgrupper år 1986.

Ålder	Andel i %
0 - 9	1,3
10 - 19	2,7
20 - 29	2,7
30 - 39	3,1
40 - 49	5,8
50 - 59	9,1
60 - 69	15,4
70 - 79	32,9
80 -	27,0
	100,0

Källa: Norrbottens läns landsting

Tre fjärdedelar av hjälpmedelsbrukarna vid hjälpmedelscentralen är således över 60 år. Ungefär samma andel äldre fann man i en studie av hjälpmedelsbrukare i Malmöhus län.² Denna studie är begränsad till tre sjukdomsgrupper (neurologiska, reumatologiska och ortopediska). Dessutom ingick enbart hjälpmedel över 1 000 kr.

² Debourg C, Borgquist L, Persson J. Fördelning av hjälpmedel och kostnad på sjukdomsgrupp. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet 1988.

Tabell 8.6 Procentuell fördelning efter ålder för hjälpmedelstagare inom tre olika sjukdomsgrupper. Malmöhus län 1987

Sjukdomsgrupper	ålder				tot. ant. pers	
	0-15	16-45	46-65	66-		
Neurologiska	2, 6	15, 9	19, 5	62, 0	100, 0	977
Reumatologiska	0, 3	8, 8	30, 6	60, 3	100, 0	385
Ortopediska	0, 7	6, 0	10, 0	83, 3	100, 0	866
Totalt	1, 4	10, 8	17, 8	70, 0	100, 0	2 228

Andra uppgifter från studien i Malmöhus län som är av intresse här är att under 45 års ålder har hälften av brukarna fler än ett hjälpmedel. I högre åldrar överväger däremot andelen med endast ett hjälpmedel. Delvis beror nog detta resultat på att man i studien satt en gräns vid 1 000 kr. per hjälpmedel. Många äldre har s.k. enkla hjälpmedel av vilka de flesta således inte kommit med i studien.

Ytterligare en uppgift som framkommit i studien är att den genomsnittliga totala hjälpmedelskostnaden är lägre för de brukare som är över 65 år (ca 7 500 kr.) än för de som är under 16 år (ca 118 000 kr). Skillnaden i kostnader är så stor att den med all sannolikhet skulle kvarstå även om de enkla hjälpmedlen inkluderas.

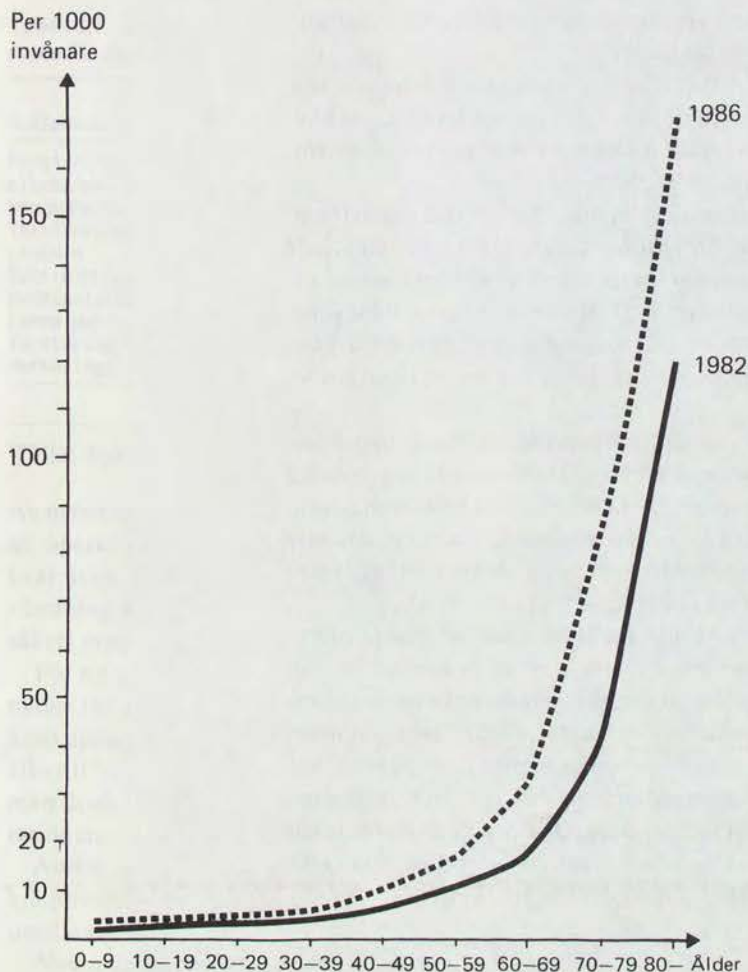
Vid hjälpmedelscentralen i norra Bohuslandstinget har man studerat kostnaderna för hjälpmedel till barn (< 19 år) under en tremånadersperiod 1988. Resultatet visar att ca 22 procent av kostnaderna går till de ca 4 procent av hjälpmedelstagarna som är under 19 år.

Det kan kanske vara på sin plats att framhålla att det inte är alla äldre som har något hjälpmedel. En undersökning av de äldres utnyttjande av hjälpmedel från Tierps kommun³ visar att bland de 75—85-åringar som bor i eget boende var det ca 44 procent som inte hade något hjälpmedel, medan motsvarande andel bland de allra äldsta i befolkningen (85 år och äldre) var ca 17 procent.

Det material vi fått del av från Norrbotten ger oss också möjlighet att jämföra förändringen mellan år 1982 och år 1986. Av uppgifterna framgår att antalet hjälpmedelstagare totalt sett har nära nog fördubblats mellan åren 1982 och 1986. Som framgår av figur 8.4 har den andel av befolkningen som är hjälpmedelstagare ökat i samtliga åldersklasser. Störst är dock ökningen i de två äldsta åldersklasserna från 70 år och äldre.

Med hjälp av uppgifterna från Norrbotten har vi också försökt uppskatta vilken betydelse den ökande andelen äldre haft på hjälpmedelsverksamhetens utveckling. Vi har därvid gjort antagandet att andelen hjälpmedelsbrukare i olika åldersgrupper varit oförändrad sedan år 1982. Om befolkningen i olika åldrar hade "konsumerat" hjälpmedel i samma utsträckning år 1986 som år 1982 skulle antalet hjälpmedelsanvändare ha

³ Handikappinstitutet och Institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet, 1986



Figur 8.4 Hjälpmedelsbrukare vid hjälpmedelscentral per 1 000 invånare i olika åldersgrupper 1982 och 1986.

Källa: Norrbottens läns landsting.

ökat med sex procent, dvs. drygt en procent per år till följd av den ökande andelen äldre i befolkningen. Denna ökning är alltså betydande men inte tillräcklig för att förklara hela ökningen av antalet hjälpmedelsbrukare resp. år.

8.2.2 Omgivnings- och levnadsförhållanden

Genom att utforma och utrusta olika miljöer på ett sätt som tar hänsyn till funktionshindrade personers möjligheter, kan behovet av hjälpmedel förändras. Det gäller utformningen av den fysiska miljön i bostäder, gatumiljön, offentliga lokaler, kommunikationer, etc. Det gäller också

sådana förhållanden som sättet att föra ut och få del av information i samhället, möjligheter att kommunicera osv.

Ett konkret exempel på en förändring i bostadsutrustningen, som minskat behovet av hjälpmedel, är de s.k. engreppsblendarna. Likaså har förekomsten mera allmänt av hissar medfört ett minskat behov av förflyttnings- och gånghjälpmedel.

Nya hjälpmedel och andra tekniska lösningar har öppnat vägen för ett aktivare och självständigare liv för grupper som tidigare varit hänvisade till ett mer isolerat liv. Detta skapar i sin tur behov av nya hjälpmedel för att utvecklingen mot ett självständigt liv skall kunna fortsätta. Rent generellt kan emellertid konstateras att utformningen av olika miljöer gjort dem mer tillgängliga för funktionshindrade, även om många hinder kvarstår.

Familjestrukturen är ytterligare en för hjälpmedelsbehovet betydelsefull faktor. Det ökande ensamboendet bland de äldre torde t.ex. leda till att behovet av såväl hemtjänst som hjälpmedel ökar. Av befolkningsstatistik och liknande framgår också att antalet ensamstående bland de äldre ökar. Främst är det kvinnorna som på grund av sin längre livslängd i stor utsträckning kommer att leva sina sista år som ensamstående.

Andra förhållanden som kanske inte direkt påverkar behovet av hjälpmedel utan mer förväntningar och krav på samhällets insatser är den allmänna samhällsutvecklingen med därav följande höjd levnadsstandard. Den politik som har förts inom den sociala sektorn har legitimerat många av de önskemål och krav som medborgarna haft. Sverige har utvecklats till en välfärdsstat där vård och omsorg haft en framskjuten plats i reformarbetet. För hjälpmedelsområdet har detta inneburit att allt fler produkter har kommit att tillhandahållas av det offentliga, bidrag till forskning och utveckling av nya hjälpmedel har givits etc.

8.2.3 Medicinska behandlingsmetoder och medicinteknisk utveckling

Hjälpmedelsbehovets omfattning påverkas också av vilka behandlingsmetoder som tillämpas. Så har t.ex. möjligheten att operera starrpatienter förändrat behovet av synhjälpmedel för denna grupp.

Personer med katarakt — grå starr — kan sedan några år tillbaka återfå del av synskärpan genom att en konstgjord lins opereras in i ögat. I en nyligen genomförd studie från Spri har man studerat den intraokulära linsens kostnader och nytta.⁴ Vad avser hjälpmedel har man i studien beräknat att genomsnittskostnaden bland de 194 patienterna var 510 kr. 90 procent av hjälpmedlen var förmedlade via hälso- och sjukvården medan resterande 10 procent bekostats av individerna själva. I tabell 8.7 redovisas de hjälpmedel som användes före resp. efter operationen samt inköpskostnaden för dessa. Här ingår även de produkter som individen bekostat själv.

⁴ Intraokulär lins — kostnader och nytta. Spri-rapport nr 261, 1989.

Tabell 8.7 Användning av hjälpmedel före och efter kataraktoperation samt kostnaderna för dessa (n = 197).

Hjälpmedel	Före operation		Efter operation	
	antal	kostnad, kr	antal	kostnad, kr
Förstoringsglas	119	23 110	70	14 000
Klocka med kännbar urtavla	3	780	3	780
Telefonring	15	180	11	132
Läsbord	3	4 800	2	3 200
Bättre belysning	59	20 067	42	14 280
Bandspelare	14	9 100	8	5 200
Lampa med inbyggd förstoring	19	7 945	9	3 600
Markeringskäpp	12	3 000	7	1 750
	244	68 982	152	42 942

Källa: Spri rapport nr 261, 1989

Av materialet framgår att användningen av hjälpmedel minskat till följd av operationen. Eftersom hjälpmedlen redan är utprovade och finns kvar även efter operationen är det naturligt att en del kommer till användning även om behovet av dem har minskat. Så förhåller det sig t.ex. säkert med den fast installerade belysningen.

För att göra en mer total bedömning av de ökade eller minskade kostnader för hjälpmedel som införandet av en ny metod innebär, skulle även uppgifter över vilka framtida kostnader som uppkommer eller undviks till följd av operationen vara värdefulla. I den refererade studien har man dock begränsat sig till den faktiska situationen före resp. efter operationen.

Andra exempel på behandlingsmetoder som förändrat behovet av hjälpmedel är höftledsoperationer, nya metoder att operera tarmar samt insulinmedicinering med s.k. insulinpump.

Nya metoder och praxis vid behandling och rehabilitering kan också öka behovet av hjälpmedel. Ofta handlar det om en samtidig utveckling av nya hjälpmedel eller modifiering av befintliga produkter. Som exempel kan nämnas de s.k. behandlingsskorna för diabetiker, som är ett hjälpmedel för att underlätta cirkulationen i fötterna och därmed förhindra eller fördröja en amputation. Dessa skor, som började ordinerars i början av 1980-talet, tillverkas för närvarande i ett antal av ca 2 000 par per år.

Utvecklandet av *nya produkter och tekniker* kan också sägas påverka behovet av hjälpmedel. I och för sig har behovet av dessa hjälpmedel alltid funnits, men inte varit möjligt att tillfredsställa. Den utveckling som avses är t.ex. olika tillämpningar av datorteknik men även möjligheter att med nya material förbättra befintliga produkter så att de kan användas av ett större antal brukare.

Ur kostnadssynpunkt är utvecklingen av nya behandlingstekniker och produkter inte enbart en fråga om ökade volymer, utan också priset på produkterna påverkas. Även utprovningsskostnaden kan komma att förändras då nya produkter och behovsgrupper tillkommer. Ett exempel på

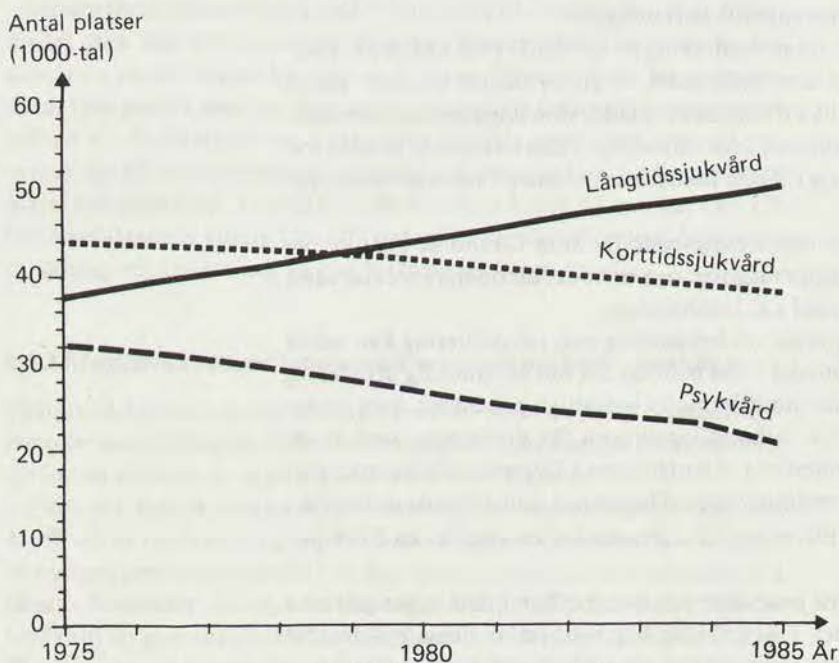
denna utveckling är hörapparaterna som blivit allt mer sofistikerade, vilket gjort utprovningen mer komplicerad samt ökat priset (se avsnitt 7.5.4).

8.2.4 Förändringar i hälso- och sjukvårdens samt omsorgernas struktur

En faktor som har haft stor betydelse för utvecklingen inom hjälpmedelsverksamheten är omstruktureringen av vård och omsorg. Dels har behovet av hjälpmedel ökat i och med att allt fler får vård och omsorg utanför de traditionella institutionerna, dels har den mer decentraliserade vårdorganisationen medfört att fler behov har upptäckts. I det senare fallet är det snarare efterfrågan än själva behovet som påverkas.

Mellan åren 1980–1987 har den andel av hälso- och sjukvårdens kostnader som går till primärvård ökat från 12,5 procent till 15,5 procent. Samtidigt minskade den somatiska korttidssjukvårdens andel av kostnaderna från 51 procent till 48 procent.⁵

Utvecklingen av den slutna vården vad gäller antalet vårdplatser inom olika vårdformer framgår av fig. 8.5



Figur 8.5 Antal vårdplatser inom offentlig hälso- och sjukvård.

Källa: Bättre vård — har vi råd? Landstingen fram till 1995. Bilaga 26 till LU 87, Landstingsförbundet.

⁵ Spri rapport 256, 1988

Vårdplatsantalet har ökat inom långtidsvård medan somatisk korttidsvård och psykiatrisk vård avvecklat ett stort antal platser. Ökningen av antalet långvårdsplatser innebär emellertid inte att andelen institutionsvårdade har ökat bland de äldre. Av följande tabell framgår att den andel av befolkningen över 80 år som vårdas i långtidsvård, eller på ålderdomshem har minskat, medan andelen boende i servicebostäder ökat kraftigt. (Tabell 8.8)

Tabell 8.8: Medeltal vårdade eller boende i äldreomsorg per dag

	Antal 1980		Antal 1987	Antal per 1 000 inv 80 år och äldre 1980	och 1987	Index 1980= 100
Somatisk off långtids- priv* sjukvård	41 372 3 483	ca	47 420 3 300	160 13	144 10	90 -
Ålderdomshem	56 273	ca	43 800	217	133	61
Servicebostäder	19 892	ca	42 000	77	127	165
Totalt	121 020	ca	136 500	468	414	88

* Inkl. konvalescentvård. Den privata vården betalas av sjukvårdshuvudmännen

Källa: Spri-rapport 256

Inom den öppna vården utanför sjukhus har antalet anställda ökat, inte minst bland de grupper som arbetar med hjälpmedel. Detta har bl.a. medfört att antalet besök per invånare och år hos allmänläkare har ökat med ca 20 procent mellan åren 1980 och 1987. Under samma period ökade besöken hos distriktssköterska med 51 procent, sjukgymnast med ca 77 procent samt arbetsterapeut med ca 75 procent.⁶

Vad gäller *sjukvård* i hemmet finns det ingen statistik som kan belysa utvecklingen. Det antas dock att minst 50 000 personer vårdas i hemmet i dag medan det år 1981 torde ha rört sig om ca 40 000 personer.

Antalet personer som får *social hemhjälp* genom primärkommunerna beräknades 1986 vara omkring 348 000, vilket är ca nio procent fler än 1980. Det är svårt att närmare beräkna vad dessa förändringar har inneburit för hjälpmedelsverksamheten. Eftersom de som flyttat ut från institutionerna, liksom övriga som får vård och omsorg i hemmet, i stor utsträckning är i behov av hjälpmedel, har förändringarna kommit att belasta såväl inköpsbudget som personalresurser inom framför allt hjälpmedelscentralernas verksamhetsområde. Till den del de personer som vårdas i hemmet alternativt skulle vårdats på institution och där erhållit hjälpmedel på institutionens budget, är inte heller utgifterna för hjälpmedel i hemvård tillkommande för hälso- och sjukvårdshuvudmän-

⁶ Spri-rapport 256: Sjukvård och äldreomsorg 1987.

nen. I vissa fall innebär dock vård och omsorg i hemmet ett något större behov av och efterfrågan på hjälpmedel än vid institutionsvård.

Det har på olika håll gjorts beräkningar och jämförelser av kostnader i olika vårdformer. Gemensamt för dessa beräkningar är emellertid att man, med några enstaka undantag, har lämnat frågan om hjälpmedel utanför kalkylen. Detta trots att hjälpmedel ofta är en förutsättning för att en person skall kunna vårdas i hemmet.

Ett av de få undantag där man vid jämförelsen mellan två olika vårdformer försökt uppskatta hjälpmedelskostnaden har gjorts av Stockholms läns landsting.

Tabell 8.9 Kostnad per år i 1 000-tals kr.

A. Institutionsplats (sjukhem)	220
B. Vård i hemmet*	
- kommunal hemservice	45
- hemsjukvård	55
- hjälpmedel	15
Summa	115

* Exkl. bostadsanpassning

I den av Landstingsförbundet och Kommunförbundet gemensamt genomförda "Konsekvensstudien om vård- och omsorgssektorns omstrukturering" konstaterar man att ett ökat hemmaboende kommer generellt sett att öka efterfrågan på hjälpmedel dels för individuellt bruk, dels för att underlätta personalens arbete. Därutöver tillkommer viss medicinteknisk utrustning. Man hänvisar också till att något landsting har uppskattat kostnaderna för hjälpmedel år 1985 till omkring 7 000 kr. per år och patient.

Ytterligare en uppskattning av kostnaderna finns i betänkandet "Äldreomsorg i utveckling" (SOU 1987:2). Där räknar man med två kostnadsnivåer. En hög kostnad på 7 000 kr. per år för de som alternativt skulle ha vårdats inom korttidsvård och somatisk långvård, samt en låg kostnad på 4 000 kr. per år för de som alternativt skulle ha vårdats på ålderdomshem, vårdhem för utvecklingsstörda samt de åldersdementa i psykiatrisk vård.

Uppfattningarna om vad hjälpmedel kostar vid vård i hemmet går således vitt isär. Delvis förklaras detta av att det är stora variationer mellan olika grupper av hjälpmedelsbrukare.

Hjälpmedelsutredningen har genomfört en mindre studie i tre landsting omfattande 41 personer i eget boende. För dessa personer insamlades uppgifter över vilka hjälpmedel de vid studiens genomförande hade fått genom hjälpmedelsverksamheten. Av dessa skulle 13 personer, om de inte kunnat få vård och omsorg i hemmet, ha varit i behov av en plats på ålderdomshem/servicehus. Ytterligare 13 personer skulle alternativt ha vårdats på vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda. De resterande 15 personerna skulle ha vårdats på sjukhem eller vid långvårdsklinik. I tabell 8.9 har resultatet av studien sammanställts.

Tabell 8.10 Kostnad per år för hjälpmedel vid vård i hemmet

Alternativ vårdform	genomsnittlig kostnad	min. kostnad	max. kostnad	antal personer
Långvård/sjukhem	17 480	4 620	62 620	15
Vårdhem	14 420	4 140	39 540	13
Älderdoms hem	1 820	220	11 160	13

Även denna studie av några hjälpmedelsbrukare visar på de stora kostnadsvariationer som förekommer både mellan de olika grupperna av vårdalternativ men också mellan individerna inom grupperna.

För att uppskatta konsekvenserna av omstruktureringen mot ett ökat boende i hemmet krävs uppgifter över hur många som får vård/omsorg i hemmet och var de alternativt skulle ha vårdats om omstruktureringen inte hade kommit till stånd. Denna typ av uppgifter finns emellertid inte men schablonmässiga uppskattningar kan göras genom att beräkna det förväntade antalet vårdade om inga förändringar inträffat och sedan jämföra detta med det faktiska antalet vårdade.

Landstingsförbundet har i sina patientinventeringar i somatisk långtidsvård gjort denna typ av uppskattningar (se fig. 8.6). Om man antar att 1988 års befolkning skulle "konsumera" långtidsvård i samma utsträckning som år 1985 skulle ca 8 000 fler än det faktiska antalet ha varit inneliggande år 1988. På samma sätt var antalet patienter vid inventeringstillfället år 1985 omkring 1 100 färre än det antal som erhålles när 1983 års konsumtionsmönster skrivs fram till 1985 års (med hänsyn tagen till befolkningsförändringarna). Mellan åren 1983 och 1988 har omstruktureringen således inneburit att ca 9 000 patienter färre vårdas i långtidsvård år 1988 än om ingen omstrukturering skulle ha genomförts.

Om vi antar att de ca 9 000 personer som inte får långtidsvård på institution i stället får vård i hemmet kan hjälpmedelskostnaden för dessa beräknas till ca 135 milj. kr. per år med en kostnad på 15 000 kr. per år och patient.

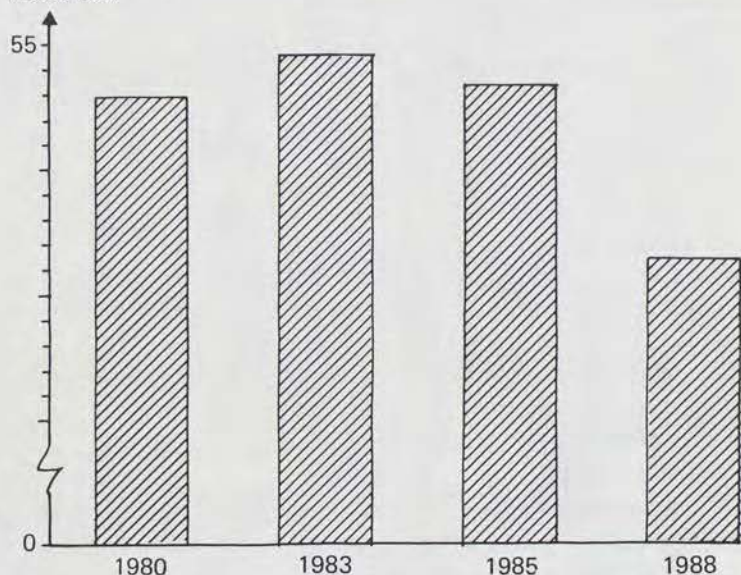
Som tidigare refererats finns det andra uppfattningar om hjälpmedelskostnaden för de som alternativt skulle vårdats i långtidsvård. Omkring 7 000 kr. per person har äldreberedningen angivit. Detta motsvarar ca 63 milj. kr. per år för de 9 000 personerna.

Utgår vi från den senast kända totala hjälpmedelskostnaden från år 1987 kan konstateras att de ovan grovt beräknade kostnaderna skulle motsvara mellan fem och tio procent av den totala kostnaden. Detta innebär i så fall att hjälpmedelskostnaden år 1987 skulle ha legat motsvarande procent lägre om konsumtionen av långtidsvård varit oförändrad från år 1983 och framåt.

Sett ur hela hälso- och sjukvårdens perspektiv är emellertid inte hela hjälpmedelsinsatsen vid vård i hemmet tillkommande. Den skulle åtminstone delvis behövs även i den alternativa vårdformen.

De effekter av förändringar i hälso- och sjukvårdens struktur som diskuterats är begränsade till vad som skett inom långtidssjukvården. En minst lika betydande förändring av vården har skett inom omsorgerna

Antal patienter
(1000-tal)



Figur 8.6 Antal patienter i somatisk långtidsvård beräknat på 1988 års befolkning.

Källa: Patientinventering inom somatisk långtidssjukvård 27 sept. 1988. Landstingsförbundet.

för psykiskt utvecklingsstörda. Här har utflyttningen till främst gruppboende varit mycket omfattande och knappast några tillkommande utvecklingsstörda bor på institution. Även för utvecklingsstörda är behovet av hjälpmedel stort. Jämfört med vad som tillhandahållits vid institutionsboende ökar hjälpmedelsanvändningen och i viss mån även behovet vid boende utanför institution.

Utvecklingen av omsorger om psykiskt utvecklingsstörda, långtidssjukvård och äldreomsorg mot ett ökat boende i hemmet eller hemliknande former svarar för en inte obetydlig del av ökningen av hjälpmedelskostnaden. Enbart den minskade långtidsvården svarar enligt ovan för uppskattningsvis mellan 5 och 10 procent av dagens hjälpmedelsbudget. Detta motsvarar i löpande priser mellan 15 och 33 procent av hjälpmedelskostnadsökningen på 409 milj. kr. mellan åren 1983 och 1987. Det bör dock understrykas att osäkerheten i gjorda antaganden och bedömningar är betydande.

Vi vill även på nytt påpeka att inte hela denna kostnad är tillkommande ur hälso- och sjukvårdens synvinkel. Till en del redovisades den tidigare inom institutionsvård etc. Av hjälpmedelsutredningens studie framgår att omkring hälften av hjälpmedlen inte skulle ha varit aktuella i den alternativa vårdformen när det gäller sjukhem och vårdhem.

8.3 Faktorer som påverkar efterfrågan på hjälpmedel

Det finns några olika förhållanden som gör att ett behov av hjälpmedel inte leder till en aktiv efterfrågan på hjälpmedel. Det innebär att behoven kan öka, men om möjligheterna att tillfredsställa eller möta dessa behov inte ökar kan efterfrågan vara mer eller mindre opåverkad. På samma sätt kan förbättrade möjligheter att tillgodose behoven leda till en ökad efterfrågan utan att behoven har ökat.

De förhållanden som kan påverka efterfrågans omfattning och relation till behoven är i huvudsak följande,

- vilka uppoffringar (avstånd, tid, pengar) som är förenade med att få tillgång till hjälpmedlen
- vilken kunskap och information man har om de produkter som finns
- hur man har accepterat sitt behov av hjälpmedel
- hur hjälpmedlen är anpassade till behovet.

Dessa förhållanden regleras delvis av hälso- och sjukvårdens struktur men framför allt av vad som kan kallas försörjningssystemet för hjälpmedel. Med försörjningssystem avses här regler och bestämmelser för hur hjälpmedlen tillhandahålls dvs. till vem, av vem och under vilka förutsättningar. Hälso- och sjukvårdens organisation samt alternativa möjligheter att få tillgång till hjälpmedel utanför hälso- och sjukvårdens ram, påverkar också den efterfrågan som når fram till hjälpmedelsverksamheten.

Det försörjningssystem som tillämpas i dag är i sina huvuddrag lika över landet och det har inte genomgått några grundläggande förändringar med avseende på ansvarsfrågor, kostnadsfrihet samt ordinations- och förskrivningsförfarande under de senaste tio åren. Däremot har t.ex. fler hör- och syncentraler tillkommit samt tolkverksamheten utökats och resurserna även i övrigt vuxit. Detta tillsammans med decentraliseringen till primärvård och mer öppna vårdformer har gjort hjälpmedlen mer tillgängliga. Förfarande är dock möjligheterna begränsade att på egen hand skaffa sig hjälpmedel utanför hälso- och sjukvårdens ram.

Den ökande andelen äldre samt omstruktureringen av vård och omsorg talar för att efterfrågan på hjälpmedel har växt. Ett tecken på detta är de inom vissa delar av hjälpmedelsverksamheten uppkomna köerna. Köerna kan emellertid upplevas som ett hinder och dämpa den efterfrågan som riktas mot verksamheten.

Huruvida brukarnas kunskaper om hjälpmedel ökat, eller om informationen kring hjälpmedel till allmänheten har förbättrats, har inte studerats särskilt. Däremot tyder resultaten från handikapprörelsens undersökning bland hjälpmedelsbrukarna på att det fortfarande är brist på information och kunskap i hjälpmedelsfrågor. (Se kapitel 6).

I handikapporganisationernas brukarstudie har det också framkommit att många säger sig vara nöjda med hjälpmedelsverksamheten då de besvarat ett enkätformulär. När sedan hembesök och intervjuer gjorts

framtonar en annan bild där många inte bedömts ha de hjälpmedel de behöver samt att de hjälpmedel de har i vissa fall är dåligt anpassade till behoven.

Till viss del kan de otillfredsställda behoven vara en konsekvens av att det helt enkelt saknas lämpliga produkter på marknaden för de enskilda behoven. Uppgifter från såväl brukare som ordinatorer och annan sjukvårdspersonal talar emellertid ofta om bristen på information, kunskap och kompetens inom hjälpmedelsverksamheten. Även när det gäller uppföljningen av utprovade/utlämnade hjälpmedel finns det påtagliga brister.

Även om systemet på olika punkter uppvisar svaga punkter är det enligt hjälpmedelsutredningens enkät en överväldigande majoritet inom hjälpmedelsverksamheten som menar att verksamheten totalt sett har förbättrats under senare år. Samtidigt anger de flesta att det fortfarande finns behov av enskilda hjälpmedel som för närvarande inte helt kan tillgodoses.

De kraftiga personaltillskotten inom hjälpmedelssektorn, som redovisas i nästa avsnitt har naturligtvis förbättrat möjligheterna att tillgodose efterfrågan på hjälpmedel. Samtidigt har detta inneburit att allt fler behov uppmärksammats.

Det finns således många faktorer som medverkat till att efterfrågan på hjälpmedel har ökat under de senaste tio åren. Hjälpmedlen har generellt sett blivit tillgängligare, men på många håll klarar inte försörjningssystemet och de nuvarande resurserna av att möta efterfrågan. Detta har i vissa delar av landet och för vissa hjälpmedel lett till långa köer, dålig uppföljning etc.

8.4 Faktorer som påverkar förskrivning och utprovning av hjälpmedel

För att ett efterfrågat hjälpmedel skall provas ut och/eller förskrivas krävs först och främst att det behov som föranlett efterfrågan anses föreligga även med utgångspunkt från de regler som finns för ordination av hjälpmedel. I nästa steg blir det fråga om vilken kapacitet försörjningssystemet har. Resurser och organisation är avgörande för hur stor del av efterfrågan som kan tillgodoses inom en given tidsperiod.

Hjälpmedelskostnaderna har ökat mer än många andra driftkostnader i vården. På samma sätt som inom hälso- och sjukvården i övrigt har hjälpmedelsverksamheten dock belagts med sparkrav eller andra åtgärder för att bromsa kostnadsutvecklingen. Dessa sparkrav tycks dock ha införts något senare för hjälpmedelssidan (omkring 1985-1986) än inom andra delar av hälso- och sjukvården.

För många hjälpmedel gäller att den som ordinerar inte har budgetansvar, vilket innebär att den som har detta ansvar har svårt att påverka kostnadsutvecklingen. Hjälpmedelsutredningens enkät visar dock att det blir allt vanligare att man överför även budget och kostnadsansvar till de enheter som förskriver hjälpmedlen, dvs. kliniker och primärvårdsenheter.

De materialadministrativa resurserna inom landstingen har utvecklats väsentligt de senaste tio åren. Hos allt fler huvudmän har samarbetet mellan den centrala materialadministrativa enheten och hjälpmedelsverksamheten fördjupats. I flera fall har man också planer på att sammanföra inköps- och materialhanteringsfunktionen för hjälpmedel med den centrala materialadministrativa enheten.

För att öka prismedvetenheten vid produktvalet bland de som köper in och förskriver hjälpmedel, har Sjukvårdshuvudmännens upphandlingsbolag (SUB) och Handikappsinstitutet i de gemensamma produktöversikterna, med början kring år 1985, också tagit med en uppgift om produktens pris.

Den volym och det innehåll som hjälpmedelsverksamheten har och har haft styrs naturligtvis i hög grad av vilka personalresurser som står till buds. I slutet av 1970-talet räknade man med att det fanns runt 20 000 ordinatorer i landet. Hjälpmedelsutredningens enkät visar att antalet ordinatorer 1986 uppskattningsvis var ca 28 000 personer.

I kap. 5 har redovisats utvecklingen åren 1982—1987 av antalet anställda inom de personalgrupper som arbetar med hjälpmedel. Där framgår att med undantag för hörselvårdskonsulenter, som det varit svårt att rekrytera, så har samtliga personalgrupper inom hjälpmedelsområdet ökat mer än den genomsnittliga ökningen av landstingsanställda. För vissa grupper har ökningen varit mycket omfattande.

Den kraftiga ökningen av de personalgrupper som arbetar med hjälpmedel har inneburit att det varit möjligt att öka utprovning och annan hantering av hjälpmedel under 1980-talet.

8.5 Övriga faktorer som påverkar hjälpmedelskostnaderna

De faktorer som hittills diskuterats är i huvudsak avgörande för hjälpmedelsverksamhetens omfattning. Till vilken kostnad de växande hjälpmedelsvolymerna kan inköpas är beroende av vilka produkter som väljs, priset på dessa och i vissa fall kostnaden för främmande tjänster vid utprovning, anpassning etc.

Det är inte möjligt att ge ett entydigt svar på om prisnivån för hjälpmedel generellt sett är hög eller låg. Mot bakgrund av de uppgifter utredningen haft tillgång till tycks emellertid inte prisökningen på produkterna varit av någon avgörande betydelse för kostnadsutvecklingen totalt sett.

Som nämnts tidigare har antalet produkter ökat och den tekniska utvecklingen av redan etablerade produktgrupper har lett fram till mer tekniskt avancerade produkter. Den prisutveckling vi har kunnat följa visar inte på att priset har ökat påtagligt i de få fall där en produkt varit ungefär likadan under de senaste 5—10 åren.

Prisutvecklingen för olika produktgrupper kan däremot ha varit en annan. Detta beror då huvudsakligen på att det skett en utveckling av

produkterna eller att man gått över till en annan typ av produkt, t.ex. allt-i-örat-apparater och aktivrullstolar.

Hur stora inköp som behöver göras påverkas också i viss mån av i vilken utsträckning hjälpmedlen kan återanvändas. Ett effektivt system för återtagning, rekonditionering etc. kan innebära stora besparingar.

Någon statistik för hela landet vad gäller återanvändningsfrekvensen inom hjälpmedelsverksamheten eller för enskilda hjälpmedel finns inte. Örebro läns landsting har dock, som tidigare refererats, gjort en uppföljningsstudie sedan ett antal år tillbaka. Denna statistik visar att återanvändningsfrekvensen i landstinget har ökat för de flesta produkter. För år 1987 har man beräknat att nyanskaffningsvärdet för de återanvända produkterna var ca 14 milj. kr. Inköpskostnaden för nya hjälpmedel var samma år omkring 19 milj. kr.

Vid bedömningen av kostnaderna för hjälpmedelsverksamheten bör förutom inköpskostnaderna för hjälpmedel även personal- och lokal-kostnader m.m. för service och underhåll, utprovning, transporter, administration, etc. tas med. Dessa kostnader, som kan uppskattas vara minst lika stora som inköpskostnaden (se avsnitt 7.1), är naturligtvis viktiga att beakta vid en samhällsekonomisk bedömning av hjälpmedelsverksamheten. I denna analys har de emellertid, som inledningsvis nämnts, inte kunnat tas med av praktiska skäl. Det finns dock anledning att räkna med att även dessa kostnader har ökat i ungefär motsvarande omfattning, eftersom ökade inköpsvolymerna kräver ökad administration, utprovning osv.

8.6 Huvudmännens förklaringar till kostnadsutvecklingen

I den enkät som utredningen ställt till hjälpmedelsverksamheten tog vi också upp en fråga om vad man anser vara orsaken/-erna till kostnadsutvecklingen.

Frågan som ställdes var följande:

Kostnaderna för hjälpmedelsverksamheten har ökat under senare år. Här anges ett antal alternativ som ofta nämns som förklaringar till denna utveckling. Vilka faktorer anser ni har varit avgörande? *Rangordna alternativen*. Sätt siffran 1 för det viktigaste alternativet etc.

- | | |
|---|--|
| ☐ Förbättrad kvalitet av hjälpmedlen | ☐ Ökade inköpskostnader p.g.a. prisökningar |
| ☐ Ökade inköpskostnader p.g.a. volymökning | ☐ Ökad andel äldre i befolkningen |
| ☐ Utökad hemsjukvård | ☐ Utökad eget boende |
| ☐ Decentralisering av verksamheten till primärvården | ☐ Utvidgning av handikappbegreppet |
| ☐ Utökning av hjälpmedelsförteckningen | ☐ Fler avancerade och dyra hjälpmedel |
| ☐ Annat alternativ | |

Huvudmännen bedömde att det var den ökade hemsjukvården, utökat eget boende samt en ökad andel äldre som i nämnd ordning är de främsta förklaringarna till de ökade kostnaderna. Därefter kom ökade inköpskostnader på grund av volymökningar samt fler tekniskt avancerade och dyra hjälpmedel. Detta ger en med den tidigare redovisningen ganska väl överensstämmande uppfattning om orsakerna till de ökade kostnaderna.

I de mer omfattande enkäter som sänts till sju huvudmän ställdes samma fråga om kostnadsutvecklingen även till de olika verksamhetsgrenarna.

Som tidigare redovisats har utvecklingen varit något olika för de olika hjälpmedelsverksamheterna. Frågan är då om man också bedömer att orsakerna till kostnadsutvecklingen är olika?

Figur 8.7 De olika verksamhetsgrenarnas uppfattning om de fem viktigaste orsakerna till kostnadsökningarna. (Enkät till sju huvudmän)

Syncentralerna	Hörcentralerna
1. Ökad andel äldre	1. Prisökningar
2. Prisökningar	2. Fler avancerade och dyra hjälpmedel
3. Fler avancerade och dyra hjälpmedel	3. Volymökningar
4. Volymökning	4. Utökning av hjälpmedelsförteckningen
5. Utvidgning av handikappbegreppet	5. Ökad andel äldre
Hjälpmedelscentralerna	Ortopedtekniska avdelningarna
1. Prisökningar	1. Prisökningar
2. Ökad andel äldre	2. Utvidgning av handikappbegreppet
3. Eget boende	3. Volymökning
4. Decentralisering till primärvård	4. Ökad andel äldre
5. Hemsjukvård	5. Fler avancerade och dyra hjälpmedel

Från hjälpmedelscentralerna framhålls utöver prisökningen de organisatoriska och strukturella förändringarna i vården. Detta stämmer väl överens med att det är hjälpmedelscentralerna som främst engageras vid utrustning av hemmen, samt utprovning av olika typer av förflyttningshjälpmedel.

De övriga hjälpmedelsenheterna framhåller också prisökningar som orsak till kostnadsutvecklingen. Detta kan möjligen förklaras av att det kan vara svårt att utan särskilda beräkningar avgöra vad som är realprisökning och hur mycket som är en inflationseffekt.

8.7 Sammanfattning

Den totala kostnaden för hälso- och sjukvårdshuvudmännens inköp av hjälpmedel har mellan åren 1978 och 1987 ökat med i genomsnitt 4 pro-

cent per år i fasta priser. Motsvarande utveckling för hela hälso- och sjukvårdsverksamheten var ca 2 procent per år.

Den bild av de bakomliggande orsakerna till kostnadsutvecklingen inom hjälpmedelsområdet som kommit fram är i sammandrag följande:

- Befolkningens behov av hjälpmedel har ökat. Bakom denna ökning ligger inte ett försämrat hälsotillstånd generellt i befolkningen. Det ökade behovet förklaras istället till en del av att de äldre blivit fler. Omkring 70 procent av hjälpmedelsanvändarna är över 65 års ålder. Vidare har omstruktureringen av samhällets vård- och omsorgsinsatser bl.a. mot ett ökat boende i hemmet eller hemliknande former haft stor betydelse för det ökade hjälpmedelsbehovet.

