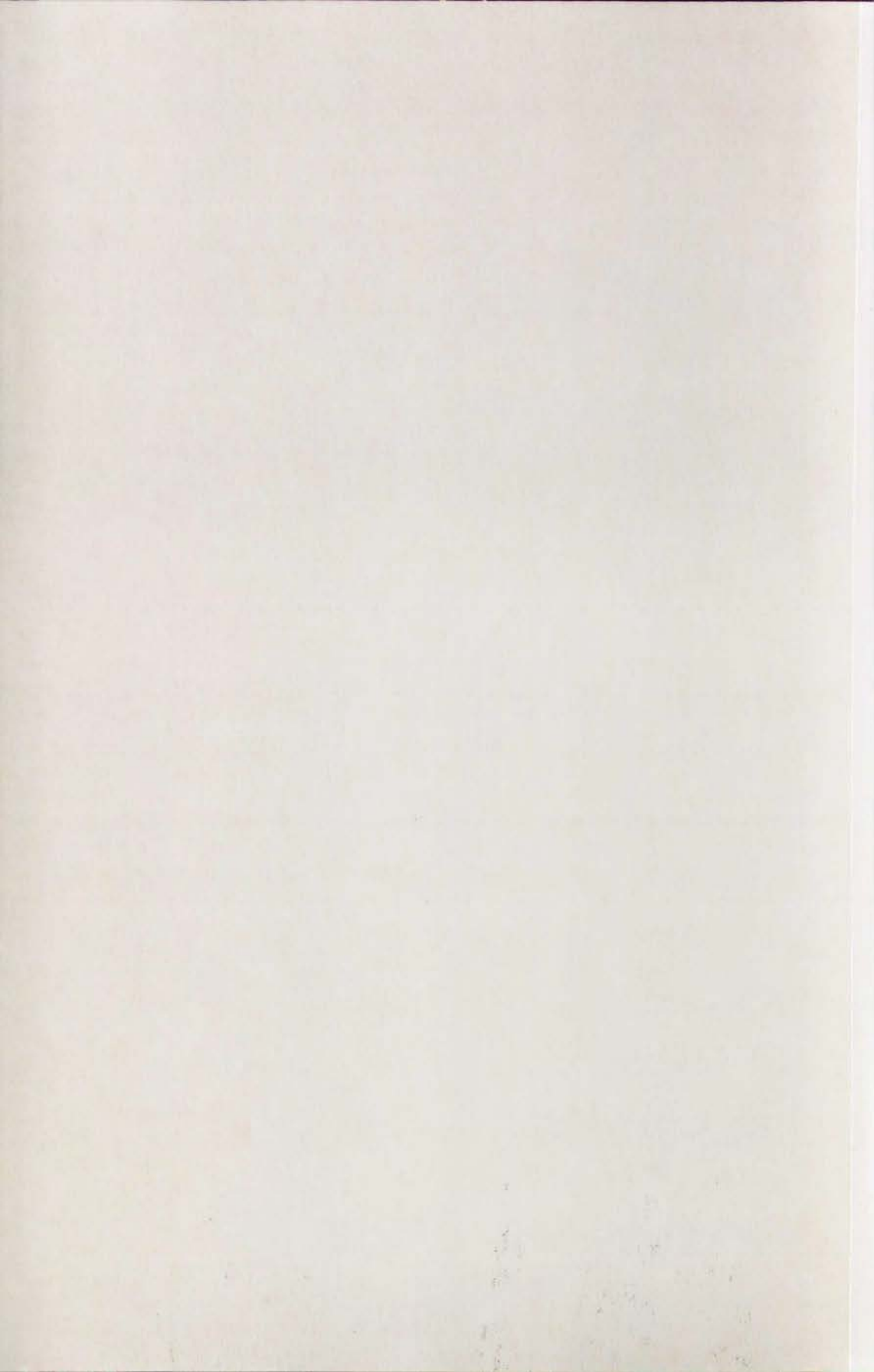


Hjälpmedels- verksamhetens utveckling

Bilagor

SOU
1989:47

**Betänkande av Hjälpmedels-
utredningen**



Ref

77



Statens offentliga utredningar
1989:47
Socialdepartementet

Hjälpmedels- verksamhetens utveckling

Bilagor

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 91-38-10364-8

ISSN 0375-250X

Svenskt Tryck Stockholm 1989 931378

FÖRORD

Hjälpmedelsutredningens betänkande, Hjälpmedelsverksamhetens utveckling - kartläggning och bedömning (SOU 1989:39), bygger bl.a. på de enkäter som utredningen genomförde under hösten 1987 och våren 1988. I denna bilagedel till betänkandet redovisas materialet från dessa enkäter och från tre utredningsrapporter som utarbetats för hjälpmedelsutredningens räkning.

Den första enkäten sändes till sju hälso- och sjukvårdshuvudmän som ombads besvara dels ett antal frågor om hela verksamheten (redovisas i bil. 1), dels detaljerade frågor om de olika verksamhetsgrenarna inom hjälpmedelsverksamheten (redovisas i bil. 2-6).

Den andra enkäten om hjälpmedelsverksamheten sändes till övriga hälso- och sjukvårdshuvudmän och omfattade dels vissa av de frågor som besvarats av de första sju huvudmännen, dels ytterligare ett antal frågor. (Redovisas i bil. 1.)

Hjälpmedelsutredningen genomförde även en enkät till handikapporganisationerna på länsnivå. Resultaten av denna enkät redovisas i bil. 7.

Bilagorna 8-10 utgörs av tre rapporter. På uppdrag av hjälpmedelsutredningen genomförde revisor Leif Lundberg en utredning om Handikappinstitutet. Utredningsrapporten redovisas i bil. 8.

Handikappinstitutet genomförde för utredningens räkning en studie över de framtida tekniska möjligheterna inom hjälpmedelsområdet. Denna studie redovisas i bil. 9.

På uppdrag av hjälpmedelsutredningen genomförde prof. emer. Sven-Olof Brattgård en studie över de framtida medicinska möjligheterna. Denna rapport redovisas i bil. 10.

INNEHÅLL

BILAGA 1 ENKÄTSAMMANSTÄLLNING OMFATTANDE SAMTLIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSHUVUDMÄN

1.1	Hjälpmedelsverksamhetens ledning.....	13
1.2	Budget och kostnader för hjälpmedelsverksamheten.....	20
1.3	Samverkan med handikapporganisationerna.	28
1.4	Sortiment av hjälpmedel.....	30
1.5	Hjälpmedel som inte finns på den lokala hjälpmedelsförteckningen.....	35
1.6	Huvudmannens resurser för att tillgodosätta utbildningsbehovet hos hjälpmedelspersonalen.....	39
1.7	Hjälpmedel till personer med flerhandikapp.....	40
1.8	Avgifter inom hjälpmedelsverksamheten...	41
1.9	Datorbaserade hjälpmedel.....	45
1.10	Förbrukningsartiklar som ej omfattas av sjukförsäkringen.....	51
1.11	Synpunkter på hjälpmedelsverksamheten...	52

BILAGA 2 ENKÄTSAMMANSTÄLLNING - HJÄLPMEDELSCENTRALERNA

2.1	Verksamhetens organisation vid hjälpmedelscentralerna.....	61
2.2	Personal vid hjälpmedelscentralerna.....	64
2.3	Sortiment av hjälpmedel.....	66
2.4	Inköpsverksamhet och förrådshållning....	67
2.5	Teknisk service.....	68
2.6	Verksamhet i primärvården.....	70
2.7	Verksamhet inom läns- och region-sjukvården.....	73
2.8	Budget och kostnader.....	79
2.9	Avgifter inom hjälpmedelscentralernas ansvarsområde.....	86
2.10	Vissa hjälpmedel.....	86
2.11	Antal personer som fått hjälpmedel genom hjälpmedelscentralernas verksamhet.....	93

2.12	Var sker de flesta ordinationerna?.....	94
2.13	Synpunkter på hjälpmedelscentralernas verksamhet.....	95

BILAGA 3 ENKÄTSAMMANSTÄLLNING - HÖRCENTRALERNA, INKL. DEN HÖRSELPELAGOGISKA VERKSAMHETEN

3.1	Verksamhetens organisation vid hörcentralerna.....	99
3.2	Personal vid hörcentralerna.....	103
3.3	Sortiment av hjälpmedel.....	104
3.4	Inköpsverksamhet, teknisk service och förrådshållning.....	104
3.5	Budget och kostnader.....	105
3.6	Avgifter inom hörcentralernas ansvarsområde.....	108
3.7	Vissa hjälpmedel - inkl. väntetider.....	109
3.8	Datorbaserade hjälpmedel för döva och hörselskadade.....	122
3.9	Synpunkter på hörcentralernas verksamhet.....	122
3.10	Hörselpedagogisk verksamhet.....	124

BILAGA 4 ENKÄTSAMMANSTÄLLNING - SYNCENTRALERNA

4.1	Verksamhetens organisation vid syncentralerna.....	131
4.2	Personal vid syncentralerna.....	133
4.3	Sortiment av hjälpmedel.....	135
4.4	Inköpsverksamhet, teknisk service och förrådshållning.....	135
4.5	Budget och kostnader.....	136
4.6	Avgifter inom syncentralernas ansvarsområde.....	139
4.7	Vissa hjälpmedel.....	139
4.8	Datorbaserade hjälpmedel för synskadade.....	154
4.9	Synpunkter på syncentralernas verksamhet.....	154

BILAGA 5 ENKÄTSAMMANSTÄLLNING - TOLKCENTRALERNA

5.1	Verksamhetens organisation vid tolkcentralerna.....	157
5.2	Personal vid tolkcentralerna.....	160
5.3	Budget och kostnader.....	162
5.4	Avgifter för tolkverksamhet.....	163
5.5	Försäljning av tolktjänster.....	163
5.6	Förmedlade tolkuppdrag.....	164

5.7	Personer som är berättigade till tolktjänst.....	168
5.8	Tillgång till tolktjänst.....	171
5.9	Texttelefoner.....	171
5.10	Synpunkter på tolkcentralernas verksamhet.....	173

BILAGA 6 ENKÄTSAMMANSTÄLLNING - ORTOPEDTEKNISK VERKSAMHET

6.1	Verksamhetens organisation.....	177
6.2	Personal vid de ortopedtekniska enheterna.....	179
6.3	Sortiment av hjälpmedel.....	180
6.4	Inköpsverksamhet, teknisk service och förrådshållning.....	180
6.5	Budget och kostnader.....	181
6.6	Avgifter inom den ortopedtekniska verksamheten.....	186
6.7	Vissa hjälpmedel.....	186
6.8	Synpunkter på den ortopedtekniska verksamheten.....	196

BILAGA 7 ENKÄT OM HJÄLPMEDELSVERKSAMHETEN TILL HANDIKAPPORGANISATIONERNAS LÄNSAVDELNINGAR

7.1	Inledning.....	199
7.2	Samverkansformer i hjälpmedelsfrågor mellan organisationerna och hälso- och sjukvårdshuvudmännen.....	200
7.3	Den intressepolitiska bevakningen av hjälpmedelsfrågorna.....	201
7.4	De informella samverkansformerna mellan huvudmännen och länsorganisationerna....	201
7.5	Länsorganisationernas syn på hur hjälpmedelsverksamheten fungerar.....	204
7.6	Väntetider för utprovning, tolkservice m.m.....	206
7.7	Uppfattningen om den tekniska servicen..	207
7.8	De enskilda brukarnas kontakter med organisationerna i hjälpmedelsfrågor....	208
7.9	Huvudmännens information till brukarna..	209
7.10	Har det blivit lättare eller svårare att få hjälpmedel de senaste åren?.....	210
7.11	Organisationernas syn på hjälpmedelsverksamhetens förändring de senaste fem åren.....	211
7.12	Flerhandikappades hjälpmedelsbehov.....	213
7.13	Övriga synpunkter på hjälpmedelsverksamheten.....	214

BILAGA 8 UTREDNING OM HANDIKAPPINSTITUTETS ROLL OCH VERKSAMHET

1	Inledning.....	218
2	HIS organisation och verksamhet m.m.....	219
	2.1 Historik.....	219
	2.2 Avtal.....	220
	2.3 Stadgar.....	220
	2.4 Ekonomi.....	221
	2.5 Organisation och personal.....	222
	2.6 Verksamhet.....	223
3	Analys och allmänna överväganden.....	234
	3.1 Förändringar i hjälpmedelssystemet..	234
	3.2 HIS roll och uppgifter.....	236
4	Särskilda frågor.....	241
	4.1 HIS normerande uppgifter.....	241
	4.2 Provning och produktgodkännande.....	242
	4.3 Bilverkstaden.....	244
	4.4 Standardiseringsarbete.....	245
	4.5 Internationella kontakter.....	245
	4.6 Kartläggningar av behov, organi- sation och försörjningsläge.....	246
	4.7 Forskning och utveckling.....	247
	4.8 Insatser avseende bostads- anpassning/bostadsmiljö.....	248
	4.9 Information och utbildning.....	248
	4.10 Organisation och arbetsformer m.m..	249
	Bilaga 1 Intervjuade personer.....	251
	Bilaga 2 HIS styrelse.....	253

BILAGA 9 TEKNIKEN GER MÖJLIGHETER

1	Inledning.....	256
2	Teknikens möjligheter - Ett tioårs- perspektiv.....	258
	2.1 Utgångspunkter.....	261
	2.2 Synskadade och dövblinda.....	262
	2.3 Hörselskadade och döva.....	264
	2.4 Tal-, språk och kommunikations- handikapp.....	266
	2.5 Förståndshandikappade.....	268
	2.6 Rörelsehindrade.....	269
	2.7 Medicinskt handikappade.....	276
3	Försörjningssystemet för hjälpmedel....	278
	3.1 Inledning.....	278
	3.2 Försörjningssystemets utveckling i stort.....	279
	3.3 Undersökningens uppläggning.....	280

3.4	Olika hjälpmedelsgrupper i förhållande till nuvarande försörjningssystem för hjälpmedel.....	283
3.5	Något om kostnadsutvecklingen på hjälpmedelsområdet.....	296
4	Sammanfattning och slutsatser.....	298
	Bilaga 1 Befintliga produkter/hjälpmiddel ej inordnade i försörjningssystemet.....	302
	Bilaga 2 Produkter under utveckling...	312

BILAGA 10 MEDICINSKA FRAMSTEGENS INVERKAN PÅ HJÄLPMEDLSBEHOVET

1	Uppdraget.....	328
2	Begreppsbestämningar med kommentarer....	328
3	Indelningsgrunder.....	332
4	Undersökningsmetod.....	333
5	Bedömningar av förändringar i hjälpmedelsbehovet.....	333
	5.1 Övergripande synpunkter.....	333
	5.2 Tal.....	334
	5.3 Hörsel.....	335
	5.4 Syn.....	335
	5.5 Rörelsefunktion.....	336
	5.6 Hud.....	337
	5.7 Utsöndring.....	338
	5.8 Cirkulation.....	338
	5.9 Immunsystem.....	338
	5.10 Ämnesomsättning.....	339
	5.11 Andning.....	339
	5.12 Psyke.....	340
	5.13 Digestion.....	340
6	Sammanfattning.....	340

BILAGA 1

ENKÄTSAMMANSTÄLLNING OMFATTANDE SAMTLIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSHUVUDMÄN

I denna bilaga redovisas svaren på de frågor som ställts till samtliga hälso- och sjukvårdshuvudmän genom hjälpmedelsutredningens två enkäter om hjälpmedelsverksamheten. Några av enkätfrågorna ställdes endast till de huvudmän som ingick i den andra enkätomgången. Detta framgår av redovisningen för de aktuella frågorna.

Eftersom svaren från de olika sjukvårdsområdena i Stockholms läns landsting i vissa fall skiljer sig åt redovisas svaren från dessa genomgående som 5 separata svar. Det innebär att totala antalet svarande i denna bilaga är 30 eftersom Stockholms läns landsting genomgående redovisas som 5 huvudmän.

1.1 Hjälpmedelsverksamhetens ledning

Under rubriken verksamhetens ledning ställdes frågor om organisatorisk tillhörighet, administrativ ledning och politisk ledning.

Organisatorisk tillhörighet

- Samordnad verksamhet inom egen förvaltning	4
- Samordnad verksamhet inom en förvaltning som även har <u>annan verksamhet</u> (se nedan)	18
- Ledningen uppdelad på <u>flera förvaltningar</u> (se nedan)	8

Antal huvudmän (Stockholms läns landsting räknas som 5 huvudmän)	30
--	----

"Annan verksamhet"

Av de 18 huvudmän som angivit alternativet "samordnad verksamhet inom en förvaltning som även har annan verksamhet" har 14 beskrivit vilken "annan" verksamhet som avses. Detta framgår av nedanstående uppställning. Siffrorna inom parentes anger antal huvudmän när svarsalternativet angivits av fler än en.