De beräkningar som gjorts över omstruktureringens effekter bygger på begränsade uppgifter och avser främst den relativa minskningen av antalet långvårdsplatser. Enligt dessa har effekterna för kostnaderna för hjälpmedel uppskattats svara för mellan 15 och 33 procent av *kostnadsökningen* under perioden 1983—1987.

- Utvecklingen av nya hjälpmedel och nya behandlingsmetoder har gjort det möjligt för allt fler med kort- eller långvariga funktionshinder att dra nytta av ett hjälpmedel. Det innebär att möjligheterna att tillgodose hjälpmedelsbehovet i olika situationer har ökat.

- Utbyggd primärvård samt vård, omsorg och service i hemmet har medfört att fler behov av hjälpmedel har uppmärksamrats. De personalgrupper som bl.a. provar ut hjälpmedel har ökat kraftigt. Detta har ökat möjligheterna för befolkningen att erhålla hjälpmedel samtidigt som det funnits en stor uppdämd efterfrågan. Konsekvenserna har på flera områden blivit långa köer och väntetider samt små möjligheter till uppföljning och utveckling av verksamheten.

- Allt fler behov, även av produkter för medicinsk behandling, har förts över eller tillkommit inom ramen för hjälpmedelsverksamheten. Tidigare definitioner av begreppen handikapp och tekniska hjälpmedel har ersatts av en tillämpning där det snarare är behovet av en produkt än graden av funktionshinder som avgör om en produkt skall tillhandahållas inom ramen för hjälpmedelsverksamheten.

Till viss del omfattar således kostnadsökningen för hjälpmedelsverksamheten, sett ur hela hälso- och sjukvårdsverksamhetens perspektiv, inte nya eller tillkommande kostnader utan de är överförda från annan verksamhet.

- Någon anmärkningsvärd prisutveckling på hjälpmedel generellt sett har inte kunnat fastställas för de senaste tio åren. Eftersom det sker en kontinuerlig utveckling av de flesta hjälpmedel är prisjämförelser över tiden dock svåra att göra.

- För kostnadsutvecklingen inom hjälpmedelsverksamheten är det troligt att produktutvecklingens konsekvenser för priset och valet av produkter har varit av långt större betydelse.
- De ökade kostnaderna för hälso- och sjukvårdshuvudmännens hjälpmedelsverksamhet har huvudsakligen uppkommit till följd av volymökningar inom samtliga verksamhetsområden. Kraftigast har ökningen varit inom hjälpmedelscentralernas och hörcentralernas områden.

Analysen av volym- och kostnadsutvecklingen visar inte om en större *andel* av hjälpmedelsbehovet kunnat tillgodoses. Inte heller framgår det hur kvaliteten inom hjälpmedelsförsörjningen har utvecklats.

- 1. The first of these is the fact that the system is not a simple one, but a complex one, involving many different factors.
- 2. The second is the fact that the system is not a static one, but a dynamic one, involving many different factors.
- 3. The third is the fact that the system is not a closed one, but an open one, involving many different factors.
- 4. The fourth is the fact that the system is not a linear one, but a non-linear one, involving many different factors.
- 5. The fifth is the fact that the system is not a deterministic one, but a probabilistic one, involving many different factors.

These five factors are the main ones that make the system a complex one, and they are the main ones that make the system a dynamic one, and they are the main ones that make the system an open one, and they are the main ones that make the system a non-linear one, and they are the main ones that make the system a probabilistic one.

9 Kostnadsfria förbrukningsartiklar

9.1 Nuvarande regelsystem

Sedan den 1 januari 1973 finansieras vissa förbrukningsartiklar vid sjukdom genom den allmänna försäkringen. Enligt 6 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader m.m. får regeringen förordna att injektionssprutor, kanyler, katetrar, bandage och därmed jämförliga förbrukningsartiklar kostnadsfritt tillhandahållas den som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom är i fortlöpande behov därav. Rätt att förskriva förbrukningsartiklar ges till bl.a. läkare samt andra som av socialstyrelsen förklarats behöriga.

Regeringen anger i kungörelsen (1972:189) om kostnadsfria förbrukningsartiklar vid sjukdom, (senaste lydelse 1981:354), de indikationer som berättigar till kostnadsfria artiklar och de artiklar som får förskrivas vid respektive indikation. Dessa är följande:

Indikation	Artikel
1. Diabetes mellitus	a) injektionsspruta b) injektionspistol c) kanyl d) bomullssuddar och andra engångsartiklar som innehåller etanol och som är avsedda för desinfektion av huden vid insulininjektioner e) testmaterial för påvisande av socker och ketoner i urinen f) testmaterial för bestämning av blodsockerhalten
2. Ileostomi Colostomi Ureterostomi Cystostomi	a) bandagematerial b) hudskyddsmedel
3. Urininkontinens Urinretention Tarminkontinens	a) anordning för uppsamling av urin resp. faeces b) anordning för tappning av urin

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om beskaffenheten av de artiklar som tillhandahålles kostnadsfritt (senaste lydelse SOSFS 1982:10).

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter som anger vilka artiklar som skall tillhandahållas kostnadsfritt samt vem som ges behörighet att förskriva dessa. Samtliga distriktssköterskor och sjuksköterskor med motsvarande befattning har ordinationsrätt för samtliga förbrukningsartiklar. Övriga sjuksköterskor, som genomgått av socialstyrelsen (i samråd med Handikappinstitutet) godkänd kurs, kan även få förskrivningsrätt för vissa artiklar liksom sjuksköterskor vid diabetesmottagningar. Av socialstyrelsens författning framgår även följande:

Efter samråd med handikappinstitutet uppdrar socialstyrelsen åt institutet att i en särskild förteckning närmare ange vilka enskilda produkter som skall tillhandahållas kostnadsfritt.... För testmaterial för påvisande av socker och ketoner i urinen och testmaterial för påvisande av blodsockerhalten gäller dock, att dessa skall vara provade av socialstyrelsen före upptagande på förteckningen.

Handikappinstitutet ger en gång per år ut en förteckning över de förbrukningsartiklar som får förskrivas kostnadsfritt. De artiklar som förs upp på förteckningen är provade, bedömda och godkända av institutet.

De kostnadsfria förbrukningsartiklar som finns upptagna i Handikappinstitutets förteckning augusti 1988 framgår av uppställningen på nästa sida.

Apoteksbolaget AB ansvarar för upphandling, distribution och tillhandahållande av de kostnadsfria förbrukningsartiklarna. Även kvalitetsuppföljning i form av stickprovskontroller vid leverans genomföres av Apoteksbolaget. Handikappinstitutet och Apoteksbolaget ger tillsammans ut en serie "Produktfakta" med information om de olika artiklarna.

Enligt förordning (1981:608) om läkemedelskostnader m.m., skall förskrivning av förbrukningsartiklar göras på ett hjälpmedelskort där det även skall anges hur många gånger förskrivningen får expedieras. Ordinatören får endast förskriva de artiklar som finns upptagna i gällande förteckning från Handikappinstitutet och endast för den indikation för vilken artikeln i fråga är avsedd.

9.2 Behovsbedömning och förskrivning av förbrukningsartiklar

Behovsbedömning, utprovning och uppföljning av stomi- och diabetesartiklar sker integrerat i den vård och behandling som sjukdomen i övrigt kräver. Utprovning, uppföljning och annan medicinsk kontroll genomföres vid berörda kliniker, vid särskilda mottagningar med specialutbildad personal för diabetes- och stomipatienter, liksom i primärvården av läkare och distriktssköterskor.

Inkontinensproblem har inte på samma sätt som de övriga indikationerna något klart samband med en specifik sjukdom eller behandlingsmetod. Urin- och tarminkontinens kan uppstå vid flera olika sjukdomstillstånd och funktionsstörningar. Detta innebär att medicinsk utredning

Kostnadsfria förbrukningsartiklar enligt Handikappinstitutets förteckning augusti 1988

Indikation	Artiklar
Diabetes mellitus	Injektionssprutor Injektionspistoler Kanyler Ersättningsddelar och tillbehör Desinfektionstorkar Testmaterial
Colostomi	Häftpåsar
Ileostomi	Kombinationsbandage
Urostomi	Individuellt anpassat eller tillverkat bandagematerial Kompletterande bandagematerial Förbrukningsartiklar för opererade med intraabdominell reservoar Förbrukningsartiklar för tömning enligt irrigationsmetoden Urinuppsamlingspåsar Blöjor Kompresser Hudskyddsmedel Lösningsmedel för häfta
Urininkontinens	Urinuppsamlingspåsar
Urinretention	Tillbehör till påsar
Tarminkontinens	Grenbandage Urinflaskor Urindroppssamlare med fästanoordning Katetrar Bindor och blöjor Lakansskydd och hygienunderlägg Individuellt anpassade eller tillverkade artiklar

och eventuell behandling liksom uppföljning av behandlingen är en del av behovsbedömningen. Utprovning av inkontinenshjälpmedel kan vara såväl en tillfällig insats i avvaktan på operation eller annan behandling, som ett alternativ eller komplement till sådan behandling. Utprovning och förskrivning sker främst inom primärvården, framför allt av distriktssköterskor, men även vid andra vårdenheter inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har utgivit underlag till vårdprogram för behandling av diabetes i primärvården liksom underlag till vårdprogram vid urininkontinens hos kvinnor. Spri har utarbetat underlag till vårdprogram för diabetes hos barn. Något vårdprogramunderlag för behandling vid stomi finns dock inte.

Den som har behov av förbrukningsartiklar får via läkare, distrikts-sköterska eller annan sjuksköterska med ordinationsrätt ett hjälpmedelskort där personuppgifter, ordinerade artiklar, antal tillåtna expedieringar och namn på förskrivande person framgår. Artiklarna lämnas därefter ut på valfritt apotek (inkontinensartiklar levereras oftast till hemmet) efter att hjälpmedelskortet har visats upp. Apoteket bokför kostnaden för varje expediering och för varje post som ingår. Apotekets kostnader ersätts av sjukförsäkringen.

9.3 Kostnads- och volymutveckling för de kostnadsfria förbrukningsartiklarna

9.3.1 Kostnadsutvecklingen

År 1972, året innan de kostnadsfria förbrukningsartiklarna överfördes till sjukförsäkringen, beräknades kostnaderna för dessa artiklar uppgå till ca 10 milj. kr. Beräkningen grundades på en schablonuppräkning av kostnaderna i några landsting. Kostnaderna har därefter ökat kraftigt och uppgick till 621 milj. kr. år 1987. I löpande priser har kostnaderna således ökat mer än 17 gånger under åren 1973—1987. Tar man hänsyn till den allmänna prisutvecklingen under perioden har kostnaderna ökat mer än fem gånger med en genomsnittlig årlig ökning av ca 13 procent. Av tabell 9.1 framgår emellertid att kostnadsökningarna varierat under perioden. Den kraftigaste ökningen inträffade under de två första åren (1973—1974), därefter skedde en långsammare ökning fram till år 1982. Sedan dess har de årliga kostnadsökningarna varit mellan 10—13 procent, beräknat i 1973 års penningvärde. Mellan 1982—1987 ökade kostnaderna med sammanlagt 74 procent i fasta priser.

Tabell 9.1 Kostnadsutvecklingen för kostnadsfria förbrukningsartiklar i löpande och fast pris.

År	Milj. kr.	Fast pris ¹	Ökning i % Fast pris
1973	35	35	
1974	47	43	23
1975	65	54	26
1976	82	62	15
1977	104	70	13
1978	122	74	6
1979	142	81	9
1980	176	88	9
1981	212	95	8
1982	260	107	13
1983	314	119	11
1984	387	135	13
1985	451	149	10
1986	530	164	10
1987	621	186	13

¹ Beräknat enligt konsumentprisindex

Källa: Bearbetning av riks-försäkringsverkets statistik.

Kostnadsökningen för hjälpmedel inom hälso- och sjukvården var under åren 1978—1987 ca 45 procent i fasta priser. (Se kapitel 7). Den genomsnittliga årliga ökningen var ca 4 procent. Under samma period ökade sjukförsäkringens kostnader för de kostnadsfria förbrukningsartiklarna med ca 150 procent. Den genomsnittliga årliga ökningen för perioden var ca 11 procent.

För att analysera osakerna till den kraftiga kostnadsökningen har vi tagit del av Apoteksbolagets försäljningsstatistik och den statistik som förs av riksförsäkringsverket. Enligt Apoteksbolagets försäljningsstatistik skiljer sig kostnadsutvecklingen mellan de tre olika artikelgrupperna. Kostnadsökningen har varit störst för inkontinenshjälpmedel och lägst för stomihjälpmedel. Inkontinenshjälpmedlen har räknat i fasta priser ökat 594 procent mellan åren 1973 och 1987, diabeteshjälpmedlen 514 procent och stomihjälpmedlen 210 procent.

Tabell 9.2 Kostnadsutvecklingen för kostnadsfria förbrukningsartiklar fördelat på artikelgrupp.

År	Inkontinens milj. kr.	Index, fast pris ¹	Stomi milj. kr.	Index, fast pris ¹	Injektion mm milj. kr.	Index, fast pris ¹
1973	16	100	10	100	7	100
1974	23	131	15	137	8	104
1975	32	166	20	166	10	119
1976	44	206	24	180	11	119
1977	55	231	29	194	15	144
1978	61	233	33	201	17	149
1979	75	268	39	222	25	204
1980	91	284	45	225	29	207
1981	110	309	54	243	40	257
1982	131	336	63	258	58	340
1983	165	392	71	270	76	413
1984	209	456	82	287	88	440
1985	270	557	89	294	98	461
1986	314	608	100	310	118	523
1987	371	696	104	312	143	613

¹ Index beräknat på fast pris enligt konsumentprisindex, kostnad 1973 = 100

Källa: Bearbetning av Apoteksbolagets försäljningsstatistik

Kostnadsökningen i fasta priser har varit olika för de tre artikelgrupperna de senaste fem åren jämfört med den tidigare femårsperioden. Under perioden 1978—1982 var kostnadsökningen i genomsnitt per år för inkontinenshjälpmedlen 8 procent, medan diabetesartiklarna i genomsnitt ökade 20 procent och stomiartiklarna 6,5 procent i genomsnitt per år. Under åren 1982—1987 har kostnaderna i fasta priser ökat med i genomsnitt 15,5 procent per år för inkontinenshjälpmedlen och med 3,6 resp. 12,5 procent per år för stomi- och diabeteshjälpmedlen. Kostnaderna för inkontinenshjälpmedlen har således ökat snabbare än för de övriga artiklarna under den senaste femårsperioden.

9.3.2 Volymutvecklingen

Antalet personer som får förbrukningsartiklar kostnadsfritt har uppskattats av Apoteksbolaget. De personer som får inkontinensartiklar beräknas för närvarande vara ca 80 000, vilket med stor sannolikhet endast är en del av den totala behovsgruppen. Ca 45 000 personer uppskattas ha diabetes som kräver insulininjektioner. Ca 15 000 personer antas vara stomiopererade. Det innebär att den grupp som får kostnadsfria förbrukningsartiklar uppskattningsvis omfattar ca 140 000 personer. En person som får förbrukningsartiklar av flera orsaker är då inräknad flera gånger. Enligt uppgift från Apoteksbolaget är flertalet av brukarna äldre. Under 1987 använde dessa 140 000 personer förbrukningsartiklar för 621 milj. kr., dvs. i genomsnitt ca 4 900 kr. per brukare.

Apoteksbolagets statistik över antal sålda artiklar för vissa stora artikelgrupper visar att det under åren 1981 — 1986 har skett förändringar i försäljningsvolymerna. Vissa artiklar har ökat medan andra har minskat.

Inom varugruppen stomipåsar har colostomi- och urostomipåsar ökat, liksom påsar för ileostomi, medan de s.k. ospecifika påsarna har minskat. Dessa ändringar i produktval kan t.ex. bero på att produktutvecklingen givit bättre och mer specialiserade produkter, förändringar i behandlings- och operationsmetoder liksom förändringar i önskemål hos brukarna.

Bland inkontinensartiklarna har katetrarna minskat med nästan 40 procent under den redovisade perioden. Orsaken till detta är sannolikt att man mer och mer övergått till att i stället för kateter använda andra typer av inkontinenshjälpmedel, t.ex. blöjor. Blöjorna har mellan åren 1984 till 1986 ökat i antal från 60 milj. till 81 milj. eller med 35 procent på två år.

Omstruktureringen inom vård- och omvårdnadssektorn har förändrat efterfrågemönstret för inkontinensartiklarna. Personer som flyttat till eget boende från långvård och andra slutna vårdformer och har behov av inkontinenshjälpmedel får numera dessa i större utsträckning genom den öppna vården.

Även inom varugruppen injektionssprutor för diabetiker har förändringar inträffat. Försäljning av engångssprutor och engångskanyler har minskat till förmån för engångssprutor med monterad kanyl, som mer än fördubblat försäljningsvolymen under samma tid. En förklaring är att nya behandlingsmetoder medför övergång från engångssprutor med lös kanyl till sprutor med fast kanyl, vilket innebär att det går åt fler sprutor. Det kan dock endast förklara ca två tredjedelar av ökningen. I behandlingen av diabetespatienter övergår man i stor utsträckning till att injicera insulinet oftare och i mindre doser, varför det naturligt krävs flera sprutor om man använder engångssprutor med fast kanyl jämfört med om vissa delar kan återanvändas. Det blir även allt vanligare att behandling med insulininjektioner sätts in i stället för tabletter vid åldersdiabetes. Detta är några förklaringar till att försäljningen av sprutor totalt sett har ökat, liksom även att antalet diabetiker i befolkningen enligt vissa uppgifter tenderar att öka.

Det troliga är att alla beskrivna orsaker samverkar till att försäljningen av sprutor har ökat.

Tabell 9.3 Apotekens försäljning av vissa stora förbrukningsartiklar åren 1981—1987, 1 000-tal st.

Varugrupp	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	Förändring i % 1981–1987
Colostomipåsar	2 657	2 780	2 903	3 148	3 086	3 304	3 533	+ 33
Ileostomipåsar	1 462	1 459	1 534	1 649	1 538	1 551	1 561	+ 7
Urostomipåsar	277	325	340	375	403	463	496	+ 79
Ospecifika påsar	802	739	644	523	613	526	420	– 48
Katetrar (ballong)	137	124	109	99	87	84	79	– 42
Lakansskydd (hygien-lakan)	8 373	9 006	9 277	8 884	10 169	11 613	12 534	+ 50
Urinuppsamlings-påsar	9 600	9 526	9 250	9 183	8 208	9 359	9 614	0
Engångs injektions-sprutor	10 323	9 000	7 310	5 791	4 719	3 601	832	– 92
Engångs injektions-kanyler	12 394	11 266	9 353	7 306	5 889	6 163	7 382	– 40
Engångssprutor med monterad kanyl	15 779	20 293	23 636	27 738	31 485	33 142	35 210	+123

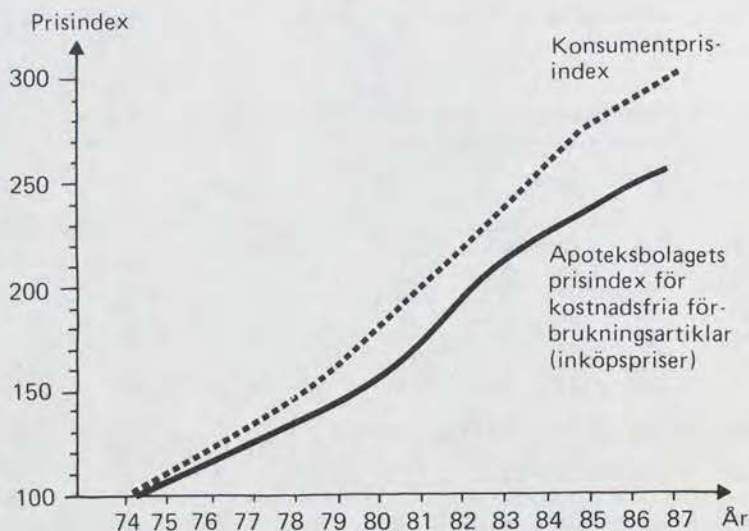
Källa: Bearbetning av Apoteksbolagets statistik

9.3.3 Prisutvecklingen

Enligt Apoteksbolagets prisindex för de kostnadsfria förbrukningsartiklarna har kostnadsutvecklingen för dessa legat under den allmänna prisutvecklingen. Det verkar således som om de kostnadsfria förbrukningsartiklarnas prisutveckling varit lägre än prisutvecklingen på de produkter som ingår i konsumentprisindex.

Apoteksbolagets index är dock konstruerat så att priset på nya produkter inte vägs in i samband med att de kommer ut på marknaden, utan påverkar index först då priset förändras efter introduktionen. Det innebär bl.a. att de prisökningar som beror på att brukare och ordinatorer föredrar de nya, bättre och oftast dyrare produkterna i stället för de gamla på marknaden, inte finns medräknade. Index är inte heller någon bra mätare på prisutvecklingens betydelse för kostnadsutvecklingen eftersom det inte säger något om prisutvecklingen för enskilda produkter. I indexberäkningen ges varje produkt lika stor vikt, medan den faktiska försäljningsandelen kan vara annorlunda. Vissa produkter har stor andel av försäljningen och andra liten. Små prisökningar för produkter med stor andel kan därför vara mer betydelsefulla för kostnadsbilden än stora prisökningar på produkter som har liten marknadsandel. Om en förhållandevis billig produkt ersätts på marknaden av en dyrare kan detta få stor effekt på kostnadsutvecklingen.

Det går inte att utläsa något om dessa faktorerers betydelse för prisutvecklingen eftersom det i Apoteksbolagets statistik inte finns några prisserier på de enskilda produkterna. Det är därför inte möjligt att avgöra i vilken utsträckning prisökningar kan förklara den kraftiga kostnadsutvecklingen. Se figur 9.1.



Figur 9.1 Prisutvecklingen för kostnadsfria förbrukningsartiklar enligt Apoteksbolagets prisindex för inköpta artiklar jämfört med konsumentprisindex.

Källa: Bearbetning av uppgifter från Apoteksbolaget

Av tillgänglig statistik framgår att antalet verifikationer (expedieringar på apotek) har fyrfaldigats mellan 1974 och 1987. Medelkostnaden per verifikation har dock, räknat i 1973 års prisnivå totalt sett minskat med ca 1 procent under samma tid. Under åren 1974–1982 minskade medelkostnaden 21 procent, en genomsnittlig minskning med 3 procent per år. Åren 1982–1987 ökade däremot medelkostnaden per verifikation med sammanlagt ca 25 procent, en genomsnittlig årlig ökning med 4,5 procent. Allt räknat i 1973 års prisnivå.

Varje expediering kan omfatta upp till fyra olika poster (produktkategorier). Varje post kan sedan innehålla flera artiklar eller förpackningar.

Totala antalet expedierade poster på hjälpmedelskort har femfaldigats mellan 1973 och 1987. Även medelpriset per post har ökat med drygt 5 procent under denna period. Under de första åren 1973–1982 minskade medelpriset med 9,5 procent för att öka med drygt 15 procent under åren 1982–1987. Allt räknat i 1973 års prisnivå.

Utan mer specifika uppgifter om fördelning av verifikationer och poster på de olika diagnosgrupperna liksom uppgifter om antal expedierade artiklar och prisuppgifter på dessa, går det dock inte att komma vidare i analysen av prisutvecklingen.

Apoteksbolagets omkostnadspålägg för lagerhållning, administration m.m. för de kostnadsfria förbrukningsartiklarna har under 1980-talet utgjort runt 30 procent av totalkostnaden.

9.3.4 Orsaker till kostnadsutvecklingen

Det är inte möjligt att med de uppgifter som finns tillgängliga med någon säkerhet ange orsakerna till kostnadsutvecklingen. Eftersom behovsbild

och efterfrågemönster för förbrukningsartiklarna är så olika är det inte möjligt att utan särredovisning av dessa avgöra i vilken utsträckning de olika faktorerna har påverkat kostnadsutvecklingen.

Inom alla tre produktområden har det varit en betydande produktutveckling. Detta har påverkat kostnadsutvecklingen eftersom nya, bättre och dyrare produkter ofta föredras av brukare och ordinatorer.

Beträffande inkontinenshjälpmedel har det med stor sannolikhet skett en omfattande ökning av efterfrågan. De personer i befolkningen som lider av inkontinens brukar i vissa sammanhang uppskattas till flera hundra tusen. Under framför allt de senaste fem åren har informationen om möjligheterna att få hjälpmedel vid inkontinens utökats väsentligt. En stor del av kostnadsökningen torde bero på att allt fler personer med inkontinens har fått veta att det finns behandling och hjälpmedel att få. Efterfrågeökningen är troligen mindre för de övriga diagnosgrupperna. Något dolt behov av stomi- och diabetesartiklar torde inte finnas eftersom de sjukdomar som ger behov av dessa artiklar är så allvarliga att det är osannolikt att sådana behov inte är uppmärksammade. Utflyttningen från långvård och andra slutna vårdformer till eget boende har även medfört att den allmänna försäkringens kostnader för inkontinensartiklar har ökat.

9.4 Brukarnas uppfattning

De brukare som får förbrukningsartiklar kostnadsfritt och som tillfrågats i handikapprörelsens brukarstudie (se kapitel 6) har en i huvudsak positiv uppfattning både om systemet som sådant och hur det fungerar. Vissa problem med leveranserna av hjälpmedlen framförs dock från brukarna av inkontinensartiklar. Kompetensen hos den personal som gör behovsbedömning och utprovning uppfattas även som otillräcklig av en del brukare.

9.5 Förbrukningsartiklar som har aktualiserats bli kostnadsfria

Efter beslutet om kostnadsfrihet för vissa förbrukningsartiklar år 1973 har framställningar gjorts till såväl socialdepartementet som socialstyrelsen, Apoteksbolaget och Handikappinstitutet med begäran om att föra upp nya produkter på förteckningen och att införa fler indikationer för kostnadsfrihet. Även riksdagsmotioner har väckts rörande detta område.

Vissa nya artiklar har efter hand förts upp på förteckningen t.ex. olika teststickor vid diabetes liksom artiklar som inneburit vidareutveckling av förefintliga kostnadsfria produkter. Artikelsortimentet har även kontinuerligt ökat. Däremot har inte tillkommit några nya diagnoser utöver de ursprungliga.

Följande förteckning visar de diagnoser och förbrukningsartiklar för vilka framställning gjorts (t.o.m. år 1987) om kostnadsfrihet genom den allmänna försäkringen. Uppräkningen innebär dock ingen total invente-

ring av de förbrukningsartiklar och behovsgrupper som står utanför för-
månssystemet.

Artikel	Diagnos/motsvarande
Tillbehör till insulin- pump	Diabetes (injektionsbehov)
Hudskyddsmedel Madrassskydd Bäcken Alarmmattor med tillbehör	Inkontinens
Stomaskydd Förbandsmaterial	Laryngektomi
Sprutor och kanyler	Elakartad blodsjukdom (hår- cel-leukemi)
Mjukgörande medel Förbandsmaterial Bomullsvantar	Kronisk hudsjukdom (psoriasis)
Förbandsmaterial	Sår av olika slag, t.ex. brännsår, bensår
Dosett	Behov att förenkla medicinering
Madrasskydd Engångslakan Blöjor	Olika diagnoser utöver inkontinens
Haklappar, engångs Tvättlappar, engångs Handskar, engångs	Olika diagnoser
Kompresser	Olika diagnoser utöver stomier
Förbandsmaterial Bomullsvantar Sprutor och kanyler	Allergi/Astma
Speciallivsmedel Sondnäring med tillbehör	Nutitionsrubbningar (över 16 år)
Knä- och armbågsskydd Kylpåsar Transfusionsaggregat med tillbehör	Blödarsjuka
Stödstrumpor Andningsmask	Cirkulationsrubbningar

Artikel	Diagnos/motsvarande
Utrustning för påsdialys (CAPD-metoden)	Njurinsufficiens (dialysbehov)
Sprutor och kanyler	Barn med tillväxthormonbrist
Saliversättningsmedel	Olika diagnoser
Kvarliggande kanyl med tillbehör	Smärtlindring vid olika diagnoser
Sprutor och kanyler	
Dimtält med tillbehör	Cystisk fibros
Sprutor, kanyler	
Urglas	Ögonsjukdom
Förbrukningsmaterial som tillbehör till hjälpmedel som finns på Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning	Olika diagnoser
Förbrukningsmaterial som tillbehör till hjälpmedel som inte finns på Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning, men som finns på lokal förteckning	Olika diagnoser

Hjälpmedelsutredningen har gjort en skattning av storleken på de brukargrupper som kan vara i behov av förbrukningsartiklarna i ovanstående förteckning, liksom en skattning av de samhällskostnader som en eventuell kostnadsfrihet skulle medföra.

Utredningen har uppskattat antalet årsbrukare (jfr årsarbetare) till ca 200 000 och samhällets kostnad för ett års förbrukning (1988 års prisnivå) till ca 250 milj. kr.

En del av de artiklar som uppräknats i ovanstående sammanställning utlämnas kostnadsfritt av vissa hälso- och sjukvårdshuvudmän. Finansieringen sker på olika sätt. Ibland finns artiklar av förbrukningskaraktär på lokal hjälpmedelsförteckning och betalas över hjälpmedelsbudgeten. Så kan t.ex. vara fallet med alarmmatta vid sängvätning, stödstrumpor, andningsmask etc. I andra fall finansieras förbrukningsartiklar av specialistkliniker eller primärvården. Som exempel kan nämnas förbandsmaterial, sprutor och kanyler vid olika behandlingar, utrustningar för transfusion, näringslösning och dialys m.m.

I Stockholms läns landsting finns sedan 1 jan. 1971 ett särskilt bidrag till sådana näringspreparat och förbandsartiklar som inte till reducerat pris kan erhållas på apotek. Bidraget beviljas långvarigt sjuka och inne-

bär att landstinget betalar den kostnad som överstiger en egenavgift motsvarande den för läkemedel. Denna egenavgift ingår dock inte i beräkning av högkostnadsskyddet.

Näringspreparat och förbrukningsartiklar expedieras därefter från apoteken vid uppvisande av det beslut som patienten fått från landstinget och där det framgår vilka artiklar och vilket antal expedieringar som beviljats. År 1987 var landstingets kostnad för dessa artiklar 8 milj. kr.

Sannolikt är dock denna summa lågt räknad, eftersom Stockholms läns landsting i likhet med andra hälso- och sjukvårdshuvudmän även beviljar förbrukningsartiklar över klinikers och andra enheters budgetar. Sådana kostnader finns inte med i nyssnämnda belopp. Om man förutsätter att samtliga hälso- och sjukvårdshuvudmän finansierar vissa förbrukningsartiklar motsvarande omfattningen av Stockholms läns landstings kända utgifter skulle detta innebära ca 40 milj. kr. totalt för hela landet.

10 Stödfunktioner på central nivå för hjälpmedelsverksamheten

I detta kapitel berörs vissa centrala stödfunktioner för hjälpmedelsverksamheten. Handikappinstitutets verksamhet behandlas därutöver i kap. 11.

10.1 Provning

Central provning och utvärdering av handikapphjälpmedel handhas av Handikappinstitutet. Beträffande kostnadsfria förbrukningsartiklar sker provningen på uppdrag av socialstyrelsen. Företagen på hjälpmedelsområdet har som ett led i sin tillverkning en intern produktprovning. Det kan också nämnas att vissa förslag bl.a. om provning av medicinteknisk utrustning lagts fram i betänkandet "Medicinteknisk säkerhet" (SOU 1987:23).

Flertalet mer komplicerade och dyrbara hjälpmedel provas således av Handikappinstitutet innan de förs upp på den centrala hjälpmedelsförteckningen (se avsnitt 10.3 nedan).

Provningen innefattar dels mätningar av hjälpmedlens tekniska utförande, grundfunktioner och säkerhet, dels mer användarinriktade utvärderingar och bedömningar av deras funktionskompenserande egenskaper. Ett 20-tal hjälpmedelsgrupper, bl.a. rullstolar och hörapparater, går igenom regelbundet vanligen i form av fortlöpande provning av nytilkommande produkter, medan andra hjälpmedelsgrupper provas mera sporadiskt. Provningen kan genomföras på olika ambitionsnivåer alltifrån ingående mätningar och andra undersökningar till ren erfarenhetsbedömning. Varje år provas eller bedöms mellan 500 och 600 produkter (inkl. kostnadsfria förbrukningsartiklar).

I provningsarbetet samarbetar institutet nära med hjälpmedelsverksamheten ute i hälso- och sjukvården. Detta sker både genom att erfarenheter från fältet på olika sätt samlas in och i form av att beställningar läggs ut på kliniker eller motsvarande. Som en naturlig del i den fortlöpande hjälpmedelsverksamheten görs också en viss provning och produktkontroll inom hälso- och sjukvården. Institutet anlitar i vissa fall andra provningsinstitutioner, t.ex. Statens provningsanstalt och Möbelinstitutet, för delar av provningen. Ett omfattande nordiskt provningssa-

marbete förekommer också. Det sker bl.a. i form av att ett land provar ett visst produktområde för samtliga nordiska länders räkning. På detta sätt provas sängar och lyftar i Danmark, gånghjälpmedel i Norge, styrsystem för dörrar, telefon, TV etc. i Finland samt rullstolar i Sverige.

Med några få undantag bekostar Handikappinstitutet all provning utanför företagen av handikapphjälpmedel i Sverige, och således då även provningar som på institutets uppdrag utförs inom hälso- och sjukvården eller av andra provningsinstitutioner. I det nordiska provningssamarbetet svarar resp. land för kostnaden för provningen av "sitt" produktområde. Inom hörapparatområdet betalar företagen viss del av provningen. Planer föreligger på att via normer och kravspecifikationer lägga ut delar av ansvaret och kostnaden för provningar även för andra sortiment på företagen.

Totalkostnaden för Handikappinstitutets provningsverksamhet uppgår till ca 6 milj. kr. per år varav ca 1 milj. kr. utgörs av beställningar av provningsarbete hos andra organ. De produktområden som institutet mer kontinuerligt följer genom provningar eller bedömningar motsvarar ca 60 procent eller 700 milj. kr. av landstingens totala inköpskostnader på 1 200 milj. kr. per år för hjälpmedel. De kostnadsfria förbrukningsartiklar som provas eller bedöms motsvarar en årlig inköpskostnad på drygt 600 milj. kr.

I provningsverksamheten tenderar resurser att låsas upp för regelbundna provningar av etablerade sortiment på bekostnad av möjligheterna att arbeta med nya produktområden. Samtidigt är det ur användarnas och utprovarnas/ordinatörernas synpunkt ofta angelägnare med provning på nya områden där kunskap och erfarenhet saknas än med fortsatt provning på områden där kunskap och erfarenhet hunnit byggas upp.

10.2 Upphandling

Sjukvårdshuvudmännens upphandlingsbolag (SUB), som är ett helägt dotterbolag till landstingsförbundet, svarar för central upphandling av hjälpmedel. Med leverantörerna träffas därvid avropsavtal, som sedan kan tillämpas av huvudmännen.

Upphandlingen sker i nära samverkan med Handikappinstitutets provningsverksamhet och normalt är kravet att upphandlade produkter skall vara provade eller bedömda av institutet. I flertalet fall upphandlas de produkter inom ett sortiment som enligt handikappinstitutets bedömning uppfyller vissa normer vad gäller utförande, funktion och säkerhet. Resp. huvudman gör därefter vanligen vissa sortimentsbegränsningar vid sina inköp med ledning av bl.a. Handikappinstitutets produktinformation.

SUB:s upphandling täcker i stort sett samma sortiment som dem som Handikappinstitutet mera regelbundet provar eller bedömer. Upphandlingsvärdet på hjälpmedelssidan uppgick således 1987 till drygt 700 milj. kr. och fördelade sig på hjälpmedelsgrupper enligt följande:

	Upphandlings- värde 1987 milj. kr.	Täckningsgrad i förhållande till huvud- männens inköp, % (ca)
Medicinska behandlings- och tränings- hjälpmedel	64	70
Ortopedtekniska hjälpmedel	74	20
Personlig vård	—	—
Förflyttning	279	95
Hushålls- och bostadshjälpmedel	49	75
Kommunikationshjälpmedel	265	70
Summa	722	60

Inom området hjälpmedel för personlig vård har under 1988 vissa upphandlingsavtal träffats. Vidare pågår arbete med utvidgade upphandlingsavtal på det ortopedtekniska området samt med helt nya avtal för datorbaserade hjälpmedel inom området kommunikationshjälpmedel.

10.3 Den centrala hjälpmedelsförteckningen

Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning är ett centralt styrinstrument för hjälpmedelsverksamheten. Förteckningen kan sägas avgränsa och definiera området för de kostnadsfria hjälpmedel som tillhandshålls av hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Förteckningen är ett arv från den tid staten lämnade ersättning för huvudmännens inköpskostnader för i detalj reglerade hjälpmedelsordinationer. Förteckningen är till sin legala innebörd numera endast rekommenderande och varje huvudman avgör således själv omfattningen och utformningen av sin hjälpmedelsverksamhet.

Handikappinstitutet anger i hjälpmedelsförteckningen två huvudsyften med förteckningen:

- Genom förteckningen vill institutet inom ramen för hälso- och sjukvårdshuvudmännens åtaganden medverka till en bra hjälpmedelsförsörjning för hela landet. Behovet och inte bosättningsorten ska vara avgörande för möjligheten att erhålla hjälpmedel. Det är därför viktigt att sträva efter enhetliga anvisningar och ett likvärdigt produktutbud.
- Med förteckningen vill institutet också så långt möjligt specificera produkter, som ger god säkerhet, har god funktion, god kvalitet och som på bästa sätt tillgodoser de skiftande behov som föreligger hos brukarna.

Hjälpmedelsförteckningen innehåller i huvudsak följande delar:

- Allmänna, anvisningar om hjälpmedelsförsörjningen.
- En förteckning över de produktområden som hjälpmedelsverksamheten omfattar.

- Ordinations- och utprovningsanvisningar för de olika produktområdena.
- En förteckning för vissa produktområden över rekommenderade produkter.

Att en viss *produktgrupp* finns upptagen på hjälpmedelsförteckningen innebär att Handikappinstitutet rekommenderar att huvudmännen vid behov och kostnadsfritt för användaren ordinerar produkter/hjälpmedel som hör till produktgruppen.

Att en viss *produkt* finns upptagen på hjälpmedelsförteckningen innebär att Handikappinstitutet, efter provning eller bedömning, godkännt produkten och rekommenderar den som kostnadsfritt hjälpmedel.

De flesta landsting ger med ledning av den centrala hjälpmedelsförteckningen ut egna lokala hjälpmedelsförteckningar. I dessa görs ofta vissa begränsade avsteg från den centrala förteckningen vilka kan gälla såväl tillägg som frändrag. I huvudsak följs dock den centrala förteckningens rekommendationer av huvudmännen.

10.4 Den centrala förteckningen över kostnadsfria förbrukningsartiklar

På uppdrag av socialstyrelsen (SOSFS 1982:10) ger Handikappinstitutet även ut en förteckning över de förbrukningsartiklar för stomiopererade, inkontinenta och diabetiker som finansieras via sjukförsäkringen och som distribueras via apoteken kostnadsfritt för användaren.

10.5 Produktinformation

Handikappinstitutet och SUB ger i anslutning till provningen respektive upphandlingen ut olika former av produktinformation avsedd för brukare, utprovare/ordinatörer och inköpare.

Hjälpmedelsförteckningens ordinationsanvisningar och produktlistor är en väsentlig del i Handikappinstitutets produktinformation. Förteckningens Regelverk utges i nyutgåva en gång per år och Sortiment två gånger per år. Härutöver utger institutet varje år ett tiotal rapporter där erfarenheter från provningen redovisas mera i detalj.

Handikappinstitutet och SUB ger sedan några år tillbaka tillsammans ut en jämförande produktinformation, s.k. sortiments- och prisöversikter, om produkter som genomgått provning och upphandling. Varje år utges ett tiotal sådana översikter.

De totala kostnaderna för Handikappinstitutets produktinformation uppgår till mellan 1,5 och 2 milj. kr. per år varav ca 30 procent täcks av intäkter från trycksaksförsäljning.

10.6 Stöd till utveckling och produktion av hjälpmedel

Tillverkning och marknadsföring av hjälpmedel handhas i huvudsak av privata företag. Företagsstrukturen på området är oenhetlig. Det finns några få stora företag inom sjukvårdsbranschen med en betydande omsättning på hjälpmedelssidan samt ett relativt stort antal medelstora eller små företag, vart och ett specialiserat på några få hjälpmedelstyper. Vidare finns ett antal företag inom den vanliga konsumentvarusektorn, som vardera har någon eller några produkter som räknas som handikapphjälpmedel (specialhjälpmedel eller vanliga konsumentartiklar med viktiga funktionskompenserande egenskaper). Det är också relativt vanligt med enskilda personer som utvecklat och sedan söker tillverka och sälja enstaka hjälpmedel som tillkommit i direkt anslutning till ett individuellt funktionshinder.

I Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning och SUB:s upphandlingsavtal finns närmare 200 leverantörer av hjälpmedel upptagna.

Till följd av små serier är hjälpmedel ofta kommersiellt mindre intressanta för företagen. Samhället har därför byggt upp vissa stödformer såväl för produktutveckling som för produktion av hjälpmedel för vilka det är svårt att etablera produktion på gängse villkor.