- Tandvård, sjuktransporter, medicinteknisk verksamhet, utomlänsvård m. m.
- Direkt under FU/hälso- och sjukvårdsdelegation
- Tillhör landstingets kansli, en av sektionerna i hälso- och sjukvårdsavdelningen
- Tillhör Länsvårdsförvaltningen. Alla kliniker inom slutenvård samt enheter med länsövergripande verksamhet t.ex. ambulans, rehabilitering, hjälpmedelsverksamhet.
- Omsorgsnämnden och länssjukvårdsnämnden
- Länssjukvården
- Landstingets försörjningsavdelning
- Centralförvaltningen (2)
- Läns- och regionsjukvård
- Sjukvårdsförvaltningen (2)
- Tillhör ett av sjukhusen

"Flera förvaltningar"

Av de 8 huvudmän som angivit alternativet "ledningen uppdelad på flera förvaltningar" har 6 beskrivit vad detta innebär:

- Sociala förvaltningen + ett av sjukvårdsdistriktens förvaltningar
- Hjälpmedelscentralen i ett sjukvårdsområde hör till motsvarande primärvårdsområde, hjälpmedelscentralen i det andra sjukvårdsområdet hör till sjukhuset.
- Försörjningsförvaltningen har ansvar för hjälpmedel till rörelsehindrade, syn- tål- ortopedtekniska och medicinska hjälpmedel liksom glasögonbidrag. Två separata distriktsnämnder har ansvar för hörselhjälpmedlen. Pedagogisk hörselvård och tolkcentral hör till sociala nämnden.
- Uppdelat på 6 sjukvårdsdistrikt plus social avdelning.
- Hjälpmedelscentralen tillhör somatiska rehabiliteringskliniken, (långvård + rehabblock) Hjälpmedelscentralen för barn tillhör sociala nämnden. Hela kostnadsansvaret åvilar dock långvårds-/rehabiliteringsblocket. Ortopedtekniska avdelningen tillhör tekniska avdelningen/administrativa serviceblocket. Audiologkliniken/hörcentralerna tillhör kirurgi-blocket.
- Decentraliserat till 4 sjukvårdsförvaltningar
- Hjälpmedelsverksamheten hör till hälso- och sjukvården. Den sjukvårdsförvaltning som har ansvar för länsspecialiteterna har också ansvar för hjälpmedelsverksamhetens olika enheter.

Administrativ ledning (personal, budget)

- Hos 17 huvudmän (av 30) finns hjälpmedelschef/sekreterare
- Hos 6 huvudmän har hjälpmedelskonsulent samordningsansvar/övergripande ansvar för hela hjälpmedelsverksamheten
- Hos 1 huvudman är budgetansvaret helt fördelat på kliniker/motsvarande
- Hos 8 huvudmän är budgetansvaret helt sammanhållet i en central hjälpmedelsbudget
- Hos 17 huvudmän är budgetansvaret för hjälpmedelscentralen (ibland även något ytterligare) lagt på hjälpmedelschef/-konsulent och övriga hjälpmedelsbudgetar fördelade på resp. kliniker.
- Hos 12 huvudmän tillhör personalen m.m. resp. klinik/motsvarande utom hjälpmedelscentralens personal som finns i personalstat för hjälpmedelscentralen med hjälpmedelschef/konsulent som personalansvarig
- Hos 1 huvudman har varje hjälpmedelsenhet en funktionsansvarig chef (budget, personal, drift) som är underställd hjälpmedelschefen.

Politisk ledning

Av nedanstående figur framgår hur huvudmännen har besvarat frågan om hur verksamheten leds på politisk nivå. Frågan ställdes med sex olika svarsalternativ. Av 30 huvudmän har 13 angivit endast en nämnd/motsvarande som ansvarig för verksamheten. Övriga har angivit 2 eller flera alternativ. De 13 huvudmän som angivit endast ett alternativ är inringade i figuren.

Politisk ledning av hjälpmedelverksamheten

	FU eller motsvarande nämnd	HSN	Annan central nämnd	Decentra- liserad organisa- tion t.ex. lokal sjukvårds- styrelse	Verksam- hets- grenarna har olika politisk ledning	Oika nämnder beslutar i olika frågor
AB-S	x	x		x		
AB-SV	x	x		x		
AB-V	x	x		x		
AB-NO+NV	x	x		x		
C			x			
D			x			
E		x				
F	x		x		x	x
G			x			
H	x			x		
K		x				
L			x	x	x	x
M		x	x	x	x	x
N			x			
O	x			x		
P		x			x	x
R			x			
S		x		x	x	x
T	x		x		x	x
U		x				
W	x	x				
X	x			x	x	x
Y	x					
Z				x		
AC	x				x	
BD		x				
OG		x	x			
MM		x				
I		x				

Politisk ledning - decentraliserad organisation

I svaren hos de 11 huvudmän som angivit att man har en decentraliserad politisk organisation förekommer följande alternativa former/benämningar.

- Sjukvårdsstyrelse för resp. sjukvårdsområde
- Läns- och regionsjukvårdsdirektion
- Lokala sjukvårdsdirektioner
- Sjukvårdsnämnder
- Distriktsnämnder
- Distriktsdirektioner
- Blocknämnder
- Sjukhusnämnder
- Sjukhusdirektioner

Politisk ledning - annan central nämnd

I svaren från de 10 huvudmän som har ansvaret förlagt helt eller delvis till annan central nämnd förekommer följande nämnder:

- Social nämnd
- Nämnd för länsövergripande hälso- och sjukvårdsverksamhet
- Hjälpmedelsdelegation
- Försörjningsnämnd
- Länsvårdsnämnd

Hos 6 huvudmän har hjälpmedelsverksamhet lagts på sociala nämnden.

Nedanstående uppställning visar hur ledningen av verksamheten fördelas hos dessa huvudmän.

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| 1. Under sociala nämnden: | Under sjukhusledning: |
| - Hjälpmedelscentral | - Ortopedteknisk avd. |
| - Hörcentral | |
| - Syncentral | |
| - Tolksentral | |

- | | |
|--|---|
| <p>2. Under sociala nämnden:
 - Tolkcentral</p> | <p>Under "annan" central nämnd:
 - Hjälpmedelscentral
 - Hörcentral
 - Syncentral
 - Ortopedteknisk avd.</p> |
| <p>3. Under förvaltningsutskottet; distriktsnämnd och social nämnd:
 Hjälpmedelsdelegation
 - Hjälpmedelscentral
 - Hörcentral
 - Syncentral
 - Tolkcentral
 - Ortopedteknisk avd.</p> | |
| <p>4. Under sociala nämnden:
 - Tolkcentral</p> <p>Under distriktsnämnder:
 - Hörcentraler</p> | <p>Under försörjningsnämnd:
 - Hjälpmedelscentral
 - Syncentral
 - Ortopedteknisk avd.</p> |
| <p>5. Under sociala nämnden:
 - Tolkcentral</p> | <p>Under hälso- och sjukvårdsdelegationen; sjukvårdsdirektioner:
 - Hjälpmedelscentral
 - Hörcentral
 - Syncentral
 - Ortopedteknisk avd.</p> |
| <p>6. Under sociala nämnden:
 - Tolkcentral</p> | <p>Under förvaltningsutskottet; blocknämnder:
 - Hjälpmedelscentral
 - Hörcentral
 - Syncentral
 - Ortopedteknisk avd.</p> |

Hur länge har nuvarande organisation funnits?

Samtliga 30 huvudmän har besvarat frågan. Man kan konstatera att flertalet har genomfört organisatoriska förändringar under 1980-talet. Endast 6 huvudmän har en organisation som är äldre. Hos 5 av dessa är förändringar aktuella, liksom hos 13 av dem som organiserat om under 1980-talet. Se nedanstående uppställning.

Sedan 1969	1 - förändring aktuell
Sedan 1976	5 - förändring aktuell hos 4
Sedan 1980-1988	24 - förändring aktuell hos 13

Beslut om/planer på förändringar

Utöver de 18 huvudmän som besvarat denna fråga jakande (se även under ovanstående rubrik) har 10 svarat nej, medan 2 ej svarat alls. Se nedan.

Ja	18
Nej	10
Ej svar	2

Hur upprättas den lokala hjälpmedelsförteckningen?

I svaren på frågan anger 27 huvudmän att de har en lokal förteckning. Dessutom anger 2 att de har Handikappinstitutets förteckning plus ett tillägg till dessa. En huvudman svarar att lokal förteckning ej finns. Se nedan.

Har lokal förteckning	27
Institutets förteckning + tillägg	2
Har ej lokal förteckning	1

Hos 22 huvudmän förekommer samverkan/samråd/information/remissförfarande med/till handikapporganisationer vid upprättande av lokal hjälpmedelsförteckning. Detta sker genom Länshandikapprådet (LHR) eller på annat sätt.

Sammanfattningsvis beskrivs processen för att ta fram den lokala förteckningen på följande sätt:

- Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning bildar underlag tillsammans med

- huvudmannens egna anvisningar och tidigare beslut om hjälpmedel och
- synpunkter från ordinatorer/utprovare, brukare, handikapporganisationer etc.
- Behandling av underlagsmaterialet sker i beredningsgrupper eller liknande och
- förslag sammanställs.
- Förslaget diskuteras/informeras om/remitteras till handikapporganisationerna via LHR, referensgrupp eller liknande.
- Beslut tas i ansvarig nämnd

Hur sker sortimentsurval?

Av svaren på frågan om hur sortimentsurvalet går till kan följande generella berednings- och beslutsprocess anges.

- Av Handikappinstitutet rekommenderat sortiment används som underlag tillsammans med
- SUB-avtal
- Olika former av grupper hos huvudmannen bereder/handlägger, värderar, avger utlåtande etc.:
 - * Specialistgrupper (för olika produktområden)
 - * Produktgrupp
 - * Inköpsgrupp
 - * Sortimentsgrupp
 - * Funktionsgrupp
- Utvärdering hos huvudmännen av tänkbart sortiment utifrån:
 - * Praktiska tester (tekniska och funktionella)
 - * erfarenhet av produkter (personal och brukare)
 - * Sammanvägning av teknisk, funktionell och ekonomisk bedömning
- Beslut om sortiment tas i ansvarig nämnd. Hos några huvudmän är dock beslutsfattandet till viss del delegerat till tjänstemän (hjälpmedelschef, klinikchef). Undantag kan t.ex. vara kontroversiella beslut och beslut med stora ekonomiska konsekvenser.

1.2 Budget och kostnader för hjälpmedelsverksamheten

Under denna rubrik ställdes frågor om antalet hjälpmedelsenheter hos huvudmännen och kostnader för inköp

av hjälpmedel, främmande tjänster och personal för
resp. ansvarsområde.

Antal hjälpmedelsenheter hos resp. huvudman år
1987/1988

	Hjälp- medels- central	Hör- central	Syn- central	Tolk- central	Ortoped- teknisk avd.
AB-S					
AB-SV	4	4 (+7)	3	1	10
AB-V					
AB NÖ+NV					
C	1	1	1	1	1
D	3	2	1	1	-*
E	1	2 (+1)	2	2	2
F	1	1 (+3)	1	1	1**
G	1	2	1	1	1
H	2	3	2	1	2
K	1	2	1	1	1
L	1 (+3)	2	1	1	2
M	2	7	2	1	2 (+1)
N	2	4	1	1	2
O	2	2 (+1)	0***		2
P	2	4 (+2)	2	1	2**
R	1	5 (+1)	1	2	2
S	1	5 (+2)	1	1	1
T	1 (+2)	3	1	1	1 (+2)**
U	1	2	1	1	1
W	1 (+5)	1 (+1)	1	1	1 (+2)
X	1	2 (+2)	1	1 (+1)	2
Y	1	4	1	1	3
Z	1	1 (+1)	1	1	1
AC	4	3	2	1	1
BD	1	6	1	1	1 (+1)
OG	1	1 (+2)	1	1	1**
MM	1	1	1	1	2
I	1	1	1	1	1

* Ej svar

** Ortopedteknisk verksamhet i egen regi

*** Köper tjänster av angränsande huvudmän

() Uppgifter inom parentes anger antal kända filialer
Antal gemensamma enheter

Redovisning av de bearbetade svaren på frågorna om kostnader för inköp av hjälpmedel m.m. sker i SOU 1989:39, kapitel 7. Kostnader och kostnadsutveckling för hjälpmedel.

Förfarandet vid budgetunderskott

Samtliga huvudmän har besvarat frågan. Svaren har fördelats på tre kategorier. Några huvudmän har besvarat frågan så att de placerats i fler än en kategori.

<u>Svarskategori</u>	<u>Antal huvudmän</u>
Regelbunden budgetuppföljning/budgetprognoser/information till politiskt ansvariga vid underskott	13
Tilläggsanslag ges regelmässigt (efter redovisning och motivering)	11
Besparingsåtgärder vidtas, t.ex. indragning av hjälpmedel, skärpta anvisningar	9

Hur genomförs budgetarbetet? Underlag ? Direktiv om budgetramar?

Samtliga huvudmän har svarat på frågan. Svaren har kunnat fördelas på fem kategorier. Flera huvudmän har svarat relativt utförligt och därför placerats i två eller flera kategorier medan andra svarat kortfattat och därmed placerats i endast en kategori. Se nedanstående uppställning.

- Rambudget	18
- Uppräkning av budget på grund av volymökning/ utökning av verksamheten	16
- Tidigare års budget/utfall utgör underlag	12
- Generell priskompensation alternativt procent- uppräkning	11
- Statistik från föregående år ger underlag	3

Vad är avgörande för fastställande av budget?

I frågan angavs alternativen "beräknat medelsbehov" eller "ekonomiskt utrymme".

- Beräknat medelsbehov	7
- Ekonomiskt utrymme	11
- Både/och	7
- Ej svar	5

Vem har budgetansvaret för hjälpmedel?

- Delat mellan hjälpmedelschef/konsulent och annan/andra, t.ex. klinikchefer	14
- Hjälpmedelschef/konsulent	8
- Samordningsansvar hos hjälpmedelschef/motsvarande och decentraliserat budgetansvar	5
- Decentraliserat ansvar till kliniker etc.	2
- Ej svar	1

Förekommer delat budgetansvar och ledningsansvar för
verksamhetens personal/drift?

På frågan om hur budgetansvar och ledningsansvar för verksamhetens drift (personal m.m.) fördelas svarade 15 huvudmän att detta ansvar delas mellan hjälpmedelschef/motsvarande och andra t.ex. klinikchefer på ögon-

kliniker m.fl. Hos 5 huvudmän angavs att hjälpmedelschef har totalt ansvar. Hos övriga 10 har 6 decentraliserat ledningsansvaret medan 4 inte svarat på frågan.

Åtgärder som de senaste två åren vidtagits för att begränsa hjälpmedelskostnaderna

Samtliga huvudmän har besvarat frågan. I viss mån har svaren kunnat fördelas på kategorier. Dessa kategorier redovisas nedan rangordnade efter hur många huvudmän som placerats i resp. kategori.

- Strykningar i hjälpmedelsförteckningen (9)
- Översyn/utredning (8)
- Besparingspaket/generella sparåtgärder (7)
- Införande av avgifter (7)
- Kostnads- lagerredovisning m.m. på data (5)
- Sortimentsbegränsning (5)
- Information om kostnader och ekonomiska ramar (3)
- Decentralisering av budget/kostnadsansvar (3)
- Förbättrade rutiner leder till effektivare verksamhet (3)
- Inga alls (3)
- Ändrade (skärpta) anvisningar (2)
- Temporärt inköpsstopp (2)
- Självfinansiering av reparationer (1)
- Nya lokaler ger effektivare verksamhet (1)
- Förbättrad uppföljning av hjälpmedel (1)
- Återanvändning ökat (1)

Hur styrande är hjälpmedelsersättningen i budgetarbetet?

De flesta av de 27 huvudmän som har besvarat frågan har svarat att hjälpmedelsersättningen inte alls styr budgetarbetet. Se nedanstående uppställning och redovisning av kommentarer.

Mycket	2
Litet	6*
Inte alls	21*
Ej svar	3

* Två huvudmän har angivit 2 alternativ.

Kommentarer:

- Bokföringspost i landstingets totalekonomi.
- Ingen koppling i budgetarbetet.
- Det noteras att statsbidrag finns men att det ej täcker kostnaderna.
- Lämnas som information när budgetmedlen äskas.
- Diskuteras inte i något sammanhang.
- Diskuteras ej i samband med budgetarbetet.
- Påverkar inte på något sätt den totala budgetramens storlek.
- Hjälpmedelsersättningen behandlas som den schablon den är. Skillnaden är stor mellan de faktiska kostnaderna och ersättningen. Den är ej styrande i det lokala budgetarbetet.
- En av andra statliga ersättningar, påverkar endast marginellt landstingets ekonomi.
- Det är kostnader och utveckling som styr budgetarbetet. Statliga ersättningen har i princip legat stilla sedan 1976.
- Nämns enbart i kommentarerna till budgeten. Ersättningen finns ju inte i verkligheten i hjälpmedelsverksamheten utan går till ett centralt konto i landstinget tillsammans med andra statliga ersättningar.
- Ett gott bidrag!
- Psykologisk påtryckning.
- Garanti om en viss miniminivå på verksamheten.
- Med krympande ekonomiskt utrymme blir ersättningen allt viktigare.
- Jämförelse mellan ersättning och budgetutfall. Eftersom kostnaderna ökar mer än ersättningen, påverkar detta naturligtvis tilldelningen av medel.
- Ersättningen har betydelse i landstingets totala bud-

get. Det skulle naturligtvis vara lättare att införa nya hjälpmedel om verksamheten "självfinansierades". Hjälpmedelsbudgeten har aldrig begränsats med motiveringen att hjälpmedelsersättningen ej täcker kostnaderna.

Förklaringar till kostnadsutvecklingen

Huvudmännen ombads att rangordna tio alternativa förklaringar till kostnadsutvecklingen från ett till tio. Nedanstående redovisning är en sammanställning av svaren från de 29 huvudmän som lämnat svar på frågan. Några landsting har satt samma siffra på flera alternativ medan andra utelämnats, några har inte rangordnat samtliga alternativ. Vissa alternativ har därigenom fått större tyngd medan andra samtidigt fått färre "röster" än de annars torde ha fått. Alternativen redovisas nedan i den ordning de fått flest höga placeringar.

1. Utökad hemsjukvård
2. Utökat eget boende
3. Ökad andel äldre i befolkningen
4. Ökade inköpskostnader på grund av volymökning
5. Fler tekniskt avancerade och dyra hjälpmedel
6. Decentralisering av verksamheten till primärvården
7. Ökade inköpskostnader på grund av prisökningar
8. Förbättrad kvalitet på hjälpmedlen
9. Utvidgning av handikappbegreppet
10. Utökning av hjälpmedelsförteckningen

Hjälpmedel/hjälpmedelsbehov som haft särskild betydelse för kostnadsutvecklingen

Nedanstående redovisning är en sammanställning av de hjälpmedel/hjälpmedelsbehov som angivits ha särskild betydelse för kostnadsutvecklingen. Det antal huvudmän som angivit hjälpmedlet/behovet anges inom parentes.