Ideer till nya hjälpmedel kan komma fram på olika vägar varav främst kan nämnas:

- Genom att det för enskilda handikappade tas fram individuella lösningar, som sedan bedöms kunna utvecklas till hjälp för en större grupp människor och för tillverkning i större serier.
- Genom kunskap som samlas inom de företag som tillverkar och marknadsför hjälpmedel liksom vid olika forskningsinstitutioner.
- Genom den kunskap om handikappades behov, om brister hos befintliga hjälpmedel och om tillgängliga produkter och tekniker inom och utom landet som mer systematiskt insamlas och sammanställs i bl.a. Handikappinstitutets verksamhet.

De mera direkta insatserna för att utveckla nya och bättre produkter/hjälpmedel görs genom de bidrag till produktutveckling av hjälpmedel som lämnas främst av Styrelsen för teknisk utveckling (STU) och Norrbacka-Eugeniastiftelsen (2,8 resp. 0,4 milj. kr. 1987). Förutsättningen för bidrag från STU är normalt att det rör sig om ny teknologi och att produkten kan förväntas bli kommersiellt intressant. Bidrag är också förknippat med återbetalningsskyldighet vid senare produktion och försäljning. Flertalet hjälpmedelsprojekt passar därför inte särskilt väl in i den bilden. Det har också noterats en tendens till att företagen i mindre utsträckning än tidigare söker bidrag från STU till sina utvecklingskostnader.

Regionala utvecklingscentra för hjälpmedel har börjat byggas upp vanligen i samarbete mellan berörda landsting eller universitet. Handikte i Borlänge liksom Ideon i Malmö och Lund är exempel härpå.

Den provning och upphandling som tidigare berörts liksom landsting-

ens olika former för teknikupphandling kan delvis ses som stöd till produktion av hjälpmedel. Provning, upphandling, uppförande på hjälpmedelsförteckningen, produktinformation etc. utgör självfallet väsentlig hjälp i marknadsföringen av ett hjälpmedel.

Vidare förfogar Handikappinstitutet över två separata stödformer för produktion av hjälpmedel. Den ena är ett avdelat belopp för produktionsstöd på för närvarande 1,5 milj. kr. per år, varifrån institutet kan ge direkta bidrag till produktion av hjälpmedel. Vidare kan institutet genom en särskild garantifond på 4 milj. kr. ge tillverkare eller leverantörer avsättningsgarantier vid produktion och marknadsföring av ett hjälpmedel. Om inte företaget inom viss tid lyckats sälja avtalat antal av hjälpmedlet utlöses garantin. Avtal med företag om produktionsstöd och avsättningsgarantier träffas vanligen med hjälp av SUB.

Under perioden 1980–1988 har ett nittiotal produktionsstöd beviljats och avsättningsgarantier har lämnats i 35 fall. Genomsnittsbeloppet för produktionsstöd har de senaste åren legat vid 130 000 kr. och för avsättningsgarantier vid 250 000 kr. Under år 1988 betalades 1 milj. kr. ut av garantimedlen. Den genomsnittliga storleken på sökta belopp har under åren ökat på grund av ökade produktionskostnader. För Handikappinstitutets del har detta resulterat i att även produktionsstödsmedel fått tas i anspråk för att täcka utlösta garantier. Ungefär tre fjärdedelar av beviljat stöd leder fram till färdiga och marknadsförda produkter. Exempel på produkter som framtagits med hjälp av dessa stödformer är:

Förstorande TV-system för synsvaga

Elrullstol Besam

Elrullstol Permobil IOR

Barnrullstol Brio

Blissymboltavlor

Injektionsrobot för insulin

Barnhandprotes

10.7 Forskning och utveckling (FoU) inom hjälpmedelsområdet

10.7.1 Statens stöd till FoU inom hjälpmedelsområdet

Forskningen och utvecklingen inom hjälpmedelsområdet är en del av forskningen totalt sett inom handikappområdet. Det statliga stödet till handikappforskning har behandlats i olika utredningssammanhang de senaste åren. Bl.a. kan nämnas forskningsrådsnämndens (FRN) rapport 1986:6 "En utvecklad handikappforskning", ett av delegationen för social forskning (DSF) år 1986 utarbetat handlingsprogram inom handikappforskningsområdet samt regeringens prop. 1986/87:80 om forskning. Enligt FRN:s rapport 1986:6 uppgick statens stöd till FoU inom handikappområdet budgetåret 1985/86 till ca 15 milj. kr. varav ca 10 milj. kr. avsåg forskning och ca 5 milj. kr. utvecklings- och utredningsarbete.

Inom den statligt stödda handikappforskningen bedrevs under 1988 ett tjugotal projekt som helt eller till större delen avsåg hjälpmedelsfrågor. Projekten omfattade i årstermer räknat ca 18 milj. kr. och finansierades enligt följande:

Socialdepartementet inkl. allmänna arvsfonden och DSF	7,5 milj. kr.
STU	7,5 "
FRN	0,9 "
AMS	1,7 "
Televerket	0,4 "

De största projektsatsningarna var följande:

Teknikupphandling av datorer för handikappade i arbetslivet (AMS, televerket)	3,5 "
Kommunikationshjälpmedel för handikappade (STU)	3,5 "
Hörselteknisk forskning (soc-dep)	2,6 "
Utvecklingsarbete inom området datorteknik och handikapp (arvsfond)	2,0 "
Telekommunikationer för personer med funktionsnedsättningar (arvsfond, televerket)	0,7 "
Hörselskadades upplevelse av hörapparaters ljudkvalitet (DSF)	0,4 "
Utskriftstjänst för dövblinda (arvsfonden)	0,6 "

Handikappinstitutet biträder arbetsmarknadsverket i det s.k. TUFFA-projektet (Teknikupphandling För funktionshindrade i Arbetslivet). Projektet syftar bl.a. till att ta fram datorbaserade hjälpmedel för svårt funktionshindrade och därmed öka tillgängligheten till arbetsplatser för arbetshandikappade och för handikappade elever i skolan.

Projekten är spridda över ett brett område, men kraftiga insatser inom områdena datateknik och telekommunikationer för handikappade kan tydligt utläsas. Satsningarna inom dessa områden var av storleken 7 milj. kr. per år och har i huvudsak tillkommit de senaste åren. En annan tydlig tendens är att flertalet projekt har en bredare inriktning eller ett vidare syfte än utveckling av en enskild produkt. Den senare typen av utveckling har under senare år allt mer blivit en angelägenhet för de enskilda företagen inom området, medan samhällsbidragen till FoU inom hjälpmedelsområdet mera inriktats på att peka på behov och möjligheter av att utveckla handikappteknologi inom olika områden och på utvärdering av gjorda insatser.

10.7.2 FoU om hjälpmedel i anslutning till hälso- och sjukvårdsforskning

Under senare år har vid universiteten och vid vårdhögskolorna vuxit fram en ny typ av tvärvetenskapligt inriktad forskning om hälso- och

sjukvård. Denna typ av FoU bedrivs i nära samarbete med det fortlöpande vård- och omvårdnadsarbetet inom hälso- och sjukvården. Forskning av detta slag sker bl.a. vid kliniker eller institutioner för medicinsk rehabilitering och socialmedicin. Vidare har nya professurer i omvårdnadsforskning och i hälsoekonomi inrättats.

Landstingen och Landstingsförbundet har varit pådrivande vid framväxten av denna nya typ av hälso- och sjukvårdsforskning. Dessa frågor har behandlats bl.a. i Landstingsförbundets rapporter 1982 om forskning och utvecklingsarbete i primärvården, 1986 om forskningsanknytning av de medellånga vårdutbildningarna och 1988 om kreativa FoU-miljöer för bättre omvårdnad.

Hjälpmedelsfrågor kommer ofta in på ett naturligt sätt i denna nya typ av forskning om hälso- och sjukvård. De ämnen som tas upp kan gälla t.ex. metodfrågor för utprovning av hjälpmedel, jämförelser mellan hjälpmedel och andra rehabiliteringsåtgärder samt utvärdering av effekter av hjälpmedel. Den här inriktningen av FoU inom hjälpmedelsområdet stämmer väl överens med t.ex. FRN:s och DSF:s policy för bidrag till handikappforskning. Som exempel på genomförda projekt av detta slag kan nämnas:

- LITEN MEN ÄNDÅ STOR, en enkät och litteraturstudie om extremt kortväxta personers situation.
- ÄLDRE OCH RULLSTOLAR, en pilot- och litteraturstudie över äldre personers behov och krav på manuella rullstolar.
- SITTA OCH PRATA — en utvärdering av sittthjälpmedlens betydelse för fyra icke-talande rörelsehindrade elever med cerebral pares.
- TEST AV HANDENS SENIBILITET OCH MANIPULATIVA FÖRMÅGA — en pilotstudie vid central och perifer nervskada
- DEN MJUKA HANDLEDSORTOSEN — dess smärtlindrande effekt i två ADL-situationer.
- ÅTER I HEMMET EFTER STROKE — en studie baserad på intervjuer med strokedrabbade och deras anhöriga.
- ELEKTRISK SÄNG SOM HANDIKAPPHJÄLPMEDEL — nyttan större än kostnaden.
- BLIR MAN MER AKTIV UTANFÖR BOSTADEN MED EL-DRIVEN RULLSTOL? — jämförelser före och efter utprovning.

10.8 Tillsynsfunktionen

Socialstyrelsen har inom ramen för sitt tillsynsansvar på hälso- och sjukvårdsområdet ett ansvar även för tillsyn av huvudmännens hjälpmedelsverksamhet.

Socialstyrelsens insatser på hjälpmedelsområdet har de senaste åren främst gällt frågor om kostnadsfria förbrukningsartiklar enligt tidigare angivna författningar. Detta arbete har skett i nära samarbete med Han-

dikappinstitutet. Hjälpmedelsfrågorna har på olika sätt kommit upp som delfrågor i skilda verksamheter som styrelsen aktivt arbetat med, t.ex. frågor om boende, service och vård för långvarigt sjuka, handikappade och äldre, utredningar om rehabilitering, i utbildnings- och personalrekryteringssammanhang etc.

Styrelsen har i anslagsframställningar till regeringen redovisat de uppgifter som ligger till grund för beräkningen av televerkets ersättning för texttelefoner som tillhandahålls vissa handikappade samt för fömedlingen av samtalen. Det har även legat på styrelsen att följa utvecklingen inom texttelefonområdet.

Inom styrelsens verksamhetsområde ligger även ett ansvar för vissa medicintekniska säkerhetsfrågor.

11 Handikappinstitutet

11.1 Inledning

Handikappinstitutet har haft och har stor betydelse för utvecklingen av hjälpmedelsverksamheten i landet. Institutet är samhällets centrala organ för hjälpmedelsfrågor.

För att få underlag för olika överväganden och ställningstaganden beträffande Handikappinstitutets framtid har hjälpmedelsutredningen genom en konsult tagit fram ett material som redogör för den nuvarande verksamheten vid institutet samt olika synpunkter och önskemål inför eventuella framtida förändringar av verksamheten. Materialet bygger främst på ett antal intervjuer med personer som på olika sätt kommer i kontakt med Handikappinstitutets verksamhet. I bilaga redovisas konsultrapporten i sin helhet.

I detta kapitel ges en översiktlig presentation av institutets tillkomst, historia och verksamhet utgående från bl.a. konsultrapporten.

11.2 Handikappinstitutets tillkomst och utveckling

Handikappinstitutet bildades år 1968 genom att stora delar av den verksamhet som SVCR (Svenska Centralkommittén för Rehabilitering) bedrivit kring forskning och utveckling av hjälpmedel och rehabilitering för handikappade övergick till ett för staten och SVCR gemensamt organ. Bakgrunden var att man i den statliga handikapputredningen (SOU 1967:53) konstaterat att SVCR:s resurser inte längre räckte till och att det var nödvändigt med ett ökat samhälleligt engagemang på området.

Vid inrättandet av Handikappinstitutet tillkom uppgiften att prova samtliga mer komplicerade och dyrbara hjälpmedel på socialstyrelsens s.k. hjälpmedelsförteckning. Detta skulle komma att bli en mycket betydelsefull verksamhet för institutet. Institutet började också upprätta ett långsiktigt program för forsknings- och utvecklingsarbete på hjälpmedelsområdet.

Under 1960-talet och början av 1970-talet utökades Handikappinstitutets uppgifter och resurser. En av Handikappinstitutets uppgifter var till en början att vara med och ta fram nya handikapphjälpmedel. I början av 1970-talet kom Handikappinstitutet allt mer att uppmärksamma de

marknadsmässiga förutsättningarna för tillverkning av olika handikapphjälpmedel. Styrelsen för teknisk utveckling (STU) konstaterade i en utredning (Handikapphjälpmedel — behov och möjligheter) att "det är lönsamt för samhället att satsa på tekniska hjälpmedel". Samtidigt föreslog det hjälpmedelsråd som inrättats vid socialstyrelsen, att en del av samhällets medel till hjälpmedel årligen skulle avsättas för att "initiera och stimulera tillverkningen av sådana hjälpmedel som är svåra att producera på gängse industriella villkor". Handikappinstitutet kom också att engageras vid utformningen och tillämpningen av bostadsanpassningsbidraget som tillkom år 1973.

År 1978 upphörde avtalet med SVCR och landstingen genom att Landstingsförbundet tillsammans med staten inträdde som huvudmän för verksamheten.

I de stadgar som upprättades i samband med det förändrade huvudmannaskapet fick institutet ett större ansvar för handikappade personers totala situation. Detta innebar att man också skall beakta sociala, psykologiska och medicinska aspekter på hjälpmedel.

Handikappinstitutet som ursprungligen hade sina rötter i den svenska handikapprörelsen har under årens lopp allt mer kommit att inta en position som samhällets centrala organ för hjälpmedelsfrågor. Även om handikapprörelsen sedan 1978 inte är delägare i institutet har de handikappade varit representerade i styrelsen för institutet. Genom s.k. sortimentsgrupper har man också i verksamheten vid institutet försökt fånga upp hjälpmedelsanvändarnas synpunkter och kunnande i hjälpmedelsfrågor.

11.3 Nuvarande finansiering och stadgar för Handikappinstitutet

Vid institutet har formulerats följande målsättning för nuvarande verksamhet:

Handikappinstitutets mål är att arbeta för att ge människor med handikapp ökad livskvalitet genom tillgång till bra hjälpmedel.

Den nuvarande verksamheten vid institutet grundas på ett avtal mellan staten och Landstingsförbundet från 1977. Avtalet gäller efter förlängning till utgången av 1989. Av avtalet framgår att institutet skall finansieras med medel från en fond som i sin tur tillförs resurser enligt en särskild överenskommelse mellan parterna. Sådana överenskommelser har under senare år slutits i samband med de återkommande överläggningarna om ersättning från sjukförsäkringen till hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

I dessa överläggningar har överenskommit om att av hjälpmedelser-sättningen till hälso- och sjukvårdshuvudmännen för åren 1988-1989 skall 3:95 kr. resp. 4:10 kr. per invånare gå till Handikappinstitutets verksamhet. Av de medel som tillfaller Handikappinstitutet skall också SUB:s verksamhet finansieras, (för år 1988 3,5 milj. kr. och år 1989 3,7

milj. kr.) Likaledes har parterna avtalat att 1,5 milj. kr. skall ges till produktionsstöd för vardera av åren 1988 och 1989.

Institutets verksamhet för år 1988 omslöt 49,4 milj. kr., varav 33,2 milj. kr. finansierades via hjälpmedelsersättningen och resterande 7,1 milj. kr. var intäkter från verksamheten främst kursverksamhet, trycksaksframställning samt 9,1 milj. kr. i form av externa projektbidrag.

I avtalet mellan staten och Landstingsförbundet 1977 fastställdes också stadgar för verksamheten. I dessa anges i 1 § ändamålet med verksamheten enligt följande:

- Handikappinstitutet har till ändamål att främja, samordna och medverka i forsknings- och utvecklingsarbete avseende hjälpmedel för handikappade och för olika handikappgrupper samt övriga delar av den samlade hjälpmedelsprocessen.

I övrigt anges i 1 § att "Det åligger institutet särskilt

- att följa utvecklingen på hjälpmedelsområdet och därvid beakta såväl sociala som tekniska aspekter,
- att ange hjälpmedelshanteringsinriktning och därvid utfärda de riktlinjer, tillämpningsföreskrifter m.m. som behövs,
- att svara för en kontinuerlig utgivning av en hjälpmedelförteckning,
- att prova och egenskapsdeklarera hjälpmedel och därmed även bedöma skäligheten i olika hjälpmedelsprissettning,
- att följa forsknings- och utvecklingsarbetet på området, verka för en samordning av de verksamheter som bedrivs samt sprida kännedom härom,
- att ge information om hjälpmedel och andra åtgärder för handikappade samt därvid bedriva biblioteks- och dokumentationsverksamhet,
- att bevaka behovet av och medverka i utbildning av personal inom institutets verksamhetsområde,
- att bevaka frågor om yttre och inre miljöer, planfrågor m.m. som berör de handikappade,
- att initiera och stimulera tillverkning av hjälpmedel,
- att nära samarbeta med Aktiebolaget Sjukvårdshuvudmännens Upphandlingsbolag (SUB),
- att biträda och samarbeta med sjukvårdshuvudmännen och statliga centrala organ med uppgifter inom handikappområdet samt hålla kontakt med de handikappades organisationer och övriga organisationer, företag och enskilda med uppgifter inom handikappområdet, samt
- att följa den internationella utvecklingen och samarbeta med organ i utlandet som bedriver verksamhet inom handikappområdet.

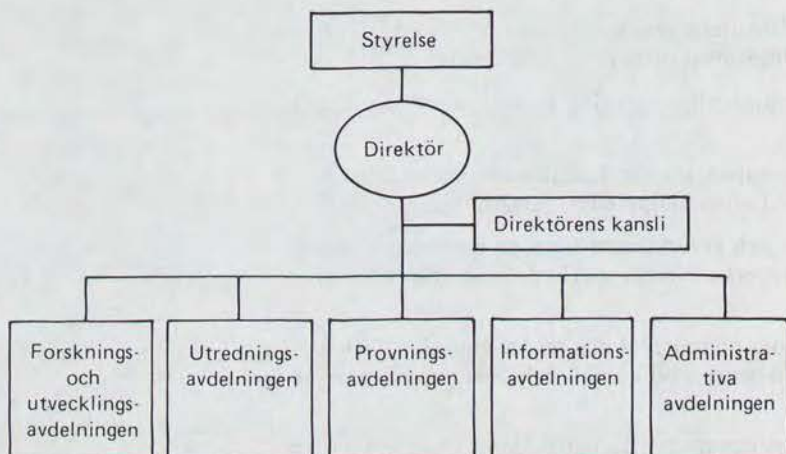
Stadgarna fastställer att styrelsen skall bestå av nio ledamöter och suppleanter för dessa. Av ledamöterna utses fyra av regeringen och fem av

Landstingsförbundet. Suppleanterna utses i samma ordning. Vidare sägs att regeringen utser styrelsens ordförande samt att bland de av regeringen utsedda ledamöterna bör ingå företrädare för handikapporganisationerna.

11.4 Nuvarande organisation och verksamhet

Verksamheten vid institutet är i dag organiserad i fem avdelningar. Därutöver finns ett kansli direkt under direktören med bl.a. ett internationellt sekretariat. Antalet anställda är totalt 115. För 1989 har budgeterats 108 tjänster. Organisationen vid institutet framgår av nedanstående organisationsplan.

Handikappinstitutets organisation



Inom institutet finns också s.k. programgrupper som arbetar över avdelningsgränserna. Dessa gruppers uppgift är att vara kunskapsinsamlare på olika handikappområden för att bl.a. ta fram underlag till institutets verksamhetsplanering. För närvarande finns följande programgrupper:

- byggnads- och samhällsplanering
- förståndshandikapp
- hörselskadade och döva
- informationsteknologi
- medicinska handikapp
- ortoser/proteser
- rörelsehindrade
- synskadade
- talskadade

Utredningsavdelningens verksamhetsmål är "att medverka till en väl fungerande försörjning av hjälpmedel, dvs. att handikappade får tillgång till hjälpmedel som kan kompensera funktionsnedsättningar, samt att utifrån en samlad kunskap om handikapp och hjälpmedel påverka miljöns utformning".

Avdelningens arbete omfattar huvudsakligen att;

- utarbeta ordinationsanvisningar etc. i anslutning till hjälpmedelsförteckningen,
- ta fram utbildningsmaterial, samordna handledarutbildning samt medverka och genomföra annan utbildning och informationsverksamhet inom de sakområden man arbetar med,
- genomföra utvecklingsarbete i försörjningsfrågor, (för närvarande arbetar man med distribution av enkla hjälpmedel) datorbaserade hjälpmedel samt taltjänst,
- vara expertorgan i bygnads- och samhällsplaneringsfrågor genom att t.ex. formulera olika handikappgruppers funktionskrav på utformningen av den generella miljön och vid individuell bostadsanpassning.

Forsknings- och utvecklingsavdelningens arbete syftar till "att teknik skall användas på nya sätt för att tillgodose funktionshindrade människors behov, speciellt med avseende på nya hjälpmedel".

Forsknings- och utvecklingsavdelningen ser som sin uppgift att vara både mäklare och entreprenör vid utvecklandet av nya hjälpmedel. Mäklarrollen innebär att man följer och samordnar en utvecklingsprocess från idé till förverkligande. Som entreprenör arbetar man med att initiera nya forsknings- och/eller utvecklingsprojekt. Endast en liten del av det direkta forskningsarbetet görs således vid institutet.

Forsknings- och utvecklingsavdelningen tar också fram underlag för beslut om fördelning av produktionsstödsmedel, medel från Norrbacka-Eugeniastiftelsen samt sedan 1988 även medel från Allmänna Arvsfonden. Under år 1987 fattade institutets styrelse beslut om stöd för produktion eller avsättning i 12 fall. Ur Norrbacka-Eugeniastiftelsens fond delades samma år ut anslag till 14 projekt. I Allmänna Arvsfondsärenden har institutet en rådgivande funktion.

Forsknings- och utvecklingsavdelningen deltar i ca hundratalet externa projekt hos framför allt olika företag, men också olika forskningsinstitutioner vid universitet och högskolor.

Avdelningen har också en rad internationella kontakter, innebärande såväl resor utomlands som att ta emot utländska besökare från olika företag och forskningsorganisationer.

Under senare år har en inte obetydlig andel av arbetsinsatsen ägnats åt arbete med egna och andra projekt. Exempel är projektet Teknikupphandling för funktionshindrade i arbetslivet, det s.k. TUFFA-projektet där arbetsmarknadsstyrelsen är huvudman, projektet Metod- och mjuk-

varuutveckling för funktionshindrade, det s.k. MUFF-projektet i samverkan med statens institut för läromedel, Telematikprojektet i samarbete med televerket samt ett projekt kring studielitteratur för synskadade på uppdrag av talboks- och punktskriftsbiblioteket.

Dessutom driver avdelningen med egen personal ett antal projekt: utskriftstjänst för dövblinda, datortillgänglighet för synskadade, snabbskrift vid vuxendövtolkning, robotteknik för rörelsehindrade, datakonferenser för handikappade. Samtliga dessa projekt finansieras med medel från olika fonder etc. I de flesta projekt anlitas konsulter.

Målsättningen för *provningsavdelningen* är "att finna säkra, tillförlitliga och funktionellt bra hjälpmedel." Teknik, funktion och behov skall dessutom vägas mot priset, vilket sker i samarbete med Sjukvårdshuvudmännens upphandlingsbolag respektive Apoteksbolaget (avseende kostnadsfria förbrukningsartiklar).

Provningsverksamheten sker dels vid institutet dels genom extern provning efter överenskommelse mellan institutet och den externa organisationen. Omfattningen m.m. för provningsverksamheten beskrivs även i kapitel 10. För många produkter kan provningen ske både externt och internt. Den tekniska provningen sker då vid institutet medan den funktionella delen utförs av någon annan organisation på uppdrag av institutet.

Varje år provas mellan 500 och 600 produkter tillhörande ett trettio-tal produktgrupper. Under senare år har institutet ökat samarbetet med landstingen vad gäller provningsverksamheten. Samarbetet sker främst i s.k. sortimentsgrupper. I dessa grupper deltar också representanter för de handikappade.

Provningsens omfattning är olika för olika produkter. I vissa fall görs endast en enkel besiktning av produkten och en materialdeklaration till en omfattande teknisk och funktionell prövning, där den senare delen ofta görs i samarbete med någon hjälpmedelscentral eller annan enhet inom ett landsting.

Resultatet av provningsverksamheten tillvaratas dels vid upprättandet av hjälpmedelsförteckningen men också i SUB:s upphandlingsarbete. I samarbete med SUB försöker institutet att förbättra och utveckla underlaget för upphandlingen av hjälpmedel i landstingen. I detta syfte har man tillsammans givit ut "Produktinformation" samt "Sortiments- och Prisöversikter".

Inom provningsavdelningen arbetar man också med att utarbeta svensk och internationell standard inom olika produktområden, ett arbete som intensifierats under senare år.

Till provningsavdelningen hör även institutets bilanpassningsverkstad. Här tillverkas och monteras utrustning till bilar som skall köras av personer med funktionshinder. Årligen säljs utrustning till ca 500 bilar, vilket före det nya bilstödet utgjorde ca 80 procent av samtliga anpassningar i landet under ett år. Verkstaden fungerar också som rådgivare till enskilda och bilföretag i anpassningsärenden. Målsättningen är att verksamheten skall bära sina egna kostnader.

Informationsavdelningen är den personalmässigt största avdelningen vid institutet. Målet för avdelningens verksamhet är "att öka kunskapen om hjälpmedlens betydelse i handikappades liv — att visa på möjligheter och begränsningar".

Inom avdelningen finns redaktionen för trycksaker (ca 40—50 publikationer per år), tidskriften "Information om rehabilitering" (sex nr per år) samt en redaktör för en interntidning som utkommer var tredje vecka.

Bibliotek, utställningsverksamhet, presskontakter och marknadsföringsinsatser sköts också av avdelningen.

För utgivningen av hjälpmedelsförteckningen och de månatliga informationscirkulären som hör till denna finns ett samordnande sekretariat vid informationsavdelningen. Avdelningen deltar för närvarande också i ett arbete med nordiskt hjälpmedelsregister. Dessutom har man en s.k. svarspanel för telefonförfrågningar i hjälpmedelsfrågor. Abonnemang och trycksaksbeställningar är ytterligare en verksamhet liksom anordnandet av kurser och konferenser.

"Projektverksamhet" bedrivs egentligen inte på avdelningen men under senare år har två projekt inordnats på avdelningen. Dels är det ett projekt om äldre hörselskadades situation, dels ett projekt kring relationer och sexualitet. Det senare är en verksamhet som övertogs från SVCR 1980 och har placerats på avdelningen på grund av att projektarbetet domineras av informationsarbete.

Slutligen finns vid avdelningen en fotoverksamhet som svarar för huvuddelen av institutets behov av fotografiskt arbete och dokumentation.

Den *administrativa avdelningen* svarar för ekonomi- och personaladministration, registratur, kontorsservice samt administrativ utveckling, organisationsfrågor och datortillämpning vid institutet.

Under senare år har institutet påbörjat en uppbyggnad av ett system för datorstöd. Ett nationellt hjälpmedelsregister omfattande information om olika produkter, leverantörer, samt vissa ekonomiska och administrativa upplysningar håller för närvarande på att byggas upp. Inför framtiden finns planer på att systemet också skall omfatta den information som ges i hjälpmedelsförteckningen, forskningsdokumentation samt eventuellt ett referenssystem för biblioteket.

11.5 Framförda synpunkter på Handikappinstitutets verksamhet

Som framkommit bl.a. av hjälpmedelsutredningens kartläggning har hjälpmedelsområdet genomgått en väsentlig utveckling och förändring under de senaste tio åren. De förändringar som är av betydelse för Handikappinstitutets verksamhet är;

- hjälpmedelsanvändarna har blivit allt fler,
- antalet produkter har blivit fler,
- antalet datorer har ökat kraftigt,

- den tekniska och medicinska utvecklingen har varit relativt snabb och fler hjälpmedel är tekniskt komplicerade,
- vården har omorganiserats och omstrukturerats. Beslutfattandet har decentraliserats, vård och omsorg i hemmet blir allt vanligare. Primärvården har fått ett utökat ansvar och utökade resurser,
- handikapp- och hjälpmedelsbegreppen har vidgats,
- volym- och kostnadsökningen har varit kraftig,
- kunskandet och kompetensen beträffande hjälpmedel har ökat på det lokala planet.

Vår kartläggning tyder på att man inte från något håll ifrågasätter behovet av ett Handikappinstitut. Däremot finns olika uppfattningar om institutets roll och betydelsen av de olika verksamheter som institutet bedriver.

Från handikapporganisationernas sida ser man helst att institutet görs till en statlig myndighet med uppgift "att stödja, bevaka och framföra brukarnas intressen av att det skall finnas en i vid mening väl fungerande hjälpmedelsverksamhet". Några större förändringar av verksamheten anser man inte behövs, men man menar att brukarnas erfarenheter bör få större genomslagskraft i framtiden samt att de olika verksamheterna tydligt bör inriktas mot att stödja de enskilda brukarna.

Från landstingens sida ser man däremot institutets roll mera som ett service- och kunskapsorgan i hjälpmedelsfrågor. Provningsverksamheten och den kunskap denna ger anser man vara mycket värdefull. Man ser gärna att kontakterna mellan institutet och landstingens verksamhet ökar. Institutet bör dock inte arbeta med frågor som rör styrning eller tillsyn av landstingens verksamhet.

Även från statligt håll har man ifrågasatt lämpligheten av att institutet arbetar med normering och tillsyn. Man lyfter istället fram institutets insatser på forsknings- och utvecklingsområdet och understryker dess betydelse när det gäller att utnyttja ny teknik inom hjälpmedelsområdet.

I det följande skall de synpunkter på skilda delar av institutets verksamhet som framkommit vid kartläggningen sammanfattas översiktligt. I bilaga finns en mer detaljerad beskrivning av dessa förhållanden.

Vad gäller institutets *normerande uppgifter*, dvs. att "ange hjälpmedelshanterings inriktning och därvid utfärda de riktlinjer, tillämpningsföreskrifter m.m. som behövs samt att svara för en kontinuerlig utgivning av en hjälpmedelsförteckning" har nästan samtliga intervjuade ansett att dessa uppgifter inte skall ankomma på institutet. Man menar att det i framtiden i stället bör vara socialstyrelsen som svarar för den normgivning och tillsyn som statsmakterna anser behövs inom hjälpmedelsområdet. Från handikapporganisationernas sida vill man stärka institutets roll på detta område.

Hjälpmedelsförteckningens nuvarande status har ifrågasatts ur flera aspekter, bl.a. till följd av att förteckningen ger rekommendationer om kostnadsfrihet. Detta har ansetts vara kostnadsdrivande och därför ha

utgjort ett hinder för institutet att informera om bra produkter i de fall man inte kunnat enats om kostnadsfrihetsfrågan i styrelsen.

Behovet av centrala rekommendationer av detta slag upplevs inte heller som lika stort idag eftersom hälso- och sjukvårdshuvudmännen byggt upp egen kompetens och resurser på området.

Institutets *provningsverksamhet* har framhållits som något de flesta anser bör vara en central uppgift för institutet även i framtiden. Även om man menar att denna verksamhet i stort fungerar väl finns det en del synpunkter inför den framtida utformningen av provningsinsatserna.

Från framför allt hjälpmedelstillverkarna vill man ha ett tydligare provningsförfarande i den meningen att kravspecifikationer och provningsmetoder skall fastställas för olika produktgrupper. Från tillverkare vill man att provningen skall begränsas till säkerhetsmässiga aspekter medan man från övriga intressenter vill behålla kvalitets- och funktionsprovningen. Den bedömning av prisskälighet som finns upptaget i institutets stadgar har dock ifrågasatts från bl.a. handikappföreträdarna.

Även om provningen omfattar såväl säkerhet som kvalitet och funktion borde det vara möjligt att, i den mån det finns fastställda kravspecifikationer, lägga ut provningsuppgifter på andra organ. Det har dock framhållits att underlaget för de funktionella bedömningarna är svårt att fastställa i form av kravspecifikationer. Det har därför ansetts som lämpligast att denna del av provningen sköts av institutet medan den säkerhetsmässiga och i viss mån även kvalitetsmässiga provningen kan ske på annat håll.

Vad gäller den funktionella provningen har man från olika håll framhållit vikten av att denna görs i samråd med brukare, tillverkare och hälso- och sjukvården.

Provningen har av många ansetts ta för lång tid samtidigt som man önskar att den också skall omfatta fler produkter. Ytterligare ett önskemål är att en ny produkt skall kunna bedömas preliminärt redan på prototypstadiet och inte först när produkten tillverkas i serieproduktion. Den preliminära bedömningen anses kunna ske mot avgift och skall inte vara en slutgiltig prövning av en produkt.

I samband med institutets provningsverksamhet har nämnts att det inte allför sällan förekommer att man ute i verksamheten upptäcker svagheter hos godkända produkter. Likaså har man små möjligheter att kontrollera att den produkt som levereras i alla avseenden överensstämmer med den produkt som godkänts. De som arbetar inom hjälpmedelsverksamheten anser därför att institutet mer systematiskt bör insamla information om fel och brister hos olika produkter.

I nära anslutning till provningsverksamheten ligger frågor om *standardisering*. Institutet är den organisation som svarar för detta arbete såväl nationellt som internationellt när det gäller hjälpmedelsprodukter. I många fall menar man dock att institutet närmast haft till uppgift att företräda andra organisationer, staten eller landstingen. Vid denna typ av insatser skulle det vara möjligt för institutet att begära särskild ersättning.

Institutet har också andra *internationella kontakter* av relativt stor omfattning. I vissa fall är det även här snarare fråga om att representera andra organ än uppgifter inom ramen för den egna verksamheten. Från institutets sida upplever man att uppgiftsfördelningen i dessa frågor är oklar.

Av de nuvarande stadgarna framgår att Handikappinstitutet skall följa och samordna *forsknings- och utvecklingsarbete* samt initiera och stimulera tillverkning av hjälpmedel. I kartläggningen av institutets verksamhet och synpunkter på denna får man intrycket att det i första hand är utvecklandet av enskilda hjälpmedel som man i dag arbetar med genom produktionsstöd. Från flera håll har man framhållit vikten av att institutet i ökad utsträckning följer utvecklingen inom hjälpmedelsområdet och informerar om de brister man finner i hjälpmedelsutbudet, om den utveckling som pågår samt inom vilka områden det i första hand behöver sättas in forsknings- och utvecklingsresurser.

Det underlag som behövs för att bedöma det nuvarande utbudets brister anses kunna hämtas från olika verksamheter inom institutet. Förutom att sprida denna kunskap bör institutet initiera och stimulera forskare och andra att åtgärda de brister man uppmärksammat. Åsikterna om i vilken utsträckning institutet kan och bör bedriva egen forskning går isär. Det har också ansetts att om man engagerar sig i forskning- och utvecklingsarbete i större omfattning bör medel sökas för dessa enskilda insatser från STU eller olika forsknings- eller utvecklingsfonder.

Vad avser *utredningsverksamheten* vid institutet upplevs dess roll som oklar. En uppfattning är att verksamheten skall ge underlag för såväl provningsverksamhet som institutets insatser inom forskning och utveckling. Den inriktning man talar om är kartläggningar av vilka hjälpmedelsbehov olika funktionshinder leder till och vilka förutsättningar olika grupper av handikappade lever under. Kartläggningen av institutets verksamhet pekar på att denna kunskap finns spridd på många håll inom organisationen och endast i begränsad omfattning redovisats på ett systematiskt sätt. En uppfattning som framförs i kartläggningen är att denna typ av utredningsinsatser bör prioriteras framför frågor om hur nuvarande försörjningsorganisation är utformad och fungerar.

Institutets *informations- och utbildningsverksamhet* anses vara en central funktion för institutet. De intervjuade företrädarna för hjälpmedelsverksamheten var i huvudsak positiva till informationen från institutet och betonade värdet av information kring olika produkter samt institutets tidskrift. Handikapporganisationerna har dock en stark önskan om att informationen även bör göras mer konsumentinriktad vad gäller befintligt utbud och mer allmänna hjälpmedelsfrågor.

Det har också framförts förslag om att institutet i högre grad än för närvarande bör utnyttja ett system med "vidareinformation" i stället för att försöka nå ut mer direkt till samtliga som hanterar hjälpmedel inom hälso- och sjukvården. Även ett önskemål om ett "kontaktnät" mellan olika grupper inom området har föreslagits för erfarenhetsutbyte. Handikappinstitutet skulle då vara "sammankallande".

Finansieringen av informations- och utbildningsmaterial anses delvis liksom för närvarande kunna ske med försäljningsintäkter som motsvarar tryck- respektive kurskostnader.

Då det gäller kritiken av att institutet har splittrat sig på många olika frågor har detta delvis behandlats i samband med institutets normering och styrande uppgifter. Ytterligare två områden som institutet engagerat sig i är bilanpassningar samt boendemiljö och bostadsanpassning.

Bilverkstaden som har hand om bilanpassningarna har i kartläggningen både ansetts kunna avföras från institutet samt vara en tillgång för kunnandet och informationen om individuell anpassning av bilar. Från institutet pekar man också på att verksamheten idag i stort sett är självfinansierad via avgifter för anpassningarna.

Äsikterna om institutets insatser inom området *byggnads- och samhällsplanering* går också vitt isär. Personalen vid institutet, handikapporganisationerna samt även boverket har framhållit värdet av att institutet har detta kunnande, medan andra intressenter varit mer frågande och tveksamma till i vilken utsträckning detta i stället bör vara en myndighetsfråga.

Slutligen har det inte framförts några krav eller önskemål om organisationsförändringar inom institutet. Däremot har det framförts önskemål om att kontakterna mellan institutet och andra organisationer inom hjälpmedelsverksamheten skall utökas och förbättras, samt att samordningen mellan institutets olika avdelningar förbättras.

12 Hjälpmedelsområdet i framtiden

12.1 Bakgrund

I detta kapitel görs en genomgång av hur den framtida tekniska och medicinska utvecklingen kan komma att påverka hjälpmedelsområdet. Redovisningen begränsas i tiden till de närmaste tio åren. Framställningen bygger på dels en rapport, Tekniken ger möjligheter, utarbetad inom Handikappinstitutet, dels en rapport, Medicinska framstegens inverkan på hjälpmedelsbehovet, utarbetad av professor emer. i handikappforskning Sven-Olof Brattgård. De båda arbetena redovisas i sin helhet i särskilda bilagor till betänkandet.

Ett genomgående tema i vårt kartläggningsarbete är sambandet mellan ålder och hjälpmedelsbehov. De äldre utgör en stor grupp hjälpmedelsbrukare som har blivit allt större bl.a. på grund av förändrad vårdstruktur och ett ökat eget boende. Mot den bakgrunden redovisas i avsnitt 12.3 vissa befolkningssiffror fram till år 2000. Vidare görs vissa beräkningar beträffande framtida hjälpmedelsbehov. Beräkningarna utgår från statistiska centralbyråns uppskattningar inom ramen för levnadsnivåundersökningarna (ULF) av förekomsten av nedsatt syn, nedsatt hörsel och rörelsehinder.

12.2 Tekniken ger möjligheter

12.2.1 Inledning

Handikappinstitutet redovisar, här i sammandrag, sitt material om teknikens möjligheter i ett 10-årsperspektiv. Ramen för framställningen är de produktområden som omfattas av hälso- och sjukvårdshuvudmännens försörjningssystem samt produktområden som ligger i gränsområdet till systemet såsom hjälpmedel för hemsjukvård/ behandling, implantat, hjälpmedel för vårdare samt standardprodukter som kan vara aktuella som handikapphjälpmedel.

Den tekniska utvecklingen domineras just nu volymmässigt av "konventionella" hjälpmedel såsom rullstolar, gånghjälpmedel och ADL-hjälpmedel. Dessa hjälpmedel förbättras successivt genom nya material, bättre konstruktioner och design. I det längre perspektivet blir det dock

utvecklingen inom datateknik och telekommunikationer som leder till de största förändringarna inom hjälpmedelsområdet.

Många av framtidens datoriserade hjälpmedel kommer att bestå av standardprodukter, som med särskild programvara och/eller särskilda anpassningar blir ett handikaphjälpmedel.

Informationssamhällets framväxt kommer att ge nya möjligheter och samtidigt skapa nya behov av hjälpmedel. Det kan vara hjälpmedel för att ge tillgång till angelägna tjänster, såsom information lagrad i olika databaser och kommunikation via elektronisk post. Det kan vara hjälpmedel för att kunna utnyttja vanliga produkter, såsom persondatorer i arbetsliv och skola. De grupper som i första hand kommer att beröras är synskadade, gravt rörelsehindrade samt hörselskadade och döva.

Datatekniken kommer även att ge möjlighet att utveckla nya personliga hjälpmedel, inte minst för grupper som i dag är underförsörjda med hjälpmedel. Det handlar främst om kommunikationshandikappade, förståndshandikappade, flerhandikappade och handikappade barn. Persondatorn med lämpliga programvaror blir ett viktigt hjälpmedel, men här kommer också nya datoriserade hjälpmedel, såsom läsmaskin för synskadade och kommunikationshjälpmedel för tal- och språkhandikappade.