- Sängar och lyftar i hemsjukvård (14)

- Manuella rullstolar - "aktivstolar" (10)
- Elrullstolar (7)
- Förflyttningshjälpmedel (7)
- ADB-hjälpmedel (7)
- Hygienhjälpmedel, ADL-hjälpmedel (6)
- Proteser, ortoser, skor, inlägg (6)
- Barnhjälpmedel/skolphjälpmedel och dubbelutrustningar hem/skola (6)
- Hörapparater/hörselhjälpmedel (5)
- Medicinska behandlingshjälpmedel (4)
- Enkla gånghjälpmedel (3)
- elektronik (2)
- Hjälpmedel för anpassning av bostäder och andra lokaler

Övriga kommentarer till kostnadsutvecklingen

- Hjälpmedelsvolymen och därmed kostnaderna för inköp och teknisk service m.m. ökar när antalet ordinatorer ökar. - Det finns ett uppdämt behov av hjälpmedel (9)
- Strukturförändringarna inom sjukvården m.m. påverkar (6)
- Tekniska utvecklingen och produktutvecklingen betydelsefull (4)
- Hjälpmedel för kommunikation och utbildning (2)
- Inflationen (2)
- Verksamhetsförändringar inom omsorgerna har medfört ett stort behov av hjälpmedel (2)
- Ökad medvetenhet hos användargrupperna och ökade krav på olika hjälpmedel t.ex. för bostad och fritid, särskilda färger, årsmodeller etc. (2)
- Olika verksamhetsgrenar har olika uppfattning om orsakerna till kostnadsutvecklingen (2)
- Priset på rullstolar högre nu än tidigare. Hållbarheten sämre men funktion och utseende är bättre (1, anges ej i forts.)
- Kostnadstoppen passerad. Hemsjukvården i princip färdigutbyggd
- Nya behandlingsmetoder
- Utökat antal remisser från distriktsläkare ang. hörselproblem, synproblem och vid rörelsehinder
- Större utbud av hjälpmedel
- Hjälpmedelsverksamhetens stora volym och omsättning. Totalt ca 7 000 rullstolar i användning och i lager. Av dessa byter ca 1 500 användare varje år. Svårt att få överblick - för stora lager och för låg omsättning i dag. Datorstöd nödvändigt för att få överblick
- Hjälpmedelsanslaget har blivit en slasktratt som alla vill tömma sina problem i. Definition av begreppet hjälpmedel måste ske. Specifikation av vad hjälpmedelsanslaget skall täcka är nödvändigt att ha. Politiker ställer dåliga krav vad gäller kostnadsuppföljning

1.3 Samverkan med handikapporganisationerna

Hur sker samverkan?

Av nedanstående redovisning framgår att de flesta huvudmännen (26) anger att samverkan sker genom Länshandikapprådet. Av dessa har 7 huvudmän dessutom något samverkansorgan för enbart hjälpmedelsfrågor. 3 huvudmän samverkar endast genom särskilt organ.

- Genom Länshandikapprådet (LHR)	26*
- Samverkan för enbart hjälpmedelsfrågor t.ex. hjälpmedelsråd	10*
- Ej svar	1

* 7 huvudmän har samverkan såväl via särskilt organ som LHR.

Sker samråd/samverkan med organisationerna före beslut om förändringar inom hjälpmedelsverksamheten?

26 huvudmän anger att någon form av samråd/samverkan sker innan beslut om förändringar inom hjälpmedelsverksamheten. 4 huvudmän svarar nej på frågan. Två av dessa kommenterar sina svar:

- Det är meningen att LHR skall informeras. Är dock dåligt med detta. En genomförd utredning 1986 gick dock på remiss till organisationerna
- Material skickas endast för kännedom till organisationerna

Andra former för samråd/samverkan

På frågan om andra former av samråd/samverkan lämnades följande svar:

- Information i föreningarna, temadagar m.m. ibland samarrangerade (10)
- Organisationerna deltagit i utredningar och arbets-

- grupper (6)
- Informella kontakter (5)
- Remissförfarande (4)
- Regelbundna överläggningar (3)
- Samråd i speciella frågor (2)

Synpunkter på samverkan med handikapporganisationerna

Såväl positiva som negativa omdömen ges om samarbetet. Hos 13 huvudmän anges det som viktigt/nödvändigt att ha organisationerna med som samarbetspartner, att samarbetet fungerar bra etc. Hos 4 huvudmän är man medveten om att samarbetet inte fungerar så bra som det borde. Därutöver förekommer en rad kritiska synpunkter på handikapporganisationernas sätt att gå in i samverkansarbetet. Se nedanstående redovisning.

- Viktigt att ha organisationerna som samarbetspartner. Kontinuerlig samverkan nödvändig. Förutsättning för att vidareutveckla verksamheten. Fungerar mycket bra. Mycket bra diskussioner. Viktigt med synpunkter och större förståelse för varandra. (13)
- Ej funnit sina rätta former ännu/fungerar ganska dåligt. Borde kunna utvecklas mera. Utökning diskuteras. (4)
- Viktigt att utsedda representanter för handikapporganisationer inte bara representerar sig själva utan sina organisationer (1, anges ej i forts.)
- Handikapprörelsen har inte utsett några representanter till sortimentsgrupperna.
- Svårt att få till stånd diskussion om prioriteringar inför framtiden.
- Mycket olika vad gäller olika föreningar. Med vissa - ständig kontakt, bra utbyte. Dessa driver själva frågor och projekt - positivt för samverkan och utveckling. Andra ställer stora krav utifrån klagomål som ej går att härleda. Information och utbildning behövs.

- För samverkan krävs utbildning av handikapporganisationernas representanter.
- Stridiga viljor grupperna emellan. En samrådsgrupp måste bestå av representanter för organisationerna. Dessa måste själva se till att deras representanter är representativa.
- Önskvärt att handikapporganisationerna kan delta på ett mera konstruktivt sätt i diskussionerna om övergripande frågor. Det händer allt för ofta att man fastnar i detaljfrågor.
- Angeläget att handikapporganisationerna medverkar - inte som påtryckar/missnöjesgrupp, utan som fullvärdiga medarbetare. De svårigheter handikapporganisationerna har att finna lämpliga företrädare och att nå ut med, resp. få tillbaka information, skapar ibland irritation. Ömsesidig förståelse behövs, men också ömsesidiga krav.

I bil. 7 redovisas hjälpmedelsutredningens enkät till handikapporganisationerna på länsnivå där bl.a. ställdes frågor om hur organisationerna ser på samverkan med huvudmännen.

1.4 Sortiment av hjälpmedel

Avvikelser från Handikappinstitutets rekommendationer

Det är 6 huvudmän som ej har svarat på frågan. De hjälpmedel som angivits hos övriga 24 huvudmän uppräknas på följande sidor i den ordning som de har noterats flest gånger.

Hjälpmedel som tillkommit:	Tidpunkt för införande
- Kompressionsutrustning (19)	1978-1986
- Syrgasutrustning/koncentrator (12)	1950-1987
- Luftfuktare (9)	1974-1984
- Luftrenare (9)	1977-1984

Hjälpmedel som tillkommit:	Tidpunkt för införande
- Respiratorer/ventilatorer/inhalatorer (8)	1950-1987
- Tinnitusmaskerare (6)	1974-1983
- Pep/andningsmask (5)	1983-1987
- Antidecubitusmadrasser (5)	1984-1985
- Bilanpassning utöver rek. (4)	1987
- Stödstrumpor (4)	?
- Insulinpump (4)	1984-1987
- Blodsockermätare (3)	1986-1987
- Dialysutrustning (3)	1979-1980
- Dimtält (3)	1984
- Studsmatta (3)	1985-1987
- Behandlingsskor (3)	1982-1985
- Individanp. sitsar/stolar (3)	1987
- Sitt/liggringar (3)	1985
- Enuresmadrasser (3)	1980
- Bräckgördlar (3)	?
- Apnéalarm (2)	1985
- Personsökare (2)	?
- Vibrator (2)	?
- Benförankrad hörapparat (2)	1987
- Tvillingvagn (1,anges inte i forts.)	?
- Bandagematerial	?
- Insulinpenna	1986
- Bäckén/hinkar	1985
- Fristående skötbord	?
- Psoaskuddar	?
- Slemsug utöver rekommendation	1985
- Lymfpulsator	1985
- Ultraljudsapparat	?
- Specialkontakter för manövrering	?
- Stol till anhörig för att underlätta matning	?
- Hjälpmiddel i förskola och fritidshem	?
- Urea pressure splint	?
- Trip Trap stol	?
- Reflektometer	?
- Peak flow meter	?
- Säng/lyft för vårdare	1970
- Fotvagga	?
- Fuktkammare/ögonförband	?
- Phrenicusstimulator	?
- Cochleära implantat	1983
- Specialhörapparater för ensidigt hörselskadade	1983
- Hörapparater utöver rekommendation	?
- Programmerbar hörapparat	?
- Specialglas till glasögon	?
- Knäortoser för korttidsbehandling/ behandlingsortoser	?
- Frakturortoser/gips	?

Sortiment av hjälpmedel

Hos 5 huvudmän har man ej besvarat frågan om vilka avvikelser man har i form av strykningar i hjälpmedelsförteckningen. 25 huvudmän har redovisat strukna hjälpmedel. De hjälpmedel som tagits bort i flest landsting är hushållsmaskiner. Därefter kommer vissa telefoneringshjälpmedel. De flesta strykningarna har gjorts under 1980-talet.

Hjälpmedel som strukits:	Tidpunkt
- Hushållsmaskiner (21)	1981-1987
- Mikrotelefon/lurförstärkare/ högtalartillsats (11)	1981-1987
- Mjuk halskrage (9)	1981-1987
- Antihalkmattor (7)	1981-1987
- Tandem/parcykel, aldrig infört/ borttaget/endast bidrag/enda st lån (8)	1985
- Eltandborste (7)	1984-1987
- Vanliga madrasser (6)	1986-1987
- Kniv (6)	1981-1987
- Mopeder (6)	1983-1985
- Symaskin/dammsugare/elvisp/ matberedare/elkonservöppnare/skär- maskin (6)	1981-1983
- Vanliga skoinlägg (7)	1986-1988
- Underhåll mopeder/bandspelare/ blindur (5)	1983-1985
- Träningsredskap (5)	1986-1987
- Skohorn (5)	1981-1985
- 2-hjulig standardcykel (5)	1977-1981
- UVB-lampor borttagna/aldrig införda (4)	1978-1984
- Tränings/ergometercykel (4)	1985-1986
- Sillock (4)	1981-1987
- Sparkcyklar (4)	1984-1986
- Förbrukn art till TNS-app (4)	1986-1987
- Stödhandtag (3)	1983-1987
- Sifferring (3)	1984-1987
- Grönsakskorg (3)	1981
- Arbetsstolar (3)	1985-1986
- Stektång (3)	1981-1987
- Luftrenare (3) (ej rek. hjm)	1986-1987
- Luftfuktare (3) (ej rek. hjm)	1986-1987
- Glas/mugg (2)	1986
- Griptång/allgrip (2)	1981

Hjälpmedel som strukits:

Tidpunkt

- Bandspelare borttaget/aldrig infört (2)	1985-1986
- Sax (2)	1981
- Spinabac ryggstöd borttaget/endast som tillbehör (2)	1987
- Burköppnare (2)	1981-1987
- Äggring (2)	1981
- Mjuka ryggortoser (2)	1987-1988
- Epicondylitbandage (2)	1987-1988
- Badborste/badkrage (2)	1981
- Glasögonbidraget inskränkts (2)	1987
- Penna (2)	1981-1987
- Kommunikationsradio borttaget/ej infört (2)	1983
- Reflektometer aldrig infört (1, anges inte i forts.)	-
- Tvättlappar	1986
- Nagelfil	1986
- Brödkavel	1986
- Tallrik	1986
- Matlagningshjälpmedel	1985
- Sockerströare	1981
- Termometer	1986
- Kapphållare	1986
- Kranspakar	1986
- Sylupp	1987
- Osthyvel	1986
- Regncape	1981
- Lösögonfrans	1981
- Manuella skrivmaskiner	?
- Elskrivmaskin - standard	1986
- Porttelefon	1986
- Sittmöbler	?
- Syntetiskt fårskinn	?
- Säng - om behovet endast är tillbehör	?
- UV-filter	?
- Blissutrustning	?
- Dubbelutrustning	?
- Bordsur	1986
- Manuella fordon	1985
- Kontantbelopp	1984
- Barnbilstol - standard	1984
- Säng/lyft som arbetsredskap ges endast när landstinget är arb. giv.	1985
- Omkopplare till telefon	1983
- Trafikförsäkring till moped	1986
- Mopedhjälm	1986
- Förstorande TV-lins	?
- Blodsockermätare aldrig infört	-

Hjälpmedel som strukits:	Tidpunkt
- Kasett/fickbandspelare endast i skolan	1986
- Lysrör och lampor till belysning	1978
- Chondroortos	1988
- Malaciortos	1988
- Pelotter	1988
- Hjärtstimulator	1986
- Inop TNS-apparat	1986
- Studsmatta	1986
- Servolink	1986
- Batterier till rullstol (brukare över 18 år)	1987
- Endast bidrag till peruk/toupé	?
- Restriktivare förskr. av belysning	?
- Kompressionsstrumpa	1987
- Trochanterbälte till gravida	1987

Motiveringar till strykningarna

De motiveringar som angivits till strykningarna har kunnat kategoriseras i viss mån. I de fall motivering finns har den förts till någon av de nedanstående kategorierna. Den motivering som är vanligast är att produkten i fråga är en standardprodukt och/eller finns tillgänglig i öppna handeln. Därefter kommer ekonomiska skäl resp. att hjälpmedlet ej har någon medicinsk effekt.

- Standardprodukt/finns i handeln	60
- Ekonomiska skäl	19
- Ej medicinsk effekt	14
- Rättviseskäl/oklarhet i ordinationskriterierna	7
- Finns ej längre/används ej	5
- Billig att köpa	3
- Budget till klinik	3
- Normal driftkostnad	1

Andra begränsningar/utvidgningar

På frågan om några andra begränsningar eller utvidgningar genomförts de senaste 2 åren svarar 4 huvudmän nej och 4 svarar inte alls. Övriga 22 har angivit ytterligare ett antal inskränkningar och några utvidgningar.

- Bidrag til bil endast som anpassningsbidrag/kontantbidrag enl. särskilda regler (3)
- Olika former av avgifter (3)
- Kliniker bekostar helt vissa hjälpmedel (2)
- Fasta installationer i sommarbostad/dubbelutrustning begränsas (2)
- Begränsning av standardartiklar (2)
- Besparingspaket/allmänna spardirektiv (2)
- Skärpta indikationer för kontaktlinser, (1, anges inte i forts.)
- Sortimentbegränsning görs kontinuerligt
- Hjärtstimulator lagts över på klinik
- Begränsning av antal UVB-lampor
- Begränsning av behandlingsskor
- Mopedbidrag inskränkt
- Träningscykel ges restriktivt
- Ej kostnadsfri klackhöjning under 15 mm
- Begränsning av arbetsstolar
- Begränsning av ordinationsrätten
- Ej bidrag till arbetstekniska hjälpmedel
- Begränsning av datorer tills rekommendationer ges
- Hela verksamheten ökar ständigt och skall bedrivas med samma personalresurser
- Datorutrustningar har tillkommit
- Glasögonbidraget höjt till 400 kr.
- Förbättrad service och rekonditionering

1.5 Hjälpmedel som inte finns på den lokala hjälpmedelsförteckningen

I enkäten efterfrågades vilka rutiner som tillämpas om en person behöver hjälpmedel som inte finns på den lokala hjälpmedelsförteckningen.

Av svaren kan konstateras att det är olika dels beroende på om behovet gäller en enstaka individ med ett specifikt behov av ett udda hjälpmedel, t.ex. ett mycket dyrbart sådant eller att särskilt dyr anpassning behövs, dels om det rör sig om en ny grupp hjälpmedel/brukare som kan ha rekommenderats av Handikappinstitutet eller har initierats lokalt.

Av svaren går att urskilja två procedurer som kan sammanfattas på följande sätt:

Nya produkter - produktgrupper:

Enstaka individuella behov:

- Utredning av
 - * behovsgruppens storlek
 - * behov av teknisk service
 - * kostnader m.m.

- Ordinatören aktualiserar

- Ansökan/utredning görs

- Förslag till anvisningar utformas

- Beslut tas av politiskt ansvarig nämnd
 - * beslutet kan t.ex. innebära att ett generellt anslag ges kopplat till anvisningar

- Beslut tas av
 - * Hjälpmedelschef/motsv
 - * Politiskt ansvarig nämnd
- I några fall kan beslut överklagas i överordnad instans

Utöver ovanstående beskrivning förekommer det även att olika kliniker gör egna "kapitalinvesteringar" av hjälpmedel som sedan lånas ut till patienter.

Hur är rutinerna beslutade?

I enkäten ställdes frågan hur de rutiner som tillämpas har beslutats. De alternativ som angavs redovisas nedan tillsammans med svarsfördelning. Samtliga huvudmän har besvarat frågan.

- Genom politiskt beslut 23*
- Beslut i administrationen genom delegation 6**
- Tillkomna genom praxis, ej formellt beslutade 10***

* 4 angivit annat alternativ utöver detta.

** 5 angivit annat alternativ utöver detta.

*** 8 angivit annat alternativ utöver detta.

Sammanlagt 8 huvudmän har angivit 2 eller 3 alternativ.

Hur många sådana beviljade ärenden förekom under 1986

Av svaren på frågan om hur många beviljade ärenden som förekom under 1986 framgår att det är stor skillnad mellan huvudmännen beträffande antal fall som varit aktuella och beviljats. I ett landsting hade man 650 ärenden under 1986 medan 11 huvudmän hade mellan 0-10 ärenden. Se nedanstående uppställningar över antal ärenden och redovisning av de hjälpmedel som varit aktuella.