I framtiden kan också förutses kombinationer av olika hjälpmedelsfunktioner i samma produkt eller system. Redan i dag finns enstaka system som kombinerar förflyttning med när- och fjärrkommunikation och omgivningskontroll. Det är dock mera osäkert om vi kommer att få en "all-dator" eller "all-terminal" för handikappade eller för någon enskild handikappgrupp där alla önskade funktioner är inbyggda.

12.2.2 Utgångspunkter för redovisningen

En beskrivning av framtiden måste självklart alltid utgå från vissa givna förutsättningar. I det följande görs en redovisning i två nivåer dels i form av "trolig utveckling" som utgår från att samtliga förutsättningar ligger kvar på ungefär nuvarande nivå och dels "möjlig utveckling" som utgår från ökade satsningar på utveckling, tillverkning och tillhandahållande av hjälpmedel, speciellt inom det datatekniska området. Vidare avspeglar den troliga utvecklingen ett kortare tidsperspektiv, de närmaste fem till sex åren, medan tidshorisonten för möjlig utveckling ligger längre bort, uppemot tio år.

Allmänt sett kan sägas att produkter, som kommer att finnas tillgängliga på marknaden som handikaphjälpmedel inom den närmaste femårsperioden, idag är kända för specialisterna antingen som ideér, prototyper eller i provserier. Även de produkter, som inom en tioårsperiod kommer att marknadsföras är i princip kända för eller förutsägbara av specialisterna.

I fråga om hjälpmedel har man att räkna med den tid som det tar att utveckla en idé till produkt, inkluderande marknadsföring och uppbyggnad av servicesystem för produkten. Tiden från det att en idé första

gången prövas till dess den får genomslag i den allmänna medicinska verksamheten, dvs. i detta fall att den enskilde får tillgång till hjälpmedel kan bli mycket lång. Den utveckling som i dag pågår inom medicin och teknik kommer därför inte i någon högre grad att påverka hjälpmedelssektorn inom den närmaste femårsperioden.

Beskrivningen är inte heltäckande men innehåller sådana exempel som bedöms ha speciellt intresse. En beskrivning av den framtida utvecklingen innehåller givetvis betydande osäkerheter. Ambitionen har dock varit att hålla sig på en så realistisk nivå som möjligt.

12.2.3 Synskadade och dövblinda

Trolig utveckling

För synskadades och dövblindas möjligheter att inhämta information kommer datatekniken att erbjuda nya möjligheter. Nya taktila displayer (med handen avkännbara bilder och texter) kommer att ge tillgång till bilder och annan grafisk information. Det kan bli möjligt att urskilja gråskalor genom olika höjd på reliefbilden.

För punktskriftsläsning kommer dels snabbare, lättare och billigare skrivare, dels fullsidesdisplayer, som också kan bli dyra i början men bör sjunka i pris.

Hjälpmedel för dövblindas närkommunikation är också aktuella, men kommer att kräva insatser för ökad bärbarhet och för träning.

Användningen av syntetiskt tal kommer att öka, dels därför att talkvaliten förbättras, dels därför att fler produkter kommer att utrustas med talsyntes. En sådan blir en läsmaskin av mera hanterligt slag än nuvarande utrustningar, dvs. en utrustning som kan läsa upp texten i dokument som stoppas in. Talböcker kommer fortsatt att spela en stor roll men lagras på kompaktdiskar och digitala magnetband.

Möjlig utveckling

Även om läsmaskiner blir tillgängliga så kommer det att krävas en ordentlig insats för att få dem små och smidiga och verkligt användbara. De blir då verkligt värdefulla produkter för många synskadade.

Digitalt lagrat tal kan utnyttjas för att meddela status på hushållsmaskiner, hemelektronik, etc. Det kan göras i standardmodeller eller i form av tillsatsmoduler och blir då en stor hjälp för synskadade.

För synskadades och dövblindas orientering finns det möjligheter att skapa helt nya system med elektroniska kartor och datoriserad "navigeringshjälp".

12.2.4 Hörselskadade och döva

Trolig utveckling

Hörapparater kommer att utvecklas med bättre ljudåtergivning, avpassad till den individuella hörselnedsättningen. Apparaterna blir program-

merbara, med hänsyn till ljudåtergivningen och olika lyssningssituationer. Särskild utrustning för programmeringen kommer att krävas.

En utveckling som fortsätter är att hörapparaterna blir allt mindre och "osynligare". Detta medför bl.a. ökade hanteringssvårigheter för äldre och barn. Verksamheten med inopererade delar av hörapparaten kommer att tillta.

För information till döva och gravt hörselskadade kommer dels nya produkter för larm och personsökning, dels nya typer av texttelefoner. Överföring av text kan också ske via Radio Data System, som nyligen lanserats av Sveriges Radio och Televerket. Informationsbanker i offentlig och privat regi kommer att få allt större betydelse för döva och hörselskadade för att ge möjlighet att i text komma åt information.

För vuxendöva kommer utrustningar för snabbskrift som ger möjlighet för särskilt utbildade tolkar att skriftligt presentera tal i samma takt som det produceras. För barndomsdöva kommer allt mer information att produceras på teckenspråk, bland annat i form av videogram.

Möjlig utveckling

Framtidens hörapparater utformas så att de kan användas av grupper som för närvarande har stora problem med dagens hörapparater: de allra äldsta, de sängbundna och utvecklingsstörda. Enkelt handhavande, laddningsbarhet och trådlös överföring är egenskaper som behövs i framtiden.

Bildtelefon kan i framtiden bli ett revolutionerande hjälpmedel för teckenspråkiga döva. Tekniken finns delvis redan men det kommer att krävas särskilda insatser för att bygga ut ett fungerande nät.

12.2.5 Tal-, språk- och kommunikationshandikapp

Trolig utveckling

För personliga kommunikationshjälpmedel väntas en utveckling som går mot allt kraftfullare, smidigare och portabla produkter. Nya utrustningar för bild- och symbolkommunikation kommer fram. Samtidigt kommer det att krävas en hög grad av individuell anpassning av kommunikationssystemen för de gravast handikappade. Ett större utbud av olika datorbaserade kommunikationshjälpmedel och mer komplexa system förutses ställa nya krav på försörjningsorganisationen.

Syntetiskt tal kommer att användas allt mer i takt med att talkvaliteten förbättras. Datormötessystem kommer att bli ett alltmer utbrett sätt för icke talande att kommunicera.

Nya hjälpmedel kommer också för många kommunikationshandikappade människor som idag inte får sina behov tillgodosedda, t.ex. afatiker och personer med fortskridande sjukdomar som multipel skleros (MS) m.fl.

Möjlig utveckling

Med taligenkänningsteknik och syntetiskt tal kan en svårbegriplig men konsistent talare få sitt tal "förbättrat" av nya tal-till-tal-utrustningar.

För de allra gravast handikappade kan nya styrmöjligheter utvecklas, t.ex. med hjälp av ögonrörelser. Allt fler komplicerade kommunikationshjälpmedel kan förse med inbyggt inlärningsstöd för att i högre grad bli självinstruerande.

12.2.6 Förståndshandikappade*Trolig utveckling*

Även för förståndshandikappade väntas datatekniken komma att medföra ett genombrott inom hjälpmedels- och läromedelsområdet. Viktigast blir utvecklingen av speciell datorprogramvara för träning, instruktion och information.

Utvecklingen av kommunikationshjälpmedlen kommer att få stor betydelse. Detsamma gäller "vanliga" hjälpmedel för de stora grupper som har fysiska funktionshinder som tillägg till förståndshandikappet. T.ex. kommer allt fler eldrivna rullstolar att förse med styrfunktioner som underlättar handhavandet.

Hjälpmedel för avståndskommunikation såsom personsökare och lokaliseringshjälpmedel kommer också att utvecklas.

Möjlig utveckling

Det kommer att krävas stora insatser för att utnyttja datateknikens alla möjligheter för personer med förståndshandikapp. Detsamma gäller utformningen av vanliga hjälpmedel, t.ex. hörapparater, för att de skall kunna utnyttjas av flerhandikappade. Nya system kommer att kunna ge förståndshandikappade möjligheter att orientera sig i ovana omgivningar samt möjligheter till lokalisering och avståndskommunikation.

12.2.7 Rörelsehindrade*Förflyttning utomhus, trolig utveckling*

Utvecklingen av fordon för utomhusförflyttning i t.ex. väglös terräng, kommer att fortsätta. I vissa fall kan de tänkas ersätta konventionella utomhusrullstolar.

Förflyttning utomhus, möjlig utveckling

Datatekniken kommer att kunna användas också för att kraftigt underlätta navigering och orientering för bilförare. För den rörelsehindrade föraren ger detta helt nya möjligheter att klara sig på egen hand. Det kommer även att bli möjligt att kraftigt underlätta gravt rörelsehindrades förmåga att manövrera bilen.

Förflyttning inomhus, trolig utveckling

Manuella rullstolar kommer i allt högre grad att tillhandahållas som modulsystem. Ytterligare specialstolar och alternativa utföranden kommer att utvecklas. Speciellt för barn kommer stå- och knärrullstolar att betyda mycket ifråga om rörlighet.

Elrullstolen kommer att integreras alltmer med andra funktioner, t.ex. för kommunikation och omgivningskontroll.

Gånghjälpmedel kommer att bli lättare och smidigare med användning av nya material. Nya produkter som medför minskad risk för skador och förvärrade funktionshinder kan förutses, speciellt gäller detta för barn.

Nya hjälpmedel för överflyttning kommer också fram så att brukaren i allt större utsträckning kan klara sin förflyttning till och från säng, stol, toalett, etc. Utvecklingen av sängar fortsätter.

Förflyttning inomhus, möjlig utveckling

En satsning på en äldre-rullstol som är lättkörd, har god sittkomfort och ett tilltalande yttre behöver göras. Nya ellagringssystem som kan ge mindre och lättare batterier är också en viktig utvecklingsinsats.

En helt annan utveckling som kan få betydelse för vissa rörelsehindrades förflyttningsmöjligheter är användningen av funktionell elektrisk stimulering, FES. Det innebär att man elektriskt stimulerar nerver och muskler så att vissa rörelsefunktioner kan uppnås trots förlamningar.

Omgivningskontroll, trolig utveckling

Rörelsehindrade kommer i ökad utsträckning att använda datormötessystem eller elektronisk post liksom informationsbanker typ Videotex och dessutom använda sin terminal för att göra bank- och postärenden, handla varor etc. Personer med nedsatt funktion i händer och armar kommer att använda persondator för att skriva, rita och måla. Den som har god huvudmotorik kan få persondatorn att rita och måla. Datorn kan också användas för att komponera och utöva musik även av den som är gravt rörelsehindrad.

Andra exempel är t.ex. sladdlösa telefoner. Trådlösa system kommer också alltmer att utvecklas för att tillgodose behovet av larm- och anropsfunktioner för rörelsehindrade, inte minst den ökande gruppen äldre.

Likaså kan man förvänta sig fler och bättre system för omgivningskontroll, dvs. fjärrstyrning av olika funktioner i bostaden och annorstädes. De kommer att kunna integreras med andra hjälpmedelsfunktioner såsom förflyttning och kommunikation.

Omgivningskontroll, möjlig utveckling

Datatekniken kommer att ge helt nya möjligheter till lek, stimulans och träning för rörelsehindrade barn. Även för rörelsehindrade skulle det vara värdefullt med en stor informationsbank dit man kan vända sig för

att få information som man har svårt att hämta ur böcker, tidningar och liknande.

Omgivningskontroll och larmfunktioner kan komma att integreras i bostaden på helt nya sätt. I ett så kallat Smart House kan alla viktigare funktioner styras via en central enhet som också kan programmeras för att passa individuella behov.

ADL-hjälpmedel, trolig utveckling

Nya lätta, hållfasta och elastiska material samt nya produktionsmetoder kommer att medföra förbättringar av ADL-hjälpmedlen både till funktion, handhavande och kvalitet. Estetisk och funktionell formgivning får genomslagskraft inom hjälpmedelsutvecklingen. Hjälpmedel för personlig hygien för gravt rörelsehindrade personer kommer att bygga på system av individuellt anpassade lösningar.

ADL-hjälpmedel, möjlig utveckling

Bl.a. förutses ett helt nytt system för toalettstol med stödfunktioner som i större utsträckning än i dag tillgodoser hjälpmedelsbehovet hos äldre människor med måttliga rörelseinskränkningar.

Ortopedtekniska hjälpmedel, trolig utveckling

I framtiden är det troligt att man successivt övergår till nya, lätta och lättarbetade material i hjälpmedlen och hjälpmedelskomponenterna. Tekniken ger också möjlighet att använda små robotar för att hjälpa enstaka rörelsehindrade personer med uppgifter som att hämta föremål och placera dem inom räckhåll eller på lämpligt ställe för att kunna läsa.

I framställningen av ortopedtekniska hjälpmedel kommer datoriserade tekniker som CAD/CAM att introduceras, dvs. att utnyttja datateknik för bl.a. mättagning av hjälpmedel.

Ortopedtekniska hjälpmedel, möjlig utveckling

Med dagens och morgondagens teknik bör det vara möjligt att konstruera konstgjorda lemmar med betydligt bättre funktion än dagens t.ex. motoriserade benproteser och helarmsproteser.

12.2.8 Medicinskt handikappade

Trolig utveckling

Utvecklingen av hjälpmedel för medicinskt handikappade personer till vilka räknas en mängd olika diagnosgrupper, är svårt att förutse. Nya medicinska behandlingsmetoder föder behov av nya hjälpmedel och eliminerar behov av andra. Vilka dessa metoder blir i framtiden är dock omöjligt att säga.

Dagens hjälpmedel för personer med inkontinens och stomi kommer att successivt förbättras i takt med utvecklingen av nya plastmaterial och ökade kunskaper om behoven. Nya andningshjälpmedel kommer att bli bättre och "hemvänligare". För diabetiker kommer nya och bättre insulinpumpar, som ger jämnare dosering och senarelägger komplikationer. Som en följd av den ökade satsningen på bl.a. hemsjukvård torde sannolikt introduceras nya produkter som lämpar sig för användning i hemmet.

Möjlig utveckling

Nya hjälpmedel för att åstadkomma smärtlindring, både på kemisk och elektrisk väg, kommer att finnas.

Den framtida hemsjukvården förutses i ökad utsträckning knytas an till sjukhusklinikerna. Detta innebär bl.a. att den klinikanslutna hemsjukvården där olika slag av utrustningar för sjukvårdande behandling och för kommunikation med sjukhuset kommer att ställa nya krav på den anhöriges och vårdarens roll.

12.3 Medicinska framstegens inverkan på hjälpmedelsbehoven

12.3.1 Inledning

Inom de medicinska disciplinerna pågår en ständig utveckling. Det gäller såväl i fråga om förebyggande, botande, stödjande som kompenserande insatser. Samtidigt sker också en snabb utveckling inom de tekniska verksamheterna, vilket redovisats under föregående avsnitt. Dessa insatser öppnar nya livskvaliteter för människor med olika slag av funktionshinder.

I detta avsnitt sammanfattas expertrapportens redovisning av hur utvecklingen inom de medicinska disciplinerna kan förväntas påverka behovet av hjälpmedel. Bedömningen av de medicinska framstegens inverkan görs också med hänsyn till den komplexa framtidsbild som erbjödes. Analysen avser i första hand resultaten av den förväntade utvecklingen inom den närmaste femårsperioden, men också en uppskattning av förhållandena under den därpå följande femårsperioden.

De kirurgiska ingrepp som syftar till att förankra främmande kropps-element inom eller vid kroppen kommer i framtiden att öka högst avsevärt. I denna redovisning har till handikapphjälpmedel inte hänförts produkter som hjärtklaffar, ersättningsmaterial för kärl, inplantat av stål- och plastprodukter i samband med skelettkirurgiska (ortopediska), plastikkirurgiska eller odontologiska ingrepp. I det följande kommer konsekvenserna av den medicinska utvecklingen med hänsyn till handikapphjälpmedel att beskrivas utifrån kroppens (inte individens) olika funktionsområden.

12.3.2 Bedömningar av förändringar i hjälpmedelsbehovet

Tal

Inom tal-området är det särskilt inom två discipliner som det för närvarande pågår en utveckling med direkt inverkan på hjälpmedelsfrågan. Det ena är utvecklingen av talhjälpmedel. Utvecklingen av hjälpmedel inom detta område är mest en fråga om teknisk utveckling. Den medicinska inverkan på denna utveckling är begränsad.

Den andra utvecklingslinjen rör utrustning som är avsedd att förbättra talförmågan hos laryngektomerade. Genom att vid operationen göra en öppning mellan luftstrupe och matstrupe och där placera en envägsventil ges den opererade möjlighet att bättre utnyttja utandningsluften för sitt tal. Denna typ av operationer är ännu så länge relativt sällsynta men kommer att öka när metoden blir mer känd och utprovad.

Hörsel

En ur medicinsk synpunkt värdefull utveckling är framtagandet av s.k. tinnitus-depressor, dvs. en apparat som placeras utanpå kroppen och som dämpar tinnitus-(öronsus-)patientens obehag. En annan utveckling inom audiologin är användandet av s.k. cochleära implantat, elektroder som överför ljudretning från cochlean till centralt belägna hörselorgan.

Ytterligare en grupp utrustningar där man kan förvänta sig en utveckling gäller benförankrade (benfixerade) hörapparater. Genom operativa ingrepp förankras skruvar (av titan) i skallbenet. Dessa skruvar, som sticker ut genom huden utgör i dessa fall fästen för hörapparater.

Rörelsefunktion

Inom detta område kan man utifrån de olika medicinska disciplinerna särskilja tre huvudgrupper: ortopediska, reumatologiska och neurologiska sjukdomar.

Till den ortopediska sektorn hör i första hand ryggsjukdomar artroser, frakturer och amputationer. Medelåldern i befolkningen kommer att öka, vilket väntas medföra en viss ökning av antalet fall med ryggbesvär. Någon nämnvärd förändring i hjälpmedelsbehoven beräknas inte komma att ske. Förebyggande insatser — främst inom arbetslivet — antas medföra en viss minskning av antalet personer med ryggbesvär.

Någon ändring av antalet fall med ledförändringar och förslitningsskador (artrosincidensen) förväntas inte. De långa tiderna för operationer innebär behov av hjälpmedel under väntetiden. En mer utvecklad kirurgi/ortopedi kombinerad med kortare väntetider kan medföra ett något minskat hjälpmedelsbehov. Man räknar med en viss ökning av antalet fall med höftledsskador. Genom en väl utvecklad ortopedi bör själva skadan kunna kompenseras i högre grad än tidigare. En viss ökning av enklare gånghjälpmedel — stödkäppar m.m. — kan bli aktuell.

Amputationernas antal beräknas minska för män, dels till följd av minskad tobaksrökning dels på grund av bättre arbetsmiljöskydd.

Minskningen hos män förväntas kompenseras av en ökning av antalet amputationer bland kvinnor, som en komplikation till den ökade tobaksrökningen i denna befolkningsgrupp. Några demografiska skäl att anta en förändrad förekomst av skelettskador till följd av reumatiska inflammationer hos vuxna föreligger inte och inte heller någon förändring i behovet av hjälpmedel torde vara att förvänta.

Sjukdomar som drabbar nervsystemet och som leder till nedsatt rörlighet hos individen kan ha skilda orsaker. Flertalet av dessa sjukdomar är också kärlrelaterade blödningar och trombosor i hjärnan är mer frekventa i högre åldrar. Degenerativa nervsjukdomar (MS etc.) eller neuromuskulära sjukdomar (muskeldystrofier) gör sig gällande framför allt i medelåldern. Skador till följd av trauma (förlossning, trafikskador etc.) hör liksom genetiska rubbningar till barn- och ungdomsår.

När det gäller de degenerativa nervsjukdomarna pågår ett intensivt forskningsarbete, särskilt med inriktning på immunförsvarets betydelse. Även om man inom det närmaste decenniet skulle finna orsaken (eller en av orsakerna) till dessa sjukdomar kan man inte påräkna att man inom denna tidsrymd kommer att nämnvärt kunna påverka frekvensen av personer som drabbas. Inte heller kommer det att medföra någon nämnvärd förändring av situationen för dem som redan drabbats. Någon nämnvärd förändring av hjälpmedelssituationen för denna kategori kommer därför sannolikt inte att ske.

Ökningen av antalet personer över 65 år kan förväntas medföra ett ökat antal personer som drabbas av neurocirkulatoriska rubbningar eller nedbrytande (degenerativa) sjukdomar t.ex. av typ Parkinson. Även om det sker en utveckling med avseende på behandling av Parkinsons sjukdom förväntas detta inte i sig påverka behovet av hjälpmedel i nämnvärd grad.

Framtida nya diagnosmetoder väntas där man redan under fostertiden kan kartlägga om det förekommer genetiska eller andra skador i fostrets nervsystem. Även om den medicinska utvecklingen kommer att leda till en alltmer förfinad fosterdiagnostik kommer resultatet ändå att bli beroende av föräldrarnas och samhällets syn på de etiska problemen.

Den alltmer utvecklade vården för tidigt födda barn resulterar i att fler tidigt födda barn kan räddas till livet. Inom denna grupp har man en överrepresentation av barn med neurologiska skador. Detta torde leda till att man får ett större antal handikappade barn, som behöver vård och hjälpmedel.

Utsöndring

Inom urologin finns förbättrade möjligheter att inplantera slutmuskelsättare (sfinktersättare) för att hjälpa människor med inkontinens. Man förväntar sig en teknisk utveckling av implantaten och därmed en viss ökning av indikationen för åtgärden.

En intensifiering av transplantation av njurar kan komma att något reducera behovet av mer kontinuerlig användning av dialysapparater.

Utrustningen behövs dock i avvaktan på lämplig tidpunkt för transplantation och i de fall då transplantation inte kan komma i fråga.

Cirkulation

Hjärt-kärlområdet är föremål för omfattande utvecklingsverksamhet. Ur hjälpmedelssynpunkt är det främst fråga om åtgärder för akuta sjukdomstillstånd, t.ex. apparatur för att ordna förbipassage vid cirkulationsstörningar. Det kan röra sig om cirkulationspumpar som tillfälligt kopplas in med funktion som "konstgjorda hjärtan".

Inom immunologin pågår en accelererande utveckling. Inom den närmaste femårsperioden kan man hoppas på ett kliniskt genombrott vad beträffar skyddsmekanismer mot s.k. cytokininer. Cytokininer frigörs i samband med olika infektioner och orsakar vävnadsskador. Reumatologiska förändringar är sannolikt orsakade av cytokininer. Genom att framställa ämnen som neutraliserar cytokininerna kommer man att kunna förebygga vävnadsskadorna och därmed åtföljande funktionsnedsättningar i olika organ, t.ex. bindväv, njurar etc.

Resultatet av dessa nya medicinska rön kan på sikt komma att reducera hjälpmedelsbehovet för personer som drabbats av dessa sjukdomar. Effekten kommer dock inte att visa sig i form av reducerat behov av hjälpmedel i nämnvärd utsträckning under den närmaste tioårsperioden, då personer med redan skadade vävnader fortfarande kommer att behöva hjälpmedel i samma utsträckning som nu.

Ämnesomsättning

Inom invärtesmedicinen intar diabetes en framträdande plats när det gäller orsak till invalidiserande tillstånd. I nuvarande hjälpmedelsarsenal finns sprutor, insulinpumpar m.m. Även om transplantationskirurgin kommer att medföra vissa möjligheter att återställa binjurefunktionen för en del personer med diabetes, bedöms ändå inte den samlade effekten av dessa åtgärder medföra en minskning av behovet av hjälpmedel. Personer med diabetes kan genom allmänmedicinska och andra åtgärder komma att få förlängd överlevnadstid. Det ökade antalet äldre kan i framtiden komma att öka frekvensen av s.k. åldersdiabetes.

Andning

Förändringar inom hjälpmedelsområdet kan förväntas främst när det gäller behovet av inhalatorer, utrustning för långtids oxygenbehandling, nattventilatorer och s.k. CPAP-utrustning (Continous Positiv Airways Pressor). CPAP-utrustning är ännu relativt oprövad men kan komma till användning för personer som besvärar av uttalade förändringar i luftvägarna som under sömnen leder till "andtäppa" och snarkningar.

Nattventilatorer för hemmabruk provas idag främst beträffande personer med andningsbesvär i samband med neuromuskulära sjukdomar. Detta behov kommer att vara oförändrat. Man räknar dock med att

metoden också kommer att utsträckas till personer med obstruktiv lungsjukdom. Denna brukargrupp är rätt omfattande och man kan räkna med en viss ökning av hjälpmedelsbehovet i dessa fall. Inhalatorbehovet kan även öka något med anledning av att fler läkemedel kan tas in via andningsvägarna och med hjälp av inhalatorer. Nu har man t.ex. börjat ge antibiotika via andningsvägarna.

Matsmältning

De inom hjälpmedelssektorn intressanta frågorna när det gäller matsmältningsområdet är stomihjälpmedlen. För närvarande pågår en intensiv utveckling inom den s.k. sfinkterbevarande (slutmuskel) kirurgin. Denna är inriktad på att genom kirurgiska ingrepp skapa sfinkterfunktioner så att patienten inte skall behöva permanent leva med stomi. Utvecklingen inom detta område väntas leda till att många patienter på sikt kommer att klara sig utan större stomibandage. Det är för närvarande svårt att uppskatta effekten av åtgärderna då metoderna inte prövats någon längre tid. För den enskilde som kan klara sig med hjälp av de nya sfinktrarna, särskilt då yngre personer som opererats för ulcerös colit, kommer det sociala livet att förbättras. Hos äldre personer kan man inte räkna med samma gynnsamma effekt. Man torde dock under den närmaste tioårsperioden kunna räkna med en viss minskning av behovet av stomihjälpmedel.

12.3.3 Slutsatser i korthet

Enligt expertrapporten är framstegen inom medicinen särskilt stora när det gäller terapeutiska insatser. Även när det gäller hälsovård och andra förebyggande åtgärder sker en stark utveckling. Dessa åtgärder sammanlagda kan på sikt komma att förändra sjukdomspanoramat bland befolkningen och därmed reducera hjälpmedelsbehovet. Denna utveckling kommer dock att ta tid och beräknas inte få någon större inverkan på hjälpmedelsbehoven under de närmaste fem à tio åren.

Ändringar i befolkningens åldersstruktur kommer att medföra ändrade — och i viss mån ökade — krav på hjälpmedel. En längre överlevnadstid för personer med sjukdomar, ålderskrämpor och andra funktionshinder leder till ökat behov av hjälpmedel. Översiktligt kan konstateras att man inte kan se någon trend i den medicinska utvecklingen som kommer att leda till några påtalade förändringar i hjälpmedelsbehovet under de närmaste fem à tio åren. Den tekniska utvecklingen, befolkningens sammansättning, förbättrad arbetsmiljö och socialpolitiska ställningstaganden kommer med all sannolikhet att ha betydligt större inverkan på hjälpmedelsförsörjningen än den medicinska utvecklingen i sig. Det som nu sker på experiment- och forskningsstadiet eller som tillämpas i kliniska försök kan dock beräknas på längre sikt på ett mer avgörande sätt påverka hjälpmedelsbehovet. Här är det främst framstegen inom immunologi, transplantationskirurgi och ortopedi som kan förväntas reducera hjälpmedelsbehovet bland befolkningen i stort. De

medicinska forskningsresultaten kan, om de tillämpas inom arbetsmiljö och hälsovård, också förväntas ge positiva effekter vad det gäller förhinder av uppkomsten av funktionshinder.

12.4 Den framtida befolkningsutvecklingens inverkan på hjälpmedelsbehovet

12.4.1 Befolkningsutvecklingen fram till år 2000

Sambandet mellan hjälpmedelsbehov och ålder är som tidigare framgått starkt. Förändringar i åldersstrukturen mot en större andel äldre kommer mer eller mindre automatiskt att leda till ett ökat behov av hjälpmedel under förutsättning att allt annat är oförändrat.

Befolkningsprognoser fram till år 2000 visar att den "åldringsexplosion" som kännetecknat de senaste decenniernas befolkningsutveckling kommer att avstanna, och fr.o.m. år 1990 vända, så att antalet personer över 65 år i stort sett kommer att vara oförändrat i förhållande till år 1986 (Tab. 1 och 2).

Tabell 12.1 Befolkningen åren 1986 - 2000 (tusental)

Ålder	1986	1990	2000
0-14	1 504	1 466	1 535
15-24	1 176	1 144	977
25-44	2 417	2 385	2 322
45-64	1 807	1 912	2 218
65-69	453	441	370
70-74	387	394	352
75-79	313	319	327
80-84	196	220	239
85-89	93	109	136
90-94	29	35	52
95-99	6	7	12
Totalt	8. 381	8. 432	8. 540

Tabell 12.2 Befolkningsförändringar åren 1986 - 2000 (tusental)

Ålder	1986-1990	1990-2000	1986-2000
0-14	- 38	+ 69	+ 31
15-24	- 32	- 167	- 199
25-44	- 32	- 63	- 95
45-64	+ 105	+ 306	+ 411
65-69	- 12	- 71	- 83
70-74	+ 7	- 42	- 35
75-79	+ 6	+ 8	+ 14
80-84	+ 4	+ 19	+ 43
85-89	+ 16	+ 27	+ 43
90-94	+ 6	+ 17	+ 23
95-99	+ 1	+ 5	+ 6
Totalt	+ 31	+ 108	+ 159

Fram till sekelskiftet är det inom de allra äldsta åldersgrupperna som de största förändringarna sker. Åldersgruppen 80 år och äldre kommer mellan åren 1986—2000 att öka med ca 115 000 personer. Samtidigt minskar antalet personer i åldrarna 65—79 år med omkring 104 000 personer.

Den volymökning som skett inom hjälpmedelsverksamhetens olika grenar under de senaste tio åren kan som visats i kap. 8 delvis förklaras med ökningen av antalet äldre i befolkningen. Allt talar för att befolkningsutvecklingen även för de kommande tio åren kommer att ställa ökade krav på hjälpmedelsverksamheten. Behovet av hjälpmedel liksom vård och omvårdnad i övrigt kan i viss mån också påverkas av om man är ensamstående eller ej. I en prognos över antalet gifta/ensamstående konstateras att antalet ensamstående bland de som är 80 år och äldre kommer att öka med 82 000 personer fram till sekelskiftet, vilket på sannolika grunder leder till ytterligare krav på hjälpmedelsverksamheten.

12.4.2 Behov av hörselhjälpmedel

Vid statistiska centralbyråns (SCB) levnadsnivåundersökningar (ULF) åren 1984, 1985 och 1986 fick de intervjuade frågan om de utan svårighet med eller utan hörapparat kan höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer. Den andel som i olika åldrar har svarat nej, dvs. har en hörselnedsättning, har tidigare redovisats i kap. 8. För hela befolkningen i åldrarna 16—84 år var det ca 10 procent som uppgav sig ha en hörselnedsättning. Antalet personer i befolkningen (samtliga åldrar) som har en hörselnedsättning har uppskattats till ca 748 000 för år 1986. Hur många av dessa som är hörapparatbärare eller har något annat hjälpmedel framgår inte av undersökningen.

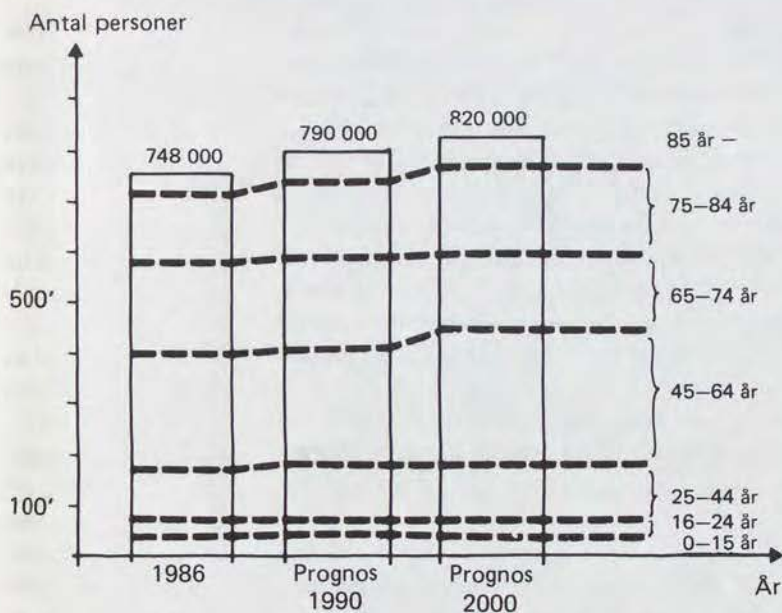
Eftersom ULF-undersökningen endast omfattar befolkningen mellan 16 och 84 år har vi gjort vissa antaganden beträffande de som är yngre än 16 år resp. äldre än 84 år. För de yngsta har vi antagit att hörselnedsättningarna är av samma omfattning som i åldrarna 15—24 år. De som är 85 år och äldre har vi antagit har hörselnedsättningar i samma utsträckning som 75—84 åringarna. Uppgiften ovan om 748 000 personer totalt, gäller hela befolkningen men med dessa antaganden.

Med hjälp av de åldersgruppsvisa uppskattningarna av antalet personer med hörselnedsättning i 1984—1986 års levnadsnivåundersökningar har en prognos över antalet personer i befolkningen totalt med nedsatt hörsel åren 1990 och 2000 beräknats. Resultatet av dessa beräkningar framgår av figur 12.1.

Förutsatt att hörselnedsättningarna inom åldersgrupperna är av samma omfattning som åren 1984—1986 kommer på grund av åldersförändringarna i befolkningen antalet personer med hörselnedsättning att stiga med 42 000 personer fram till år 1990 resp. ytterligare 30 000 till år 2000.

12.4.3 Behov av synhjälpmedel

I SCB:s ULF-intervjuer för åren 1984—1986 uppgav ca 1,5 procent av befolkningen eller omkring 100 000 personer (mellan 16 och 84 år) att



Figur 12.1 Antal personer med nedsatt hörsel åren 1986, 1990, 2000

deras syn var så nedsatt att de inte utan svårighet kunde läsa vanlig text i en dagstidning (varken med eller utan glasögon).

För att uppskatta antalet personer med synnedsättning i hela befolkningen kan vi anta att andelen med synnedsättning i åldrarna 0—15 år är samma som bland 16—24-åringarna samt att de som är över 84 år har samma frekvens som 75—84-åringarna. Med dessa antaganden skulle år 1986 omkring 111 000 personer i befolkningen ha en synnedsättning som innebär att man varken med eller utan glasögon kan läsa vanlig text i en dagstidning. Andelen som uppgivit sig ha nedsatt syn i olika åldrar framgår av kapitel 8.

Under förutsättning att omfattningen av synnedsättning är den samma som år 1986 beräknas antalet personer som har en synnedsättning år 1990 resp. år 2000 att uppgå till 119 000 resp. 124 000 personer.

Antalet personer med synnedsättning enligt ULF-definitionen, kommer således att öka med 13 000 personer eller ca tolv procent fram till år 2000, förutsatt att nedsatt syn har samma omfattning i olika åldrar som år 1986.

Den fråga som ställs i levnadsnivåundersökningen fångar inte upp de som har nedsatt syn i mindre grad eller de som med hjälp av glasögon kan läsa en vanlig text i en dagstidning. När det gäller behovet av hjälpmedel innebär detta att det finns ytterligare en grupp som behöver hjälpmedel och som med dessa "återfår" en så bra synskärpa att de inte upplever sig hindrade i det dagliga livet. Denna grupp är med all sannolikhet betydligt större än den som ULF-undersökningen avser.

Syn- liksom hörselnedsättning är något som för många kommer med

åldern, dvs. det är inte någon skada eller sjukdom som orsakar funktionsnedsättningen, utan ett resultat av normalt åldrande. För de flesta innebär normalt åldrande av ögats funktioner att man behöver läsglasögon vid 50-års åldern. I H 70-undersökningen i Göteborg har man resultat som visar att 95 procent av de undersökta 70-åringarna kan läsa t.ex. en text på läkemedelsförpackningar, under förutsättning att belysningen var rätt och de i förekommande fall använde korrigerande glasögon.

Vissa sjukdomar i ögat blir vanligare med stigande ålder, t.ex. grå och grön starr. För den grå starren gäller sedan några år tillbaka revolutionerande förbättringar i behandlingsmetod. Genom att operera in s.k. intraokulära linser undviks den blindhet som annars skulle ha drabbat patienten.

En annan sjukdom som kan leda till blindhet är diabetes. Förekomsten av diabetes i befolkningen tenderar att öka, samtidigt har behandlingsmetoderna förbättrats så att olika komplikationer av sjukdomen, bl.a. blindhet, förhoppningsvis skall minska i framtiden.

När det gäller den allvarligaste formen av synnedsättning — blindhet — torde mot bakgrund av bl.a. vad som sagts ovan, antalet personer vara konstant eller eventuellt minska något fram till sekelskiftet.

12.4.4 Behov av hjälpmedel vid rörelsehinder

Hur många personer som är rörelsehindrade är liksom för syn- och hörselnedsättningar en fråga om definition. I SCB:s levnadsnivåundersökning har man valt att definiera rörelsehinder i tre nivåer; nedsatt rörelseförmåga, rörelsehinder och svåra rörelsehinder.

Nedsatt rörelseförmåga har den som svarat nej på frågan — "Kan ni springa en kortare sträcka, säg 100 m, om Ni har bråttom?" Av befolkningen mellan 16 och 74 år var det år 1975 ca 16 procent som ansåg sig ha nedsatt rörelseförmåga. Denna andel har sedan visat en nedåtgående trend och år 1985 var andelen omkring 13 procent.

Rörelsehindrade anses i ULF-undersökningen de vara som förutom att svara nej på ovanstående fråga svarar nej på någon av följande frågor:

- "kan Ni stiga på en buss obehindrat?
- kan Ni ta en kortare promenad på säg 5 min i någorlunda rask takt?"

Andelen av befolkningen 16—84 år som har rörelsehinder av denna typ var under perioden 1984—1986 ca 8 procent.

Begränsar vi åldersintervallet till 16—74 år (vilket var de åldergränser som gällde för ULF-intervjuerna fram till 1980 års undersökning) utgör antalet rörelsehindrade ca fem procent av befolkningen i dessa åldrar.

För andelen rörelsehindrade i befolkningen gäller inte den klart minskande trend som kan ses för nedsatt rörelseförmåga. Med tanke på att befolkningsstrukturen förändrats så att en allt större andel är äldre och att rörelsehinder har ett mycket tydligt samband med åldern, skulle man förvänta sig en ökad andel rörelsehindrade. Detta har emellertid inte

inträffat och ur detta perspektiv kan man hävda att rörelsehinder har minskat något i befolkningen.

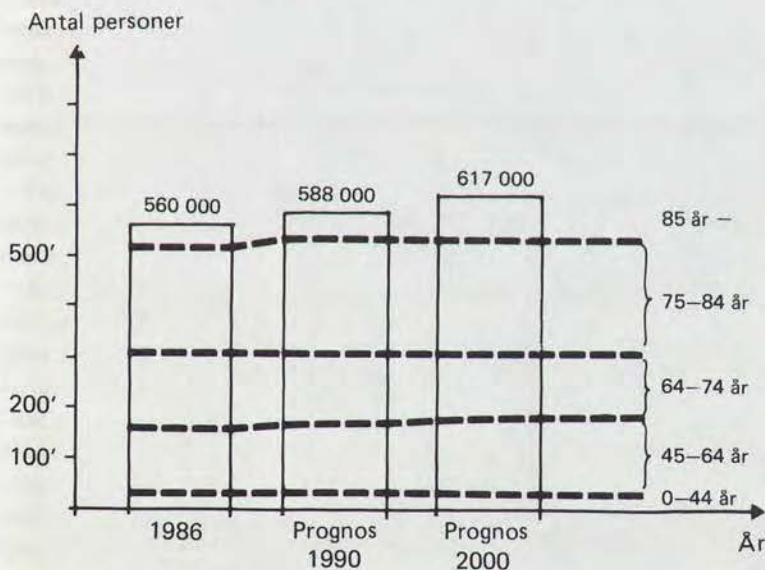
Svårt rörelsehindrade är de som har behov av ett hjälpmedel eller en person för att förflytta sig. Av de rörelsehindrade är det omkring hälften av de rörelsehindrade enl. ovan som är svårt rörelsehindrade (ULF 1980/81).

För samtliga frågor kring rörelsehinder har intervjuvarna instruerats att inte registrera tillfälliga svårigheter utan frågorna avser ett stabilt och långvarigt förhållande.

Om vi återgår till de som är rörelsehindrade så har antalet skattats till ca 500 000 personer för år 1986 och begränsats till åldrarna 16–84 år. Omfattningen av rörelsehinder i olika åldersgrupper framgår av kap. 8.

Om vi antar att frekvensen rörelsehindrade bland 0–15-åringarna är samma som för 16–24-åringarna tillkommer ytterligare ca 7 500 personer som är rörelsehindrade. Likaså kan vi anta att rörelsehindren i åldersgrupperna över 84 år motsvarar andelen bland 74–84-åringarna. Detta innebär att ytterligare minst 51 000 personer i de äldsta åldrarna är rörelsehindrade. Totalt var år 1986 med ovanstående antaganden således ca 560 000 människor rörelsehindrade enligt ULF-undersökningarnas definition.