<u>Antal fall</u>	<u>Antal huvudmän</u>
-------------------	-----------------------

Ej svar: 5

0 - 10	11
11 - 20	4
21 - 30	3
31 - 40	2
41 - 50	2

81 - 90	1
91 -100	1
650 st.	1

Vilka hjälpmedel?

Nedan redovisas de hjälpmedel som angivits ha varit aktuella för individuella beslut under 1986.

- Speciella kommunikationslösningar (8)
- Infusions-/insulinpump, injektionspistol (7)
- Datorutrustning (6)
- Respirator/ventilator/inhalator (6)
- Lyft/lyftplatta (4)
- Syrgaskoncentrator/-utrustning (4)
- Bilanpassningar (4)
- Kompressionsutrustning (3)
- Behandlingshjälpmedel (3)
- Hushållsmaskiner (3)
- Blodsockermätare (3)
- Arbetsstol (2)
- Glasögon/kontaktlinser (2)
- Sidovagn till cykel (2)
- Pep Rmt mask (2)
- Högtalartelefon (2)
- Arbetsstol (2)
- Studsmatta (2)
- Säng (1, anges ej i forts.)
- Biltelefon
- Punkttelefon
- Skrivare till punktrel
- Punktskriftsprinter
- Elektronisk skrivmaskin
- Telefonrelä
- Portabel dövsignal
- Väckningsanordning
- 4-hjulig motorcykel
- Sparkcyklar
- Terrängskoter
- Eldriven personvändare
- Bordsvädstol
- Apnéadress/varnare
- Splint
- Anfallslarm
- Flödesmätare
- Tandemcykel
- Rullstolar utanför sortiment
- Elrullstolar
- Åderbrücksstrumpor
- Ultraljudsapparat
- Specialhörapparat
- Telescan
- Luftrenare
- Luftfuktare
- Nutritionsppump
- Prenicusstimulatorer
- Muskelstimulator
- Peruker dyrare än i beslutat sortiment
- Toupé
- Vårdstol
- Handikappfordon till förändrar med handikappat barn
- Egenkonstruerade hjälpmedel för fritid

Hur följs avslag på hjälpmedelsansökningar upp?

- Hos 3 huvudmän besvaras ej frågan
- Skriftligt och ibland även muntligt besked till ordinator/utprovare, som underrättar sökanden (8)
- Information/hjälp till alternativ t.ex. ansökan om fondmedel (8)
- Omprövning i ansvarig nämnd, hos medicinskt ansvarig (6)
- Personlig information ges till ordinator och sökande (4)
- Protokollsutdrag/skriftlig information till sökanden (3)
- Inte alls (3)
- Alternativa hjälpmedel provas (2)
- Bevakning genom ansvarig handläggare/uppföljning vid senare tillfälle (1)
- Inte varit aktuellt (1)

1.6 Huvudmannens resurser för att tillgodose utbildningsbehovet hos hjälpmedelspersonalen?

Till de 23 huvudmän som ingick i andra enkätomgången ställdes frågan om huvudmannen har tillräckliga resurser för att tillgodose utbildningsbehovet hos hjälpmedelspersonalen. Fördelningen ja- och nejsvar framgår av nedanstående uppställning, liksom vilka resurser som saknas och de konsekvenser detta får.

- | | |
|-----------|-----|
| - Ja | 6* |
| - Nej | 17* |
| - vet ej | 1 |
| - Ej svar | 1 |

* Två landsting har svarat både ja och nej.

Resurser som saknas/konsekvenser

- Budgetmedel saknas (8)
- Skräddarsydd och systematisk utbildning saknas (7)

- Svårt att bevaka området - stort och överskådligt - snabb teknisk utveckling - varken grundutbildning eller fortbildning finns - omätligt behov av utbildning (5)
- Utbildning inom teknik- dator- och elektronikområden behövs (4)
- I sista hand drabbas de handikappade (3)
- Personalen får lägre kunskapsnivå/utnyttjas ej till fullo (2)
- Stort kurs-/konferensutbud - svårt att bevaka - dyra kurser, stora omkostnader (2)
- Utbildningsbehoven mycket stora t.ex. inom hemtjänsten (1, anges inte i forts.)
- Utvecklingen stagnerar
- Information och kunskaper når ej ut
- Behov tillgodoses ej t.ex. datorer
- Fel produkter ordineras

1.7 Hjälpmedel till personer med flerhandikapp

Har kartläggning/utredning kring flerhandikappades behov av hjälpmedel genomförts?

- | | |
|-----------|----|
| - Ja | 11 |
| - Nej | 17 |
| - Ej svar | 2 |

Rutiner för att förse personer med flerhandikapp med hjälpmedel

I enkäten efterfrågades en beskrivning av de rutiner som finns hos huvudmannen för att förse flerhandikappade personer med hjälpmedel, vem som har samordningsansvar, hur samarbetet sker etc. Samtliga huvudmän har besvarat frågan. Svaren har sammanställts i nedanstående redovisning.

- Inga rutiner/praxis/informellt samarbete etc. (19)
- Den som har det primära behandlingsansvaret ansvarar för samordning (6)
- Barnhabilitering/teamarbete, träffar för flerhandikappade barn (6)

- Vuxenhabilitering (4)
- Flerhandikappade utanför omsorgerna/habiliteringen faller utanför (2)
- För vuxna flerhandikappade är det svårt (2)
- Samarbete i ordnade former påbörjat (2)
- Behandlingskonferens där befattningshavare från resp. hjälpmedelsområde medverkar beroende på behov (1, anges ej i forts.)
- Hjälpmedelskonsulent kontaktas vid problem
- Samordning sker i varje enskilt fall
- Samordning sker inom rehabiliteringskliniken
- Behandlingsteam för personer med kommunikationshandikapp
- Grupp för personer med poliohandikapp
- Stora dolda behov
- Befintliga personalresurser räcker ej till/når ej fram
- Samhörigheten stor mellan enheterna. Hjälpmedelschefen har samordningsansvar. Regelbundna träffar i s.k. ledningsgrupp med verksamhetsansvariga om bl.a. samarbetsfrågor
- Samverkan mellan berörda servicelämnare t.ex. socialtjänst, omsorger, skola

1.8 Avgifter inom hjälpmedelsverksamheten

Besöksavgift vid utprovning av hjälpmedel

Såsom framgår nedan förekommer inte besöksavgifter hos mer än 2 huvudmän eftersom en av dem som svarat ja på frågan redan tagit bort dem.

- | | |
|-------|------|
| - Ja | 3* |
| - Nej | 27** |

* Hos en huvudman uttages en avgift på 25 kr. för anpassning, utprovning och inträning av hjälpmedel. Hos en huvudman är beslutet om avgift upphävt 1987-11-19.

** Om utprovning ingår i ett normalt besök t.ex. hos läkare tas avgift ut anger 1 huvudman.

Egenavgifter för hjälpmedel

Egenavgifter förekommer hos drygt hälften av huvudmännen. De egenavgifter det är fråga om redovisas i nedanstående uppställning.

- Ja 16
- Nej 14

Hjälpmedel	Tidpunkt	Avgiftens storlek i kr.
- Ortopediska skor (7)	1986	400 vx/200 barn* (5)
* egenavgift		800 vx/400 barn** (5)
** högkostnadsskydd		900 vx/450 barn*** (2)
- Mjuk ortos (korsett) (7)	1986-1987	100-200
- Hörapparat (5)	1986	200
- Hålfotsinlägg (4)	1983-1987	50-100
- Kompressionsstrumpa (3)	1979-1986	50-75
- Skoreparation (2)	1983-1987	60
- Skoändring (2)	1983-1987	100
- Pelotter (1)	1987	32
- Pelott+valvpackning	1987	64
- Idrottsortoser	?	Hela kostnaden
- Tandemcykel	?	1 000

Annan avgift för hjälpmedel

Hos 21 huvudmän uttages avgift i andra former. De avgifter som förekommer uppräknas nedan.

- Ja 21
- Nej 8
- Ej svar 1

Hjälpmedel	Tidpunkt	Avgiftens storlek i kr.
Korttidslån (7)	1984-1986	25-1000/tillfälle
Rep kostn för moped	?	Betalas av brukaren

Hjälpmedel	Tidpunkt	Avgiftens storlek i kr.
Depositionsavg t.ex. för TNS-apparat (3)	1987	100
Däck och slang (4)	?	Betalas av brukaren
Flyttkostn för hörseltekn hjm (2)	?	Betalas av brukaren
Batteri till hör- app (2)	?	Betalas av brukaren
Installationsavg för hörseltekn hjm (1, anges inte i forts.)	?	130
Avgift tandem/ parcykel	?	?
Batterier till el- rullstol	1987	Betalas av brukaren
Apnéalarm	?	25/mån
Rep. kostn. tvätt/ diskmaskin	?	Betalas av brukaren
Mjuk halskrage	?	Betalas av brukaren
Lysrör till lampor	?	Betalas av brukaren

Bidragskonstruktion som innebär att brukaren betalar
del av hjälpmedel

Hos 13 huvudmän förekommer bidrag till hjälpmedel t.ex.
då brukaren betalar merkostnader. De bidrag som före-
kommer anges i nedanstående sammanställning

- Ja 13
- Nej 17

Hjälpmedel	Tidpunkt	Kostnad för brukaren i kronor
- Tandem/parcykel (7)	70-tal-1987	1000-2000
- Peruk/toupé (3)	?	2200-4000
- Eget val av färg el. produkt kan ge merkostnad (1)	?	Brukaren bet. merkostn.
- Glasögon/kontaktlinn vid afaki (1)	?	Visst bidrag ges
- Specialvagn för hk-barn m syskon (1)	?	Bidrag till merkostn. ges
- Spjålsäng	1970	Bidrag ges
- Viss medicinsk apparatur	?	Bidrag ges

Ersättningsskyldighet om hjälpmedel förstörs eller förkommer

Hälften av huvudmännen anger att man har krav på brukaren om hjälpmedel förstörs eller försvinner. De kommentarer som lämnats har kategoriserats och redovisas nedan.

- Ja 15
- Nej 15
- Vid uppenbar oaktsamhet/uppsåtlig skada/rent slarv utkrävs ersättning för hjälpmedel (5)
- Brukaren rekommenderas se över sitt försäkrings-skydd/försäkring hos brukaren täcker/landstinget träder in i annat fall/självrisk betalas av landstinget (5)
- Ersättningens storlek beror på - inköpsår, beräknad livslängd och avskrivningsstid etc (5)
- Borttappad hörapparat - ersättning krävs (4)
- I princip ja - i praktiken nej (2)

- Åldersgräns tillämpas vid ersättningskrav (2)
- Ersättning krävs för ej återlämnade hjälpmedel (1)

Riktlinjer för ordination av dupletter

Huvudmännen ombads beskriva sina riktlinjer för ordination av dupletter/dubbelutrustning. 29 huvudmän har besvarat frågan. Nedanstående sammanställning utgör en sammanfattning/kategoriindelning av svaren.

- Skola/hem/dagmamma/delad vårdnad etc (9)
- Bedömning i varje enskilt fall (8)
- Fritidsboende - aldrig/mycket sällan (5)
- Behovet styr (4)
- Dubbla rullstolar mycket vanligt (4)
- Barnhjälpmedel vanligt (4)
- Följer Handikappinstitutets rekommendationer (4)
- Inga egentliga begränsningar (3)
- Grundregel - ej dubbelutrustning (3)
- Bostadens utformning m.m. - tunga skrymmande, svårflyttade hjälpmedel (3)
- Vissa hörselhandikapp (2)
- Begagnade hjälpmedel lämnas som reservhjm (1)

1.9 Datorbaserade hjälpmedel

Datorbaserade hjälpmedel som varit och är aktuella hos huvudmännen

I enkäten ställdes frågan om vilka typer av datorbaserade hjälpmedel som har varit och är aktuella för ordination hos huvudmannen. En huvudman har ej besvarat frågan. De svar som övriga 29 har lämnat framgår av nedanstående sammanställning.

Huvudmännen har svarat på olika sätt. I vissa fall har man angivit produktnamn i andra fall mera generellt

uppgivit t.ex. "kommunikationshjälpmedel". De i svaren namngivna "vanliga" persondatorerna har sorterats ut och redovisas för sig. (Med reservation för att sorteringen haltar något.)

Datorbaserade hjälpmedel

- Datorbaserade skrivsystem/ordbehandlare/persondatorer (25)
- Anpassning/tillbehör t.ex. skrivare (inkl. punktskrivare) etc (15)
- Kommunikationshjälpmedel (15)
- Talsyntes (14)
- Versa Braille/Index Braille (9)
- Skolhjälpmedel (8)
- Omnibliss/Bliss Com/Blisstalk (7)
- Telefoneringshjälpmedel (1, anges inte i forts.)
- Styrsystem
- Lekhjälpmedel
- Kalkylator/mätinstrument

I svaren namngivna datorer

- Apple A, Apple II C, Apple II E (11)
- ABC 80, ABC 802, ABC 806 (4)
- Desk 80 (4)
- Compis (3)
- Toshiba (1)
- Alfa Text R (1)

Hur går ordination av datorbaserade hjälpmedel till?

Huvudmännen ombads i ovanstående fråga att beskriva hur ordination av ett datorbaserat hjälpmedel går till. 26 huvudmän har besvarat frågan. Av svaren, som framgår nedan, går dock inte att sammanställa någon generell procedur om hur man ordinerar datorer. Svaren är ganska kortfattade och ger i flera fall intryck av att man fortfarande prövar sig fram.

- Samarbete/team/arbetsgrupp, brukare, föräldrar, berörd personal från olika huvudmän, dataföretag, experter från landstinget (ADB-avd, ingenjör) (11)
- Som annan utprovning (10)
- Via RPH-RH, Bräcke Östergård etc (3)
- Ännu inga fastställda kriterier (3)
- I skolan ges dator som hjälpmedel när skrivmaskin/andra hjälpmedel inte täcker behovet (2)
- Dator för hemmabruk i enstaka fall (1, anges inte i forts.)
- Dator ges vid grava handikapp - det individuella behovet avgör
- Initiativ tas ofta från skolan eller institutioner
- Varje ärende är personalkrävande och handläggnings-tiden lång 6-12 månader
- Typ av dator avgörs utifrån användningsområde, var när och till vad den skall användas. Vem skall träna brukaren? Vilka program behövs? Hur skall den manövreras - vilken anpassning och extrautrustning behövs? Hur skall förvaring ske?

Vilken budget belastar de datorbaserade hjälpmedlen?

27 huvudmän har besvarat frågan om var datorbaserade hjälpmedel budgeteras.

- Central hjälpmedelsbudget (11)
- Budget för resp. hjälpmedelsenhet (8)
- Annan central budget (4)
- Hjälpmedelscentralens budget (3)
- Primärvårdsområdenas budgetar (1)

Antal personer som fått datorbaserade hjälpmedel åren 1982, 1984 och 1986, fördelade på ålder

22 huvudmän har kunnat lämna uppgifter om antal personer som fått datorbaserade hjälpmedel under 1982, 1984 och 1986, fördelade på åldersgrupper. Av svaren framgår att antalet personer som fått datorer ökat markant mellan 1982 och 1986. Se nedanstående tabell.

Ålder	1982	1984	1986
0- 9		2	6
10-19		6	36
20-29		4	14
30-39	2		4
40-49			3
50-59			1
60-69			
70-79			
80-			
Plus	2*		
Summa	4	12	64

* Ospecificerade i ålder.

Antal personer som för närvarande har datorbaserade
hjälpmedel som de fått genom hjälpmedelsverksamheten

26 huvudmän har kunnat ange hur många personer, fördelade på ålder, som då enkäten besvarades hade datorbaserade hjälpmedel. Ytterligare en huvudman har angivit hur många personer som har datorer, men utan att kunna ange åldersfördelning. De 27 huvudmännen har tillsammans angivit att 209 personer för närvarande har datorer som de fått genom hjälpmedelsverksamheten. Se nedanstående tabell.

Ålder	Antal personer
0- 9	16
10-19	98
20-29	41
30-39	12
40-49	6
50-59	6
60-69	3
70-79	2
80-	-
	25*
Summa	209

* Ospecificerad ålder.

Om man utgår från att dessa personer utgör 90 procent av totala antalet personer med datorer som hjälpmedel, på samma sätt som de huvudmän som svarat antages utgöra 90 procent av huvudmännen, kan totala antalet personer med datorer som hjälpmedel i befolkningen uppskattas till ca 230 personer.

Har huvudmannen tillräckliga resurser för att tillgodose behovet av datorbaserade hjälpmedel - inkl. utprovning, installation och service?

Det är 23 huvudmän som anser sig sakna tillräckliga resurser för att tillgodose behovet av datorbaserade hjälpmedel. Det man anser sig sakna är framför allt kunskap och kompetens för att kunna följa med i utvecklingen. I övrigt se nedanstående sammanställning.

- | | |
|-----------|----|
| - Ja | 3 |
| - Nej | 23 |
| - Vet ej | 1 |
| - Ej svar | 3 |
-
- Kunskap och kompetens saknas/svårt att följa utvecklingen (14)
 - Tjänster köps för installation och service/orealistiskt att ha egna resurser för detta (7)
 - Utprovning/möjligheter (7)
 - Kostnadskrävande/ekonomiska resurser saknas (6)
 - Utbildning saknas (6)
 - Personal saknas (4)
 - Sortiment saknas (1)
 - Verksamheten hittills varit liten - problem kan mycket snabbt uppstå (1)

Datorbaserade hjälpmedel - framtida möjligheter och problem

Huvudmännen ombads att ge synpunkter på framtida möjligheter och problem beträffande datorbaserade hjälp-

medel för handikappade. 25 huvudmän har besvarat frågan med följande synpunkter.

- Starkt ökande behov/ekonomisk omfördelning nödvändig/centrala direktiv för prioritering önskvärt (9)
- Resurser - ekonomiska/tekniska etc kommer att bli ett problem (9)
- Utbildningsbehovet måste tillgodoses (8)
- Centrala resurser/resurscentra måste tillskapas där kunskap samlas och utprovning kan ske (8)
- Svårt att hänga med - utvecklingen går för fort (4)
- Svårt att få en realistisk uppfattning om efterfrågan (1)
- Låg kunskap och brist på program gör att antal ordinationer blir lågt (1)

Har huvudmannen för närvarande tillräckliga resurser för att tillgodose behovet av anpassning och teknisk service?

Ovanstående fråga ställdes till 23 huvudmän. 12 av dessa anser sig sakna resurser för att tillgodose behovet av anpassning och teknisk service. Se nedan. De resurser man anger sig sakna framgår under nästa rubrik.

- | | |
|--------------|----|
| - Ja | 7 |
| - Nej | 12 |
| - Ja och Nej | 2 |
| - Ej svar | 2 |

Om nej, vad saknas? - hur löses detta?

- Personal saknas (7)
- Köper tjänster (7)
- Väntetider (5)
- Ekonomiska resurser/verktyg, maskiner/lokaler/utbildning och kompetens saknas (5)
- Barnhjälpmedel saknar resurser (2)
- Köper tjänster för rekonditionering och enkla reparationer för att frikoppla resurser till anpassningar (1)

1.10 Förbrukningsartiklar som ej omfattas av sjukförsäkringen

I enkäten efterfrågades vilken praxis och vilka rutiner som finns hos huvudmannen för att tillhandahålla förbrukningsartiklar som ej omfattas av sjukförsäkringen. 29 huvudmän har besvarat frågan. Deras svar redovisas i nedanstående sammanställning.

- Tillhandahåller vissa förbrukningsartiklar kostnadsfritt (19)
- Mottagning/klinik/distriktssköterska sköter (14)
- Ingår ej i hjälpmedelsverksamhetens ansvar/budget (7)
- Finns ej praxis/rutiner (4)
- Ej kostnadsfritt (1)
- Ej svar (2)

Artiklar som nämns i svaren

- Förbandsmaterial/förbrukningsmaterial i hemsjukvård (7)
- Salvor/krämer/lotioner (4)
- Plasthandskar (2)
- Tvättlappar (2)
- Kompressionsstrumpor (2)
- Sprutor/kanyler för tillväxtbehandling m.m. (2)
- Stom-Vent (2)
- Material för hemdialys (1, anges ej i forts.)
- Urologaggregat
- Kanyler för slem sugning
- Utrustning kring dimtält
- TED-stödförband
- Haklappar
- Draglakan
- Hushållsrullar (stora)
- Stora engångssprutor för kateterrengöring
- Gluten-/laktosfri mat
- Koksaltlösning
- Urglasförband

1.11 Synpunkter på hjälpmedelsverksamheten

Har verksamheten förändrats de senaste 5 åren?

Frågan i enkäten formulerades med tre svarsalternativ och besvarades på följande sätt:

- förbättrats	26
- försämrats	-
- varken/eller	3
- ej svar	1

Grupper som fått det bättre

Huvudmännen ombads ange om de anser att det finns grupper som fått det bättre och i så fall vilka. 24 huvudmän har angivit en eller flera grupper som man anser har fått det bättre. Svaren har i viss mån samordnats och sammanställts i ordning efter antal "röster".

- Generellt har flertalet grupper fått kvalitativa förbättringar (9)
- Barnen (7)
- Utbyggd hemsjukvård/primärvård/flera ordinatorer/ökad tillgänglighet (6)
- Synhandikappade (syncentraler har byggts - utökats (5)
- Bättre kvalitet inom ortopedtekniken (4)
- Hörselvården har byggts ut (3)
- Utökade personalresurser (3)
- Lungpatienter (1, anges inte i forts.)
- Kommunikationshandikappade
- Flerhandikappade
- Förkortade väntetider för rörelsehindrade
- Snabbare distribution
- Bättre information
- Minskad väntetid för ärenden utanför sortiment
- Tekniken ger förbättrade möjligheter
- Vuxenhabilitering
- Förståndshandikappade
- Bättre kompetens hos personalen
- Behandlingshjälpmedel införts
- Stora krav på verksamheten påverkar positivt

Grupper som fått det sämre

På samma sätt som i föregående fråga ombads huvudmännen att ange om någon eller några grupper fått det sämre. 13 huvudmän har ej svarat på detta. Av de 17 som svarat anger 7 att ingen grupp fått det sämre. Övriga svar framgår av nedanstående redovisning.

- Inga (7)
- Egenavgifter på mjuka ortoser/hörapparater/m.m. har drabbat handikappgrupper på ett orättvist sätt. Översyn pågår (3)
- Vissa hörselskadade (2)
- De som tidigare fått hjälpmedel som nu strukits från förteckningen (2)
- Rörelsehindergruppen (2)
- Flerhandikappade över 18 år (1)
- Alla fått det sämre på grund av utbyggd hemsjukvård. Innebär längre leveranstider och väntetider för att få service (1)
- Ej svar (13)

Finns det behov av hjälpmedel som för närvarande inte helt kan tillgodoses?

Övervägande flertalet av de 22 huvudmän som besvarat frågan anser att det finns behov av hjälpmedel som inte kan tillgodoses. 11 huvudmän har även angivit vilka hjälpmedelsbehov som avses och/eller vad som är orsaken till att de ej kan tillgodoses.

- Ja 20
- Nej 2
- Ej svar/vet ej 8

Vilka är behoven och orsakerna till att de ej kan tillgodoses?

Behov:

- Hjälpmedel inom omsorgerna/särskolan (6)
- Hjälpmedel för hobby och fritid/terränggående fordon/anpassad segelbåt (5)
- Datorhjälpmedel (4)
- Bilanpassningar (speciella) (3)
- Förbrukningsartiklar och "vårdarhjälpmedel" inom hem-sjukvården (3)
- Kommunikationshjälpmedel (3)
- Hjälpmedel i arbetslivet (2)
- Hjälpmedel för senildementa (1, anges inte i forts.)
- Videobandspelare för döva
- Hjälpmedel i skolan
- Specialanpassade barnhjälpmedel
- Bostadsanpassningar
- Hjälpmedel för hörselskadade skulle kunna förbättras
- Hjälpmedel för medicinska handikapp
- Tekniskt avancerade armproteser
- Dubbelutrustningar
- Insulin-/infusionspump
- Utprovnigen av peruker är dålig
- Standardartiklar

Orsak till att de ej kan tillgodoses?

- Bristande personella resurser (6)
- Väntetider (5)
- Bristande kunskap (4)
- Ekonomi (2)
- Tekniken långt före vad som kan erbjudas (1, anges inte i forts.)
- Långa resvägar för vissa grupper
- Långa leveranstider
- Lokaler

I bilaga 7 redovisas hjälpmedelsutredningens enkät till handikapporganisationerna på länsnivå. Bl.a. ställdes frågor om organisationernas uppfattning om hur hjälpmedelsverksamheten fungerar.

Finns planer på eller beslut om förändringar inom
hjälpmedelsverksamheten?

Frågan om huruvida huvudmannen har beslutat om eller planerar förändringar i hjälpmedelsverksamheten besvarades på följande sätt:

Ja	19
Nej	4
Ej svar	7

De som svarat jakande på frågan har även angivit vad förändringarna innebär. Detta redovisas i nedanstående sammanställning.

- Utredning beslutad/pågår/avslutad (6):

- * om förrådsverksamheten
- * i avsikt att ge bättre service. ADB-stöd för uppföljning m.m.
- * om logopedi och hörsel - klart - övriga verksamheten påbörjad.
- * utifrån Landstingsförbundets rekommendationer om koppling mellan verksamhets- och budgetansvar.
- * föreslår att hjälpmedelsanslaget överförs till resp. kliniker. Hjälpmedelscentralen (HMC) föreslås få samordningsansvar

- Decentralisering (5):

- * av budget till resp. primärvårdsnämnd. Enkla frekventa hjälpmedel inom HMC:s ansvarsområde
- * och delegering
- * av hjälpmedelsanslaget fortsätter för alla delar inom verksamheten
- * och organisation av basenheter pågår inom landstinget - kommer att påverka hjälpmedelsverksamheten

* av ansvar och befogenheter, strukturförändring mot målstyrning och resultatansvar pågår i landstinget vilket kommer att påverka hjälpmedelsverksamheten

- Hjälpmedelsutredningen avvaktas (4)
- Budgetmedel förs över till ortopedklinikerna, hörcentralerna, arbetsterapi- och sjukgymnastikenheter så att dessa får ett samlat lednings- och budgetansvar (1, anges ej i forts.)
- Kontinuerligt sker smärre förändringar, revidering av förteckningen, kösatsningar m.m.
- Framtagen hjälpmedelsutredning föreslår förstärkningar av hjälpmedelsorganisationen
- Nya lokaler tas i bruk under 1988
- Beslut finns om en ny hörcentral
- ADB-system beslutat och under införande
- Några enkla ortopedtekniska hjälpmedel tas bort från förteckningen

Bedömning och önskemål inför framtiden?

Hos 4 huvudmän har man inte besvarat ovanstående fråga. Svaren från de övriga 26 har sammanställts och redovisas nedan.

- Bättre utbildning (8)
- Gränsdragning "vårdarhjälpmedel - arbetstekniska hjälpmedel - hjälpmedel för handikappade". Riktlinjer vad som skall räknas som handikapp (7)
- Specialistkunskapen inom hjälpmedelsverksamheten bör bevaras/utnyttjas/förstärkas (4)
- Profilerings av verksamheten nödvändig/önskvärd (3)
- Ökade resurser krävs för att täcka behoven (lokaler, personal, pengar) (3)
- Enkla, frekventa hjälpmedel borde kunna tillhandahållas på enklare sätt än i dag (3)

- Hjälpmedelssortimentet allt för ohanterligt - från tandborstar till datorer - rationalisering! (2)
- Gränsdragning mellan medicinteknik och hjälpmedelsteknik (2)
- Datorstöd i verksamheten (2)
- Kompetensen skiftande mellan personalgrupperna och inom resp. grupp - vilken kompetens skall krävas? (2)
- Handikappinstitutets rekommendationer är ett problem. Är inte förankrade ute i hjälpmedelsverksamheten. Tolkas dessutom som "obligatorium" av ordinatorer och användare (2)
- Klara riktlinjer från stat till landsting vad hjälpmedelsverksamheten skall omfatta - ambitionsnivå etc (2)
- Hjälpmedel skall ingå i all planering av förändringar i hälso- och sjukvården, socialtjänsten, omsorgerna och övrigt som påverkar hjälpmedelsverksamheten (2)
- Hjälpmedelssystemet ej anpassat till nuvarande hälso- och sjukvård, äldrevård och hemsjukvård. Hjälpmedelsförteckningen förlorat sitt berättigande med nuvarande innehåll och inriktning på grund av förändringar i vården (1, anges ej i forts.)
- Förändring av "systemet" bör ske på alla nivåer (centralt-lokalt) med utgångspunkt från nuvarande hälso- och sjukvård m.m.
- Rationella datarutiner saknas
- Råd och anvisningar behövs
- Redovisningssystem måste konstrueras som visar nyttan av hjälpmedelsverksamheten
- Bristfälliga rutiner inom verksamheten
- Resurser används ej på bästa sätt
- Hur få behandlande kliniker att ta ansvar för sina behandlingar dvs när behov av viss apparatur/utrustning krävs i behandlingen
- Rutiner för återanvändning, lagerhållning, inköp måste ses över
- En viss övertro på tekniska hjälpmedel finns - uppföljning av ordinationer skulle medföra förändringar

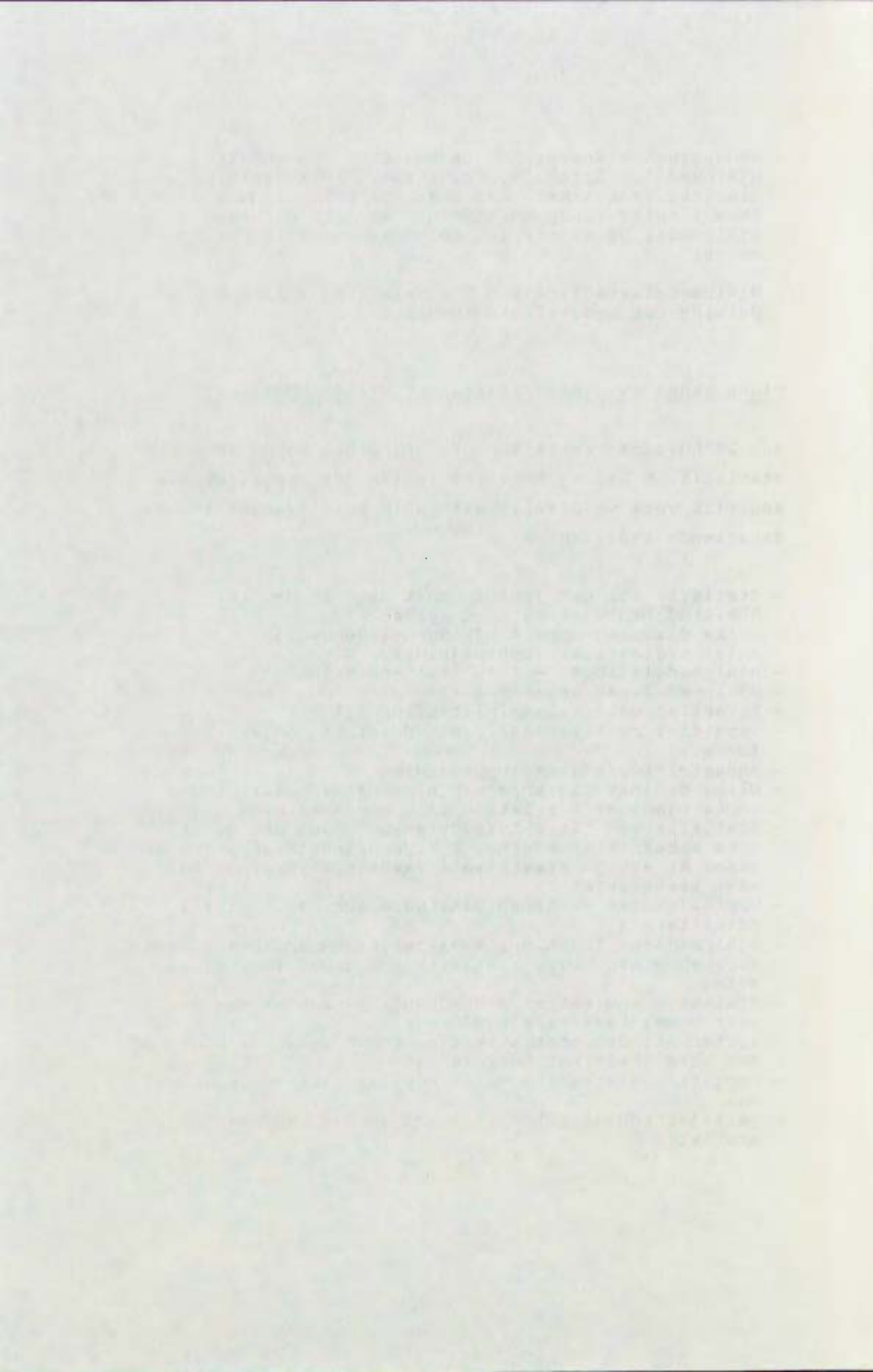
- Styrande lokala hjälpmedelsförteckningar nödvändiga i stället för centrala rekommendationer. Indikationer för ordination, begränsningar i ordinationsanvisningar viktigast i kostnadsreglerande syfte
- Kostnader måste kunna följas även om budget och kostnadsansvar decentraliseras
- Att kostnadsansvaret för hjälpmedel decentraliseras innebär inte att verksamheten bör decentraliseras
- Målet är att kunna ge kvalificerad konsult hjälp och service till handikappade personer, personal, anhöriga m.m. utan onödiga väntetider
- Bättre beredskap
- Samarbete
- Förebyggande verksamhet
- Utveckling av verksamheten
- Centralisering när specialkunskaper krävs
- Decentralisering av bassortiment
- Utvärdering av hjälpmedel/arbete med sortimentsfrågor
- Bättre konstruerade hörselhjälpmedel
- Oklara ansvarsförhållanden. Samhällets skyldigheter - individens rättigheter och egna ansvar bör fastslås
- Rikstäckande hjälpmedelsförteckning bra, men bör vara strikt avgränsad. Organisationsfrågorna måste lösas lokalt, med koppling till övriga vårdinsatser, i första hand primärvården
- Antalet behövande ökar, kvaliteten på hjälpmedel och därmed kostnaderna ökar, nya typer av hjälpmedel produceras ständigt. Det senast tillkomna hjälpmedlet får ej hamna utanför enbart för att pengarna ej räcker. En ständig omprövning av vad som rekommenderas som kostnadsfria hjälpmedel måste ske
- Varför ej införa högkostnadsskydd? En total samhälls-ekonomisk bedömning där försäkringskassans kostnader/bidrag tas med, bör göras
- Prioritering av svårast handikappade
- Ta bort ordinationsrätten och inför en legitimation kopplad till utbildning för att förmedla hjälpmedel

- Landstingets ansvar bör utökas till att omfatta hjälpmedel i förskola, fritidshem, folkhögskola, studiecirkelverksamhet. Den statliga ersättningen bör ökas i motsvarande omfattning. På sikt bör även hjälpmedel på arbetsplatsen omfattas av landstingets ansvar
- Hjälpmedelsersättningen bör relateras till åldersfördelning och geografiska förhållanden

Finns behov av utökad statistik? Vilka uppgifter?