De åldersspecifika frekvenserna för rörelsehinder år 1986 och befolkningsprognosen för år 1990 och 2000 har använts för att beräkna det förväntade antalet rörelsehindrade för åren 1990 och 2000.



Figur 12.2 Antal personer med rörelsehinder åren 1986, 1990, 2000.

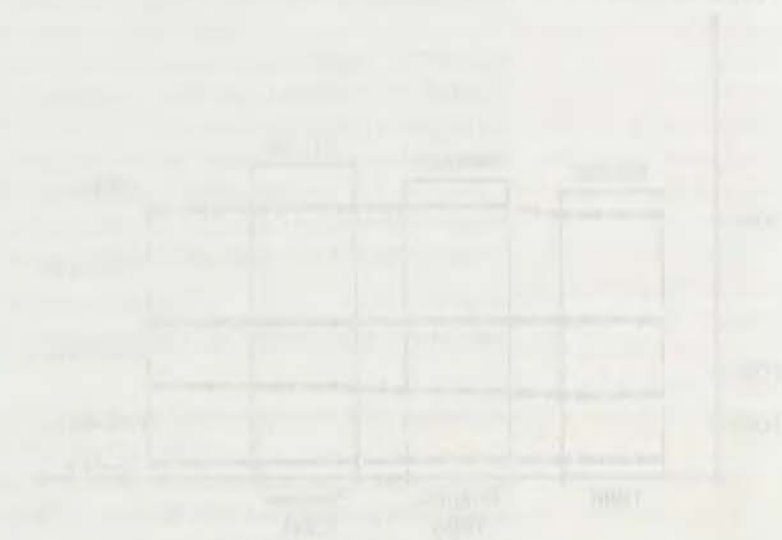
Fram till år 2000 kan antalet rörelsehindrade i befolkningen förväntas öka med ca tio procent eller runt 60 000 personer enbart på grund av förändringar i befolkningsstrukturen. Förutsättningen är dock att ande-

len rörelsehindrade i olika åldersgrupper inte förändras i förhållande till år 1986.

Tidigare har sagts att någon klar trend till en minskning av andelen rörelsehindrade i befolkningen är svår att säkerställa. Tendenser till en minskning av rörelsehinder finns dock inte minst bland de äldre. I 1975/76-års ULF är det ca 24 procent av befolkningen i åldrarna mellan 65 och 74 år som är rörelsehindrade. 1984—1986 är det ca 18 procent i denna åldersgrupp som är rörelsehindrade.

Om vi utgår från 1975/76 års omfattning av rörelsehinder i olika åldersgrupper mellan 16 och 74 år och anpassar det till 1986 års befolkning skulle det innebära att ca 376 000 personer (16—74 år) är rörelsehindrade. Detta är nästan 80 000 fler än det skattade värdet i 1984—86 års undersökning för motsvarande åldersintervall.

Slutsatsen måste bli att det är den förändrade befolkningsstrukturen med allt fler äldre som gör att andelen rörelsehindrade i befolkningen inte har minskat i någon nämnvärd utsträckning. Förekomsten av rörelsehinder i framför allt de äldre åldersgrupperna visar emellertid en klar minskning. Om denna trend fortsätter kommer den ökning av antalet rörelsehindrade fram till år 2000 som vi beräknat ovan att bli mindre än 60 000 personer.



13 Sammanfattande omdöme om hjälpmedelsverksamheten

13.1 Allmänt om hjälpmedelsverksamhetens utveckling och nuvarande situation

Hälso- och sjukvårdens hjälpmedelsverksamhet utgör en av grundförutsättningarna för att människor med skador, sjukdomar och funktionshinder skall kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Väl fungerande hjälpmedel är en viktig del i det dagliga livet liksom i vård, behandling, rehabilitering och habilitering och ökar livskvaliteten för en person med funktionshinder. Dåligt fungerande eller brist på hjälpmedel medför ofta, förutom de försämringar i den enskildes levnadsbetingelser som det innebär, att andra, mer kostsamma insatser från samhällets sida behövs.

Utifrån den kartläggning som utredningen har genomfört, kan konstateras att hjälpmedelsverksamheten har förändrats i betydande omfattning under den senaste tioårsperioden. Den har utvecklats till att omfatta allt fler behovsgrupper och allt fler hjälpmedel. Även de personalgrupper som deltar i verksamheten har ökat betydligt. Det innebär att verksamheten expanderat kraftigt.

Det ökande antalet äldre i befolkningen och den omstrukturering som skett inom vård- och omvårdnadssektorn har ökat efterfrågan på hjälpmedel.

Andelen personer med funktionshinder i befolkningen har ett starkt samband med ålder. De beräkningar som hjälpmedelsutredningen har gjort pekar mot att ca 70 procent av hjälpmedelsanvändarna är över 65 år. Under åren 1975 till 1987 har antalet i åldersgruppen 65 år och äldre ökat med ca 20 procent. Antalet över 75 år har ökat med 40 procent och ökningen är ännu kraftigare i de äldsta åldersgrupperna där behovet av hjälpmedel är störst. Strukturuomvandlingen inom vård- och omvårdnadssektorn har inneburit att allt fler personer med funktionshinder bor i eget boende och allt fler sjuka får vård och behandling i hemmet. Den medicinska och tekniska utvecklingen har medfört nya behandlingsmetoder och tekniker, kontinuerlig produktutveckling liksom helt nya produkter.

Alla dessa faktorer har medfört att efterfrågan på hjälpmedel har ökat liksom kraven på resurser för utprovning, anpassning och annan service.

Samtidigt har den personal inom hälso- och sjukvården ökat som

bland sina arbetsuppgifter har att utföra utprovning, förskrivning och uppföljning av olika slags hjälpmedel. Inom primärvården har antalet distriktsarbetsterapeuter ökat med ca 350 årsarbetare under åren 1982—1986 vilket innebär en ökning med ca 150 procent. Även antalet distriktssjukgymnaster och distriktssköterskor har ökat betydligt.

Primärvårdens utbyggnad har inneburit att fler behov kunnat fångas upp för att åtgärdas eller remitteras vidare t.ex. till hör- och syncentraler eller andra specialistinstanser. Även vid dessa specialenheter har personalresurserna ökat.

Dessa förhållanden har medverkat till att hjälpmedelsverksamheten har utvecklats kraftigt både vad gäller inköpsvolymerna och produktsortiment. Inom vissa hjälpmedelsgrupper har ökningen av inköpsvolymerna varit särskilt stor.

Så långt vi kan avgöra följer hälso- och sjukvårdshuvudmännen i allt väsentligt de rekommendationer som lämnas av Handikappinstitutet. Även om det finns problem i verksamheten är det vår bedömning att den till stora delar fungerar förhållandevis väl. Den konstaterade utvecklingen inom hjälpmedelsverksamheten får också anses ligga i linje med den överenskommelse som träffades mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen och staten år 1976.

Trots den konstaterade positiva utvecklingen finns det allvarliga problem och brister inom hjälpmedelsverksamheten. Dessa problem har ett starkt samband med den stora efterfrågeökningen inom verksamheten. Som vår kartläggning visar gäller det dock inte i första hand brister i tillgången på hjälpmedel utan främst brist på resurser inom den organisation som skall svara för utprovning och tillhandahållande. För att hjälpmedelsverksamheten skall kunna fortsätta att utvecklas i positiv riktning måste problemen uppmärksammas. Den bedömning av verksamheten som utredningen redovisar i detta kapitel handlar därför mycket om problemen, trots att verksamheten till stora delar fungerar väl.

Problemen handlar framför allt om begränsade personalresurser liksom brister i rutiner och kompetens för behovsbedömning, utprovning och uppföljning av hjälpmedelsbehov. Hjälpmedelsorganisationen har således trots utbyggnaden inte klarat av att möta den ökande efterfrågan på hjälpmedel. Detta har i vissa fall medfört långa väntetider till utprovning och service, liksom dåligt fungerande information och uppföljning. Sistnämnda brister har särskilt drabbat vissa utsatta grupper med svåra och/eller flera funktionshinder, bl.a. utvecklingsstörda.

I handikapprörelsens brukarstudie (se kap. 6) beskrivs hjälpmedelsbehov som inte har tillgodosetts eller uppmärksamrats bl.a. beroende på bristande kunskap om vilka hjälpmedel som finns att tillgå och hur de skall användas. Denna kunskapsbrist finns hos såväl brukarna själva och deras anhöriga som hos vård- och omsorgspersonal av olika kategorier. Dålig information, uppföljning och samordning av insatser från olika samhällsorgan t.ex. mellan bostadsanpassning och hjälpmedelsverksamhet, liksom brist på helhetsbedömning av behovssituationen framstår som ett stort problem för en del brukare med svåra funktionshinder.

Vi har kunnat konstatera att det framför allt är uppföljningen av hjälpmedelsbehov som påverkas av den allmänna knappheten på resurser. Det innebär bl.a. att det ofta inte görs någon uppföljning av hur utlämnade hjälpmedel används och fungerar. Det är enligt vår mening dålig ekonomi om hjälpmedel blir liggande oanvända därför att de inte fungerar i miljön eller därför att brukarna inte har fått tillräcklig information eller träning i att använda dem. En väl fungerande uppföljning är nödvändig för att resurserna inom hjälpmedelsverksamheten skall utnyttjas på effektivast möjliga sätt och brukarna få de hjälpmedel som de behöver.

Man kan förutsäga en fortsatt ökning av efterfrågan på hjälpmedel. Detta beror bland annat på fortsatt ökning av antalet personer i hög ålder, fortsatt satsning på eget boende och att utvecklingen inom sjukvården mot vård och behandling utanför sjukhus kommer att fortsätta. Brukarna kommer också att ställa ökade krav genom att de blir mer medvetna om sina behov och om möjligheterna att få hjälpmedel. Även utvecklingen inom medicinen och tekniken kommer att verka i denna riktning.

13.2 Kostnadsutvecklingen

Kostnadsredovisningen för hjälpmedelsverksamheten omfattar enbart inköp av hjälpmedel och externa tjänsteköp. Personalkostnader ingår inte, förutom vad gäller tolktjänstens personal och de personalkostnader som ingår i de främmande tjänsterna. Inte heller kostnader för lokaler, lagerhållning m.m. ingår. Kostnadsredovisningen ger därför begränsad information om verksamhetens omfattning och utveckling i sin helhet.

År 1987 uppgick kostnaderna för inköp av hjälpmedel totalt sett i landet till ca 1,2 miljarder kr. Hjälpmedelskostnadernas andel av hälso- och sjukvårdens driftkostnader utgjorde ca 1,5 procent. De beräkningar som utredningen har gjort pekar mot att personalkostnader för utprovning, service m.m. samt kostnader för lokaler, lagerhållning m.m. torde vara minst lika stora som inköpskostnaderna. Utifrån detta antagande skulle de totala kostnaderna för att tillhandahålla hjälpmedel vara omkring 2,5 miljarder kr. eller runt 3 procent av hälso- och sjukvårdens driftkostnader.

Den redovisade kostnadsutvecklingen för hjälpmedel har varit kraftig. Under perioden 1978—1987 ökade hälso- och sjukvårdshuvudmännens utgifter för hjälpmedel med 45 procent i fasta priser. Den genomsnittliga årliga ökningen var ca 4 procent. Driftkostnaden för hela hälso- och sjukvården ökade under samma period med ca 20 procent. Den genomsnittliga årliga ökningen var ca 2 procent.

En av de framträdande orsakerna till kostnadsutvecklingen är de strukturella förändringarna inom vård- och omsorgssektorn som genomförts under perioden. Allt fler får vård och omvårdnad i hemmet och hjälpmedelskostnader som tidigare belastade den slutna vården har därigenom ofta förts över till hjälpmedelsbudgeten. De ökade insatserna inom primärvård samt vård och omsorg i hemmet gör dessutom att fler

behov uppmärksammas av såväl hälso- och sjukvårds- som socialtjänstpersonal.

Möjligheterna att med hjälpmedel förebygga och behandla mer kortvariga skador och sjukdomar har utnyttjats inom ramen för hjälpmedelsbudgeten. Dessutom har ny teknik och produktutveckling gjort hjälpmedlen mer tekniskt avancerade och dyrare.

Det kan mot denna bakgrund konstateras att kostnadsutvecklingen inom hjälpmedelsområdet är såväl förklarlig som försvarlig. Vi bedömer att de faktorer som påverkat behov och efterfrågan även framdeles kommer att göra sig gällande. Produkt- och metodutvecklingen kommer att fortsätta. Det finns därför anledning för huvudmännen att i sin resursplanering utgå från en fortsatt betydande efterfråge- och kostnadsutveckling för hjälpmedel. Enligt hjälpmedelsutredningens mening finns det i detta sammanhang också anledning att sätta hjälpmedelskostnaderna i relation till de totala vårdkostnaderna. Såväl vid lättare som svårare funktionshinder framstår oftast kostnaderna för en god hjälpmedelsutrustning som mindre betydande vid en jämförelse med samhällets kostnader i övrigt för vård, omsorg och socialtjänst m.m. En riktig hjälpmedelsinsats kan också minska behovet av andra insatser från samhällets sida.

De senaste årens volym- och kostnadsutveckling har medfört att huvudmännen vidtagit olika åtgärder för att effektivisera verksamheten. Som exempel på åtgärder kan nämnas ökad återanvändning av hjälpmedel, datorstöd i materialhanteringen och samordnad materialförsörjning. Genom spardirektiv och andra budgetrestriktioner har gjorts försök att hålla kostnaderna under kontroll. Med effektivare sortimentsurval, genom att ta bort vissa produkter, skärpa anvisningar för förskrivning och införa en del avgifter försöker huvudmännen hålla kostnaderna nere och skapa utrymme för nya behov och nya hjälpmedel. Vi återkommer i det följande till effekterna av dessa åtgärder.

13.3 Hjälpmedelsverksamhetens organisation

Hjälpmedelsverksamheten är organisatoriskt och ansvarsmässigt inte någon sammanhållen och enhetlig verksamhet. Vissa delar har fått en särställning som ett eget verksamhetsområde. Detta gäller främst för hjälpmedelscentralerna. Andra delar av verksamheten t.ex. syn- och hörcentraler är vanligen knutna till ögon- resp. öronklinik. Den ortopedtekniska verksamheten drivs hos flertalet huvudmän av entreprenör och är vanligen, medicinskt sett, knuten till en ortopedklinik.

De olika hjälpmedelsområdena har på detta sätt utvecklat olika särdrag såväl vad gäller medicinska och ekonomiska ansvarsförhållanden, som när det gäller organisatoriska lösningar. Även den politiska ledningen av verksamheten är hos huvudmännen ofta uppdelad mellan flera centrala politiska organ, t.ex. hälso- och sjukvårdsnämnden och sociala nämnden, eller decentraliserad till sjukvårdsdistrikten. Den sammanhållande länken i hjälpmedelsverksamheten är den hjälpmedelsförteckning

som utföras hos resp. huvudman utifrån de rekommendationer som ges i Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning.

Hjälpmedelscentralerna har på många håll i landet ett omfattande ansvarsområde. Ansvar för materialhantering, teknisk service och information om sortiment till de olika enheter som utprovar och förskriver hjälpmedel, tillhör hjälpmedelscentralernas grundläggande arbetsuppgifter. Till detta kommer vissa uppgifter av mer klinisk karaktär, dvs. behovsbedömning och utprovning av hjälpmedel, främst för rörelsehindrade. När huvudmännen i allt större utsträckning decentraliserar utprovning samt budget- och ekonomiskt ansvar bl.a. till primärvården, blir hjälpmedelscentralernas roll ofta oklar för såväl utprovningsspersonalen som för enskilda brukare, som vant sig vid att vända sig till hjälpmedelscentralen. Även utprovningseenheternas roll och ansvar för hjälpmedelsverksamheten har ofta varit oklar.

Hjälpmedelsverksamhetens särställning har till viss del inneburit ett hinder mot att se hjälpmedel som en naturlig del i övrig vård och omsorg. Det har också bidragit till att hjälpmedelsfrågorna inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning t.ex. vid planering av närliggande verksamhet och vid utformning av vårdprogram. Hjälpmedlens organisatoriska särställning kan även medföra svårigheter vid omstrukturering av vården och vid prioritering och resursfördelning mellan olika behov.

Ordinationsrätten som rekommenderas av Handikappinstitutet ger vissa personalkategorier och befattningshavare förskrivningsrätt för produkter som i många fall inte budgeteras inom den enhet där personalen i fråga är verksam. Ofta belastar kostnaderna för hjälpmedlen en central budget med en hjälpmedelschef eller motsvarande som ansvarig.

När medicintekniska hjälpmedel finansieras via en central hjälpmedelsbudget, används ofta det regelsystem för utprovning och förskrivning som gäller i övrigt för hjälpmedelsverksamheten. Detta stämmer då inte överens med de ekonomiska och medicinska ansvarsregler som den förskrivande enheten har att följa i övrigt. Verksamhets- och kostnadsansvar liksom utprovnings- och förskrivningsansvar är således i dessa fall inte samordnade såsom eljest gäller inom hälso- och sjukvården.

Regelsystemet för hjälpmedelsutprovning och förskrivning förefaller ibland onödigt komplicerat vid lätt identifierbara hjälpmedelsbehov av mer social än medicinsk karaktär. Vi avser här t.ex. behov av enkla hjälpmedel i bostaden och i närmiljön.

13.4 Samverkan med lokala brukarorganisationer

I hälso- och sjukvårdslagens 8 § anges att huvudmännen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda. När det gäller hjälpmedelsverksamheten har flertalet huvudmän ambitionen att samverka med olika brukargrupper även om man ännu inte kommit särskilt långt på en del håll. Några har dock utvecklat eller planerar olika former av samverkan för att förstärka brukarnas inflytande. Hos några huvudmän har man funnit

former för samverkan som fungerar bra, medan man hos andra fortfarande är i början av detta arbete.

Enligt vår uppfattning är det angeläget att en ökad samverkan med lokala intresseorganisationer kommer till stånd såväl i planeringen av verksamheten som när det gäller att få del av brukarnas erfarenheter av hur verksamheten fungerar och i utvärderingen av olika produkter.

13.5 Handikappbegreppet och hjälpmedelsbegreppet

Handikappbegreppet har under åren utvecklats från att definiera en egenskap hos en individ till att i stället beteckna de svårigheter som uppstår i mötet mellan individen som har ett funktionshinder och dennes omgivning. Samtidigt som begreppet handikapp därmed blivit mer relativt, har det även utvidgats till att omfatta alla funktionshinder. Hjälpmedelsbegreppet har på motsvarande sätt utvidgats till att omfatta allt fler produkter vid allt fler behov.

Hjälpmedelsverksamheten inom hälso- och sjukvården har varit och är fortfarande starkt förknippad med de funktionshinder som handikappbegreppet traditionellt varit sammankopplat med. Detta beror bland annat på att det tidigare statsbidraget till hjälpmedel noga angav vilka mottagargrupper som avsågs. Ansvaret för hjälpmedel har tidigare i princip endast omfattat sådana hjälpmedel som individen själv kan hantera och behöver för att kompensera ett bestående funktionshinder i det dagliga livets aktiviteter, vid viss vård och behandling etc.

Den förändrade synen i samhället på handikapp har dock medfört att nya behovsgrupper vill ha tillgång till hjälpmedelsverksamhetens tjänster. Den enskilde brukaren ställer i allt större utsträckning krav på att få bestämma över vilka behov som skall tillgodoses och vilka hjälpmedel som bäst uppfyller behoven. De traditionella handikapp- och hjälpmedelsbegreppen fungerar inte längre som underlag för bedömningar om vilka behov som skall tillgodoses med hjälpmedel. Gränsen för hjälpmedelsansvaret har blivit allt otydligare och svårare att upprätthålla, t.ex. gentemot det ansvar som andra delar av hälso- och sjukvården har likt mot socialtjänsten och omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda.

Rekommendationerna i den hjälpmedelsförteckning som ges ut av Handikappinstitutet bygger i stor utsträckning på det traditionella synsättet på handikapp och hjälpmedel. Flertalet huvudmän tillgodoser dock även andra behov av hjälpmedel än de som finns i den rekommenderande hjälpmedelsförteckningen. Dels för man på den lokala förteckningen in produkter och behovsgrupper som inte har rekommenderats av institutet, dels förekommer det att behov av hjälpmedel och förbrukningsartiklar tillgodoses vid kliniker, vårdcentraler och andra vårdenheter utan att den särskilda hjälpmedelsverksamheten alls är inblandad. Denna "oreglerade" hjälpmedelsverksamhet är mycket olika utformad över landet och det varierar mellan huvudmännen vilka produkter som lämnas ut till brukaren och vilka denne får köpa själv.

Det finns olika uppfattningar om huruvida sådana hjälpmedel som

används inom hemsjukvård och annan vård och omsorg i hemmet är den vårdades personliga hjälpmedel och omfattas av hjälpmedelsverksamhetens ansvar, eller om de utgör vårdarens arbetsredskap och därmed eventuellt skall tillhandahållas och/eller finansieras av någon annan enhet eller huvudman. Sådana diskussioner medför ofta osäkerhet och andra problem för den enskilde brukaren.

13.6 Den centrala hjälpmedelsförteckningens effekter

I Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning anges de hjälpmedel som rekommenderas för personer med funktionshinder och de befattningshavare som rekommenderas få ordinationsrätt. Även vissa rekommendationer ges om hur utprovning, träning och uppföljning bör gå till.

Det är angeläget att den personal som bedömer behov av och utprovar hjälpmedel har adekvat kompetens för sin uppgift. Vår uppfattning är dock att centrala rekommendationer om ordinationsrätt inte kan garantera att berörda personalgrupper har önskvärda kvalifikationer. Rekommendationerna om ordinationsrätt uppfattas dessutom ofta felaktigt av berörd personal hos huvudmännen som om Handikappinstitutet har givit vissa yrkeskategorier rätt att förskriva hjälpmedel på samma sätt som läkare har rätt att förskriva läkemedel.

Eftersom verksamhets- och kostnadsansvaret för hjälpmedel åvilar resp. hälso- och sjukvårdshuvudman förefaller det inte heller mot denna bakgrund motiverat att ha centrala rekommendationer om ordinationsrätt.

Den rekommenderande förteckningen följs i allt väsentligt av huvudmännen och den medverkar därmed i hög grad till att nya hjälpmedel får genomslag över hela landet.

Därmed får hjälpmedelsförteckningen en styrande funktion och spelar en viktig roll för att föra ut kunskap om bra och säkra produkter över landet. På detta sätt skapas även likartade förutsättningar för personer med funktionshinder i olika delar av landet att få tillgång till hjälpmedel.

Företagens intresse av att låta sina produkter genomgå provning och utvärdering vid Handikappinstitutet är stort eftersom rekommendationerna om hjälpmedel har sådan genomslagskraft. Detta påverkar i hög grad på ett positivt sätt kvaliteten på de hjälpmedel som finns på den svenska marknaden.

Hjälpmedelsförteckningens pris- och sortimentsöversikter över provade och godkända produkter utgör tillsammans med SUB:s upphandlingsavtal ett viktigt underlag för huvudmännens sortimentsurval och upphandling.

En annan effekt av förteckningens status är dock att hjälpmedel som inte finns i den rekommenderande förteckningen har svårt att få genomslagskraft, även om de kan ha stor betydelse för personer med funktionshinder. Den centrala förteckningen bromsar därmed i viss mån utvecklingen på hjälpmedelsområdet genom att huvudmännen ofta avvaktar beslut om centrala rekommendationer innan lokala beslut tas om hur

tillhandahållandet skall ske. Det händer därför inte alltför sällan att behov av sådana hjälpmedel får stå tillbaka.

Det finns inte heller någon samlad information att tillgå om hjälpmedel som inte finns upptagna på förteckningen. När hjälpmedelsförteckningens produkter inte räcker till för att tillgodose ett hjälpmedelsbehov kan det därför vara svårt för huvudmännen att se andra lösningar än dem som anges i hjälpmedelsförteckningen.

Samtidigt som det finns fördelar med en central rekommenderande hjälpmedelsförteckning kan således, såsom beskrivits, flera nackdelar urskiljas med systemet.

13.7 Väntetider på hjälpmedel, reparationer och service

Trots att hjälpmedelsverksamheten har effektiviserats och tillförts ökade resurser under de senaste tio åren har detta inte varit tillräckligt för att tillgodose den ökade efterfrågan.

Utvecklingen mot ökad vård och omsorg i hemmet har framförallt påverkat *hjälpmedelscentralerna*, den *tekniska servicen* och utprovningseenheterna i *primärvården*. Den ökade efterfrågan har orsakat väntetider, köer och ett ökat behov av personalutbildning och övrig kompetensutveckling.

På grund av att resurserna blir hårt ansträngda får ofta sådant som uppföljning, utbyte av hjälpmedel, komplicerade och tidskrävande utprovningar som inte är brådskande, liksom behov av anpassade eller specialtillverkade produkter stå tillbaka för behov som med kort varsel måste lösas.

Inom alla delar av hjälpmedelsverksamheten förekommer det ibland att man får vänta på att få ett hjälpmedel eller att få hjälpmedel reparerade. Hur länge man får vänta beror på en mängd olika faktorer såsom personalsituationen, hur många som står i kö, vilket hjälpmedel det handlar om, om anpassning behövs, hur akut behovet är etc. Även sådant som långa leveranstider för produkter och reservdelar från företagen innebär väntetider.

I vår enkät till de lokala handikapporganisationerna framstår de långa väntetiderna som ett stort problem. I den brukarstudie som handikapprörelsen genomfört framkom att tillfrågade brukare ansåg att väntetiden för reparationer i de flesta fall var rimlig medan väntetiden för att få ett hjälpmedel ofta ansågs vara för lång.

Vi anser att de långa väntetiderna för att få hjälpmedel utprovade eller reparerade är klart otillfredsställande. Om inte åtgärder vidtas kommer situationen att bli ännu svårare eftersom efterfrågan på hjälpmedel inom de flesta områden med stor sannolikhet kommer att öka under de närmaste åren.

De längsta väntetiderna har vi funnit inom *hörselvården*, där väntetiden till hörcentralen i vissa fall kan vara över två år.

Enligt vår kartläggning står för närvarande (1988) ca 20 000 personer i kö för att få hörselhjälpmedel. Vid ca en tredjedel av landets öron-/au-

diologkliniker får man vänta mellan sju månader och ett och ett halvt år på undersökning. Ca 15 procent av hörcentralerna har väntetider över ett år till utprovning av hjälpmedel. Sammanlagt kan en person därmed få vänta upp till två och ett halvt år på att få hörseln testad och hörselhjälpmedel utprovade.

En majoritet av de lokala handikapporganisationerna anser att väntetiden för utprovning av hörselhjälpmedel är för lång.

Den medicinska och tekniska utvecklingen inom hörselområdet liksom den utvidgade definitionen av hörselskada har medfört att nya behovsgrupper utöver de traditionella ställer krav på hörselvårdens insatser. Bl.a. tas resurser i anspråk för undersökningar i samband med ersättningsärenden vid arbetsskada. Följden har blivit att antalet remisser till öron/audiologkliniker och hörcentraler ökar och att väntetiden förlängs för undersökning och utprovning av hjälpmedel.

Bristen på personal i relation till den stora och ökande efterfrågan är det främsta problemet. Verksamheten är sårbar. Om vakanser uppstår bland personalen ger detta omedelbart effekter i ökade väntetider m.m. Det är framför allt hörselvårdsassistenter som saknas. Arbetsrutinerna inom hörselvården framstår även som onödigt komplicerade på vissa håll framför allt beträffande sådana behov som enkelt kan åtgärdas. Även där personalbristen inte är särskilt markant, kan väntetiden ändå bli lång på grund av att den hörselskadade personen måste stå på väntelistan i två omgångar, först till öronkliniken och därefter till hörcentralen.

Antalet synskadade personer som behöver *syncentralernas* tjänster ökar i takt med att antalet äldre ökar. Syncentralernas verksamhet har under den senaste tioårsperioden förbättrats genom kontinuerlig utökning av resurserna. Utökningarna har kommit alla behovsgrupper till del, men framför allt de med grava synskador. Även här finns dock köer och långa väntetider på grund av att det saknas personal. Mer än hälften av de lokala handikapporganisationerna anser att väntetiden till utprovning av synhjälpmedel är för lång.

Även denna verksamhet är mycket sårbar. Personalstyrkan består hos varje syncentral av endast några få personer. All bortavaro hos personalen slår mycket hårt och orsakar störningar i verksamheten. Tjänster står ibland obesatta långa tider på grund av rekryteringsproblem. Det är framför allt svårt att rekrytera synpedagoger och anpassningslärare beroende på att dessa yrkesgrupper är små. Även optiker kan vara svåra att rekrytera.

Ca 60 procent av de lokala handikapporganisationerna anser att väntetiden till utprovning av *ortopedtekniska hjälpmedel* är för lång.

Nya behandlingsmetoder och användargrupper har tillkommit inom den ortopedtekniska verksamheten. Efterfrågan på ortopedtekniska hjälpmedel har därför ökat. Behandling med ortos i stället för gips har blivit allt vanligare vid frakturer och efter operationer. Ortos används även numera för behandling av andra akuta tillstånd t.ex. ryggskott och andra ryggbesvär. Behandling av fotsår och andra fotskador vid vissa

sjukdomar sker allt oftare med hjälp av specialtillverkade skor. Nya produkter och material har även utvecklats som passar dessa nya gruppers behov. De traditionella användargruppernas antal är dock relativt stationärt och förväntas inte heller öka i nämnvärd omfattning.

För små barn kan det bli problem med ortopedtekniska hjälpmedel eftersom barnen fortlöpande behöver nya, större hjälpmedel. Ett litet barns behov är alltid akut, eftersom brist på hjälpmedel allvarligt kan försämra barnets utvecklingsmöjligheter. Barns behov av ortopedtekniska åtgärder bör därför, såsom i regel sker, prioriteras mycket högt vid kösituationer.

Tolk tjänsten har sedan tillkomsten byggts ut kraftigt och fortsätter att utvecklas. Tolk tjänsten har trots utbyggnaden problem med att möta den stora och ökande efterfrågan. Av de lokala handikapporganisationerna anser närmare hälften att det är problem att få tolk.

Tolk tjänstens brukargrupper, döva och dövblinda, är relativt fåtaliga och är inte jämnt fördelade över landet. Efterfrågan på tolk tjänst kan bland annat på grund av detta variera kraftigt, vilket i viss mån försvårar planeringen av verksamheten. Det finns även en del problem med kostnadsfördelningen när tolk tjänsten utför tolkuppdrag som skall betalas av andra. Gränsdragningen kan ibland vara svår.

Svårighetsgraden på tolkuppdragen blir allt högre och detta medför ofta behov av två tolkar. Den senaste tiden har det dessutom kommit signaler om att tolkarnas ensidiga arbetsställning kan ge upphov till arbetsskador, vilket ytterligare kan komma att förvärra den redan existerande tolkbristen.

Tolkning för vuxendöva och talskadade är områden som är otillräckligt utvecklade. Behovet av sådan tolkning kommer därför med stor sannolikhet att i ökad omfattning göra sig gällande efter hand som tillgången på sådana tolkar ökar.

13.8 Ansvaret för tillgången till vissa hjälpmedel m.m.

Strukturomvandlingen inom vård- och omsorg har förändrat behovsbilden för hjälpmedel. Hjälpmedel efterfrågas t.ex. allt mer av stora grupper äldre, vilkas behov i första hand uppmärksammas i samband med socialtjänstens insatser. Dessa grupper har dock ibland svårt att få sina behov tillgodosedda genom nuvarande organisation för hjälpmedel. Sannolikt finns det stora grupper med åldersbetingade funktionshinder som inte får kännedom om de olika *hjälpmedel* som finns *för det dagliga livets behov*. För dessa grupper behövs information och möjlighet att enkelt skaffa sig sådana hjälpmedel.

Flertalet huvudmän har från sina lokala förteckningar strukit en del hjälpmedel som rekommenderas av Handikappinstitutet. De strukna hjälpmedlen återfinns i stort sett inom det område som kan betecknas som *vanliga konsumentartiklar*. Flertalet huvudmän lämnar inte längre ut hushållsmaskiner och vissa hushållsredskap som hjälpmedel. Däremot görs fortfarande anpassningar på sådana produkter. Andra artiklar som

strukits är vissa telefoneringshjälpmedel som försäljs av televerket liksom vissa enkla ADL-produkter i övrigt.

Hälsö- och sjukvården tillgodoser i stort sett endast behov av sådana hjälpmedel som är uppförda på den lokala förteckningen över kostnadsfria hjälpmedel. Det kan därför vara problem för brukarna att på ett enkelt sätt få tillgång till hjälpmedel som inte finns med på förteckningen. Genom specialbeslut av förtroendemannaorgan eller ansvarig verksamhetschef beviljas dock en del sådana hjälpmedel. Dessa beslut gäller oftast dyra och komplicerade produkter, mera sällan enkla, billigare artiklar.

Att vissa artiklar inte finns bland de hjälpmedel som huvudmännen tillhandahåller är dock inte främst ett ekonomiskt problem för den som behöver hjälpmedlet i fråga. Det stora problemet är enligt utredningens mening att dessa artiklar normalt sett inte går att få tag på utanför hälso- och sjukvårdens hjälpmedelsverksamhet. Några huvudmän har i samband med beslutet om att stryka hjälpmedel, kommit överens med t.ex. de lokala apoteken att tillhandahålla dem, men i större delen av landet är detta fortfarande ett olöst problem.

Efterfrågan på *dubbelutrustningar* av hjälpmedel förekommer, t.ex. för att ha i fritidshuset, för att slippa flytta tunga hjälpmedel mellan olika våningar eller mellan olika platser såsom hemmet och skolan etc. I Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning ges rekommendationer om att barns behov av dubbla uppsättningar hjälpmedel i vissa sammanhang bör tillgodoses. En liknande rekommendation finns även beträffande utvecklingsstörda. Dessa rekommendationer följs i allmänhet. Beträffande övriga vuxnas behov av duppletthjälpmedel ges inte någon generell rekommendation. Däremot rekommenderas att brukaren av vissa hjälpmedel, såsom ögon- och bröstproteser, kan behöva dubbel uppsättning, något som denne också oftast får.

Även enligt rekommendationen för ortopediska skor kan fler än ett par per år vanligtvis förskrivas. I övrigt synes behov av flera uppsättningar hjälpmedel bedömas helt beroende på den individuella situationen. Personer som inte ens tillfälligt kan klara sig utan sitt hjälpmedel, får i allmänhet hjälpmedel att ha i reserv. Duppletthjälpmedel som skall användas i fritidshus eller i andra liknande sammanhang är man dock i allmänhet mera restriktiv till.

Hos en del huvudmän har vissa *hjälpmedel för träning och behandling* strukits. Det gäller då sådant som motionscyklar, hantlar, mjuka halskragar, skoinlägg etc. Vissa sådana hjälpmedel lånas dock ut vid behov. Motiveringen till dessa strykningar är dels att det vid uppföljning visat sig att användningsfrekvensen är mycket låg eller att hjälpmedlet inte har någon bevisad medicinsk effekt, dels att produkten i fråga används för sport- och hobbyändamål.

Hjälpmedel särskilt avsedda för sport- motions- och hobbyverksamhet torde få anses ligga utanför hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar för tillhandahållande av hjälpmedel, såvida hjälpmedlet inte ingår som ett led i en rehabilitering/habilitering. Sådana hjälpmedel liksom hjälp-

medel att ha i *fritidshuset* efterfrågas dock av brukarna och i en del fall tillgodoses även behoven. Flertalet huvudmän anser dock att dessa hjälpmedel, generellt sett, inte tillhör deras ansvarsområde. Man genomför dock ofta anpassningar av de hjälpmedel som brukarna själva införskaffar.

Hjälpmedel för sex och samlevnad vid funktionshinder ingår inte bland de hjälpmedel som rekommenderas i den centrala hjälpmedelsförteckningen. Däremot förekommer det i okänd omfattning att sådana hjälpmedel tillhandahålls av hälso- och sjukvårdshuvudmännen i samband med vård, behandling och rehabilitering vid olika sjukdomar och skador.

Sex- och samlevnadsproblem vid funktionshinder är ett angeläget område som hittills varit relativt litet uppmärksammat. Av Handikappinstitutets utredning om hjälpmedel i sexuallivet för män och kvinnor med funktionshinder, framgår att hälso- och sjukvårdspersonalens attityder och bristande kunskaper inom området i många fall lägger hinder i vägen för adekvata åtgärder. Institutets utredning ger dock inte något underlag för bedömning av i vilken omfattning behov av hjälpmedel i samlivet tillgodoses eller ej.

I Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning rekommenderas hälso- och sjukvårdshuvudmännen att vid behov tillhandahålla *moped* eller motsvarande belopp som *kontantbidrag till bil*. Det nya statliga bilstödet omfattar inte alla behovsgrupper. Många personer står fortfarande utanför det statliga bilbidraget och har behov av moped eller bidrag till bilköp och/eller anpassning av bil.

13.9 Huvudmannaskapsfrågor inom vissa hjälpmedelsområden

Flertalet individuellt utprovade hjälpmedel, med undantag av hjälpmedel inom arbetsmarknadssektorn, tillgodoses av hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Även inom några andra områden förekommer dock annat huvudmannaskap för individanpassade hjälpmedel.

Hjälpmedel inom den kommunala barnomsorgen — daghem, fritidshem, familjedaghem m.m. — faller under primärkommunens ansvar. Hälso- och sjukvårdens hjälpmedelsverksamhet anlitas dock vanligen som konsult för att tillhandahålla de hjälpmedel som behövs. Ibland ersätter kommunen kostnaden för hjälpmedlet, men det är inte ovanligt att hälso- och sjukvårdshuvudmannen står för finansieringen eftersom man har ansvaret för barnets övriga hjälpmedelsbehov i hemmet och i skolan. Det förekommer även att hälso- och sjukvårdshuvudmännen hyr ut hjälpmedel till barnomsorgen.

När primärkommunen i enlighet med huvudprincipen svarar för hjälpmedlen inom barnomsorgen kan det förekomma vissa samordningsproblem. När barnet övergår från förskolan till skolan händer det ibland att invanda hjälpmedel inte får tas med, utan barnet får vänta på nya från hälso- och sjukvården.

Liknande problem finns inom *folkhögskoleutbildningen* och för barn

och ungdomar vid de *statliga specialskolorna*. Varje folkhögskola får från skolöverstyrelsen bidrag till inköp av hjälpmedel till handikappade elever. Detta fungerar relativt väl, men om eleven övergår till annan utbildning kan han/hon inte ta med sig hjälpmedlet. Det finns även vissa svårigheter för folkhögskolorna att hålla sig à jour med utvecklingen inom hjälpmedelsområdet och att ordna med reparation och service. Detta kan medföra att elever med handikapp inte får sina hjälpmedelsbehov tillgodosedda på önskvärt sätt.

De statliga specialskolorna är oftast inriktade på elever med ett visst funktionshinder eller någon viss kombination. Dessa skolor får ett särskilt bidrag till individuellt utprovade hjälpmedel som eleven behöver i skolan. Detta innebär att hjälpmedlet tillhör skolan och därför ofta stannar på skolan när eleven flyttar, även i de fall eleven har fortsatt behov av hjälpmedlet i sin utbildning. Det kan även vara problem med att tillgodose behov av sådan specialanpassning som behövs när eleven har flera funktionshinder.

Texttelefoner för gravt hörselskadade, döva och talskadade liksom telefoner för dövblinda personer finansieras av staten. Personal hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen utför dock behovsbedömningen och beställer texttelefonen från televerket eller annan leverantör. Handikappinstitutet har vissa samordningsuppgifter för dövblindtelefoner och Förbundet Sveriges dövblinda anordnar utbildning för dövblinda som får sådan telefon. Texttelefoner, liksom reparationer och annan service finansieras med statsbidrag som utbetalas av socialstyrelsen till televerket. Äganderätten till texttelefonerna är dock inte reglerad.

Det finns numera på marknaden små bärbara kommunikationshjälpmedel, framför allt avsedda att användas vid talskada, som även fungerar som texttelefoner. Eftersom ansvaret för tillhandahållande av olika slags texttelefoner åvilar staten medan hälso- och sjukvården ansvarar för övriga hjälpmedel vid kommunikationshinder, uppstår gränsdragningsproblem. Detta försvårar i många fall för den enskilde brukaren att få det hjälpmedel som är bäst för honom/henne. Det särskilda förfarandet vid tillhandahållande av olika slags texttelefoner bidrar också till att göra reglerna inom området svåra att överblicka.

13.10 De kostnadsfria förbrukningsartiklarna

Sedan finansieringen av de kostnadsfria förbrukningsartiklarna överfördes till den allmänna sjukförsäkringen 1973 har det skett en mycket kraftig kostnadsutveckling. Totalt sett har kostnaderna femfaldigats, räknat i fasta priser. Sedan 1981 har den genomsnittliga årliga ökningen av kostnaderna varit ca 12 procent per år. Största kostnadsökningen har artiklarna för diabetiker stått för. Dessa har ökat med i genomsnitt ca 16 procent per år under perioden, allt räknat i fasta priser.

Tillgänglig statistik från Apoteksbolaget och riksförsäkringsverket ger ingen klarhet i orsakerna bakom kostnadsutvecklingen. Efterfrågan har

dock ökat kraftigt framför allt för inkontinensartiklarna men även för diabetesartiklar och stomiartiklar.

Det kan konstateras att gällande system för att tillhandahålla förbrukningsartiklar i likhet med motsvarande system för läkemedelsförskrivning inte innehåller några kostnadsbevakande inslag vid ordination av dessa artiklar. Kostnaden för ordinerade artiklar ersätts löpande av en annan instans, sjukförsäkringen.

För de personer som omfattas av kostnadsfriheten fungerar försörjningssystemet i huvudsak på ett tillfredsställande sätt, något som bl.a. bekräftas av den studie som handikapprörelsen genomfört. Det stora flertalet av de brukare som uppfyller villkoren för att få kostnadsfria förbrukningsartiklar och som genom en enkät tillfrågats om sin uppfattning, är positiva till systemet.

Ett stort problem är gränsdragningen mellan de grupper som får avgiftsfria förbrukningsartiklar och de som ställs helt utanför. Ett flertal grupper som nu inte omfattas av kostnadsfriheten har begärt att få sina kostnader för förbrukningsartiklar ersatta på samma sätt.

Utredningen finner det principiellt sett otillfredsställande med de stora skillnader i ekonomiska villkor som finns mellan de grupper som ingår i systemet och får alla kostnader för förbrukningsartiklar täckta, och de grupper som står utanför och inte alls får något ekonomiskt stöd för sina kostnader. I många fall är det fråga om lika angelägna behov. Ibland rör behovet dessutom sådana artiklar som utlämnas kostnadsfritt vid andra diagnoser. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen går dock i viss omfattning in och bekostar förbrukningsartiklar som inte betalas av sjukförsäkringen. Vilka förbrukningsartiklar som lämnas ut kostnadsfritt och vilka brukaren får köpa själv varierar från huvudman till huvudman.

Många av de artiklar som står utanför sjukförsäkringens avgiftsfria förbrukningsartiklar upphandlas inte av Apoteksbolaget. Apoteken tar dock hem artiklar på beställning från brukarna eller efter överenskomelse med landstinget. Det kan dock innebära väntetid och andra problem för brukaren.

13.11 Behov av personalutbildning, kompetensutveckling och samordning

Vi har i vår kartläggning konstaterat att det hos berörd personal finns ett behov av ökade kunskaper om hur funktionshinder kan kompenseras med hjälpmedel och om hur hjälpmedelsbehov kan tillgodoses. När ansvaret för hjälpmedel decentraliseras ökar behovet av kompetens hos stora personalgrupper. Behov av ökade kunskaper finns hos både hälso- och sjukvårdspersonal, personal inom omsorgerna för psykiskt utvecklingsstörda och hos socialtjänstens personal.

En stor del av de tillfrågade i handikapprörelsens brukarstudie ansåg att den personal som de kommit i kontakt med saknat tillräcklig kunskap om hur tillvaron är för personer med funktionshinder.

Vi har uppmärksammat vissa brister för *individer som permanent vår-*

das vid långvårdskliniker, vårdhem och i andra slutna vårdformer. Det förekommer att personer med ibland svåra funktionshinder inte får sina behov av individuellt utprovade hjälpmedel tillgodosedda därför att personalen inte tänker på att behovet finns. Det är också vanligt att flera personer får dela på ett hjälpmedel t.ex. rullstol eller rollator. Personalen vid olika institutioner saknar ofta tillräcklig kunskap inom detta område för att kunna bevaka att behov av hjälpmedel uppmärksammas och blir tillgodosedda.

För personer med *svåra kommunikationsproblem, utvecklingsstörning och flera funktionshinder*, liksom för personer med *stationära funktionshinder* och ett etablerat behov av hjälpmedel, saknas hos många huvudmän samordnade resurser för behovsbedömning, utprovning och uppföljning av hjälpmedel. Dessa personers behov kan ofta vara komplicerade och ha en sådan karaktär att det behövs specialistinsatser av kompetent personal. Det är nödvändigt med specialkunskaper för att kunna bedöma hjälpmedelsbehov utifrån såväl funktionshindret som sådant som utifrån sociala aspekter. Kunskap om vilka möjligheter som finns, olika produkters egenskaper och kompetens för att göra anpassningar efter individens behov är en viktig grundförutsättning. I den studie som handikapprörelsen genomfört framkommer att många tillfrågade brukare anser att den berörda personalens kompetens är för dålig och att informationen och uppföljningen av hjälpmedelsbehoven inte är tillräcklig.

Rehabiliterings-, neurolog- och reumatologkliniker, rehabiliteringsenheter vid långvårdskliniker liksom hjälpmedelscentralerna och andra hjälpmedelsenheter ombesörjer en del av de samordningsuppgifter som behövs för dessa grupper. För barn finns hos flertalet huvudmän även s.k. samordnad barnhabilitering. Några huvudmän har även utvecklat särskilda resurser för vuxenhabilitering.

Allmänt sett är dock insatserna inom här berörda områden klart otillräckliga. Det är särskilt psykiskt utvecklingsstördas behov av hjälpmedel som är dåligt tillgodosedda. I den brukarstudie som genomförts av handikapprörelsen framkommer att ca. två tredjedelar av den undersökta gruppen av utvecklingsstörda inte har fått de hjälpmedel de ansågs behöva. Huvudmännen anser själva att det saknas metoder och rutiner för att uppmärksamma behov av hjälpmedel hos utvecklingsstörda liksom för att genomföra utprovning och träning, något som även framhålles av handikapprörelsen. Även för andra personer med flera funktionshinder finns det brister. Av rapporten "Dövblinda i Sverige" utgiven av statens handikappråd år 1984 framgår t.ex. att tolv procent av alla dövblinda helt saknade hjälpmedel och att ca hälften hade hjälpmedelsbehov som inte tillgodosetts till fullo.

Genom utvecklingen av material och teknik har de *ortopedtekniska hjälpmedlen* blivit bättre, enklare att sköta och lättare att bära. Det finns dock en del problem i verksamheten. Personer med udda, komplicerade behov av ortopedtekniska åtgärder liksom personer som har behov av specialskor eller behandlingsskor kan i vissa fall ha svårt att få dessa tillgodosedda på grund av tekniska eller försörjningsmässiga svårighe-

ter. Vid mycket allvarliga rörelsehinder, ibland kombinerade med spasticitet och utvecklingsstörning kan det vara svårt att tillverka bra och fungerande hjälpmedel såsom t.ex. ortoser, skor och specialanpassade sitsar.

Kunskapen om behandlingsmetoder vid fotproblem som uppstår vid vissa sjukdomar har ännu inte fått tillräcklig spridning. Inte heller är försörjningssystemet för att tillhandahålla lämpliga skor för dessa patientgrupper fullt utvecklat.

Det är vår bedömning att det finns vissa brister i samarbetet mellan berörda kliniker och den ortopedtekniska verksamheten när det gäller uppföljning av ordinerade hjälpmedel, planering av verksamheten m.m. Detta får bl.a. till följd att nya behandlingsmetoder och tekniker inte kommer personer med funktionshinder till godo i den utsträckning som vore önskvärt.

Det sker en kontinuerlig utveckling av såväl ny teknik som nya behandlings- och rehabiliteringsmetoder där allt mer komplicerad teknik används. *Datorer och andra tekniskt avancerade produkter* har i allt större utsträckning blivit möjliga att använda som hjälpmedel vid funktionshinder t.ex. vid allvarliga rörelsehinder, synskador, talskador och vid utvecklingsstörning. För att denna utveckling av tekniskt avancerade hjälpmedel skall komma personer med funktionshinder till godo ställs stora krav på kompetensutveckling hos den personal som skall svara för behovsbedömning, träning, anpassning och uppföljning.

Några huvudmän löser för närvarande detta problem genom samordnat utnyttjande av de tekniska resurser som finns vid dataavdelningar, medicintekniska avdelningar och vid hjälpmedelscentralerna liksom genom köp av externa tjänster. På några håll ses dock den avancerade tekniska utvecklingen som ett stort problem. Man har svårt att se hur resurserna skall räcka och hur kompetensen skall kunna utvecklas.

13.12 Den enskildes kostnader för hjälpmedel och hjälpmedelsutprovning

Huvudmännen lämnar i princip ut hjälpmedel kostnadsfritt till den enskilde. Vanligen tas inte ut avgifter för utprovning av och träning med hjälpmedel, såvida inte utprovningen ingår i ett besök hos t.ex. läkare. I de fall huvudmännen tar ut besöksavgift i samband med hjälpmedelsutprovning överstiger dessa dock inte normaltaxan och ingår efter vad vi erfarit vanligen i beräkningen av högstkostnadsskyddet.

Vad vi har kunnat konstatera så är inte avgifter för hjälpmedel något nämnvärt problem. De huvudmän som infört avgifter har lagt dessa på något eller några enstaka hjälpmedel. De avgifter som förekommer är genomgående relativt låga och torde inte medföra några svårigheter för brukaren att få tillgång till de hjälpmedel han/hon behöver. Avsikten med införandet av avgift har även i ett par fall varit att begränsa förskrivning av behandlingshjälpmedel som saknar dokumenterad medicinsk effekt, t.ex. mjuka korsetter och halskragar.

Utredningens uppfattning är att de avgifter som för närvarande finns

inom hjälpmedelsverksamheten förefaller vara av marginell betydelse. Exempel på hjälpmedel som belagts med avgift hos en del huvudmän är vissa mjuka ortoser, skoinlägg o.d. Avgift kan även förekomma när en hörapparat tappats bort eller vid korttidslån av hjälpmedel. Enligt vår bedömning kan flertalet av dessa avgifter inte leda till några ekonomiska svårigheter för brukarna eller medföra att brukaren av ekonomiska skäl avstår från ett nödvändigt hjälpmedel. Utformningen av vissa avgifter kan dock ifrågasättas, t.ex. sådana avgifter som tas ut vid korttidsutlåning och inte återbetalas när hjälpmedlet återlämnas.

14 Överväganden och förslag

14.1 Inledning

De överväganden och förslag som presenteras i detta kapitel grundas på den kartläggning som tidigare redovisats och de bedömningar om nuvarande hjälpmedelsverksamhet som framgår av kapitel 13. Utredningens ställningstagande utgår också från de direktiv som ligger till grund för utredningsarbetet. Sålunda begränsas förslagen till sådana förändringar av verksamheten som ligger inom ramen för gällande regler och förutsättningar eller som ryms inom ramen för den totala kostnadsutveckling för samhället som följer av rådande förhållanden.

14.2 Huvudmannaskapet för hjälpmedelsverksamheten

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är det övergripande målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I hälso- och sjukvården ingår åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hit hör också funktionsförbättrande och funktionsuppehållande behandlingar för handikappade. Det är till detta verksamhetsområde som uppgiften att tillhandahålla hjälpmedel har knutits.

Enligt socialtjänstlagen (1980:620) skall kommunernas socialnämnder verka för att människor, som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring, får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. I detta sammanhang skall socialnämnden medverka till att den enskilde får meningsfull sysselsättning och att han får bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov av särskilt stöd.

I lagen (1985:568) om särskilda omsorger för psykiskt utvecklingsstörda anges de särskilda omsorger som psykiskt utvecklingsstörda har rätt till utöver den rätt till hälso- och sjukvård och socialtjänst som tillkommer alla medborgare.

I utredningsdirektiven anges att huvudansvaret för att tillhandahålla hjälpmedel även fortsättningsvis skall åvila hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Vi utgår också i våra överväganden från detta ansvarsförhållande.

Om huvudmannaskapet för äldres vård och omsorg liksom vård och

omsorg om långvarigt sjuka och handikappade förändras, bör frågan om motsvarande förändring av ansvaret för att tillgodose hjälpmedelsbehov tas upp till prövning. Flertalet av hjälpmedelsbrukarna är personer över 65 år. Den grundläggande principen om en helhetssyn på individens situation talar för att den som har ansvaret för individens vård, omsorg och service även skall svara för att behovet av hjälpmedel tillgodoses. Det finns därför starka skäl för att överväga att lägga ett uttalat och konkret ansvar på primärkommunen att uppmärksamma och tillgodose behov av framförallt bostadsanknutna hjälpmedel och övriga hjälpmedel för det dagliga livets behov. Bl.a. skulle detta underlätta samordningen med bostadsanpassningsverksamheten och med hemtjänsten. Vi anser därför att utformningen av och ansvaret för tillhandahållandet av hjälpmedel bör prövas på nytt i den fortsatta beredningen av äldredelegationens förslag i fråga om ansvaret för vård och service för äldre och handikappade.

Enligt utredningens mening bör verksamheten med att tillhandahålla hjälpmedel ske i nära samverkan med övriga samhällsinsatser för resp. behovsgrupp. Hjälpmedelsbehovet är oftast endast en del, men en betydelsefull sådan, i behovet av samhällsinsatser och måste därför alltid finnas med i bedömningen av individens situation.

Tillgång till hjälpmedel kan vara en förutsättning för individen att leva ett självständigt liv. Hjälpmedel kan också vara en viktig del i vård, behandling, rehabilitering och habilitering. Hjälpmedel som är omsorgsfullt utprovade och fungerar väl innebär framförallt ökad livskvalitet för en person med funktionshinder. Brist på hjälpmedel liksom dålig funktion hos dem medför dock inte enbart sämre livskvalitet för den enskilde, utan kan även öka samhällets kostnader genom att behovet av andra vård- och serviceinsatser då i stället ökar. Således kan kostnaden för hjälpmedel, förutom den positiva effekt som kan ses i individens livssituation, även medföra besparingar för samhället genom att insatser inom andra områden inte behöver sättas in.

14.3 Definitions- och gränsdragningsfrågor

Det vidgade och relativa *handikappbegreppet* har haft stor betydelse för att skapa kunskap om de negativa effekter som en dåligt anpassad samhällsmiljö har för personer med funktionshinder. Det fungerar dock mindre väl som grund för att avgränsa de hjälpmedelsbehov som skall tillgodoses genom samhällets försorg.

Varken sjukdomsdiagnos, skada eller den förväntade varaktigheten av ett funktionshinder kan enligt vår uppfattning vara grund för att bedöma om ett hjälpmedelsbehov skall tillgodoses eller inte. Om en sjukdom, skada eller ett funktionshinder medför behov av hjälpmedel för behandling och/eller rehabilitering eller för att bidra till ett så normalt liv som möjligt, bör dessa behov tillgodoses i enlighet med huvudmannens ansvar för att tillhandahålla hjälpmedel.

Vi har konstaterat att *hjälpmedelsbegreppet* omfattar ett stort antal produkter av mycket olika karaktär. En och samma produkt kan användas

vid olika funktionshinder och i olika behovssituationer. Det är därför enligt vår uppfattning inte särskilt meningsfullt att genom uppräknig av produkter eller produktgrupper definiera hjälpmedelsområdet. Det bör i stället vara de behov som sjukdomen, skadan eller funktionshindret medför som avgör vad som är att betrakta som ett hjälpmedel, tillsammans med det syfte man har med produkten i fråga.

14.4 Omfattningen av hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar för tillhandahållande av hjälpmedel

Hälso- och sjukvården har i dag ansvar för att tillhandahålla hjälpmedel. Detta innebär att hälso- och sjukvårdslagen, lagen (1980:11, ändrad senast 1981:1346) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl., liksom övriga lagar och föreskrifter för detta område i tillämpliga delar gäller även för huvudmännens verksamhet med hjälpmedel.

Hjälpmedelsbehov som omfattas

I hälso- och sjukvårdshuvudmannens ansvar ingår enligt utredningens mening att sörja för att individer med sjukdom, skada och funktionshinder får sådana individuellt utprovade hjälpmedel som erfordras vid medicinsk vård och behandling, i rehabilitering och habilitering och i det dagliga livets aktivitet och som inte tillgodoses i annan ordning.

Enligt utredningens mening bör ansvaret för *hjälpmedel vid vård och behandling* anses omfatta även en del medicintekniska produkter. Vi avser då sådana produkter som är avsedda för egen vård och behandling vid sjukdom och skada, t.ex. insulinpumpar, ventilatorer, stimulatorer etc. I ansvaret ingår även sådana produkter som behövs för att kompensera förlust av en kroppsdel eller en kroppsfunktion vid sjukdom och skada eller som behövs efter en medicinsk behandlingsinsats. Exempel på sådana produkter är ortoser till stöd för en försvagad kroppsdel, proteser efter amputation, peruker efter cellgiftsbehandling etc.

De hjälpmedel som ingår i ansvaret vid *rehabilitering och habilitering* är oftast en kombination av produkter som syftar till att återställa eller förbättra skadade funktioner, kompensera funktionsbortfall och behandla sjukdom eller skada och sådana artiklar som underlättar i det dagliga livet över huvud taget. Någon gräns för vilka hjälpmedel som ingår i detta ansvar går därför enligt utredningens mening inte att dra varken gentemot hjälpmedel i vård och behandling eller för det dagliga livet.

Enligt vår uppfattning bör ansvaret för *hjälpmedel i det dagliga livet* anses omfatta individuellt utprovade hjälpmedel som behövs för att individen själv eller med hjälp av annan skall kunna

- tillgodose basala personliga behov t.ex. klä sig, äta, sköta sin hygien m.m.
- förflytta sig

- kommunicera med sin omvärld
- fungera i sitt hem och närmiljö
- orientera sig
- sköta hemmets sysslor
- gå i skolan
- få en normal utveckling
- ha en normal fritid.

Hjälpmedel för det dagliga livet underlättar eller är en förutsättning för individen att delta i ett normalt socialt liv och ökar möjligheterna för en person med funktionshinder att kunna leva självständigt och på lika villkor som andra. Sådana hjälpmedel kan ibland vara ett komplement till hjälpmedel för vård och behandling och rehabilitering/habilitering. Även personer med funktionshinder som inte har behov av medicinska insatser kan ha omfattande behov av hjälpmedel för sitt dagliga liv. Detta gäller vid vissa syn- och hörselskador m.fl.

På vissa punkter råder dock oklarhet om hur långt hälso- och sjukvårdshuvudmannens ansvar för tillhandahållande av hjälpmedel sträcker sig.

Den allmänna utvecklingen av boendestandarden har medfört att sådana *hushållsapparater* som tidigare räknats som extrautrustning allt mer kommit att betraktas som normal standard i ett hem. En effekt av denna utveckling är att sådana artiklar strukits från hjälpmedelssortimentet.

Det är också enligt vår mening rimligt att den enskilde står för inköp av sådana konsumentvaror som kan anses ingå i en normal hemutrustning. När särskilda omständigheter föreligger och vård-, behandlings-, rehabiliterings- och habiliteringsinsatser förutsätter att det finns viss utrustning i bostaden, bör dock bedömningen av vilka produkter som skall anses vara hjälpmedel vara flexibel. I dessa fall är det även väsentligt att samverkan sker med kommunernas bostadsanpassningsverksamhet för samordning av olika insatser. Erforderlig anpassning bör även kunna göras på brukarens egen utrustning.

Ansaret för tillhandahållandet diskuteras ibland när det gäller sådana individuellt utprovade hjälpmedel som en person med *psykisk utvecklingsstörning* behöver i sin stödfamilj eller på dagcenter. Ibland är ansvaret oklart även beträffande sådana individuellt utprovade hjälpmedel som ett barn behöver för att kunna leka och i övrigt utvecklas normalt, t.ex. sådana hjälpmedel som gränsar mot vanliga leksaker. Det förs även diskussion om ansvaret för hjälpmedel som behövs vid fritidsaktiviteter.

Enligt vår uppfattning ingår i ansvaret för hjälpmedel i det dagliga livet, sådana hjälpmedel som behövs för att ett barn med funktionshinder skall kunna utvecklas så normalt som möjligt i förhållande till sin ålder. Ett barn med funktionshinder behöver hjälpmedel som möjliggör förflyttning när det normalt skulle ha lärt sig krypa och gå, hjälpmedel som ger hörsel- och känselintryck när barnet är synskadat etc. Liknande behov har även vissa vuxna utvecklingsstörda, i många fall under hela livet. Utvecklingsstörda bör även få sådana individuellt utprovade hjälpmedel som de behöver för att kunna få del av de särskilda omsorgerna t.ex. kunna vistas i sin stödfamilj eller på dagcenter.

Enligt utredningens mening omfattar ansvaret att tillhandahålla hjälpmedel även sådana individuellt utprovade hjälpmedel som behövs för att en person med funktionshinder skall kunna ha en *normal fritid*. Med normal fritid bör då avses sådana vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet och i närmiljön. Vi menar således inte att alla tänkbara fritidssysselsättningar undantagslöst skall ingå i hälso- och sjukvårdshuvudmannens ansvar.

Hjälpmedel för *motions-, sport- och hobbyverksamhet* ingår enligt vår uppfattning således inte generellt i det ansvar för hjälpmedel som åvilar hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Ett specialintresse kan dock för en person med funktionshinder innebära att fritiden blir meningsfull. Det kan därför finnas skäl för huvudmännen att, såsom idag sker, i vissa fall vara generösa i sin bedömning av vad som är normal fritid.

I detta sammanhang vill vi även framhålla vikten av att de *medicintekniska behandlingshjälpmedel*, som ingår i eller möjliggör ett vård- eller behandlingsprogram, tillhandahålls genom huvudmannens försorg, liksom sådana *tränings- och behandlingsredskap* som ingår i en medicinsk behandling eller rehabilitering/habilitering. Hjälpmedel för träning och behandling kan tillhandahållas t.ex. genom utlåning, anvisning av träningslokal eller att brukaren får information om var hjälpmedlet finns att tillgå. Det är även viktigt att instruktion och träning ges så att hjälpmedlen kommer till avsedd nytta.

Behovet av *dubbel hjälpmedelsutrustning* skiftar från individ till individ och beror även på hur lätt eller svårt hjälpmedlet är att ta med sig, hur fort det slits ut etc. Det är därför inte motiverat att utgå från att hjälpmedel generellt skall lämnas ut i flera exemplar.

Målet med förskrivning av hjälpmedel är dock att en person med funktionshinder skall ges möjligheter att leva ett normalt liv efter sina förutsättningar. Om en person inte kan vara utan ett hjälpmedel eller ett viktigt hjälpmedel ofta går sönder och väntetiden på reparation är lång bör dubbel uppsättning av hjälpmedel vara motiverat. Detsamma gäller när stora skrymmande hjälpmedel ger svårigheter vid transport mellan hemmet och skolan/arbetsplatsen.

För att ge förutsättningar för barn med funktionshinder att utvecklas optimalt kan behövas flera uppsättningar hjälpmedel. Även personer i vuxen ålder med svåra funktionshinder kan behöva dubbla hjälpmedel t.ex. i sin gruppbostad och i föräldrahemmet. Det är vår uppfattning att huvudmännens bedömning av sådana behov bör vara generös.

Hjälpmedel för *sex- och samlevnad* vid olika funktionshinder ingår inte bland de hjälpmedel som rekommenderas i den centrala hjälpmedelsförteckningen.

Det behövs ökad kunskap om behoven av hjälpmedel inom detta område och det är därför viktigt med fortsatta forsknings- och utbildningsinsatser. Berörda personalkategorier behöver även få ökad kunskap om och förståelse för de problem och möjligheter i sex- och samlevnadsfrågor som kan finnas för personer med funktionshinder.

Ett nytt statligt bilstöd till personer med förflyttningssvårigheter träd-

de i kraft den 1 oktober 1988. Det är angeläget att de grupper som står utanför det statliga bilstödet fortfarande ges möjlighet att hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen få tillgång till *moped*, kontantbidrag till bilinköp och/eller anpassning av bil.

I hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar för hjälpmedel ingår att utbetala bidrag till *glasögon för barn och undomar* från 8 t.om. 18 års ålder. Bidraget är enligt rekommendation från Handikappinstitutet 300 kr. vartannat år. Det utbetalades under år 1987 ca 130 000 bidrag till en kostnad av omkring 40 milj. kr. Storleken på bidraget har under ca tio års tid varit oförändrat och täcker numera endast en mindre del av kostnaden för ett par glasögon. Dessutom har tolv huvudmän infört regler som innebär förändringar jämfört med rekommendationen.

Vi har konstaterat att glasögonbidragets realvärde har minskat. I de familjer där flera barn har behov av glasögon kan kostnaderna för dessa bli betungande. Mot denna bakgrund vore det motiverat att se över bidraget i syfte att det skall täcka en större andel än för närvarande av den verkliga kostnaden för glasögon för de grupper som har behov av ekonomiskt stöd för inköp av glasögon. Vi har dock inte funnit några möjligheter att inom ramen för våra direktiv föreslå någon förändring av glasögonbidraget.

Med anledning av en skrivelse från Landsorganisationen i Sverige vill utredningen även avvisa tanken på ett allmänt samhällsstöd för glasögon till vuxna personer. Med hänsyn till den stora volym som ett sådant stöd skulle få skulle det inte vara en riktig prioritering av de samhällsresurser som finns tillgängliga för stöd till personer med funktionshinder.

Verksamhetens utformning m.m.

Hälso- och sjukvården är ensam om att tillhandahålla vissa typer av hjälpmedel. För andra områden som t.ex. hjälpmedel på arbetsplatsen har länsarbetsnämnden ett ansvar. Vissa hjälpmedel finns också att köpa i handeln. Kommunerna har ansvar för anpassningsåtgärder i bostaden. En stor del av hjälpmedelsanvändarna, framför allt de äldre, får hjälp av kommunens hemtjänst. Samverkan mellan de samhällsorgan som berörs av hjälpmedelsfrågorna är mot denna bakgrund viktig.

Verksamheten med hjälpmedel skall uppfylla de krav på god kvalitet och trygghet för den enskilde som följer av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Verksamheten bör organiseras så att en god kontinuitet i kontakten mellan brukare och personal kan upprätthållas och en god säkerhet kan uppnås. Den personal som ges ansvar för behovsbedömning, utprovning och uppföljning liksom för teknisk service och materialhantering bör ha god kompetens för sin uppgift. Verksamheten bör ha en sådan utformning och kapacitet att väntetider minimeras.

En god tillgänglighet befrämjas genom information till brukarna liksom till allmänheten om de hjälpmedel som finns att tillgå, vart man vänder sig vid behov av olika hjälpmedel, genom generösa besöks- och telefontider etc.

14.5 Den enskildes rätt till hjälpmedel

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har huvudmannen skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor, men den enskilde har inte någon lagfäst rätt att få en viss behandling eller åtgärd t.ex. hjälpmedel. Bedömning av hjälpmedelsbehov görs inom ramen för tillgängliga resurser.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen reglerar huvudmannens och personalens ansvar samt patientens rätt till information. Någon rätt att överklaga avslag på framställning om hjälpmedel finns inte. Från handikapporganisationerna framhålls att avsaknaden av överprövningsmöjligheter inom detta område är till stor nackdel för brukarnas inflytande över den egna situationen.

Utredningen har bl.a. på grund av detta övervägt att föreslå en lagreglering av den enskildes rätt till hjälpmedel, antingen som en utvidgning av hälso- och sjukvårdslagen eller i en speciallag. Rent principiellt föreligger dock svårigheter att särskilja rätten till hjälpmedel från rätten till andra insatser såsom t.ex. operationer eller annan avancerad medicinsk behandling. Bilden kompliceras ytterligare av de huvudmannaskapsförändringar som nu diskuteras för vård- och omsorgsområdet och som har betydelse för hjälpmedelsområdet. Detta kan komma att förändra såväl behovet av som möjligheterna att lagreglera rätten till hjälpmedel.

Den under hösten 1988 tillsatta handikapputredningen har i uppdrag att dels kartlägga och analysera de insatser som görs inom socialtjänsten samt habiliteringen och rehabiliteringen för personer med omfattande funktionshinder, dels vid behov lämna förslag som kan leda till att dessa grupper tillförsäkras ett väl fungerande stöd.

Vi anser att frågan om eventuell lagreglering av den enskildes rätt till hjälpmedel m.m. får övervägas vidare i samband med dessa fortsatta utredningar.

Grundläggande för bedömningen av hjälpmedelsbehov är den enskildes egen uppfattning om sitt behov och de hjälpmedel detta kräver. Samtidigt måste huvudmannen bedöma hjälpmedelsbehovet och sätta detta i relation till lämpliga hjälpmedel och andra alternativa lösningar.

Behovsbedömning, utprovning och träning skall genomföras i samråd med brukaren som då skall informeras om de hjälpmedel och andra alternativa lösningar som huvudmannen ställer till förfogande. Informationen skall ges på ett för brukaren begripligt sätt. Den personal som genomför behovsbedömning, utprovning och uppföljning har ansvar för att de beslut om hjälpmedel som fattas sker i samråd med individen och andra berörda.

Behov av hjälpmedel är något som ständigt förändras, både utifrån individens och samhällets perspektiv. Det kommer kontinuerligt ut nya produkter på marknaden som kan innebära ibland avsevärda förbättringar för personer med funktionshinder. Det är därför angeläget att bedömning av hjälpmedelsbehov sker på ett flexibelt sätt.

Enligt vår mening bör hälso- och sjukvårdshuvudmannen ange tydliga

mål och riktlinjer för sin verksamhet med tillhandahållande av hjälpmedel. Information om dessa riktlinjer bör ges både till berörd personal och till allmänheten. Vi utgår från att huvudmännen utformar sina riktlinjer utifrån de principer som fastslagits av statsmakterna i bl.a. det handlingsprogram i handikappfrågor som år 1983 lades fram för riksdagen av regeringen i en skrivelse (1982/83:131). Även annat underlag såsom allmänna råd, rekommendationer och annan relevant information från socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Handikappinstitutet och andra organ inom området bör beaktas.

Avslag på önskemål om hjälpmedel bör motiveras från personalens sida. Det finns även anledning att i detta sammanhang påpeka att enligt en under 1988 genomförd ändring i kommunallagen så skall alla nämnder verka för att samråd sker med dem som utnyttjar deras tjänster.

En nämnd kan även delegera beslutanderätt till en tjänsteman med villkor att berörda brukare bereds tillfälle att framställa förslag eller att yttra sig innan beslutet fattas. Nämnden kan också föreskriva att den delegerade beslutanderätten endast får utövas om företrädare för brukarna har tillstyrkt det beslut som tjänstemannen avser att fatta. Uppfylls inte villkoren går beslutanderätten tillbaka till nämnden. Någon erfarenhet av vad denna förändring i kommunallagen har för betydelse för verksamheten med hjälpmedel finns dock inte ännu.

Det bör vidare framhållas att det enligt lag (1980:12) skall finnas förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården som har till uppgift att främja kontakterna mellan den enskilde och hälso- och sjukvårdspersonalen samt att förmedla den hjälp som förhållandena påkallar. Dessa förtroendemannaorgan skall således vid behov ge sådan hjälp även till hjälpmedelsbrukare. Någon rätt att överpröva fattade beslut har inte dessa nämnder.

För hälso- och sjukvårdspersonalens del gäller också för hjälpmedelsområdet att vid fel och försummelser sker prövning i hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd eller hos socialstyrelsen efter anmälan.

I de fall individen själv inte kan framföra sina behov utan måste ha någon annans hjälp till detta, är det viktigt att behovsbedömningen sker med utgångspunkt från den handikappade personens intressen. Många gånger kan dock intressekonflikter uppstå i sådana sammanhang. Personal från hälso- och sjukvården och hemtjänsten kan t.ex. ha olika uppfattning om vilka behov av hjälpmedel som finns. Även anhöriga till den person som behöver hjälpmedlen kan ha en uppfattning som inte stämmer överens med övrigas.

Intressekonflikter kan naturligtvis även uppstå då individen själv kan föra sin talan och vill ha någon produkt som av huvudmannen inte bedöms som nödvändig eller kanske inte ens betraktas som ett sådant hjälpmedel som ingår i ansvaret. I åter andra fall kanske individen inte vill ha de hjälpmedel i sitt hem som anhöriga eller annan vård- och omsorgspersonal önskar. Intressekonflikter har ofta sin grund i bristande kunskap om individens behov och förutsättningar. Eftersom den enskilde i dessa fall ofta är beroende av att samhällets insatser fungerar på ett smidigt sätt

måste eventuella intressekonflikter lösas med stor lyhördhet och hänsyn till individens behov och krav på integritet.

Enligt utredningens mening är det en fördel för individen att få hjälpmedel genom den organisation som hälso- och sjukvårdshuvudmännen har för att tillgodose hjälpmedelsbehov även när hjälpmedlet används av assisterande personal, jämfört med om hjälpmedlen tillhandahålles som arbetsredskap åt personalen. Dels är då hjälpmedlet individuellt utprovat och passar för brukarens funktionshinder, dels är det brukaren som disponerar över hjälpmedlet oavsett om denne har hjälp av personal eller ej. Om hjälpmedlen är personligt utprovade genom hjälpmedelsverksamheten underlättas även tillgången till teknisk service.

Detta är frågor som får lösas i de olika slags samverkansorgan som finns mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, t.ex. vårdplaneringsgrupper m.m. Vårdplaneringsgrupperna är avsedda för gemensam planering av individuella vårdinsatser. I planeringen skall olika intressen vägas samman t.ex. individens hjälpmedelsbehov och personalens och andra berörda personers behov av en bra arbetsmiljö m.m.

I denna planering bör utgångspunkten vara att det är individen själv som avgör vilka hjälpmedel som han/hon vill använda och ha i sitt hem. I bedömningen måste dock även beaktas att det finns arbetsmiljölagstiftning, föreskrifter och allmänna råd som anger hur vård, behandling och service i hemmet skall kunna ske utan arbetsskador. Förutom individen själv har därför, i de avseenden detta är relevant, såväl anhöriga och andra berörda, personal och arbetsgivaren i fråga inflytande över vilka hjälpmedel som används.

14.6 Organisationen för att tillgodose hjälpmedelsbehoven

Enligt vår uppfattning ingår ett hjälpmedel, oavsett produkt, vanligen som en del i en vård-, rehabiliterings- eller social insats. Det kan vara en nödvändig komponent för att genomföra en behandling, en produkt som kompenserar förlusten av en kroppsdel eller annat funktionsbortfall som ger svårigheter av ibland rent social natur. Behovsbedömning, utprovning och uppföljning bör ske utifrån en helhetssyn på individens situation.

Ansaret för att uppmärksamma hjälpmedelsbehov och se till att dessa tillgodoses bör därför ligga på den enhet som har huvudansaret för individens vård, behandling, rehabilitering, habilitering eller omsorg i det aktuella fallet.

Det innebär att i stort sett alla enheter och personalkategorier inom hälso- och sjukvården har ansvar för att hjälpmedelsbehov uppmärksammas och blir tillgodosedda. Detta ansvar har således primärvården och kliniker vid sjukhus. Även enheter inom omsorgsverksamheten och socialtjänsten som möter individerna i deras hemmiljö, har en viktig uppgift att uppmärksamma olika behov och ta de kontakter som behövs för att behoven skall åtgärdas.

De förändringar i huvudmannskapet för äldres och handikappades vård och service som för närvarande bereds i äldrelegationen berör i hög grad hjälpmedelsområdet, framförallt på primärvårdsnivån.

Hjälpmedelsbehov som uppmärksammas i samband med olika sociala insatser har ofta inte något samband med några medicinska åtgärder inom hälso- och sjukvården. Det kan gälla behov av enkla hushållsredskap eller förflyttningshjälpmedel av olika slag som t.ex. kan behövas för boende i ett servicehus. Sådana hjälpmedelsbehov bör kunna tillgodoses på enklast möjliga sätt och hälso- och sjukvårdens medicinska resurser tas i anspråk endast när det föreligger behov av medicinsk kompetens.

På primärvårdsnivå inom hälso- och sjukvården är vårdcentralerna med arbetsterapi-, sjukgymnastik- och distriktssköterskemottagningar de enheter som bedömer och tillgodoser hjälpmedelsbehov. Detta gäller framför allt behov av hjälpmedel vid rörelsehinder, lättare synskador och vissa behandlings- och träningshjälpmedel.

Ett nära samarbete mellan primärvården och primärkommunens socialtjänst är viktigt. Det sker i dag bl.a. genom vårdplaneringsgrupper och liknande organ där det är vanligt att hjälpmedelsfrågor av olika slag behandlas.

Vid behov av mer komplicerade hjälpmedel än primärvården kan tillgodose måste specialistresurser på länssjukvårdsnivå svara för bedömning och åtgärd.

När det gäller syn-, hörsel- och ortopediområdet har flertalet hjälpmedelsfrågor nära samband med verksamheten vid ögon-, öron- och ortopediklinikerna med syn- och hörcentraler resp. ortopedtekniska avdelningar. Vid dessa specialistenheter är bedömningen av hjälpmedelsbehov integrerad i verksamheten och ingår i helhetsbedömningen av rehabiliteringsbehovet. Det finns dock personer med funktionshinder som inte har behov av klinikernas medicinska resurser utan enbart behöver få hjälpmedel utprovade. Det gäller t.ex. vissa gravt synskadade och blinda personer.

Inom området rörelsehinder utgörs specialistresurserna av rehabiliterings-, neurolog- eller reumatologkliniker m.fl. liksom arbetsterapi- och sjukgymnastikenheter. Även hjälpmedelscentralerna med sin specialistfunktion inom produktområdet utför i viss utsträckning rehabiliteringsuppgifter och kompletterar i detta avseende övriga enheter.

Hjälpmedelscentralerna har ofta flera roller inom hjälpmedelsorganisationen. Dels kan de utgöra en specialistresurs för utprovning av komplicerade hjälpmedel, ärenden som ofta remitteras från primärvården. Dels tillhandahåller hjälpmedelscentralerna service gentemot primärvård och specialistkliniker såsom information, konsultinsatser, materialhantering etc. Hjälpmedelscentralerna har ofta även hand om utprovning av hjälpmedel till utvecklingsstörda.

Enligt vår uppfattning är det angeläget att personer med omfattande funktionshinder och komplicerade hjälpmedelsbehov får sina behov bedömda och åtgärdade av specialister på området. Personer med komplicerade hjälpmedelsbehov bör därför remitteras från primärvården och

andra enheter till en sådan specialistresurs. Detta sker idag t.ex. beträffande hjälpmedelscentralerna, som i vissa fall tar ansvar för individens totala hjälpmedelsbehov inom det egna specialområdet.

Många brukare med bestående funktionshinder har behov av återkommande översyn och anpassning av sina i många fall komplicerade hjälpmedel utan att för den skull ha behov av medicinsk vård och behandling. I sådana fall är det enligt vår mening lämpligt att brukaren kan vända sig direkt till resp. specialistenhet för bedömning, utprovning och uppföljning av hjälpmedelsbehov.

Det finns personer med komplicerade hjälpmedelsbehov som är mer omfattande än som kan tillgodoses vid någon särskild av de specialenheter som finns inom hjälpmedelsverksamheten. Ofta har dessa personer även behov av hälso- och sjukvårdens medicinska insatser. Behovet av helhetssyn och samverkan för att tillgodose dessa personers hjälpmedelsbehov är stort. Ibland tar personalen vid någon av hjälpmedelsenheterna initiativ till samarbete mellan olika berörda enheter, men så sker inte alltid.

Efter vad vi erfarit finns det brister i nuvarande specialistresurser för de personer som har omfattande och fortlöpande hjälpmedelsbehov. Vår bedömning är att det föreligger behov av såväl kompletterande resurser som av metodutveckling och ökad kompetens inom det tekniska området. Det är även angeläget att den samlade produktkunskap som finns vid de olika specialenheterna för hjälpmedel tas tillvara i utprovningssammanhang, vid produkturval m.m.

Det är angeläget att det sker samverkan vid rehabiliterings- och habiliteringsinsatser för individer som har omfattande funktionshinder. I direktiven till den handikapputredning (S 1988:03) som regeringen tillsatte under hösten 1988 anges huvuduppgiften vara att kartlägga och analysera de insatser som görs för handikappade inom kommunernas socialtjänst och landstingens habiliterings- och rehabiliteringsverksamhet. Vi utgår därför från att de problem som vi har uppmärksammat inom rehabilitering och habilitering för personer med omfattande funktionshinder blir föremål för en fördjupad kartläggning och analys i handikapputredningarna.

Ett antal olika kliniker och enheter inom hälso- och sjukvårdsorganisationen har ansvar för att tillgodose hjälpmedelsbehov. Servicefunktionerna bör organiseras på ett flexibelt sätt och så att den samlade kompetens som hälso- och sjukvårdshuvudmannen har för administration, produktkunskap och materialhantering liksom för teknisk service av olika slag, kan samordnas och utnyttjas inom de olika hjälpmedelsområdena. Det är därför enligt vår uppfattning viktigt att huvudmännen har en väl fungerande organisation i detta avseende så att god kompetens och tillgänglighet kan upprätthållas gentemot brukarna. En lösning kan vara att hjälpmedelscentralerna specialiseras mot dessa uppgifter. Samtidigt är det angeläget att de resurser och den kompetens för hjälpmedelsutprovning och annan rehabilitering som hjälpmedelscentralerna för närvarande har, tas tillvara, utvecklas och ges möjligheter till samverkan med

övriga rehabiliteringsresurser hos huvudmannen.

Vid de planerade förändringarna i huvudmannaskapet för äldreomsorgen bör, såsom tidigare nämnts, även huvudmannaskapet för tillhandahållande av hjälpmedel för det dagliga livets behov ses över. Vid ett eventuellt ändrat huvudmannaskap för dessa hjälpmedel är det viktigt att materialförsörjning och teknisk service kan fungera på ett rationellt sätt. Enligt vår bedömning kan en lämplig lösning vara att sådana resurser och kompetens bibehålls hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen så att de kan tillgodose dessa behov även för primärkommunerna på deras uppdrag.