Hos 24 huvudmän anser man att det finns behov av utökad statistik. 6 har ej besvarat frågan. De uppgifter som angivits vara värdefulla att registrera framgår av nedanstående redovisning.

- Statistik som ger jämförbarhet över landet (11)
- ADB-stöd behövs/enhetligt system (7)
- Olika diagnosgruppers hjälpmedelsbehov (5)
- Antal ordinationer/uppföljningar (4)
- Hjälpmedelsflödet - från/till enheterna (3)
- Hjälpmedel per användare (2)
- Förenklad materialadministration (2)
- Uppgifter om tillbehör/reservdelar (1, anges inte i forts.)
- Budget/inköp/kostnadsuppföljning
- Olika ordinatorsgruppers hjälpmedelsförskrivning
- Köpta tjänster i relation till andra alternativ
- Statistik med "intäktsredovisning". Som det nu är syns enbart kostnaderna. Hjälpmedelsverksamhetens dilemma är att ju effektivare verksamheten är ju mer ökar kostnaderna
- Uppföljningen i vården viktigare och har hittills prioriterats
- Hjälpmedlens funktion, kvalitet, inköpskostnad, servicebehov etc. Dvs. statistik som grund för inköpsavtal
- Statistik som kan visa hur många patienter som bor kvar hemma tack vare hjälpmedel
- Tycker att den statistik som lämnas i dag är bra - om den vore jämförbar över landet
- Uppgiftsregistrering måste kopplas till verksamhetens mål
- Detaljutredning behövs för att se över nuvarande statistik



BILAGA 2

ENKÄTSSAMMANSTÄLLNING - HJÄLPMEDELSCENTRALERNA

Denna enkät tillställdes sju huvudmän, Stockholms läns landsting, södra sjukvårdsområdet, Östergötlands, Göteborgs och Bohus, Skaraborgs, Gävleborgs och Norrbottens läns landsting samt Göteborgs kommun. Alla tillfrågade huvudmän har besvarat enkäten.

I enkäten om hjälpmedelscentralerna ställdes bl.a. frågor om organisation av verksamheten, arbetsuppgifter, personal och hjälpmedelssortiment inom hjälpmedelscentralernas ansvarsområde. Svaren på enkätfrågorna framgår av följande redovisning liksom av bil. 1 för vissa frågeområden.

2.1 Verksamhetens organisation vid hjälpmedelscentralerna**Antal hjälpmedelscentraler**

Redovisning av antalet hjälpmedelscentraler finns under rubrik 1.1 Hjälpmedelsverksamhetens ledning i bil. 1.

Hjälpmedelscentralernas organisation och ledningsansvar

Fem av huvudmännen anger att en hjälpmedelskonsulent ansvarar för alternativt leder hjälpmedelscentralens verksamhet. Av svaren från övriga två går inte att avgöra hur ansvaret/ledningen för hjälpmedelscentralen är fördelat.

Hjälpmedelskonsulentens ansvar/ledning av verksamheten omfattar i ett par fall såväl verksamhets- som budgetansvar, personal, drift, hjälpmedelsbudget, inköp etc. Hos ett par huvudmän är det begränsat till att omfatta hjälpmedelscentralens drift, personal m.m medan budgetansvaret för hjälpmedel är lagt på t.ex. en hjälpmedelschef.

Organisatoriskt/politiskt är hjälpmedelscentralerna hos fyra av huvudmännen underställda de sjukhus som de är lokaliserade till. Hos två huvudmän är hjälpmedelscentralen underställd, resp. utgör en s.k. hjälpmedelssektion som leds av en hjälpmedelschef. För en av huvudmännen går det ej att utläsa hur hjälpmedelscentralen är inordnad i organisationen.

Hjälpmedelscentralens huvudsakliga arbetsuppgifter

Följande arbetsuppgifter har angetts av en eller flera huvudmän.

1. Hjälpmedelscentralen har ansvar för hjälpmedel till rörelsehindrade (vuxna och barn) plus hjälpmedel till förståndshandikappade, talskadade och för medicinska handikapp.
2. Materialhantering (för samtliga hjälpmedel inom ansvarsområdet för primär- och länssjukvård).

- inköp/beställning av hjälpmedel
- förrådshållning
- administration
- distribution, förråd, brukare)

3. Utprovnings- och konsultverksamhet gentemot primärvård och länssjukvård.

- råd och information till ordinatorer och brukare
- utprovning av specialhjälpmedel
- medverka vid specialanpassningar
- ordination av hjälpmedel (ingår hos två av huvudmännen)

4. Teknisk service

- anpassning av hjälpmedel
- reparation av hjälpmedel
- återtagnings/rekonditionering
- transporter till och från brukare

5. Samordnings- och policyuppgifter

- service gentemot beslutsfattare
- planerings- och budgetfrågor
- organisation och samordning av verksamheten
- förslag till anvisningar, riktlinjer, sortiment
- kostnadsuppföljning

Decentralisering av verksamheten till primärvård och kliniker inom läns- och regionsjukvård

Hos två huvudmän anges att kostnads/budgetansvar har överförts till primärvården.

Det verkar som om man har ett visst sortiment som relativt "fritt" får ordinerats i primärvården och att övriga hjälpmedelsutprovningar remitteras till hjälpmedelscentralen alternativt att hjälpmedelscentralen ger konsult hjälp.

Hos en huvudman har man byggt upp viss teknisk service i anknytning till primärvårdsförråden.

En huvudman påpekar att behandlingsansvar åvilar resp. vårdcentral eller klinik och att de flesta hjälpmedlen ordinerar i primärvården sedan flera år. Specialhjälpmedel ordinerar däremot vid resp. klinik.

Hur länge har nuvarande organisation funnits - finns planer på eller beslut om förändringar av organisationen m.m.?

Hos två av huvudmännen har hjälpmedelscentralernas organisation funnits sedan år 1976, dock med vissa modifieringar hos en. Hos dessa huvudmän är hjälpmedelsutredning/förändring aktuell. Hos övriga fem huvudmän har nuvarande organisation införts under 80-talet, hos två av dessa under 1987.

Av de sex huvudmän som svarat på frågan om det finns beslut om eller planer på förändringar anger fyra att utredning om hjälpmedel pågår eller att förändring av verksamheten är aktuell. Övriga två svarar nej på frågan.

2.2 Personal vid hjälpmedelscentralerna

Antal tjänster och årsarbetare vid hjälpmedelscentralerna

Alla huvudmän har redovisat antal tjänster och antal årsarbetare under åren 1982, 1986, 1987 resp. 1982 och 1986. För en huvudman redovisas dock antal årsarbetare ofullständigt för år 1982.

Samtliga huvudmän har ökat personalstaten i varierande omfattning räknat på det sammanlagda antalet tjänster per hjälpmedelscentral. Ökningen varierar mellan 5 och 188 procent. Om extremvärdet 188 procent borträknas har ökningen av personal i medeltal varit 24 procent per hjälpmedelscentral.

Fem huvudmän redovisar dessutom en ökning i antalet anställda årsarbetare mellan 1982 och 1986. En huvudman ligger kvar på samma antal årsarbetare och en huvudman har endast redovisat en ökning för ena halvan av landstinget. Ökningen varierar mellan 5 och 138 procent, i medeltal ca 36 procent om extremvärdet 138 borträknas.

Från en huvudman påpekas att man under 1986 och 1987 haft sammanlagt 5 lönebidrags- och ungdomslagstjänster utöver redovisade tjänster och årsarbetare. Detta kan vara fallet hos flera av huvudmännen.

Den kraftiga ökningen av såväl tjänster i stat som antal årsarbetare som en huvudman har haft beror på att man omstrukturerat verksamheten och flyttat tjänster och personal från en annan personalstat till hjälpmedelscentralens.

Antal tjänster och antal anställda årsarbetare ger dock inte någon direkt indikation på verksamhetens totala omfattning inom hjälpmedelscentralens ansvarsområde. Personal med direkta arbetsuppgifter inom området kan finnas i personalstaten för t.ex. resp. primärvårdsområde och redovisas då inte som personal hos hjälpmedelscentralen.

Antal tjänster och årsarbetare vid hjälpmedelscentralerna i urvalet

Huvudman	Antal tjänster i stat				Antal anställda årsarbetare		
	1982	1986	1987	Ökn %	1982	1986	Ökn %
1.	18	23,5	23,5	31	17	28,6	68
2.	23	34	34	48	20,75	29,45	42
3a.	10,5	11	11,5	10	10	10,5	5
3b	12	14	14	13	--	13,75	--
4.	12	11	13	8	11,5	16	39
5.	15,5	19	21,5	39	20	25	25
6.	21	21	22	5	19,5	19,5	0
7.	9	25	26	188	10,5	25	138

Rekryteringsproblem/personalomsättning

Fyra huvudmän anger att det inte finns några rekryteringsproblem eller har funnits svårigheter att behålla personal. Två huvudmän säger dock att man haft/har sådana problem på grund av för låg lönesättning för ingenjörer, tekniker, kanslist och förrådspersonal. En huvudman har svårt att rekrytera/behålla hjälpmedelskonsulenter på grund av hjälpmedelscentralens oklara uppgifter och framtid. En huvudman har inte besvarat frågan.

2.3 Sortiment av hjälpmedel

Svaren på frågorna under denna rubrik redovisas i bil. 1 under rubrik 1.4 Sortiment av hjälpmedel.

2.4 Inköpsverksamhet och förrådshållning

Inköp, förrådshållning och återtagning inom hjälpmedelscentralernas verksamhetsområde

Alla huvudmän har svarat på olika sätt. Detta kan naturligtvis bero på att olika huvudmän har olika organisation men även på att man i sina resp. svar valt att betona vissa faktorer medan andra kommit att hamna i bakgrunden eller inte alls nämns.

Hos tre av huvudmännen uppges att försörjnings- eller inköpsavdelning ansvarar för att teckna avtal. En av dessa beskriver dock en omfattande medverkan från hjälpmedelscentralen.

Fem huvudmän anger att hjälpmedelscentralen alternativt förråden svarar för inköpen.

Av beskrivningarna att döma är denna verksamhet (inköp, förrådshållning, återtagning) mycket omfattande. Förrådshållning och återtagning av hjälpmedel sker på flera nivåer hos huvudmännen, centralt på länssjukvårdsnivå och lokalt i primärvården. Beställningar, inköp och transporter tycks ofta vara samordnade, ibland med övriga sjukvården t.ex. när det gäller transporter.

Förändring av inköpsverksamheten m.m.

Hos sex av huvudmännen finns antingen beslut om förändringar i verksamheten eller så pågår någon form av översyn. De förändringar som beskrivs är t.ex. decentralisering av förrådshållningen och införande av datorstöd för att effektivisera lagerhållningen och öka överblicken över verksamheten.

2.5 Teknisk service

Den tekniska servicens organisation

Huvudmännen beskriver sin organisation för teknisk service på olika sätt. Alla huvudmän har en egen organisation för teknisk service knuten till hjälpmedelscentralerna, men fyra huvudmän har även teknisk service i t.ex. resp. hälso- och sjukvårdsdistrikt och i primärvården. Denna form av teknisk service tillhör inte alltid hjälpmedelscentralen organisatoriskt, utan kan t.ex. tillhöra en maskinteknisk avdelning.

En huvudman beskriver området teknisk service på följande sätt:

- akut reparation
- underhåll och rekonditionering
- individuell anpassning
- montering/demontering
- bevakning av säkerhetsfrågor
- utvärdering av nya produkter
- information och utbildning till olika personalgrupper
- inventarieredovisning
- medverkan vid utprovning

Samma huvudman beskriver även områdets omfattning tekniskt sett:

- mekanik
- gas- och vätsketeknik
- datateknik
- trä- och plastarbete
- tapetseriarbete

Fungerar den tekniska servicen tillfredsställande?

Ingen av huvudmännen anser att den tekniska servicen fungerar helt tillfredsställande i dag. Bristerna som anges är att det är oacceptabla väntetider på anpassningar, att personalutbildningen är otillräcklig på grund av att hjälpmedlen blir alltmer tekniskt komplicerade och att medicinteknisk apparatur finns i hemmen i ökad utsträckning. Brist på kompetent personal, otillräcklig utrustning, otillräckliga lokaler, otidsenlig organisation är andra brister som nämns.

Genomgående är bristen på kompetent personal. Alla huvudmän framför att man har brist på kompetent personal eller att utbildning är mycket angeläget. Här beskrivs brister i såväl grundutbildning hos personalen som svårigheter med utbildning och fortbildning i takt med de ökade krav som ställs på hjälpmedelsverksamheten rent tekniskt.

Sex huvudmän uppger att man skulle behöva mer personal inom teknisk service. Fem huvudmän anger att man köper tekniska tjänster externt.

Förändringar inom den tekniska servicen

Hos fem av huvudmännen finns beslut om eller planer på förändringar i organisationen för den tekniska servicen.

2.6 Verksamhet i primärvården

Inköp, teknisk service och förrådshållning

Inköp, teknisk service och förrådshållning av hjälpmedel i primärvården är olika organiserat hos olika huvudmän. När det gäller inköp och påfyllning av buffert- och filialförråd i primärvården verkar det dock som om man antingen replierar direkt på hjälpmedelscentralen eller på det centrala hjälpmedelsförrådet. Hos ett par huvudmän finns resurser för att i viss mån rengöra och rekonditionera hjälpmedel och hos andra sköts även smärre reparationer och anpassningar i primärvården, beroende på vilka resurser man har för detta i resp. område.

Antal ordinationsberättigade personer i primärvården

Samtliga huvudmän har angett antal ordinationsberättigade personer alternativt tjänster i primärvården, fördelade på yrkeskategorier. Frågan gällde personal med ordinationsrätt för hjälpmedel inom hjälpmedelscentralernas ansvarsområde.

Observera att vissa huvudmän har angett antal personer, andra antal tjänster. Siffrorna bör därför ses som en uppskattning av antalet ordinatorer i primärvården hos resp. huvudman.

Uppskattning av antalet ordinationsberättigad personal i primärvården

Antal personer/tjänster hos huvudmännen i urvalet
Huvudman:

Personalkat	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	Summa
Arb ter	15	126	52	87	53	35	43	411
Sjukgymn	35	148	64	57	62	48	57	471
Distr sköt	277	146	275	269	227	187	129	1 510
Läkare	152	236	123	162	164	120	114	1 071
Summa	479	656	514	575	506	390	343	3 463

Att en person/tjänst har ordinationsrätt för hjälpmedel innebär inte att personen i fråga eller innehavaren av tjänsten i praktiken ordinerar/utprovar hjälpmedel. Många läkare t.ex. ordinerar hjälpmedel endast någon enstaka gång eller inte alls, trots ordinationsrätt, liksom många specialistutbildade läkare endast ordinerar de hjälpmedel som har anknytning till den egna specialiteten.

I andra yrkeskategoriers yrkesutövning är hjälpmedelsordination/utprovning vanligare. För arbetsterapeuter och sjukgymnaster kan hjälpmedel ingå som en betydande del av arbetsuppgifterna, för distriktssköterskor finns hjälpmedelsordination med i det dagliga arbetet om än i mindre utsträckning än för arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Eftersom urvalet av huvudmän grovt räknat representerar 23 procent av totala antalet huvudmän, kan en mycket grov uppskattning göras av totala antalet ordinationsberättigad personal i primärvården utifrån siffrorna i tabellen. En sådan uppskattning ger vid handen att ca 13 000 personer/tjänster i primärvården totalt sett i

landet har ordinationsrätt. Detta under förutsättning att antagandet är riktigt, dvs. att antalet ordinatorer hos de utvalda huvudmännen representerar 23 procent av totala antalet i landet.

Hjälpmedel inom hjälpmedelscentralernas ansvarsområde som förskrivs i primärvården

Hos en huvudman får samtliga hjälpmedel för rörelsehindrade förskrivas i primärvården liksom vissa behandlingshjälpmedel. Hos en huvudman får primärvården i det ena sjukvårdsdistriktet ordinera allt, medan det andra har undantagit medicinska behandlingshjälpmedel från ordination. Hos fyra av de övriga fem huvudmännen är alla/vissa medicinska behandlingshjälpmedel undantagna från ordination i primärvården. De övriga hjälpmedel som anges vara undantagna hos något eller några huvudmän är t.ex. avancerade kommunikationshjälpmedel, elrullstolar, kontantbidrag m.m.

Regeln verkar vara att det handlar om tekniskt komplicerade och/eller dyra hjälpmedel som undantagits från ordination i primärvården, liksom behandlingshjälpmedel. (Jfr svar på frågan om var största antalet ordinationer sker, sid. 94).

När konsulteras hjälpmedelscentralen vid ordination/utprovning av hjälpmedel?

Hjälpmedelscentralen anlitas ofta/alltid vid ordination och utprovning av elrullstolar hos fem huvudmän, ofta/mindre ofta vid ordination av manuella rullstolar hos fem huvudmän. Vid ordination/utprovning av sängar och lyftar sker konsultation i varierande omfattning hos

fyra huvudmän. Kommunikationshjälpmedel anges som orsak till konsultation från fem huvudmän, liksom barnhjälpmedel nämns av fyra. Konsultationernas omfattning varierar för dessa hjälpmedel mellan huvudmännen från alltid till mindre ofta.

De övriga anledningar till konsultation som nämns i svaren är specialanpassningar av hjälpmedel, medicinska hjälpmedel, moped, bilanpassningar, alla hjälpmedel utanför förteckningen, bostads- och arbetsplatsanpassningar m.m.

En huvudman anger att hjälpmedelskonsulenten endast konsulteras per telefon och att ingenjören vid hjälpmedelscentralen medverkar praktiskt vid utprovning.

2.7 Verksamhet inom läns- och regionsjukvården

Antal hjälpmedelsförråd, inköps- och förrådsverksamhet samt teknisk service

Frågorna om hjälpmedelsförråd, inköp, teknisk service och förrådshållning inom läns- och regionsjukvård är ofullständigt besvarade. Av svaren från de huvudmän som besvarat frågorna/vissa delar av frågorna kan man dock utläsa att det finns hjälpmedelsförråd inom läns- och regionsjukvården. Dessa tycks vara lokaliserade till arbetsterapi- och sjukgymnastikavdelningar, samordnande med hjälpmedelscentralens eller primärvårdens förråd etc. Även vid kliniker som t.ex. medicinsk rehabilitering och barnkliniker kan det finnas hjälpmedelsförråd.

När det gäller inköp, teknisk service och förrådshållning, tycks verksamheten vara samordnad med övrig verksamhet inom hjälpmedelscentralernas ansvarsområde.

Ordinationsberättigad personal inom läns- och regionsjukvården

Frågan som ställdes i enkäten gällde hur många personer som har ordinationsrätt inom hjälpmedelscentralernas ansvarsområde inom läns- och regionsjukvården. Huvudmännen har dock omväxlande svarat på antal personer och antal tjänster. Uppgifterna får därför ses som en uppskattning av antalet ordinationsberättigad personal hos de utvalda huvudmännen. Siffrorna anger dock inte hur många som faktiskt ordinerar/utprovar hjälpmedel.

Uppskattning av antalet ordinationsberättigad personal i läns- och regionsjukvården

Antal personer/tjänster hos huvudmännen i urvalet Huvudman:								
Personalkat	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	Summa
Arb ter	94	100	161	26	65	65	72	583
Sjukgymn	140	128	155	47	79	78	42	669
Läkare	373	505	903	149	409	--	401	2740
Sjuksköt	493	16	11	--	--	--	--	520
Summa	1100	749	1230	222	553	143	515	4512

En grov uppskattning av totala antalet läns- och regionsjukvårdspersonal med ordinationsrätt inom hjälpmedelscentralernas ansvarsområde, utförd på samma sätt som tidigare beräkning för primärvården, ger vid handen att det torde vara ca 15 000 personer/tjänster i läns- och regionsjukvården i landet som har ordinationsrätt för hjälpmedel för rörelsehindrade (inkl. vissa behandlingsmedel). Detta under förutsättning att antalet ordinatorer i vårt urval utgör ca 23 procent av totala antalet i landet.

På samma sätt som inom primärvården är det inom läns- och regionsjukvården mycket olika hur ordinationsberättigad personal i praktiken använder sin ordningsrätt. Mönstret för de olika yrkeskategorierna som tidigare beskrivits går igen även här.

En skillnad är dock att sjuksköterskegruppen inte alls är lika framträdande i ordinatorns rollen på läns- och regionnivå. (Inom primärvården utgör distriktssköterskorna en stor grupp ordinatorer). En annan skillnad är att specialistrollen hos läkaren som ordinator av hjälpmedel blir mer markerad. Läkaren inom läns- och regionsjukvård utövar sin ordinationsrätt (för i stort sett samtliga hjälpmedel inom hjälpmedelscentralernas ansvarsområde) i mycket begränsad omfattning, och i stort sett endast inom den egna specialiteten. Arbeta-
 terapeuter och sjukgymnaster som har en mycket omfattande ordinationsrätt blir därför i praktiken de yrkeskategorier som ombesörjer merparten av ordinationerna/utprovningarna inom läns- och regionsjukvården, dvs. ofta även utprovning av de hjälpmedel där endast läkare har ordinationsrätt.

Hjälpmedel inom hjälpmedelscentralernas budget som i princip endast skrivs ut vid en klinik

Alla huvudmän har besvarat frågan om vilka hjälpmedel som i princip endast skrivs ut vid en enstaka klinik. Det finns både likheter och olikheter mellan huvudmännen beträffande vilka hjälpmedel det rör sig om och vilka kliniker som handhar dem.

En genomgång av svaren visar att det är fråga om ett trettiotal olika hjälpmedel som handhas av ett femton-tal olika kliniker. Av nedanstående sammanställning

framgår vilka hjälpmedel det är och vilka kliniker som hanterar dem.

Hjälpmedel	Kliniker
Kosmetiska proteser	Allmänt kirurgi Öron - näsa - hals
Ögonproteser	Ögonklinik
Peruker/toupéer	Allmän kirurgi Internmedicin Hudklinik Onkologi
Bröstproteser	Allmän kirurgi
Kompressionsutrustning	Allmän kirurgi
Luftrenare	Internmedicin Barn-/habiliteringsklinik Öron - näsa - hals
Luftfuktare	Öron - näsa - hals
Ventilatorer	Lungklinik
Inhalatorer	Internmedicin Barn-/habiliteringsklinik Lungklinik Anestesi Infektion
Respiratorer	Internmedicin Lungklinik
Andningsmasker	Lungklinik
Oxygenutrustning/ oxygenkoncentratorer	Internmedicin Lungklinik
Inkontinenshjälpmedel (inkl. stimulatorer och enuresmattor)	Allmän kirurgi Gynekologi Barn-/habiliteringsklinik Urologi
Alarm	Barn-/habiliteringsklinik
TNS-apparater	Internmedicin Reumatologi Neurologi Anestesi

Peroneusstimulatorer (bärbar, inopererad)	Internmedicin Medicinsk rehabilitering Neurologi
Insulinpumpar	Internmedicin
Infusionspumpar	Barn-/habiliteringsklinik
Blodsockermätare	Internmedicin
Våg, droppställning till hemdialys	Njurmedicin
Sugar	Internmedicin Öron - näsa - hals
Kanyler	Öron - näsa - hals
Kompresser	Öron - näsa - hals
Röstgeneratorer/ talapparater	Öron - näsa - hals
UVB-lampor	Internmedicin Hudklinik
Specialhjälpmedel till barn	Barn-/habiliteringsklinik

Ovanstående hjälpmedel kan även fördelas på kliniker enligt följande uppställning.

Klinik	Hjälpmedel
Internmedicin	Luftrenare Inhalatorer Respiratorer Oxygenutrustning Oxygenkoncentratorer Sugar TNS-apparater Peroneusstimulatorer Insulinpumpar Blodsockermätare Peruker UVB-lampor
Öron - näsa - hals	Luftrenare Luftfuktare Kompresser Kanyler Talapparater Röstgeneratorer

	Slemsugar Kosmetiska proteser
Lungklinik	Inhalatorer Ventilatorer Respiratorer Oxygenutrustning Oxygenkoncentratorer Andningsmasker
Barn-/habiliterings- klinik	Luftrenare Inhalatorer Infusionspumpar Enuresmattor Alarm Andningsmasker Specialhjälpmedel till barn
Allmän kirurgi	Inkontinenshjälpmedel Kompressionsutrustning Kosmetiska proteser Bröstproteser Peruker
Neurologi	TNS-apparater Peroneusstimulatorer (inopererade)
Hudklinik	Peruker/toupéer UVB-lampor
Anestesiklinik	TNS-apparater Inhalatorer
Medicinsk rehabilitering	Peroneusstimulatorer (inopererade)
Gynekologi	Inkontinenshjälpmedel (inkl stimulatorer)
Ögonklinik	Ögonproteser
Reumatologi	TNS-apparater
Urologklinik	Inkontinenshjälpmedel (inkl stimulator)
Onkologi	Peruker
Infektionsklinik	Inhalatorer
Njurmedicin	Våg, droppställning till hemdialys

2.8 Budget och kostnader

Hjälpmedelscentralernas kostnads- och volymutveckling 1982-1986

Under denna rubrik redovisas de svar som inkommit beträffande kostnader för inköp av hjälpmedel vid hjälpmedelscentralerna. Utöver en redovisning av kostnadsutvecklingen totalt för inköpta hjälpmedel särredovisas kostnads- och volymutvecklingen för de fyra olika hjälpmedel som tagits upp speciellt i enkäten, dvs. sängar och sänglyftar, personlyftar, eldrivna rullstolar och manuella rullstolar.

Kostnader för inköpta hjälpmedel

Frågan om kostnader för inköp av hjälpmedel delades i enkäten upp på; hjälpmedel enligt Handikappinstitutets förteckning resp. hjälpmedel utöver förteckningen. Ett par av huvudmännen gör inte denna uppdelning i sin redovisning utan tar upp samtliga inköp i en post. Hos de huvudmän där en uppdelning görs utgör hjälpmedel utöver förteckningen mellan 0,3 och 7 procent av de totala kostnaderna. Fortsättningsvis redovisas den totala kostnaden för inköp av hjälpmedel utan uppdelning på dessa två poster.

I nedanstående tabell redovisas hjälpmedelscentralernas kostnader för inköp av hjälpmedel de senaste fem åren. Från ett par huvudmän saknas dock uppgift för 1982. Detta innebär att beräkningen av kostnadsutvecklingen för dessa huvudmän omfattar perioden 1983-1986.

Kostnader för inköp av hjälpmedel vid hjälpmedelscentralerna
1982-1986. Milj. kr.

Huvudman	1982	1983	1984	1985	1986	Ökning % 83-86	
						löpande priser	fasta priser*
1.	15,2	18,3	21,3	26,5	23,9**	43**	18**
2.	14,8	18,4	22,3	26,4	26,9	46	21
3.	-	16,2	19,6	25,1	25,4	57	30
4.	-	17,2	22,1	28,4	21,7	26	4
5.	10,2	11,8	12,8	13,1	16,5	40	15
6.	8,8	11,2	11,8	15,4	16,6	48	22
7.	12,3	14,4	17,6	18,6	19,4	35	11
Summa	-	107,5	127,5	153,5	152,6	42	17

* Enligt konsumentprisindex.

** Uppgiften avser 48 veckor. Utvecklingen beräknad på ett skattat värde för hela året.

Utvecklingen har inte varit lika för huvudmännen. En tendens finns dock till en dämpad kostnadsökning mellan 1985 och 1986 för flertalet av huvudmännen. Hos två huvudmän har kostnaderna minskat mellan dessa två år. Bakgrunden till detta torde vara att man hos den ena huvudmannen lagt över kostnader för vad man kallar vår-
darhjälpmedel på annan verksamhet. Hos den andra huvudmannen genomfördes under 1986 ett s.k. "besparingspaket" vilket kan förklara kostnadsminskningen. Även hos övriga huvudmän har olika besparingsförsök gjorts.

Sängar och sänglyftar som hjälpmedel

Hos fyra av de sju tillfrågade huvudmännen belastar samtliga sängar/lyftar som används som hjälpmedel i hemmet hjälpmedelsverksamhetens budget. Tre av dessa fyra har också lämnat uppgift om hur många personer i olika åldrar som för närvarande har en säng i hemmet. Med dessa uppgifter som utgångspunkt har vi beräknat

hur många personer per 1 000 invånare i olika åldersklasser som har en säng och/eller sänglyft i hemmet. Dessa beräkningar redovisas närmare i SOU 1989:39, kap. 7.

Hos de huvudmän där samtliga sängar belastar hjälpmedelsbudgeten, har antalet utlämnade sängar/-lyftar ökat kraftigt under de senaste fem åren. Som exempel kan nämnas att man hos en huvudman år 1982 lämnade ut 82 sängar/-lyftar och år 1986 var motsvarande antal 244. Hos en annan huvudman (där uppgifterna omfattar 75 procent av befolkningen) lämnade man år 1982 ut 15 sängar mot 74 stycken år 1986.

Hos en huvudman som skiljer ut sängar för "primärvård i hemmet" har man haft en betydligt måttligare utveckling av antalet utlämnade sängar/sänglyftar (1982; 177 stycken, 1986; 187 stycken).

Bland de tillfrågade huvudmännen varierar sängarnas/-lyftarnas andel av hjälpmedelscentralernas kostnader år 1986 mellan 0,5 och 10 procent.

Personlyftar

Fyra av de tillfrågade huvudmännen har kunnat ange antalet utlämnade personlyftar per år under perioden 1982-1986. En sammanslagning av dessa uppgifter visar att år 1982 utlämnades 131 personlyftar. År 1986 var antalet utlämnade personlyftar 255, dvs. volymen har nästan fördubblats under dessa fem år.

Personlyftarnas andel av hjälpmedelscentralernas kostnader har beräknats för fyra av de tillfrågade huvudmännen, och visar sig variera mellan 2 och 4 procent.

Någon större ökning av personlyftarnas andel av budgeten kan inte urskiljas.

På grundval av uppgifter från tre huvudmän har antalet personer per 1 000 invånare som har personlyft beräknats för olika åldrar år 1986. Dessa beräkningar redovisas närmare i SOU 1989:39, kap. 7.

Eldrivna rullstolar

Kostnaderna för eldrivna rullstolar visar en svagt ökande trend hos tre av de fyra huvudmän som lämnat jämförbara uppgifter. Eldrivna rullstolar upptar hos dessa fyra huvudmän år 1986 mellan 11 och 18 procent av hjälpmedelscentralernas budget.

Volymökningen för el-rullstolar kan följas hos tre av huvudmännen. En sammanslagning av dessa tre visar att man år 1982 lämnade ut 181 elrullstolar mot 197 under 1986. Jämfört med sängar/-lyftar och personlyftar är volymökningen för elrullstolar således betydligt mindre.

Frågan om antalet personer i olika åldersklasser som för närvarande har en eldriven rullstol har besvarats av fyra huvudmän. Antalet personer per 1000 invånare som har elrullstol har beräknats för olika åldrar. Dessa beräkningar redovisas närmare i SOU 1989:39, kap. 7.

Manuella rullstolar

De manuella rullstolarna är den av de här upptagna fyra produktgrupperna som tar den största andelen av hjälpmedelscentralernas inköpsbudget. Mellan 17 och 26 pro-

cent av kostnaderna hos de fyra huvudmän som uppgivit jämförbara uppgifter, gick till manuella rullstolar. Liksom för övriga produktgrupper har kostnaderna för manuella rullstolar ökat under perioden 1982-1986. Andelen av budgeten vid hjälpmedelscentralerna som går till manuella rullstolar visar dock inte någon entydigt ökande trend.

Endast två av de tillfrågade huvudmännen har lämnat fullständiga uppgifter om antalet utlämnade manuella rullstolar för åren 1982-1986. En sammanslagning av dessa två huvudmäns uppgifter visar att antalet utlämnade manuella rullstolar ökade från 2 272 år 1982 till 2 862 under 1986.

Inte någon av de tillfrågade har besvarat frågan om hur många personer i olika åldrar som för närvarande har manuell rullstol i hemmet enligt den åldersfördelning som angivits i enkäten.

Åtgärder som vidtagits för att begränsa hjälpmedelscentralernas kostnader

Hos alla huvudmännen i urvalet har åtgärder vidtagits under de senaste två åren (1986-1987) för att begränsa hjälpmedelskostnaderna.

De åtgärder som nämns i svaren är följande:

- Utredning tillsatt i avsikt att effektivisera verksamheten.
- Decentralisering av budget- och kostnadsansvar till primärvården.
- Sparbeting/besparingspaket.

- Inköpsstopp för manuella rullstolar under sista halvåret 1987.
- Hyresavgifter för vissa hjälpmedel.

En huvudman anger i sitt svar att det ofta påpekas från tjänstemän och politiker att hjälpmedelskostnaderna måste begränsas, men att kostnaderna för hjälpmedel aldrig diskuteras med utgångspunkt från det mål som finns för hjälpmedelsverksamheten.

Förklaringar till kostnadsutvecklingen

I enkäten angavs tio möjliga orsaker till kostnadsutvecklingen. Huvudmännen ombads att rangordna dessa med siffran 1 för det viktigaste alternativet etc.

Sammanfattningen av huvudmännens rangordning av uppräknade orsaker till kostnadsutvecklingen utkorade inte någon självklar avgörande faktor. Huvudmännen har i flera fall satt samma siffra på två eller flera alternativ som enligt deras uppfattning inte gått att skilja åt, medan andra alternativ inte tagits med alls. Med hänsyn till att några alternativ på detta sätt fått ökad tyngd, medan andra inte alls blivit medtagna, redovisas alternativen efter den ordning de fått "poäng" av huvudmännen.

1. Ökade inköpskostnader på grund av prisökningar.
2. Ökad andel äldre i befolkningen.
3. Utökat eget boende.
4. Decentralisering av verksamheten till primärvård.
5. Utökad hemsjukvård.
6. Ökade inköpskostnader på grund av volymökning.
7. Förbättrad kvalitet på hjälpmedlen.
8. Fler tekniskt avancerade och dyra hjälpmedel.
9. Utvidgning av handikappbegreppet.
10. Utökning av hjälpmedelsförteckningen.

Hjälpmedel som angetts vara särskilt betydelsefulla för kostnadsutvecklingen

- Förflyttningshjälpmedel:
Manuella rullstolar
"Aktiv"-rullstolar
Elrullstolar
Rollatorer
- S. k. hemhjälpmedel:
Sängar/lyftar
Hygienhjälpmedel
- Utrustning till vårdare i hemsjukvård.
- Medicinska behandlingshjälpmedel:
Respiratorer

Övriga kommentarer till kostnadsutvecklingen

I övrigt nämns som orsaker till kostnadsutvecklingen att antalet ordinatorer/utprovare av hjälpmedel ökat i primärvården, att kunskaperna hos ordinatorer/utprovare har ökat, att behoven och kraven har ökat, liksom att hjälpmedlen blivit bättre anpassade till behoven.

Några huvudmän kommenterar kostnadsutvecklingen mera konkret. En huvudman påpekar att priset på rullstolar från år 1980 till år 1985 stigit med 97 procent och alltså fortsätter att stiga. En annan huvudman för ett resonemang om vad kostnadsökningen egentligen består av. Förhållandet mellan prisökning, volymökning, kvalitetshöjning m.m. är oklart. Kostnadsökningen kanske kan förklaras av ökade volym- och kvalitetshöjningar. Från en huvudman påtalas att vissa kostnader inom hjälpmedelsverksamheten rätteligen borde belasta andra kostnadsställen. Hjälpmedelsbegreppet har utvidgats och tolkas olika samtidigt som styrmöjligheterna i hjälpmedelsförteckningen har spelat ut sin roll. Bris-

ten på koppling mellan verksamhets- och budgetansvar har betydelse.