14.7 Hjälpmedelsbehov som behöver särskilt uppmärksammas

Många *utvecklingsstörda* har en kombination av flera funktionshinder. Hjälpmedelsbehoven hos utvecklingsstörda har hittills inte uppmärksamats tillräckligt.

En person som är utvecklingsstörd har samma rätt till hjälpmedel som befolkningen i övrigt. Vår kartläggning, liksom handikapprörelsens brukarstudie visar att det finns utvecklingsstörda som inte får hjälpmedel i den utsträckning de har behov av. Det förekommer t.ex. att behov av syn- och hörselhjälpmedel inte alls uppmärksammas. Utprovningsen av hjälpmedel när en person är utvecklingsstörd är även svårt att genomföra. Kompetent personal inom detta område saknas i stor utsträckning.

Enligt vår mening behövs särskild kompetens för behovsbedömning och utprovning av hjälpmedel för personer med psykisk utvecklingsstörning i kombination med andra funktionshinder såsom rörelsehinder, hörsel- och synskador. Dessutom behövs metodutveckling. Det är även nödvändigt med särskilda utbildningsinsatser för att göra berörd personal uppmärksam på de utvecklingsstördas hjälpmedelsbehov.

Personer som permanent vistas i institutionsliknande boendeformer får i många fall inte sina behov av individuellt utprovade hjälpmedel tillgodosedda. Vår uppfattning är att personer i sådana boendeformer i större omfattning än vad som nu vanligen uppmärksammas har behov av individuellt utprovade hjälpmedel. Det är angeläget att de boende vid institutioner får samma möjligheter som andra att få sina hjälpmedelsbehov bedömda och tillgodosedda av personal med kompetens inom aktuellt hjälpmedelsområde. Det är även viktigt att personalen vid institutioner av olika slag har möjlighet att få återkommande information om hjälpmedel liksom adekvat fortbildning. Detta kan t.ex. ske genom fortlöpande samarbete med personal inom olika områden som arbetar med hjälpmedelsfrågor.

För att få tillgång till bra och ändamålsenliga hjälpmedel behöver personer med omfattande funktionshinder och/eller olika funktionshinder i kombination ofta få *hjälpmedlen anpassade eller tillverkade efter de individuella behoven*. Detta är uppgifter som ofta är tidskrävande och ställer stora krav på personalens kompetens. Det är angeläget att huvud-

männen i sin planering avsätter resurser så att behovet av hjälpmedel vid udda behov kan tillgodoses i önskvärd utsträckning.

Ny teknik t.ex. avancerad elektronik som datorer, styrsystem m.m. används i allt större utsträckning som hjälpmedel vid rörelsehinder, synskada, talskada och utvecklingsstörning. Datorer som hjälpmedel används i viss utsträckning av barn i skolan, men är fortfarande ovanliga hjälpmedel för vuxna och äldre personer. Inom teknikområdet kan förväntas en snabb utveckling under de kommande åren. Hos många huvudmän finns hos berörd personal en betydande osäkerhet inför denna utveckling, eftersom man anser sig sakna kompetens för att bedöma behov, genomföra utprovning och träning, för att individanpassa datorer och annan komplicerad teknisk utrustning liksom för att individanpassa datorprogram.

Utvecklingen inom tekniken ger ökade möjligheter för personer med funktionshinder att delta i samhällslivet. Det är därför angeläget att ny teknik kan komma personer med funktionshinder till godo. Detta förutsätter teknisk utrustning och personal med god kompetens både när det gäller olika funktionshinder och om teknikens möjligheter. Det behöver dock inte innebära att varje huvudman skall bygga upp resurser och kompetens som täcker hela teknikområdet. Förutom en generell kompetensuppbyggnad bör ett utvecklat samarbete mellan huvudmännen komma till stånd på motsvarande sätt som när det gäller regionsjukvården. Vi anser det lämpligt att mer kvalificerad teknisk kompetens byggs upp i form av regionala enheter där erfarenhet och ny kunskap kan samlas och återföras till den lokala verksamheten. Till dessa regionala enheter bör huvudmännen kunna remittera personer med funktionshinder som kräver mer omfattande behovsutredning, utprovning och träning tillsammans med t.ex. lärare, anhöriga och andra berörda i personens omgivning.

De centra för datorbaserade hjälpmedel som för närvarande byggs upp på försök i vissa regioner borde kunna vidareutvecklas till sådana regionala organ. Handikappinstitutet bör ges uppgiften att i samarbete med Landstingsförbundet, socialstyrelsen och andra berörda, medverka till att sådana regionala resurser utvecklas, bevaka teknikutvecklingen såväl inom som utom landet och att vara samordnande och kunskapsförmedlande organ.

Kommunikation via databaser, datormöten och elektronisk post har visat sig vara värdefulla kommunikationsformer för personer med svåra funktionshinder. Abonnemang av sådana tjänster liksom löpande telekostnader vid användandet kan uppgå till stora belopp för den enskilde brukaren. Hittills har sådana kostnader täckts inom ramen för olika projektanslag. Det kan förväntas att efterfrågan på kommunikation via databaser kommer att öka efter hand som datorer blir vanliga som hjälpmedel vid olika funktionshinder. Frågan om finansiering av dessa kostnader bör uppmärksammas, så att personer med svåra kommunikationshinder inte av ekonomiska skäl behöver avstå från den möjlighet till social kontakt som erbjuds via olika databaser.

14.8 Åtgärder för att minska väntetider m.m.

Det är viktigt att *väntetiderna för att få hjälpmedel eller reparationer* inte är längre än vad som är nödvändigt av rent praktiska skäl. Vissa väntetider måste accepteras t.ex. på grund av att hjälpmedlet eller reservdelar måste beställas från leverantören eller att hjälpmedlet skickas iväg för service. Komplicerade utprovningar och anpassningar kan även medföra väntetider. Enligt vår uppfattning förekommer dock för närvarande på många håll inom verksamheten med hjälpmedel väntetider som överstiger vad som är acceptabelt. Åtgärder bör vidtas för att eliminera sådana väntetider.

Enligt vår bedömning skulle en ökad samordning av resurserna hos huvudmännen, generösa telefon- och mottagningstider liksom information till brukarna om tider och rutiner etc. kunna minska väntetiderna och skapa förståelse för när de inte går att undvika. Vidare bör enligt vår mening gälla att tillfälliga hjälpmedel vid behov tillhandahållas under den tid man väntar på att få ett hjälpmedel reparerat.

Över 20 000 personer i landet står i *kö till hörcentralerna*, framför allt beroende på bristande personalresurser inom hörselvården. Hörselvården har även i vissa fall en onödigt komplicerad organisation som bl.a. innebär väntetid i flera omgångar för den som behöver hörselhjälpmedel.

Vi ser det som angeläget att situationen inom hörselvården åtgärdas så att köerna minskas. Enligt vår bedömning erfordras såväl utökade resurser som översyn av organisation och rutiner för att minska resursåtgången och minimera väntetider i dubbla köer.

Hörselfrämjandet genomför tillsammans med Sveriges Dövas Riksförbund och Riksförbundet för Döva, Hörselskadade och Språkstörda en översyn av samhällets insatser för döva och hörselskadade på såväl undervisningsområdet som inom rehabilitering och habilitering. Översynen som omfattar en kartläggning av nuvarande resurser inom hörselområdet och en behovsinventering kommer att ge förslag till förändringar av bl.a. organisationen av hörselvården, inom utbildningsområdet m.m. Den väntas överlämnas till socialdepartementet under våren 1989.

Vår uppfattning är att socialstyrelsen i likhet med vad som för närvarande sker för synrehabiliteringen, bör utarbeta allmänna råd om hörselvården, dess innehåll och omhändertaganderutiner för patienter med olika hörselproblem. I samband med detta bör även personalsituationen ses över liksom utbildningen av hörselvårdsassistenter.

Även inom *synområdet* finns problem med väntetider och köer, beroende framför allt på personalbrist vid syncentralerna. Endast hälften av syncentralerna har en så fullständig personalsammansättning som socialstyrelsen rekommenderar.

Det är angeläget att huvudmännen fortsätter utbyggnaden av syncentralerna i enlighet med socialstyrelsens rekommendationer och med beaktande av de resursproblem som nu finns. Nya allmänna råd för synrehabiliteringen väntas från socialstyrelsen under innevarande år.

Eftersom det är svårigheter att rekrytera personal bör utbildningen av bl.a. anpassningslärare och synpedagoger ses över. Antal utbildningsplatser och utbildningsorter behöver sannolikt utökas eller omfördelas.

Tolkjänsten är ett relativt nytt område som är under utveckling. Det är angeläget att huvudmännen fortsätter utbyggnaden av tolktjänsten. Bristen på utbildade tolkar är ett stort problem. För att möta den förväntade ökningen av efterfrågan på tolktjänst behövs framför allt fler utbildade tolkar. Det finns även ett behov av att lokalt kunna fortbilda tolkar. Tolkbristen beror på att rekryteringsbasen till tolkutbildningen är liten och att utbildningen varit lokaliserad till en enda ort, vilket ytterligare försvårat rekryteringen. Åtgärder har dock på senare tid vidtagits för att avhjälpa tolkbristen. Grundläggande teckenspråksutbildning byggs ut vid folkhögskolor och inom arbetsmarknadsutbildningen m.m. Förslag till förlängning av tolkutbildningen och utökning av utbildningsorterna föreligger från skolöverstyrelsen.

I 1989 års budgetproposition föreslås kraftigt förstärkta resurser för tolkutbildningen.

Enligt vår mening är det angeläget att de här nämnda åtgärderna inom tolkområdet kommer till stånd samt att utbildning i och utveckling av metoder för tolkning åt vuxendöva fortsätter.

Tolktjänst för talskadade finns ännu endast på ett ställe i landet. I Uppsala läns landsting har ett försök med taltjänst för talskadade nyligen avslutats. I samband med detta inrättades sådan taltjänst permanent i landstinget. Det är angeläget att erfarenheterna från detta projekt tas tillvara och sprids till andra huvudmän.

I den överenskommelse som träffats mellan staten och hälso- och sjukvårdshuvudmännen om ersättningarna från sjukförsäkringen till huvudmännen har hänsyn tagits till att hälso- och sjukvårdshuvudmännen för år 1990 svarar för en successiv uppbyggnad av en taltjänst för personer med röst-, tal- och språkstörningar enligt den modell som utarbetats i Uppsala läns landsting.

14.9 Tillgången till enkla hjälpmedel m.m.

Personer med åldersbetingade funktionshinder, som inte har behov av hälso- och sjukvårdens medicinska insatser, får i många fall inte sina behov av hjälpmedel tillgodosedda. Detta beror framför allt på att de äldre inte känner till vilka hjälpmedel som finns för olika behov, men även på att personal inom t.ex. hemtjänsten inte har tillräcklig kunskap om hjälpmedel och därför inte uppmärksammar de behov som finns. Behovet av samhällets insatser är här inte primärt av ekonomisk art, utan det gäller främst att göra hjälpmedlen praktiskt tillgängliga för den som behöver dem.

Vi anser det angeläget att den som har behov av framför allt enkla hjälpmedel skall kunna få tillgång till sådana utan onödig omväg. Det innebär att produkter måste finnas att tillgå, liksom att allmänheten måste ges information om de hjälpmedel som finns. Det är därvid av stor vikt

att samhällets ansvar för att tillhandahålla hjälpmedel inte enbart omfattar de produkter som tillhandahålles kostnadsfritt. Även för sådana hjälpmedel, som det är rimligt att den enskilde själv får betala, bör det finnas ett samhällsansvar för att se till att de finns tillgängliga.

Det är enligt vår mening angeläget att information om *enkla hjälpmedel för det dagliga livet*, bl.a. redskap i hemmet, når ut till allmänheten och att de är lätta att få tillgång till. Detta gäller i särskild hög grad för den stora gruppen äldre, som enkelt och utan att anlita vårdorganisationen bör kunna skaffa sig hjälpmedel allteftersom funktionsförmågan förändras.

Under våren 1989 påbörjas i två landsting försök med distribution av enkla hjälpmedel via apotek. Syftet är bl.a. att öka tillgängligheten för dessa hjälpmedel. Handikappinstitutet följer dessa projekt och ansvarar för att en utvärdering görs.

Enligt vår uppfattning är det mycket angeläget att nya former för distribution och tillhandahållande av framför allt enkla hjälpmedel prövas. Det är därför viktigt att de försök som under våren startar i två landsting följs upp och att ytterligare åtgärder vidtas för att göra sådana hjälpmedel tillgängliga för allmänheten.

14.10 Ändrat huvudmannaskap för vissa hjälpmedel

Försörjningen av *texttelefoner* till gravt hörselskadade, döva och talskadade liksom *telefoner för dövblinda* finansieras för närvarande över statsbudgeten. Behovsbedömningen görs dock av personal hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Bedömningen av telefonbehovet hos dövblinda sker i samarbete mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen, Handikappinstitutet och Föreningen Sveriges Dövblinda (FSDB).

Även en del andra kommunikationshjälpmedel som tillhandahålles av hälso- och sjukvårdshuvudmännen vid rörelsehinder kan användas som texttelefoner.

Vår uppfattning är att ansvaret för tillhandahållande av texttelefoner och telefoner för dövblinda i sin helhet bör övergå till hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Enligt vår bedömning försvårar ett delat huvudmannaskap för telefoner och andra kommunikationshjälpmedel möjligheterna för den enskilde brukaren att få det bästa hjälpmedlet för sina individuella behov. Ett samlat ansvar skulle undanröja de gränsdragningsproblem som i dag finns mellan olika behovsgrupper och produkter, ett problem som med förväntad teknikutveckling kan bli allt större om nuvarande ansvarsuppdelning bibehålles. Ett ägaransvar hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen torde även ge förutsättningar för ökad återanvändning av texttelefoner. Även produktutvecklingen inom området kommer enligt vår uppfattning att gynnas av ett enhetligt huvudmannaskap.

Med hänsyn till de speciella problem som finns när det gäller försörjningen av telefoner till dövblinda är det av stort värde att den kunskap och kompetens som finns inom FSDB även i fortsättningen kan tas tillva-

ra. Vårt förslag om ett samlat kostnadsansvar för detta hjälpmedelsområde bör inte utgöra något hinder att även fortsättningsvis använda FSDB:s kunskap vid såväl utprovning och träning som vid utbildning av personal hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen. FSDB bör ges ekonomiska möjligheter att uppfylla en sådan roll.

Hjälpmedel till barn inom den kommunala barnomsorgen är primärkommunens ansvar, medan ansvaret för övriga individanpassade hjälpmedel som barnet behöver åvilar hälso- och sjukvårdshuvudmannen. Detta innebär ofta gränsdragningsproblem som drabbar barnen och deras föräldrar.

I praktiken tillhandahålles hjälpmedel i barnomsorgen oftast genom hälso- och sjukvårdshuvudmannens försorg, trots att kostnadsansvaret ligger på primärkommunen. Det förekommer också i flera fall att hälso- och sjukvårdshuvudmannen tar på sig kostnadsansvaret för de hjälpmedel som barnet behöver inom förskolan. Detta för att underlätta barnets övergång till skolan liksom vid behov av anpassning och reparationer.

Vår uppfattning är att ansvaret för individuella hjälpmedel i kommunal barnomsorg bör ligga hos samma huvudman som har ansvaret för barnens hjälpmedel i hemmet och skolan. Skälen för detta är framför allt att barnets behov av hjälpmedel skall kunna bedömas utifrån en samlad bild av barnets situation och att hjälpmedel som introduceras under förskoletiden skall kunna tas med och användas i skolan.

Starka skäl talar således för att ge hälso- och sjukvårdshuvudmannen ett odelat ansvar för utprovning, anpassning och service av alla barnets individanpassade hjälpmedel i hemmet, närmiljön, barnomsorgen och i skolan, och därmed underlätta en samlad behovsbedömning och planering av barnets hjälpmedelsbehov. Vi vill dock peka på att ett ändrat huvudmannaskap när det gäller hjälpmedel för äldre m.fl. kan ge anledning att överväga ansvarsfrågan även när det gäller hjälpmedel för barn och ungdomar.

Hjälpmedel till barn, ungdomar och vuxna vid de statliga specialskolorna och vid folkhögskolorna tillgodoses genom särskilda bidrag som administreras av skolöverstyrelsen. Detta innebär att hjälpmedlet i fråga blir skolans egendom och inte kan följa eleven vid byte av skolform. Vissa skolor kan även ha svårigheter att upprätthålla önskvärd kompetens inom hjälpmedelsområdet liksom att tillgodose behov av anpassning och reparationer på ett smidigt sätt.

Av i princip samma skäl som när det gäller hjälpmedel i barnomsorgen finns det därför enligt vår uppfattning skäl att överväga om ansvaret för individuella hjälpmedel vid de statliga specialskolorna liksom vid folkhögskolorna bör överföras till hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Vårt förslag är att kostnadsansvaret förläggs till hemlandstinget medan ansvaret för tillhandahållande, service etc. — i den mån skolan inte själv svarar för detta — lämpligen bör åvila den huvudman i vars sjukvårdsområde skolan i fråga ligger. Huvudmännens kostnader bör kunna regleras på samma sätt som sker vid kostnader för sjukvård utom länet. Vårt förslag innefattar inte något förändrat ansvar för anpassning av elevbostäder

och andra lokaler, läromedel och annat pedagogiskt material utan gäller enbart individuellt utprovade hjälpmedel.

14.11 De kostnadsfria förbrukningsartiklarna

Enligt utredningens mening är det otillfredställande med de stora skillnader mellan olika behovsgrupper, i såväl tillgången till artiklar som i ekonomiska villkor, som nuvarande system med kostnadsfria förbrukningsartiklar innebär.

I 1989 års budgetproposition (bil. 7 avsnitt D) framhålls det angelägna i att det tillskapas ett enhetligare och rättvisare regelsystem för att begränsa den enskildes läkemedelskostnader inkl. kostnader för förbrukningsartiklar. Ett nytt rabatteringsystem aviserar, som innefattar även nuvarande kostnadsfria läkemedel och förbrukningsartiklar och som samtidigt utvidgas till nya diagnosgrupper och artiklar. Vidare aviserar införandet av en ny lägre nivå inom handikappersättningen som bl.a. kan kompensera de brukare som skulle få ökade kostnader i samband med slopad kostnadsfrihet.

Mot denna bakgrund har hjälpmedelsutredningen inte anledning att lägga något förslag i dessa avseenden. Vi vill dock peka på ytterligare en önskvärd förändring som inte ingår bland de av regeringen aviserade regelförändringarna. Riksförsäkringsverket har i en rapport till regeringen föreslagit en överföring av kostnadsansvaret för läkemedel till hälso- och sjukvårdshuvudmännen (RFV anser 1987:3). Vi finner starka skäl tala för en motsvarande förändring i fråga om kostnadsfria förbrukningsartiklar.

Enligt vår bedömning har ordination av kostnadsfria förbrukningsartiklar för personer med diabetes, stomi och inkontinens ett nära samband med andra insatser inom hälso- och sjukvården. Detta är ett starkt skäl för att det ekonomiska ansvaret för dessa artiklar bör ligga hos samma huvudman som dels svarar för ordinationen och dels har ansvaret för alternativa eller kompletterande åtgärder för dessa personer.

Vi har i vår kartläggning av hjälpmedelsverksamheten kunnat konstatera att flertalet hälso- och sjukvårdshuvudmän i viss omfattning tillhandahåller och bekostar en del förbrukningsartiklar som behövs inom öppen vård och hemsjukvård och som inte bekostas av sjukförsäkringen. Det finns således vid sidan av det rikstäckande systemet för kostnadsfrihet även ett antal kompletterande lokala system.

Enligt vår mening bör närmare övervägas att överföra det ekonomiska ansvaret för de kostnadsfria förbrukningsartiklarna från riksförsäkringsverket och sjukförsäkringen till hälso- och sjukvårdshuvudmännen. En sådan förändring skulle innebära att hela ansvaret för tillhandahållandet av dessa förbrukningsartiklar på ett naturligt sätt införlivades i hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Vår uppfattning är att ett förändrat huvudmannaskap för nuvarande kostnadsfria förbrukningsartiklar skulle ge bättre förutsättningar för kompetensutveckling och behovsbedömning hos den ordinerande perso-

nalen, bl.a. när det gäller alternativa terapiformer. Det skulle även innebära att regelsystemet förenklades och att möjligheterna till kostnadsbevakning förbättrades. Vi anser vidare att nuvarande gränsdragningsproblem på grund av olika ansvariga för förbrukningsartiklar och för hjälpmedel på detta sätt skulle undanröjas.

14.12 Den enskildes kostnader för hjälpmedel

För personer med mindre omfattande funktionshinder och/eller funktionshinder som beror på naturligt åldrande är det viktigaste att hjälpmedlet finns att tillgå på enklast möjliga sätt. Det är också önskvärt att sådana enkla hjälpmedelsbehov kan tillgodoses utan att belasta den organisation som är utformad för att avhjälpa mera komplicerade och resurskrävande behov. Många enkla hjälpmedel bör därför även kunna köpas utanför hälso- och sjukvårdshuvudmännens kostnadsfria hjälpmedelssystem.

Enligt vår mening bör en helhetsbedömning av individens funktionshinder och rehabiliterings-/habiliteringsbehov samt hela hjälpmedelsbehovets omfattning vara avgörande för i vilken utsträckning hjälpmedel bör tillhandahållas. Personer som behöver omfattande och oftast kontinuerligt stöd för att kunna leva ett normalt liv ute i samhället bör i princip kostnadsfritt erhålla de hjälpmedel som behövs genom hälso- och sjukvårdshuvudmannens försorg. I de fall hjälpmedlen inte till alla delar kan anses falla under hälso- och sjukvården bör landstinget och primärkommunen eller annat ansvarigt organ göra en gemensam bedömning av behovet av samhällsinsatser och ansvarsfördelningen mellan huvudmännen.

Sedan år 1981 finns ett lagfäst högkostnadsskydd för personer med stort behov av sjukvård och läkemedel. Högkostnadsskyddet inträder när en person har betalat avgift för 15 läkemedelsinköp eller besök hos läkare m.fl. Två besök hos sjukgymnast m.fl. jämföras med ett läkarbesök. När gränsen för högkostnadsskyddet uppnåtts behöver man därefter inte betala något för ytterligare besök eller medicininköp under den tid som återstår av en tolv månaders period räknat från första inköpet eller besöket.

I princip bör individuellt utprovade hjälpmedel utgöra lån och vara kostnadsfria för den enskilde. Enligt vår mening utesluter detta inte att vissa begränsade avgifter kan tas ut vid tillhandahållande av hjälpmedlen.

Den som har behov av särskilda insatser, inkl. hjälpmedel, bör dock enligt vår mening totalt sett inte drabbas av högre vårdkostnad än andra medborgare. I den mån avgifter tas ut för tillhandahållande av hjälpmedel inom hälso- och sjukvården bör dessa därför ingå i högkostnadsskyddet.

Utprovning och tillhandahållande av hjälpmedel vid behandling i slutenvård bör ingå i den normala vården som faller på kliniken i fråga. Hjälpmedel i öppen vård lämnas som regel ut i samband med besök hos

arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, läkare, hörselvårdsassistent eller hos annan hälso- och sjukvårdspersonal, liksom vid hembesök. I samband med dessa besök är det naturligt att den enskilde betalar de avgifter som generellt gäller för läkarbesök m.m. (för närvarande högst 60 kr. med tillägg för hembesök). Vid besök hos annan personalkategori än läkare kan avgift tas ut på motsvarande sätt som gäller för sjukvårdande behandling hos sjukgymnast. Avgifter bör dock inte tas ut vid återkommande besök i samband med utprovning av ett hjälpmedel.

När hjälpmedel som förskrivs i primärvård och inom klinikansluten öppen vård beläggs med avgift bör avgiften följa det avgiftssystem som gäller för läkemedel och då ingå i högkostnadsskyddet. Liksom för läkemedel bör avgiften (för närvarande högst 65 kronor per expediering) gälla för samtliga hjälpmedel som ordinerats vid samma tillfälle. Enligt vår uppfattning bör både besöksavgift och avgift för hjälpmedel inte tas ut samtidigt vid tillhandahållande av ett eller flera hjälpmedel.

Även sådan anpassning av konsumentartiklar som är nödvändig för att en person med funktionshinder skall kunna använda en produkt t.ex. en hushållsmaskin, barnvagn eller en cykel, bör tillhandahållas genom huvudmannens försorg, eventuellt mot viss högsta avgift inom ramen för högkostnadsskyddet.

I vissa fall kan det vara en praktisk lösning att huvudmannen i stället för att tillhandahålla en produkt, lämnar bidrag för att täcka sådan merkostnad som ett funktionshinder medför vid inköp av vissa konsumentartiklar t.ex. barn- och specialcyklar. Nettokostnaden för brukaren bör då inte vara större än vad som motsvarar normal kostnad för motsvarande produkt för en person utan funktionshinder.

Här bör nämnas att när ett hjälpmedel ersätter en kostnad som enskilda normalt sett har, t.ex. ortopediska skor, är det enligt vår mening skäligt att huvudmannen tar ut en ersättning som motsvarar normal kostnad för skor. Denna ersättning bör ligga utanför högkostnadsskyddet.

I den mån depositionsavgift tas ut vid viss tillfällig utlåning av hjälpmedel bör denna återbetalas när hjälpmedlet återlämnas.

Mot bakgrund av vad som här sagts bör det enligt vår mening i samband med den tidigare nämnda översynen av rabatteringsystemet för läkemedelskostnader m.m. närmare övervägas att komplettera det lagfästa skyddet mot höga sjukvårds- och läkemedelskostnader så att det innefattar även avgifter för hjälpmedel.

14.13 Kompetens- och utbildningsfrågor

Hjälpmedel är ett samlande begrepp för en mängd olika produkter, alltifrån avancerade medicintekniska produkter till helt vanliga konsumentartiklar. Olika hjälpmedel ställer därför varierande krav på kompetens hos den personal som har ansvar för behovsbedömning, utprovning och uppföljning liksom för anpassning och teknisk service. Det finns även behov av teknisk kompetens för att kunna tillverka hjälpmedel när brukaren har behov av något hjälpmedel som inte finns på marknaden.

Bristen på ingenjörer och tekniker i samhället gör att det i många fall är svårt att rekrytera och behålla kompetent teknisk personal inom hjälpmedelsområdet.

Den kontinuerliga utvecklingen av ny teknik och nya behandlingsmetoder där hjälpmedel ingår ställer stora krav på kompetensutveckling för personalen. Den tekniska personal som anställs inom hjälpmedelsområdet saknar i många fall kunskap om funktionshinder och hjälpmedel eftersom sådan utbildning, med undantag av vissa specialutbildningar, sällan förmedlas vid de olika tekniska läroanstalterna.

Det är vår uppfattning att den kunskap om funktionshinder och hjälpmedel som är adekvat för yrkesområdet bör förmedlas inom resp. yrkesutbildning. Det är därför angeläget att resp. grundutbildning följer den utveckling inom hjälpmedelsområdet som är relevant för yrkesområdet och att den erfarenhet som handikapporganisationerna besitter tas tillvara i undervisningen. Kunskap om funktionshinder och hjälpmedel bör enligt vår uppfattning även förmedlas vid de olika tekniska utbildningarna.

Med hänsyn till hjälpmedlens ökade betydelse inom många personalgruppers arbetsområden är det angeläget att redan anställd personal får information och fortbildning i dessa frågor. Personalen bör också av arbetsgivaren ges möjligheter att upprätthålla och fördjupa sin kompetens i hjälpmedelsfrågor.

Alla kliniker och enheter hos huvudmannen som har ansvar för att tillgodose behov av hjälpmedel måste, enligt vår uppfattning, ha sådan kunskap om funktionshinder och hjälpmedel att brukarens behov tillgodoses på ett adekvat sätt och så att behov som inte klaras av remitteras vidare till specialistkompetent personal.

För att primärvårdens behovsbedömning, utprovning och uppföljning av hjälpmedel skall kunna genomföras med ett tillfredsställande resultat är det nödvändigt att primärvårdspersonalen har god kompetens och ges möjlighet att upprätthålla den genom kontinuerlig information om bl.a. hjälpmedelssortimentet. Primärvårdens personal bör även ha möjlighet att konsultera specialister vid svåra utprovningar och även i övrigt kunna få handledning och fortbildning av kompetent personal.

Vi anser det angeläget att ökad uppmärksamhet riktas på det ansvar som personal inom hemtjänsten liksom annan socialtjänstpersonal har för att behov av hjälpmedel uppmärksammas och blir åtgärdade. I den utbildning och fortbildning som vårdbiträden och annan social servicepersonal genomgår bör ingå undervisning om hur hjälpmedel kan kompensera och underlätta vid funktionshinder.

Den personal som har arbetsuppgifter inom hjälpmedelsområdet bör fortlöpande få kunskaper om ny teknik, metoder och möjligheter. Specialiteterna inom området bör enligt vår uppfattning ha ett särskilt ansvar att följa utvecklingen och medverka till att kunskaper förs vidare till personal inom andra vårdenheter m.m.

Den medicinska och tekniska utvecklingen ställer krav på samarbete mellan olika kliniker och specialiteter. Erfarenhetsutbyte, gemensam

fortbildning m.m. bör vara ett naturligt led i arbetet för att skapa förutsättningar för kunskapsutveckling.

Den tekniska utvecklingen har under den senaste tioårsperioden varit mycket snabb. Kraven har därför ställts allt högre på den personal som arbetar med anpassningar och annan teknisk service på hjälpmedel. Utvecklingen kan förväntas bli lika snabb även i fortsättningen och kraven på kompetens hos den tekniska personalen kommer att öka ytterligare. Den tekniska personalen hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen och hos de entreprenörer som anlitas bör därför ha såväl god teknisk grundkompetens som relevant kunskap om olika funktionshinder och hjälpmedel.

Det är enligt vår uppfattning angeläget att huvudmännen ser över och samordnar sina resurser för teknisk service för att kunna möta de ökande kraven. I detta sammanhang vill vi även påpeka vikten av att Handikappinstitutets information om ny teknik och nya produkter håller hög kvalitet och ges ut kontinuerligt.

Sammanfattningsvis anser vi att det är angeläget med en översyn av innehållet i de utbildningar som på olika sätt berörs av hjälpmedelsfrågorna. Vi anser att universitets- och högskoleämnet samt skolöverstyrelsen i samverkan med berörda myndigheter och organisationer bör göra en sådan översyn och ombesörja de kompletteringar av läro- och kursplaner som visar sig behövas.

Handikappinstitutet bör medverka till att utbildningsmaterial om hjälpmedel tas fram för olika yrkeskategorier och utbildningar.

14.14 Samhällets centrala stödfunktioner för hjälpmedelsverksamheten

Det är ett övergripande samhällsintresse att befolkningen får tillgång till bra och säkra hjälpmedel som kompenserar funktionshinder och som ger möjligheter till ett oberoende och självständigt liv. Det är också ett samhällsintresse att det sker en kontinuerlig utveckling av nya och bättre hjälpmedel.

Enligt utredningens uppfattning är det av avgörande betydelse för utvecklingen att det finns ett centralt organ för hjälpmedelsfrågor. Handikappinstitutet bör även i fortsättningen vara detta centrala organ. Institutet bör som huvuduppgift ha att generellt bevaka hjälpmedelsområdet i syfte att uppmärksamma behov av hjälpmedel och att verka för att behoven blir tillgodosedda med bra och säkra produkter. För att genomföra detta bör Handikappinstitutet stödja och stimulera utveckling av nya hjälpmedel, se till att ny teknik tas tillvara i hjälpmedelssammanhang och prova att hjälpmedlen är säkra och funktionella. Information om effektiva hjälpmedelslösningar, ny teknik, nya produkter och annat angeläget material bör kontinuerligt ges ut. En annan viktig uppgift för Handikappinstitutet är att vara kunskapsinsamlare och -förmedlare mellan huvudmännen.

Handikappinstitutets huvudområde bör vara hjälpmedel för det dagliga livets behov, för rehabilitering och habilitering samt hjälpmedel för

vård och behandling med beaktande bl.a. av bestämmelser om kontroll av medicintekniska produkter m.fl. Under år 1989 väntas regeringen förelägga riksdagen en proposition med förslag om åtgärder för att öka säkerheten vid användningen av medicintekniska produkter m.m.

Det bör dock inte göras någon skarp avgränsning mot hjälpmedelsfrågor som faller utanför ovannämnda områden för Handikappinstitutet. Institutet bör ha en helhetsbild över hjälpmedelsområdet som även inbegriper bl.a. hjälpmedel i arbetslivet för personer med funktionshinder. Institutet bör även följa utvecklingen av ny teknik i samhället och bevaka att inte nya hinder uppstår för människor med funktionshinder. Likaså bör institutet utifrån sin kunskap om funktionshinder och hjälpmedel bevaka frågor rörande den yttre och inre miljöns tillgänglighet.

Handikappinstitutet bör även bidra till att den personal som berörs av hjälpmedelsfrågorna får adekvat utbildning genom att i samarbete med olika utbildningsorgan ta fram utbildnings- och informationsmaterial om funktionshinder och hjälpmedel. Tillsammans med berörda huvudmän bör institutet även verka för att personal och brukare får god information om hjälpmedel.

Inom handikappområdet förekommer ett omfattande internationellt samarbete bl.a. inom standardiseringsarbetet. Handikappinstitutet bör även i fortsättningen medverka i detta arbete samt även i övrigt bevaka hjälpmedelsfrågorna ur ett internationellt perspektiv. Även andra myndigheter och organisationer bör inom ramen för sin verksamhet uppmärksamma de problem som personer med funktionshinder möter i sitt dagliga liv. Här kan nämnas boverket, arbetarskyddsverket, konsumentverket, STU och andra forskningsfinansierande organ, Landstingsförbundet, Spri m.fl. Enligt utredningens mening bör dessa liksom andra centrala organ i sin verksamhet uppmärksamma den ökande betydelsen av dessa frågor och medverka till att de blir belysta genom att beakta dem i det egna utrednings- och utvecklingsarbetet. Handikappinstitutet är en viktig samarbetspartner i dessa frågor.

Socialstyrelsens roll som tillsynsmyndighet för hjälpmedelsverksamheten behandlas under avsnitt 14.15.

Provning av hjälpmedel

En väl fungerande provningsverksamhet bör även framdeles vara en central del av Handikappinstitutets verksamhet. Institutet får genom provningen och de kravspecifikationer som tas fram för denna en viktig kunskap och kompetens på hjälpmedelsområdet. Institutet får bl.a. genom provningen kunskap om behov av produktutveckling. Det är därför viktigt att provningsverksamheten organiseras så att sådana erfarenheter tas tillvara liksom erfarenheter från huvudmän och brukare om hur hjälpmedlen praktiskt fungerar i olika situationer. Institutet bör även samverka med de centrala myndigheter och organ som har närliggande uppgifter inom området produktsäkerhet och provning.

En fortsatt positiv utveckling av hjälpmedelsverksamheten i vid me-

ning erfordrar en utbyggd och effektiv provningsverksamhet. Nya produktgrupper t.ex. datorer och programvara till dessa, ställer nya krav på provningen. Institutet bör även kunna svara för prototypprovning av nya hjälpmedel som ett led i arbetet att stödja och stimulera utvecklingen av nya hjälpmedel.

Provningen bör omfatta hjälpmedlets egenskaper ur säkerhets-, funktions- och kvalitetssynpunkt. Av provningsresultatet bör hjälpmedlets egenskaper framgå liksom den information om produkten som kan anses vara av vikt för de som utprovar och anpassar hjälpmedlet. Information om godkända hjälpmedel bör göras lättillgänglig genom publicering i någon form.

Provningsverksamheten bör inte ske enbart vid institutet utan även läggas ut på externa provningsorgan. Det bör också vara en strävan att tillverkaren svarar för att produkterna provas och egenskapsdeklarerar. Provningen bör enligt utredningens mening ske utifrån i förväg fastställda kravspecifikationer där institutet anger krav på produkterna vad gäller säkerhet och funktion. Därigenom kan provningen rationaliseras bl.a. så att den till viss del kan utföras av företagen som ett led i den interna produktkontrollen.

Utöver provningen av de basala tekniska kraven är det angeläget med en uppföljning och utvärdering av hjälpmedlens funktionella egenskaper i relation till de funktionshinder de skall kompensera. Bl.a. bör en mer systematisk uppföljning göras när produkterna varit ute på marknaden under en tid. Erfarenhet från brukarna bör ingå i denna utvärdering. Här kan också ingå mera allsidiga belysningar av effekterna av olika hjälpmedelsåtgärder i relation till och i jämförelse med andra samhällsinsatser t.ex. medicinska behandlingsinsatser. Denna typ av utvärdering får en annan karaktär än den mera basala, tekniska utvärderingen. Det är angeläget att en ökad del av resurserna kan användas för sådana utvärderingar.

Utvärderingen och uppföljningen måste ske i nära anslutning till brukare och vårdpersonal. Det är där kunskaper och erfarenheter om hjälpmedlens rehabiliteringseffekter samlas, antingen det sker i form av planlagda försök, eller i den dagliga användningen av hjälpmedlen.

Utredningen vill också betona de nära och angelägna sambanden mellan provning och central upphandling av hjälpmedel.

Hjälpmedelsförteckningen

För närvarande definierar Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning de produktområden och i vissa fall enskilda produkter som rekommenderas vara kostnadsfria hjälpmedel och ger en detaljerad förteckning över de produktgrupper och produkter som rekommenderas av institutet. Förteckningen innehåller även rekommendationer om hur utprovning och ordination bör gå till samt om vilka yrkeskategorier som bör vara ordinatorer för resp. hjälpmedel.

Hjälpmedelsförteckningen har haft en viktig funktion som beslutsun-

derlag för huvudmännen i olika hjälpmedelsfrågor. Samtidigt utgör förteckningen en informationskälla för personal och brukare. Att förena dessa två funktioner har visat sig medföra nackdelar. Förteckningens rekommendationer uppfattas ofta som normerande av såväl personal som brukare vilket ger upphov till missförstånd och andra svårigheter för verksamheten.

En annan effekt av förteckningens status är att hjälpmedel som inte finns i den rekommenderande förteckningen har svårt att få genomslagskraft, även om de kan ha stor betydelse för personer med funktionshinder. Den centrala förteckningen bromsar därmed i viss mån utvecklingen på hjälpmedelsområdet genom att huvudmännen ofta avvaktar beslut om centrala rekommendationer innan lokala beslut tas om hur tillhandahållandet skall ske. Det händer därför inte alltför sällan att behov av sådana hjälpmedel får stå tillbaka.

Det finns inte heller någon samlad information att tillgå om hjälpmedel som inte finns upptagna på förteckningen. När hjälpmedelsförteckningens produkter inte räcker till för att tillgodose ett hjälpmedelsbehov kan det därför vara svårt för huvudmännen att se andra lösningar än dem som anges i hjälpmedelsförteckningen.

Enligt vår mening bör Handikappinstitutets uppgift vara att informera bl.a. huvudmän, vård- och omsorgspersonal samt brukarna om de hjälpmedel som godkänts, deras egenskaper, användningsområden och priser. Detta bör ske genom att information kontinuerligt ges ut där det framgår vilka produkter som institutet har godkänt. Denna information bör även innehålla andra uppgifter som är väsentliga för hjälpmedelsområdet, t.ex. om produkten i fråga är centralt upphandlad, priset m.m. Information bör även ges ut om hjälpmedel som är bra vid olika funktionshinder och om hur hjälpmedel kan ge ökad livskvalitet. Informationen bör vara oberoende av om produkterna tillhandahålls kostnadsfritt eller inte.

Det bör liksom för närvarande ankomma på varje sjukvårdshuvudman att bestämma vilka produkter som skall tillhandahållas som kostnadsfria hjälpmedel. Några rekommendationer eller riktlinjer på riks nivå i dessa frågor bör inte längre ges ut av Handikappinstitutet. Som framhålles under avsnitt 14.15 bör socialstyrelsen ha ett ansvar för att initiera och stimulera metodutveckling, utge allmänna råd, vårdprogramunderlag m.m. om behovsbedömning och utprovning av hjälpmedel. Handikappinstitutet bör medverka i detta arbete.

Stöd till utveckling och produktion av hjälpmedel

De befintliga stödformerna för utveckling och produktion av hjälpmedel fungerar enligt vad utredningen funnit i de flesta avseenden bra. Det finns dock en del brister som bör ses över.

När det gäller att tillvarata enskilda uppfinnares och innovatörers idéer och prototyper till hjälpmedel kan det uppstå problem med finansieringen fram till en produktionsfärdig produkt eftersom nuvarande

stödformer inte täcker alla led i processen från idé till färdig produkt. Det kan även uppstå svårigheter av mer administrativ natur. T.ex. krävs omfattande administrativt arbete både för att ordna bidragsansökningar, provnings- och godkännandeförfarande etc. och för att få kontakt med ett etablerat hjälpmedelsföretag för marknadsföring och eventuell produktion. Enligt vår mening bör Handikappinstitutet ha möjligheter att ge ekonomiskt stöd även i det skede av en produkts utveckling som föregår produktionsstadiet. Institutet bör även kunna erbjuda viss hjälp med sådant administrativt arbete som att bedöma idéer, informera om bidragsmöjligheter och hjälpa till med ansökningar. Om det blir fråga om större insatser bör detta betraktas som konsultinsats och ske mot betalning.

Det bör dock framhållas att en ganska kraftig sällning torde få ske av de idéer som avses leda fram till produkter som kan tillvaratas industriellt och marknadsföras över hela landet. Endast en mindre del av denna sällning torde av praktiska och resursmässiga skäl kunna ske genom Handikappinstitutet.

Vissa hjälpmedel används av så få personer att de kan vara svåra att tillverka utan särskilt stöd. Enligt utredningens uppfattning behövs ekonomiskt stöd för utveckling av udda hjälpmedel i små serier. För vissa hjälpmedel som kräver hög grad av individuell anpassning behövs också ekonomiskt stöd. Vidare är det angeläget att institutet ger stöd för att en praktisk funktionell utvärdering skall kunna genomföras av en första produktionsserie hjälpmedel.

De belopp som nu står till Handikappinstitutets förfogande för produktionsstöd har varit oförändrade under närmare tio år. Stödet omfattar inte heller de ändamål och led i utvecklingsprocessen som här pekats på. Enligt utredningens mening är det motiverat att dels återställa förlorat realvärde och dels reellt förstärka stödet och utvidga området för stödsatserna så att det innefattar även ovan nämnda ändamål. En ökning från nuvarande 1,5 milj. kr. till 4–5 milj. kr. per år bör därför genomföras. Även institutets möjligheter att ge avsättningsstöd och andra garantier bör stärkas så att sådant stöd kan ges utan att utlösa garantier inskränker på utrymmet för institutets verksamhet i övrigt.

Enligt utredningens uppfattning kommer det även att behövas insatser för att stödja utvecklingen av datorbaserade hjälpmedel och annan informationsteknologi inom hjälpmedelsområdet. Behovet av sådana insatser bör fortlöpande bedömas i samband med den pågående utvecklingen av den treåriga försöksverksamheten med uppbyggnad av regionala centra för datorbaserade hjälpmedel och som samordnas av Handikappinstitutet.

Bilverkstaden bör enligt utredningens uppfattning även i fortsättningen kunna vara knuten till Handikappinstitutet. Genom detta får bilverkstaden tillgång till institutets kompetens både vad gäller tekniska frågor och informationsinsatser. En förutsättning bör dock även i fortsättningen vara att verksamheten är självfinansierande.

Forskning och utveckling

Forsknings- och utvecklingsinsatser inom hjälpmedelsområdet är enligt utredningens uppfattning angelägna.

Handikappinstitutet har enligt utredningens mening en viktig uppgift att verka för samordning av FoU-insatserna inom hjälpmedelsområdet och att analysera inom vilka områden utvecklingsinsatser är mest angelägna samt sprida information om detta. Institutet kan på detta sätt initiera och stimulera till att nya och bättre hjälpmedel utvecklas.

Handikappinstitutet bör också enligt vår mening på ett systematiskt sätt följa och sprida information om pågående forsknings- och utvecklingsarbete till olika intressenter inom hjälpmedelsområdet.

Handikappinstitutet har en viktig uppgift att se till att modern teknik och kunskap om funktionshinder leder till utveckling av nya och effektivare hjälpmedel. Institutet bör — utifrån sina kunskaper om behoven — stimulera, initiera och verka för samordning av forskning och utveckling inom hjälpmedelsområdet. Denna roll kommer nu att bli än viktigare de närmaste åren med hänsyn till de nya resurser som tillkommit för FoU inom hjälpmedelsområdet. Som exempel kan nämnas professurerna vid de tekniska högskolorna i Stockholm och Lund med nära anknytning till hjälpmedelsområdet, Handitek i Borlänge, forskarbyarna Ideon i Lund och Malmö m.m.

Vi anser det även viktigt att institutet kan förfoga över vissa medel som kan fördelas till angelägna forsknings- och utvecklingsprojekt inom hjälpmedelsområdet.

Handikappinstitutet bör aktivt delta i uppbyggnaden av regionala resurscentra för utveckling av datorbaserade hjälpmedel och försörjningssystem för dessa.

Institutets egna utredningsresurser bör enligt utredningens mening utnyttjas för övergripande studier av t.ex. den yttre och inre miljöns tillgänglighet, olika funktionshinderns omfattning i befolkningen och de hjälpmedelsbehov som finns. Sådana kunskaper behövs både som underlag för provningsverksamheten och för den samordnande rollen vad gäller FoU-verksamheten.

Vidare behövs utredningar kring nya produkters och/eller teknologiers effekter avseende såväl kostnader som nytta. Den tekniska utvecklingen inom hjälpmedelsområdet är snabb och behovet av sådana utvärderingar är stort.

Information och utbildning

Behovet av information och utbildning är stort inom hjälpmedelsområdet. Det gäller såväl till brukare som till dem som arbetar med hjälpmedel. Handikappinstitutet har här en viktig uppgift.

Informations- och utbildningsinsatserna bör enligt vår mening liksom hittills inriktas på att föra ut det kunnande som institutet får genom sin verksamhet. Detta kan ske genom konferenser, riktade utbildningsinsatser och informationsskrifter av olika slag. Institutets tidskrift "Informa-

tion om rehabilitering" kan i större utsträckning än tidigare användas till att sprida information om hjälpmedel och om institutets verksamhet på olika områden.

I takt med den ökade decentraliseringen utökas den personal som provar ut hjälpmedel kontinuerligt. Behovet av utbildning ökar. Här bör institutet ge hälso- och sjukvårdshuvudmännen ökat stöd i form av utbildning av vidareinformatörer samt produktion av utbildningsmaterial.

Institutet bör även arbeta med att påverka innehållet i grundutbildning, fort- och vidareutbildning för olika yrkeskategorier (t.ex. läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och teknisk personal).

Erfarenheter från brukare och personal

Handikapporganisationerna har ett stort och brett kunnande om hjälpmedelsfrågor. Det är enligt vår mening angeläget att deras erfarenheter tas tillvara i Handikappinstitutets verksamhet.

För att tillgodose behoven av bra hjälpmedel är det angeläget att även hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter tas tillvara. Kompetensen och kunnandet om hjälpmedel har utvecklats avsevärt inom hälso- och sjukvården. Det är enligt utredningens uppfattning angeläget att återföra dessa kunskaper till Handikappinstitutet. Institutet bör också genom sin informationsverksamhet sprida erfarenheter om goda exempel inom hjälpmedelsområdet till huvudmännen.

14.15 Tillsyn över hälso- och sjukvårdens hjälpmedelsverksamhet m.m.

Socialstyrelsen har som central förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvårds- samt socialtjänstområdet ansvar för tillsynen över hjälpmedelsområdet. Enligt utredningens uppfattning bör socialstyrelsen, med utgångspunkt i de allmänna principer som statsmakterna lagt fast för verksamheten, bedriva en förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvårdens verksamhet med hjälpmedel.

Väl fungerande hjälpmedel har stor betydelse för livskvaliteten för personer med funktionshinder. Vårt förslag om att slopa Handikappinstitutets centrala rekommendationer ökar betydelsen av att socialstyrelsen bedriver en kontinuerlig och effektiv tillsyn.

Hjälpmedelsverksamheten har stor omfattning och bedrivs inom många olika delar av hälso- och sjukvården. Behov av hjälpmedel uppkommer även inom andra delar av vård- och omsorgssektorn. Tillsynen över hjälpmedelsverksamheten bör därför ingå som en naturlig del i den tillsyn som socialstyrelsen normalt bedriver inom såväl hälso- och sjukvårdens område som inom omsorgerna för psykiskt utvecklingsstörda och socialtjänsten.

Regeringen har nyligen i prop. 1988/89:130 angett riktlinjerna för en förändring av socialstyrelsens framtida roll, inriktning och huvudsakliga

arbetsuppgifter. Enligt propositionen skall styrelsen i första hand rikta in sitt arbete på tillsyn i form av uppföljning och utvärdering av den verksamhet som kommuner, landsting och andra organ bedriver inom hälso- och sjukvård och socialsektorn. I tillsynen skall ingå att utifrån hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens uppgifter följa och beskriva olika gruppers levnadsvillkor. Vidare skall styrelsen följa och utvärdera kommunernas och landstingens verksamhet och utvecklingen inom berörda områden i relation till de av statsmakterna uppställda målen.

Vi anser det angeläget att den fortsatta utvecklingen inom olika delar av hjälpmedelsområdet följs upp och utvärderas systematiskt. Detta bör ske genom att socialstyrelsen på ett aktivare sätt än hittills följer hur olika grupper funktionshindrade får sina behov av hjälpmedel tillgodosedda och hur verksamheten utvecklas inom olika delar av landet. Genom återkommande redovisning av sådana kartläggningar och analyser bör statsmakterna få möjlighet att följa utvecklingen och ges underlag för att vid behov fatta kompletterande beslut om verksamhetens innehåll m.m. för att underlätta för funktionshindrade att få tillgång till de hjälpmedel de behöver.

Utöver nämnda uppföljning och utvärdering bör socialstyrelsen också genom aktiva stödåtgärder verka för att verksamheten med att tillhandahålla hjälpmedel utvecklas enligt statsmakternas intentioner. Socialstyrelsen bör således ha ett ansvar för att initiera och stimulera metodutveckling, utge allmänna råd, vårdprogramunderlag m.m. om behovsbedömning och utprovning av hjälpmedel.

Enligt vår uppfattning bör socialstyrelsens och Handikappinstitutets insatser kunna komplettera varandra på ett sätt som ger goda förutsättningar för ett effektivt centralt stöd åt hjälpmedelsverksamhetens utveckling. Det är därvid av stor betydelse att styrelsen och institutet finner väl fungerande samarbetsformer.

I fråga om samlad information och statistik kring hjälpmedel för funktionshindrade anser vi det naturligt att statistik- och informationsinsamlandet sker inom ramen för gängse insamling inom hälso- och sjukvårdsområdet. Enligt vår mening bör därför frågan om ett framtida statistikförsörjningssystem inom hjälpmedelsområdet tas upp av den redan arbetande utredningen om informationsstrukturen för hälso- och sjukvården. I sammanhanget finns det också anledning att erinra om den inom statistiska centralbyrån pågående uppbyggnaden av en statistikdatabas avseende bl.a. statistiska uppgifter om hälso- och sjukvård. Härutöver bör nämnas att socialstyrelsen fått regeringens uppdrag att genomföra en samlad utredning kring informationsbehovet inom socialtjänsten på statlig och kommunal nivå.

14.16 Kostnader och finansiering

Vi har i tidigare kapitel redovisat orsakerna till och konsekvenserna av en expanderande hjälpmedelsverksamhet. Allt fler får vård och omvårdnad i hemmet, vårdinsatserna i öppen vård ökar även i övrigt, andelen äldre

brukare av hjälpmedel har ökat, nya hjälpmedel har kommit ut på marknaden och ny teknik har medverkat till att befintliga hjälpmedel blivit bättre men också dyrare.

Allt talar för en fortsatt kraftig utveckling av hjälpmedelsverksamheten. Det kan här räcka med att nämna den ökande andelen äldre personer i befolkningen och en fortsatt omstrukturering av samhällets vård och omvårdnad mot eget boende. Till denna fortgående behovsutveckling skall läggas de ökade insatser som behövs för att tillgodose de behov som redan nu finns bland dagens funktionshindrade. Vi har inom flera områden konstaterat brister i dagens hjälpmedelsverksamhet. Vår kartläggning belyser bl.a. att det behövs ökade personalinsatser m.m. inom hörselvården för att väntetiderna skall bli acceptabla. Andra grupper med eftersatta hjälpmedelsbehov gäller bl.a. funktionshindrade med flerhandikapp och flerhandikappade psykiskt utvecklingsstörda. Kunskaper och metoder har tidigare delvis saknats beträffande dessa grupper hjälpmedelsbehov. De är därför ännu inte uppmärksammade och tillgodosedda i tillräcklig utsträckning. Dessa hjälpmedelsbehov ingår i hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvarsområde och det ankommer på huvudmännen att svara för att behoven tillgodoses inom ramen för tillgängliga resurser.

Utöver dagens hjälpmedelsverksamhet och dess resursbrister har vi också pekat på några områden där det är angeläget att huvudmännen utvidgar sina insatser. Det gäller bl.a. hjälpmedelsinsatser inom vuxenrehabilitering/habilitering, hjälpmedel som f.n. inte tillhandahålls av huvudmännen (ventilatorer, vissa datorstödda hjälpmedel, hjälpmedel inom sex och samlevnadsområdet m.m.) samt ökat stöd till utveckling och produktion av vissa hjälpmedel. Överslagsmässigt kan det beräknas gälla kostnadsökningar på några års sikt av storleken 20—30 milj. kr. per år inberäknat 2—3 milj. kr. för ökat stöd till utveckling och produktion av hjälpmedel.

Vi har inte redovisat något särskilt förslag för att finansiera de här nämnda kostnadsökningarna. Som vi framhållit kan brist på hjälpmedel orsaka ökat behov av andra samhällsinsatser och därmed ökade kostnader. Hjälpmedelsinsatser kan ur detta perspektiv därför vara ekonomiskt lönsamma åtgärder. Vi ser i övrigt inga andra finansieringsmöjligheter inom detta område än ökad användning av avgifter inom ramen för ett högkostnadsskydd.

I sammanhanget noterar vi med tillfredsställelse att staten och sjukvårdshuvudmännen nyligen träffat överenskommelse om att huvudmännen fr.o.m. år 1990 tillhandahåller insulinpumpar på motsvarande sätt som handikapphjälpmedel. Från samma tidpunkt kommer huvudmännen att svara för en successiv utbyggnad av taltjänst för personer med röst-, tal- och språkstörningar. Överenskommelsen innebär bl.a. att huvudmännen får ekonomisk kompensation inom ramen för den allmänna sjukvårdsersättningen från sjukförsäkringen.

Andra förslag gäller överföringen av huvudmannaskapet för vissa hjälpmedelsområden till sjukvårdshuvudmännen. En överföring av

kostnadsansvaret för individuella hjälpmedel inom den kommunala barnomsorgen kan med ledning av en tidigare beräkning av Handikappinstitutet uppskattas gälla en kostnad av ca 3,5 milj. kr. per år. Kostnaderna för individuella hjälpmedel till barn och ungdomar vid statens specialskolor och folkhögskolor kan överslagsmässigt beräknas till ca 1 milj. kr. per år. Statens kostnader för tillhandahållande av texttelefoner har budgeterats till 8,3 milj. kr. för budgetåret 1988/89.

Beräknat utifrån 1988 års förhållanden innebär detta sammantaget en ökning av hälso- och sjukvårdshuvudmännens kostnader med närmare 13 milj. kr. per år och en minskning för staten med drygt ca 9 milj. kr. och för kommunerna med ca 3,5 milj. kr. Vid förändrat huvudmannaskap aktualiseras således en reglering av dessa belopp mellan huvudmännen.

I kapitel 7 redovisas utvecklingen av den statliga hjälpmedelsersättningen till hälso- och sjukvårdshuvudmännen och därvid konstateras bl.a. att ersättningen inte har följt kostnadsutvecklingen. Vi har också kunnat konstatera att den statliga hjälpmedelsersättningen i praktiken idag är av mindre betydelse för hjälpmedelsverksamhetens innehåll och utveckling. Den har heller knappast någon styrande eller påverkande roll. Detta hänger i hög grad samman med att ersättningen är frikopplad från den faktiska hjälpmedelsverksamheten och utgörs av ett schablonmässigt belopp per invånare inom ramen för överenskommelserna mellan staten och hälso- och sjukvårdshuvudmännen om den totala ersättningen från sjukförsäkringen till huvudmännen. Om en statlig ersättning skall få någon betydelse för verksamhetens utveckling bör den anknytas direkt till den verksamhet den avser att stödja.

Dagens hjälpmedelsverksamhet är inte längre någon enhetlig och sammanhållen verksamhet. Den är organisatoriskt uppdelad på flera områden och i varierade omfattning integrerad i övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Mot denna bakgrund kan ifrågasättas om det finns några bärande motiv att behålla den nuvarande särskilda hjälpmedelsersättningen. Vi finner det lämpligt att överväga att inordna den i den allmänna sjukvårdsersättningen från sjukförsäkringen till huvudmännen. Vi utesluter dock inte att det framdeles kan finnas behov av en särskild riktad statlig ersättning för att stimulera utvecklingen inom någon avgränsad del av hjälpmedelsverksamheten.

Som vi tidigare anfört bör frågan om ansvaret för tillhandahållandet av hjälpmedel prövas på nytt i samband med beredningen av äldredelegationens förslag i frågan om det framtida ansvaret för vård och service för äldre m.fl. Det blir då också naturligt att ta upp frågan om statens framtida medverkan i finansieringen av hjälpmedelsverksamheten.

Finansiering av Handikappinstitutet

Enligt utredningens mening bör möjligheterna prövas att i högre grad avgiftsbelägga vissa av Handikappinstitutets produkter och tjänster. Detta gäller provningsverksamhet, informations- och utbildningsinsat-

ser liksom sådan rådgivningsverksamhet som har karaktären av konsultinsatser.

Handikappinstitutet bör dock till största delen finansieras med en fast budget. För att ge möjlighet till en mer långsiktig planering och därmed en ökad stabilitet i verksamheten bör treåriga finansieringsramar fastställas för institutet. Med hänsyn till statens ansvar för bl.a. forskning och utveckling inom hjälpmedelsområdet är det enligt vår mening motiverat att staten direkt deltar i finansieringen genom ett anslag över statsbudgeten. I övrigt bör institutet liksom nu finansieras av hälso- och sjukvårdshuvudmännen inom ramen för ersättningen från sjukförsäkringen.

Om även primärkommunerna blir huvudmän för delar av hjälpmedelsverksamheten bör de, enligt vår mening, delta i institutets finansiering. Frågan om Handikappinstitutets finansiering bör därför prövas i anslutning till att dessa huvudmannaskapsfrågor tas upp till beredning. I detta sammanhang bör även frågan om institutets formella status klarläggas.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av sakkunniga Andén, Hagström, Kölhed och Wikström

Vår grundsyn på vad som är hjälpmedel liksom hur verksamheten skall organiseras skiljer sig väsentligt från utredningsmannens. Den integre-ring av hjälpmedelsverksamheten i hälso- och sjukvården som utred-ningen förordar liksom tankarna på ett delat huvudmannaskap mellan primärkommuner och landstingskommuner riskerar att leda till att hjälpmedelsförsörjningen, som identifierbar verksamhet, försvinner. En sådan utveckling skulle leda till att kompetensen tunnas ut och att upp-byggnad av ny kunskap försvåras. Försörjningen av hjälpmedel till män-niskor med bestående och/eller långvariga funktionshinder skall vara en egen verksamhet.

Mot bakgrund av denna grundläggande skillnad i synsätt har vi valt att, som särskilt yttrande, ge förslag på hur vi anser att verksamheten bör organiseras för att ge användarna rätt till och bästa möjliga tillgång till funktionskompenserande hjälpmedel. Vi menar också att den organisa-tion vi föreslår är en förutsättning för att verksamheten skall uppfylla de handikappolitiska mål som riksdagen antagit i sitt handikappolitiska program (SOU 1982:46), där det bland annat slås fast att:

Handikappades rätt till levnadsförhållanden som är likvärdiga med andra människors får inte påverkas av svängningar i samhällsekonomi. Åtgärder för att skapa full delaktighet och gemenskap måste vid-tas även om samhällets ekonomi är hårt ansträngd. Det är därför vik-tigt att utrymmet för reformer med sådant syfte inte görs beroende av den ekonomiska tillväxten. Åtgärder måste i stället utgå ifrån en rättvis och socialt medveten fördelningspolitik.

En konsumentinriktad försörjningsorganisation

Övergripande mål

Hjälpmedel skall ingå som en av flera av samhällets insatser för att stärka förutsättningarna till ett bra liv för människor med funktionshinder ge-nom att ge förutsättningar till självbestämmande, aktivitet och god livs-kvalitet:

- ☐ Rätten till hjälpmedel skall garanteras i lag
- ☐ Det övergripande ansvaret skall åvila staten
- ☐ Tillhandahållandet skall åvila landstingskommunerna (och jämförbara landstingsfria kommuner)
- ☐ Verksamheten skall vara urskiljbar med egen politisk styrning
- ☐ Kostnadsansvaret skall åvila staten fullt ut
- ☐ Hjälpmedlen skall vara kostnadsfria för den enskilde brukaren samt alltid betraktas som ett personligt hjälpmedel till personen med funktionshindret även när det används i en hjälpsituation
- ☐ Förbrukningsartiklar skall tillhandahållas kostnadsfritt till den som behöver sådana på grund av långvarig sjukdom/-varaktig funktionsnedsättning, oavsett diagnos och/eller funktionsnedsättningens art. Finansieringen skall som idag ske via socialförsäkringen.

Rätten till hjälpmedel skall garanteras i lag

Rätten till hjälpmedel skall garanteras i lag för personer med bestående och/eller långvariga funktionsnedsättningar och innebära att de personer som omfattas av lagen kostnadsfritt ges tillgång till hjälpmedel efter behov.

Lagen skall ge den enskilde rätt att själv bestämma sitt behov av hjälpmedel, både vad som skall betraktas som hjälpmedel och vilka hjälpmedel han/hon behöver. Detta innebär t.ex. även rätt till hjälpmedel för fritidsaktiviteter i vid bemärkelse.

Den som omfattas av lagen skall kunna få en legitimation, ett "hjälpmedelskort", som anger inom vilket/vilka områden han/hon skall få sina behov av hjälpmedel tillgodosedda och ge innehavaren rätt att själv bestämma vilka hjälpmedel inom dessa områden han/hon behöver.

Beslut om vem som omfattas av lagen samt kvalitet och innehåll i en hjälpmedelsinsats skall kunna överklagas. Det skall vara lätt att överklaga, vilket innebär att en första instans för överprövning skall ligga nära verksamheten.

Med hjälpmedel i lagens mening skall också avses utrustning för egen vård och behandling samt tolkverksamheten.

En särskild lagstiftning som garanterar rätten till hjälpmedel har stor betydelse för att hjälpmedelsverksamhetens utformning blir likvärdig över hela landet.

Den rekommendation om kostnadsfrihet som idag är knuten till Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning är ett medel att uppnå sådan likvärdig verksamhet. Vi avvisar därför tills vidare utredningens förslag att denna rekommendation tas bort.

Utkast till lag om hjälpmedel för personer med handikapp

1 § Denna lag reglerar rätten till hjälpmedel för människor med handikapp. Med hjälpmedel förstås här sådana föremål som kompenserar

funktionsnedsättningar och förstärker möjligheten för människor med handikapp att leva med god livskvalitet i gemenskap med andra. Som hjälpmedel i lagens mening menas också tolkverksamheten.

Med handikapp menas här en bestående och/eller långvarig funktionsnedsättning som skapar svårigheter i den dagliga livsföringen.

2 § Den som är handikappad har rätt att, efter egen framställan till landstingskommunen, erhålla de hjälpmedel han/hon behöver.

3 § Varje landstingskommun skall svara för utprovning och tillhandahållande av hjälpmedel enligt denna lag.

4 § Avgift får inte tas ut från den enskilde för hjälpmedel enligt denna lag.

Om rätt för landstingskommunen att få ersättning för sina kostnader för hjälpmedel stadgas i AFL (Lagen om allmän försäkring).

5 § Till landstingskommunens uppgifter hör:

- att göra sig förtrogen med handikappade människors behov av hjälpmedel,

- att informera människor med funktionsnedsättning om möjligheten att kompensera handikapp med hjälpmedel,

- att sörja för att behoven blir tillgodosedda,

- att främja utvecklingen på hjälpmedelsområdet.

6 § Landstingskommunens verksamhet på hjälpmedelsområdet handhas av en hjälpmedelsnämnd.

Landstingskommunen får tillsätta en särskild hjälpmedelsnämnd eller uppdra åt annan nämnd att vara hjälpmedelsnämnd.

7 § Hjälpmedelsnämndens beslut om hjälpmedel får överklagas hos länsrätten.

Huvudmannaskap och kostnadsansvar

Det övergripande ansvaret och huvudmannaskapet för hjälpmedelsverksamheten skall vara samlat. Staten skall ha ett övergripande ansvar med klart uttalade riktlinjer för verksamheten samt hela kostnadsansvaret. Dagens situation med ett delat kostnadsansvar mellan stat och landsting och mellan olika enheter har bl.a. inneburit att budgetmässiga hänsyn många gånger gått före hjälpmedelsverksamhetens behov av resurser och utveckling. Hjälpmedelsverksamheten har inte kunnat hävda sig i kostnadskonkurrensen mellan olika behov inom dagens problemfyllda sjukvård.

Hjälpmedelsverksamheten skall handhas av en egen politisk nämnd på landstingskommunal nivå. Vår tolkning av direktivens användande av begreppet sjukvårdshuvudmän är att en sådan organisation rymms inom direktivens anvisningar.

I det samlade verksamhetsansvaret skall även ingå ansvar för:

- forskning och utveckling av nya och bättre hjälpmedel,
- att bästa tänkbara metoder och teknik tillämpas vid framtagande av olika hjälpmedelslösningar,
- att resurser och kunskap finns för att tillverka sådana hjälpmedel som enskilda producenter av marknadsmässiga eller andra skäl inte finner lönsamma eller intressanta.

Riktlinjer och kvalitativa utgångspunkter för försörjningsorganisationens uppbyggnad

Allmänt sett skall försörjningsorganisationen vara uppbyggd så att målsättning och övergripande principer för verksamheten uppnås. Det innebär att vägledande begrepp för hjälpmedelsverksamhetens inriktning skall vara öppenhet och hög servicenivå i förhållande till de olika hjälpmedelskonsumenter som man har att betjäna:

- Verksamheten skall vara så organiserad att den utgår från den enskilde konsumentens rätt att själv bestämma sitt behov av hjälpmedel.

Utställnings-/utprovningscentraler

Regionalt, dvs. inom varje län, skall finnas vad vi benämner utställnings-/utprovningscentraler. Alternativt underlag för lokaliseringen av dessa centraler kan utgöras av lagom stora befolkningsområden.

Utställnings-/utprovningscentralerna skall ha ett brett utbud av hjälpmedel. Hjälpmedlen skall ställas ut på ett överskådligt och informativt sätt. De konsumenter som omfattas av lagens rättigheter ges därigenom möjlighet att själva välja de hjälpmedel de har behov av. Denna möjlighet skall inte stå i motsättning till att många behöver sakkunnig hjälp och skall kunna få sådan av personalen vid centralerna för att få sina behov av hjälpmedel tillgodosedda på bästa tänkbara sätt.

Verksamheten och resurserna vid centralerna skall således omfatta:

- utställning av ett brett sortiment hjälpmedel,
- tillgång till utrymmen och kompetent personal för utprovning, anpassning och individuell tillverkning av hjälpmedel, reparationservice samt resurser för realistisk inläring och träning,
- tillgång till specialistkompetens, särskilt resurspersonal,
- rutiner för uppföljning.

Vi tänker oss att nuvarande hjälpmedelscentraler och hjälpmedelsdelarna av hör- och syncentraler successivt förändrar sin verksamhet och omvandlas till utställnings-/utprovningscentraler.

Det är viktigt att uppbyggnaden av centralerna görs på ett sådant sätt att goda förutsättningar finns för utbyte av erfarenheter mellan olika kompetensområden. Det kan bl.a. gälla behov av att få tillgång till medicinsk och pedagogisk kompetens.

Förutom utställnings-/utprovningscentralerna, skall det finnas lokala

hjälpmedelsenheter. Dessa skall ha en större geografisk spridning och exempelvis finnas inom varje kommun. De skall vara organisatoriskt knutna till den centrala verksamheten. De lokala hjälpmedelsenheter skall således vara filialer till utställnings-/utprovningscentralerna.

De lokala enheterna skall också bedrivas som en öppen verksamhet. Hjälpmedelssortimentet vid dessa förutsätts bli mer begränsat än vid de centrala enheterna.

Hjälpmedelsbehov som förutsätter medicinska kunskaper och/eller är kopplade till medicinsk behandling för att kunna åtgärdas skall bedömas vid berörd klinik. Dock gäller att även personer med dessa hjälpmedelsbehov skall omfattas av lagen om rätt till hjälpmedel.

Vid tillfälliga enstaka hjälpmedelsbehov skall de lokala och centrala enheterna kunna fungera som distributörer av dessa hjälpmedel.

Verksamheten vid utställnings-/utprovningscentralerna och de lokala enheterna skall ha en gemensam ekonomi, gemensam arbetsledning samt ett sammanhållet utbildningsansvar.

Våra krav på en öppen verksamhet innebär att man som konsument skall kunna *välja* vilken nivå i organisaitonen man vill anlita. Det bör samtidigt ligga i verksamhetens intresse att styra behov av enklare art till filialerna för att vid utställnings-/utprovningscentralerna få tid och resurser att tillgodose mer omfattande hjälpmedelsbehov. Hög kompetens och uttalad serviceinställning måste därför också känneteckna verksamheten vid filialerna, och ett sammanhållet utbildningsansvar blir viktigt.

Utbildning och information

Vi vill poängtera betydelsen av att utbildningsansvaret blir sammanhållet mellan försörjningsorganisationens olika delar. I takt med den tekniska utvecklingen kommer, om tekniken kan tas tillvara, nya och bättre hjälpmedel att tillföras alla delar av hjälpmedelsområdet. Mot den bakgrunden blir organisationens förmåga att utveckla sin kompetens av avgörande betydelse. Idag finns det stora brister i landstingens interna kunskapsuppbyggnad.

Informationen till konsumenterna blir i detta perspektiv också en fråga av stor angelägenhet. Förutom att det i organisationen byggs in utställningar, skall även olika hjälpmedelskataloger finnas att tillgå.

Informationen skall också kunna målinriktas mot olika konsumentbehov. Informationsansvaret omfattar även uppsökande verksamhet.

Formerna för fungerande erfarenhetsutbyte med användarna måste byggas upp liksom den regionala försörjningsorganisationen.

Handikappinstitutet — ett konsumentinstitut

Till utredningens översyn och förslag vad gäller Handikappinstitutets verksamhet vill vi framföra följande kompletterande synpunkter:

Handikappinstitutet skall ha en sammanhållande och aktiv roll i uppgiften att utveckla hjälpmedelsverksamheten mot de uppställda målen

samt vara en stöd- och serviceorganisation för verksamheten i sin helhet.

Institutet bör därför ingå i det samlade huvudmannskapet för verksamheten.

Staten skall vara huvudman för institutet.

Det är av stor betydelse att personer med erfarenheter av att leva med funktionshinder får ett stort inflytande över institutets verksamhet.

Konsumenternas intresseorganisationer, handikapprörelsen, måste därför ha ett avgörande inflytande i institutets styrelse och ledning.

Institutet skall (förutom vad som tidigare sagts i utredningen):

- Stimulera, stödja och initiera forskning och utveckling inom hjälpmedelsområdet samt bedriva egna FoU-projekt.
- Initiera och stödja (även finansiellt) utveckling och produktion av hjälpmedel, varvid det är särskilt angeläget att uppmärksamma små brukargrupperns behov av hjälpmedel i fall där dessa annars kan uppfattas som icke lönsamma att producera på grund av en bedömd liten efterfrågan.
- Förverkliga idéer så att de leder till prototypframställningar. För detta måste resurser tillföras.
- Bedriva provningsverksamhet. En effektiv och vederhäftig provning är av största betydelse för en fortsatt positiv utveckling av hjälpmedelsverksamheten. Arbetet skall bedrivas så att utvecklingen av nya och bättre hjälpmedel främjas. För det krävs ökade resurser och anpassning till dagens tekniska utveckling. En annan lika viktig förutsättning för den framtida provningen är ett utvecklat återförande av brukarerfarenheter som grund för de krav som skall styra provningens innehåll och utformning. En framtida provningsverksamhet skall inte omfatta bedömningar av prisskälighet eller vara en aktiv del i sortimentsurvalet av hjälpmedel.
- Säkerhets-, funktions- och kvalitetsbedömningar skall vara *det enda avgörande* för om ett hjälpmedel som provats skall godkännas eller inte.

Handikappinstitutet skall ansvara för all provning. Säkerhetsprovning eller annan provning som bygger på klara och entydiga kravspecifikationer kan läggas ut på annan institution/provningsanstalt och behöver inte belasta institutets egen provning.

Institutets provningsverksamhet måste tillföras resurser och kompetens för att kunna ta sig an prototypprovning av nya hjälpmedel, som ett av samhällets aktiva medel att förnya och förbättra tillgången på bra hjälpmedel.

- Bedriva *egen* utbildnings- och kursverksamhet.

Konsumenterfarenheter knutna till hjälpmedelsanvändning skall ingå som ett väsentligt innehåll i all personalutbildning. Institutet skall aktivt arbeta för en sådan inriktning av personalutbildningen.

- I vid mening producera och sprida konsumentinformation om hjälpmedelsutbud och hjälpmedelsfrågor. Institutet skall arbeta för att det i varje landsting byggs upp hjälpmedelsutställningar. Institutet skall också ta initiativ till och ansvara för att det finns illustrativa och lättförståeliga hjälpmedelskataloger.
- Uppgiften inom verksamhetsområdet fysisk och miljömässig tillgänglighet skall finnas kvar hos institutet.
- Aktivt verka för att brukarna stärks i rollen som kunniga och medvetna konsumenter. Denna uppgift förutsätter ett bra och konstruktivt samarbete med berörda handikapporganisationer.

Kostnadsfria förbrukningsartiklar

Utredningen hänvisar till årets budgetproposition och i denna av regeringen aviserat förslag om kostnadsbeläggning. Vidare tar utredningen upp ett förslag, som tidigare framförts av riksförsäkringsverket när det gäller läkemedel, nämligen att landstingen bör få hela ansvaret, det vill säga även kostnadsansvaret för förbrukningsartiklar.

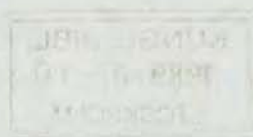
Bägge dessa förslag avvisas. Det är vår bestämda uppfattning att anledningen till att systemet med kostnadsfria förbrukningsartiklar, för de grupper som idag omfattas av det, fungerar så bra är att det är kopplat till socialförsäkringen och därmed fungerar lika över hela landet utan några budgetmässiga hänsyn. Däremot instämmer vi i utredningens synpunkter att man måste göra något åt de regler som idag styr vem som omfattas av systemet.

Vår åsikt är att var och en som på grund av långvarig sjukdom och/eller funktionsnedsättning behöver förbrukningsartiklar för egen vård och behandling skall erhålla dessa utan kostnad och utan hänsyn till sjukdomens/funktionsnedsättningens art.

Staten skall ha det övergripande ansvaret för verksamheten och, på samma sätt som idag, hela finansieringsansvaret via socialförsäkringen.

Nuvarande organisation med distribution genom Apoteksbolaget bör bibehållas.

I övrigt gäller de krav på en konsumentinriktad verksamhet, kvalitet, utbildning och information m.m. som ovan framförts för hjälpmedelsverksamheten även verksamheten med förbrukningsartiklar.



Statens offentliga utredningar 1989

Kronologisk förteckning

1. Rapport av den särskilde utredaren för granskning av hotbilden mot och säkerhetsskyddet kring statsminister Olof Palme. C.
2. Beskattning av fåmansföretag. Fi.
3. Integriteten vid statistikproduktion. C.
4. Fasta Öresundsförbindelser. K.
5. Samordnad länsförvaltning. Del 1: Förslag. C.
6. Samordnad länsförvaltning. Del 2: Bilagor. C.
7. Vidgad etableringsfrihet för nya medier. U.
8. UD:s presstjänst. UD.
9. Särskild inkomstskatt för utländska artister m.fl. Fi.
10. Två nya treåriga linjer. U.
11. Hushållssparandet - Huvudrapport från Spardelegationens sparundersökning. Fi.
12. Den regionala problembilden. A.
13. Mångfald mot enfald. Del 1. A.
14. Mångfald mot enfald. Del 2. Lagstiftning och rättsfrågor. A.
15. Storstadstrafik 2 - Bakgrundsmaterial. K.
16. Kostnadsutveckling och konkurrens i banksektorn. Fi.
17. Risker och skydd för befolkningen. Fö.
18. SÄPO - Säkerhetspolisens arbetsmetoder. C.
19. Regionalpolitikens förutsättningar. A.
20. Tullregisterlag m.m. Fi.
21. Sätt värde på miljön - miljöavgifter på svavel och klor. ME.
22. Censurlagen - en modernisering av biografförordningen. U.
23. Parkeringsköp. Bo.
24. Statligt finansiellt stöd? I.
25. Rapporter till finansieringsutredningen. I.
26. Kustbevakningens roll i den framtida sjöövervakningen. Fi.
27. Forskning vid de mindre och medelstora högskolorna. U.
28. Utbildningar för framtidens tandvård. U.
29. Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet. U.
30. Professorstillsättning. En översyn av proceduren vid tillsättning av professorstjänster. U.
31. Statens mät- och provstyrelse. I.
32. Miljöprojekt Göteborg - för ett renare Hisingen. ME.
33. Reformerad inkomstbeskattning
 - Skattereformens huvudlinjer. Del 1.
 - Inkomst av kapital. Del 2.
 - Inkomst av tjänst, lagtext och kommentarer. Del 3.
 - Bilagor, expertrapporter. Del 4. Fi.
34. Reformerad företagsbeskattning
 - Motiv och lagförslag. Del 1.
 - Expertrapporter. Del 2. Fi.
35. Reformerad mervärdesskatt m.m.
 - Motiv. Del 1.
 - Lagtext och bilagor. Del 2. Fi.
36. Inflationskorrigerad inkomstbeskattning. Fi.
37. Utländska förvärv av Svenska företag - en studie av utvecklingen. I.
38. Det nya skatteförslaget - sammanfattning av skatteutredningarnas betänkanden. Fi.
39. Hjälpmedelsverksamhetens utveckling - kartläggning och bedömning. S.

Statens offentliga utredningar 1989

Systematisk förteckning

Utrikesdepartementet

UD:s pressjänst. [8]

Försvarsdepartementet

Risker och skydd för befolkningen. [17]

Socialdepartementet

Hjälpmedelsverksamhetens utveckling - kartläggning och bedömning. [39]

Kommunikationsdepartementet

Fasta Öresundsförbindelser. [4]

Storstadstrafik 2 - Bakgrundsmaterial. [15]

Finansdepartementet

Beskattning av fåmansföretag. [2]

Särskild inkomstskatt för utländska artister m.fl. [9]

Hushållsparandet - Huvudrapport från Spardelegationens sparundersökning. [11]

Kostnadsutveckling och konkurrens i banksektorn. [16]

Tullregisterlag m.m. [20]

Kustbevakningens roll i den framtida sjöövervakningen. [26]

Reformerad inkomstbeskattning

- Skattereformens huvudlinjer. Del 1. [33]

- Inkomst av kapital. Del 2. [33]

- Inkomst av tjänst, lagtext och kommentarer. Del 3. [33]

- Bilagor, expertrapporter. Del 4. [33]

Reformerad företagsbeskattning

- Motiv och lagförslag. Del 1. [34]

- Expertrapporter. Del 2. [34]

Reformerad mervärdeskatt m.m.

- Motiv. Del 1. [35]

- Lagtext och bilagor. Del 2. [35]

Inflationskorrigerad inkomstbeskattning. [36]

Det nya skatteförslaget - sammanfattning av skatteutredningarnas betänkanden. [38]

Utbildningsdepartementet

Vidgad etableringsfrihet för nya medier. [7]

Två nya treåriga linjer. [10]

Censurlagen - en modernisering av biografförordningen. [22]

Forskning vid de mindre och medelstora högskolorna. [27]

Utbildningar för framtidens tandvård. [28]

Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet. [29]

Professorstillsättning. En översyn av proceduren vid tillsättning av professorstjänst. [30]

Arbetsmarknadsdepartementet

Den regionala problembilden. [12]

Mångfald mot enfald. Del 1. [13]

Mångfald mot enfald. Del 2. Lagstiftning och rättsfrågor. [14]

Regionalpolitikens förutsättningar. [19]

Industridepartementet

Statligt finansiellt stöd. [24]

Rapporter till finansieringsutredningen. [25]

Statens mät- och provstyrelse. [31]

Utländska förvärv av svenska företag - en studie av utvecklingen. [37]

Civildepartementet

Rapport av den särskilde utredaren för granskning av hotbilden mot och säkerhetsskyddet kring statsminister Olof Palme. [1]

Integriteten vid statistikproduktion. [3]

Samordnad länsförvaltning. Del 1: Förslag. [5]

Samordnad länsförvaltning. Del 2: Bilagor. [6]

SÄPO - Säkerhetspolisens arbetsmetoder. [18]

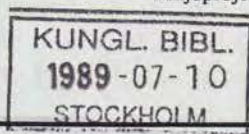
Bostadsdepartementet

Parkeringsköp. [23]

Miljö- och energidepartementet

Sätt värde på miljön - miljöavgifter på svavel och klor. [21]

Miljöprojekt Göteborg - för ett renare Hisingen. [32]



8

ALLMÄNNA FÖRLAGET

BESTÄLLNINGAR: ALLMÄNNA FÖRLAGET, KUNDTJÄNST, 106 47 STOCKHOLM.
TEL: 08-739 96 30, FAX: 08-739 95 48.

INFORMATIONSBOKHANDELN, MALMTORGSGATAN 5 (VID BRUNKEBERGSTORG), STOCKHOLM.