En annan huvudman anser att strukturförändringarna i hälso- och sjukvården sker utan att man kompenserar hjälpmedelsverksamheten för detta.

2.9 Avgifter inom hjälpmedelscentralernas ansvarsområde

Svaren på frågorna under denna rubrik redovisas under rubriken 1.8 Avgifter inom hjälpmedelsverksamheten, bil. 1.

2.10 Vissa hjälpmedel

Sängar och sänglyftar som hjälpmedel

Hos fyra huvudmän belastar samtliga sängar och sänglyftar som används som hjälpmedel i hemmen hjälpmedelscentralens budget, hos tre huvudmän har man skilt ut de s.k. arbetstekniska hjälpmedlen från handikapphjälpmedlen.

Hos dessa tre huvudmän får primärvården betala de sängar som anses vara arbetstekniska hjälpmedel, antingen genom egna inköp, köp förmedlade av hjälpmedelscentralen eller genom att avgift/hyra tas ut från primärvården för de sängar som bedöms vara arbetstekniska hjälpmedel/vårdutrustning för hemtjänst-/hemsjukvårdspersonal.

Väntetid på säng/sänglyft

En beställning på säng/sänglyft som inkommit till hjälpmedelscentralen levereras efter ca 1 vecka hos tre huvudmän. En huvudman levererar samma dag om sängen finns i lager och transportmöjligheter finns, en annan anger att leverans sker omgående vid akuta behov, annars kan väntetiden vara från 0 till 14 dagar. Hos två huvudmän är väntetiden olika beroende på var i sjukvårdsområdet man bor, behovets karaktär, om sängen är lagervara och transportmöjligheter finns.

Två huvudmän påtalar leveranstiden hos leverantören som en anledning till lång väntetid.

Service och säkerhet för sängar/sänglyftar

Teknisk funktion och säkerhet kontrolleras hos alla huvudmän när fel anmäls. Fyra av dessa anger att kontroll även sker på annat sätt. En huvudman anger att man gör en mycket noggrann installation av sängar, hos en annan sker kontroll när hjälpmedlet återlämnas. Hos en huvudman har man planerad kontroll genom hembesök minst en gång per år i ett av sjukvårdsdistrikten, hos en annan passar man på att kontrollera sängar när hembesök göres av andra skäl.

Akuta tekniska fel

Två huvudmän har jour dygnet runt samtliga dagar, hos en av dessa med hjälp av vaktbolag.

Fyra huvudmän anger att man har tidsbeställning med väntetid, hos två av dessa har man jour under dagtid på vardagar i vissa delar av sjukvårdsområdet. Väntetiden

varierar från åtgärd samma dag upp till ca 10 dagar. Anledning till väntetider anges vara var man bor, arbetsbelastning, hur akut behovet är, eventuell leveranstid på reservdelar som saknas.

Personlyftar

Väntetiden på att få en personlyft (mobil-/taklyft) varierar, dels beroende på vilken sorts lyft man skall ha, dels om lyften lagerhålls eller måste beställas och om anpassning skall göras. Väntetiden varierar, dels mellan huvudmännen, dels beroende på bostadsort från ingen alls upp till 10 veckor.

Mobila personlyftar kan finnas i lager och då sker leverans omedelbart eller inom någon vecka. Taklyftar tar längre tid på grund av att det är fråga om relativt komplicerade installationer. Flera veckors väntetid på en taklyft verkar vara vanligt, till en del beroende på att man hos ett par huvudmän använder externa tjänster för sådana installationer.

Det verkar som om lyftar som finns i lager och när det är fråga om akuta ärenden i princip levereras omgående. Lagerhållningen tycks vara den springande punkten för väntetiden. Måste ett hjälpmedel beställas hem särskilt så får brukaren vänta, oavsett hur akut behovet är.

Service och säkerhet för personlyftar

Två huvudmän kontrollerar teknisk funktion och säkerhet genom planerade hembesök minst 1 gång per år. Hos två huvudmän sker besiktning av lyftar vart annat år. Hos en huvudman sker regelbunden kontroll minst en gång per

är i ett av sjukvårdsdistrikten. Fem huvudmän kontrollerar funktion och säkerhet när fel anmäls. En huvudman kontrollerar när hjälpmedlet återlämnas.

Akuta tekniska fel

Tekniska fel åtgärdas dygnet runt samtliga dagar hos två huvudmän, hos en av dem sker detta med hjälp av vaktbolag. Två huvudmän har jour på dagtid under vardagar. Två har tidsbeställning med väntetid och hos en huvudman åtgärdas felen så snabbt det går, beroende på arbetsbelastning. Väntetiden varierar från ingen alls till en vecka. Väntetiden beror på arbetsbelastning, var brukaren bor, hur akut behovet är, om entreprenör måste anlitas, om reservdelar finns i lager eller måste beställas.

Eldrivna rullstolar

Samtliga huvudmän har beskrivit hur utprovning av en eldriven rullstol går till. Beskrivningarna är varierande, så till vida att man lagt vikt vid olika saker. Det finns dock så mycket i svaren som överensstämmer att det går att sammanfatta uppgifterna till en "normalutprovning".

Flera huvudmän beskriver att man startar med en remiss/läkarundersökning. Därefter sker vanligen ett hembesök av behandlande arbetsterapeut (från klinik, vårdcentral, hjälpmedelscentral) som går igenom förutsättningarna för att personen i fråga skall kunna ha en eldriven rullstol hemma. Det är fråga om att mäta dörrar, kontrollera att rullstolen går in i hissen, om trösklar måste tas bort, om det finns lämpligt förva-

ringsutrymme etc. Därefter sker utprovning med val av rullstol etc. Utprovningen görs, av svaren att döma, antingen på hjälpmedelscentralen, oftast med konsult-hjälp från hjälpmedelscentralens personal och/eller i brukarens hem eller annan miljö där den skall användas. Även i de fall utprovningen sker utanför hjälpmedelscentralen tycks det vara vanligt att man konsulterar hjälpmedelskonsulent och teknisk personal vid utprovningen.

Efter utprovning vidtar träningen, som sker i hemmiljön alternativt där stolen skall användas. I samband med träningen ges instruktioner och information om skötsel, service etc.

Först därefter ordineras rullstolen. I vissa fall sker någon form av "uppkörning" inför läkare innan ordination sker. I andra fall krävs beslut om ordination i hjälpmedelsråd eller liknande.

En huvudman uppger att val av rullstol, tillbehör, ev. anpassning etc. sker i samförstånd mellan brukare och ordinator. En annan anser att valmöjligheterna inom sortimentet inte är så stora, eftersom grundprincipen är att man inte får en mer kvalificerad rullstol än handikappet kräver. En tredje uppger att man i första hand utprovar begagnade rullstolar om rullstolen i fråga har de funktioner som patientens rörelsehinder kräver.

Hos de huvudmän som angivit väntetiderna i veckor på en eldriven rullstol varierar väntetiden från det att behovet aktualiserats till att utprovning sker från 1 vecka upp till 8 veckor. Vanligast verkar dock vara en väntetid på 2-4 veckor. Från utprovning till "färdig" rullstol är väntetiden varierande mellan 2 och 12 vec-

kor. Den sammanlagda väntetiden varierar mellan 6 veckor och upp till 18 veckor. Orsakerna till väntetiderna anges vara dels firmornas leveranstid, dels om och i så fall hur omfattande anpassning som skall göras. Som exempel nämns att man kan få vänta på en specialanpassad Permobil upp till 6 månader. Om behovet är akut och rullstolen finns i lager kan väntetiden (beroende på anpassning) stanna vid ett par veckor.

Teknisk funktion och säkerhet kontrolleras hos en huvudman genom planerade hembesök minst en gång om året. Hos ytterligare två huvudmän har man sådan kontroll i vissa delar av sjukvårdsområdet. Fem huvudmän uppger att kontroll endast sker när fel anmäls. Av dessa gör en även sporadiska hembesök. Hos en annan sker kontroll vid återlämning och vid batteribyte. En huvudman gör endast sporadiska hembesök.

Akuta tekniska fel kan hos en huvudman åtgärdas samtliga dagar genom jour under dagtid. Tre huvudmän har jour under dagtid på vardagar och tre har tidsbeställning med väntetid. Hos en huvudman ger larmtjänst hjälp i akutsituationer. Väntetiden varierar från ingen alls till ca 10 dagar, beroende på hur akut behovet är, om brukaren är barn eller vuxen om annat hjälpmedel kan ersätta och dessutom beroende på bostadsort, arbetsbelastning etc.

Manuella rullstolar

Utprovningsförfarandet för manuell rullstol liknar utprovningen av eldriven rullstol. Det är dock inte lika vanligt att hjälpmedelskonsulanten anlitas vid utprovningen. Det tycks vara behandlande arbetsterapeut/sjukgymnast (från klinik eller vårdcentral) som avgör om

hjälpmedelskonsulent eller teknisk personal skall kopplas in (till skillnad från utprovning av elrullstol, då det verkar vara obligatorisk konsultation). Konsultation tycks bli aktuell när det handlar om att gå utanför fastställt sortiment, när anpassningar behövs eller om kostnaden för rullstolen överskrider någon gräns som landstinget har och beslut därför måste tas i hjälpmedelsråd eller liknande.

Ett par huvudmän påpekar att utprovning och träning sker i den miljö där rullstolen skall användas. Hos en huvudman anges att man anordnar rullstolskurser för brukare.

Två huvudmän anger att manuella standardrullstolar främst utprovas av distriktsarbetsterapeuterna i primärvården.

Samtliga rullstolar i hemmen belastar hjälpmedelsverksamhetens budget. Rullstolar inom slutenvården tycks i princip inte belasta hjälpmedelsverksamhetens budget men kan tydligen hamna där i alla fall på grund av svårigheter med gränsdragningen.

Huvudregeln verkar vara att individuellt utprovade rullstolar belastar hjälpmedelsbudgeten även om brukaren finns i slutenvården. Inventarier, dvs. rullstolar för allmänt och tillfälligt bruk, transporter m.m. belastar resp. huvudman/klinik/institution. I praktiken verkar dock gränsen vara svår att helt upprätthålla.

Väntetiden från det behovet av en manuell rullstol har aktualiserats till dess utprovning sker varierar mellan huvudmännen från 1 vecka till 12 veckor. Från utprovning till leverans av en anpassad rullstol varierar väntetiden från 3 veckor upp till 12 veckor. Den sam-

manlagda väntetiden från aktualiserat behov till leverans varierar mellan 2 veckor och 24 veckor.

Väntetiderna beror på flera faktorer, såsom hur akut behovet är, rullstolstyp, anpassningsgrad, om stolen tillhör det lagerförda sortimentet, eller måste beställas.

Akuta tekniska fel på en manuell rullstol kan åtgärdas genom jourverksamhet på dagtid under samtliga dagar hos en av huvudmännen. Tre huvudmän har jour under dagtid på vardagar, tre har tidsbeställning med väntetid. Väntetiden varierar mellan ingen alls och till ca 10 dagar beroende på hur akut behovet är, om reservdelar finns i lager, arbetsbelastning på verkstad etc. Två huvudmän påpekar att vissa brukare har reservstol eller att ersättningsstol kan erhållas.

Datorbaserade hjälpmedel

Svaren på frågorna om datorbaserade hjälpmedel redovisas under rubrik 1.9 Datorbaserade hjälpmedel, bil.1.

2.11 Antal personer som fått hjälpmedel genom hjälpmedelscentralernas verksamhet

Tre huvudmän har lämnat uppgifter. Alla tre har dock olika underlag för sina redovisningar. Hos en huvudman har man räknat antalet besök under ett år vid hjälpmedelscentralen resp. i primärvården. Hjälpmedelscentralen hade ca 5 000 besök och primärvårdens hjälpmedelsverksamhet ca 7 000 besök. En annan huvudman har under ett antal år (1982-1986) undersökt hur många personer

som fått hjälpmedel i ett geografiskt avgränsat område som omfattar ca 34 procent av sjukvårdsområdet. Av dessa uppgifter framgår följande:

År	Antal personer som fått hjälpmedel
1982	1 212
1983	1 328
1984	1 732
1985	2 080
1986	2 255

Ökningen från 1982 till 1986 är 85 procent.

Den tredje huvudmannen lämnar uppgifter om antal inkomna och diarieförda ordinationer från 1983 t.o.m. 1986. Varje ordination kan innehålla flera hjälpmedel liksom att en och samma person kan stå för flera ordinationer under ett och samma år. Redovisningen ser ut på följande sätt:

År	Antal ordinationer
1983	17 677
1984	17 574
1985	17 387
1986	18 141

Antalet ordinationer har ökat med knappt 3 procent hos denna huvudman från 1983 till 1986.

2.12 Var sker de flesta ordinationerna?

Hos samtliga huvudmän sker de flesta ordinationerna av hjälpmedel inom hjälpmedelscentralernas ansvarsområde i primärvården.

På andra plats kommer klinikerna (långvård m.fl.). I övrigt är bilden ganska blandad.

Endast hos två huvudmän i urvalet sker ordinationer på hjälpmedelscentralen. Hos den ena kommer hjälpmedelscentralen som tvåa efter primärvården, hos den andra dock först på femte plats.

2.13 Synpunkter på hjälpmedelscentralernas verksamhet

Alla huvudmän anser att hjälpmedelscentralernas verksamhet under de senaste åren har förbättrats. En huvudman anger som exempel ökad service och tillgänglighet.

Grupper som fått det bättre

- I princip har alla grupper på sätt och vis fått en standardökning på grund av att verksamheten utvecklas och förbättras och primärvården har byggts ut.
- Ökade resurser för anpassning.
- Förkortade tider för anpassning.
- Mer behandlingshjälpmedel i hemmet.
- Fler ordinatorer i primärvården.
- Förbättrad inköspolitik.
- Barnhjälpmedel - omsorgsverksamheten har ökat i arbetsinsats.

Grupper som fått det sämre

- Vissa hjälpmedel som utgått kan drabba kortare rehabiliteringsfall.
- Rullstolar har inte alltid funnits tillgängliga enligt de behov som funnits på grund av inköpsbegränsning för manuella rullstolar.
- Det finns inte resurser för den utbildning och information som behövs vid decentralisering av sjukvården. Svårare att behålla kunskapsnivån hos ordinatorerna.
- Omsorgstagarna - det har aldrig varit bra.

Behov av hjälpmedel som för närvarande inte helt kan tillgodoses

Samtliga huvudmän svarar att det finns sådana behov.

- Omsorgsnämndens klienter, främst på grund av interna resurser.
- Andningsmasker och kompressionsstrumpor. Sängar och sänglyftar till vårdare.
- Inköpsbegränsning på rullstolar.
- Kvalificerade kommunikationshjälpmedel - resurser för att inhämta kunskap saknas.
- Fritidshjälpmedel
- Gränsfall till "standardartiklar"
- Terränggående fordon
- Datorbaserade hjälpmedel
- Hjälpmedel för medicinska handikapp
- Andningsmask mot snarkning.

Bedömning och önskemål inför framtiden

Hjälpmedelscentralens verksamhet måste anpassas till övriga pågående förändringar. Systemet ej anpassat till nuvarande hälso- och sjukvård inkl. äldre- och hem-sjukvård.

Både centralt och lokalt måste belastningen på hjälpmedelsverksamheten beaktas då strukturförändringar planeras i hälso- och sjukvården. Det gäller såväl ekonomiska resurser som personal och lokaler.

Utvecklingen går snabbt, kraven ställs men resurserna är undermåliga. Hjälpmedelsfrågan skall ingå som en självklarhet vid samtliga verksamhetsförändringar som påverkar, t.ex. flyttning från institution till eget boende, kortare vårdtider som medför tidigare hemskrivning från sjukhus, terminalvård som sker i hemmet etc.

Hjälpmedel för långvarigt handikappade liksom äldre- och sjukvården måste få kräva resurser - behoven är dock något olikartade.

Målbeskrivning för verksamheten. Det är nödvändigt att bestämma om hjälpmedelsverksamheten skall eller inte skall ta ansvar för den utrustning som primärvården behöver.

Önskemål: En förändring av "systemet" på alla nivåer (centralt - lokalt) med utgångspunkt från nuvarande hälso- och sjukvård och äldreomsorg.

Hjälpmedelsförteckningen har på grund av förändrat vårdinnehåll förlorat sitt berättigande med nuvarande innehåll och inriktning.

Bristfälliga rutiner inom stor del av hjälpmedelsverksamheten, resurser används ej alltid på bästa sätt.

Kompetensen om hjälpmedel (indikationer och alternativa behandlingsmetoder) mycket skiftande.

Återupprättande av rehabiliteringen och rehabiliteringsideologin.

Klarare definition av begreppet handikapphjälpmedel.

Översyn av ordinationsrätten, rätt att lämna ut hjälpmedel kopplas till utprovningskompetens.

Samhällets skyldigheter, den enskildes rättigheter och egna ansvar måste klarläggas.

Tid och möjligheter att få arbeta med utbildning av ordinatorer, med produktutveckling etc.

Tid och möjlighet till utveckling och specialisering av verksamheten, till profilering och samarbete.

Tid och möjlighet till förebyggande verksamhet, utbildning och information internt och externt.

Grundutbildning för hjälpmedelsordinatorer och tekniker.

Bättre samarbete med forsknings- och utvecklingsresurser.

Behov av statistik

- Handikappinstitutet bör bestämma vilken statistik som skall föras, för att få jämförbar statistik på riksnivå. Lokal statistik efter egna behov.

- Hjälpmedelsverksamheten behöver statistik för att kunna se utveckling och trender, såväl för hjälpmedlen som anledningen till hjälpmedelsbehov. Datarutiner krävs.

- Uppgiftsregistrering bör kopplas till verksamhetens mål. Vilka hjälpmedel behövs för att nå målet och vilka

handikapp skall kompenseras. Det behövs uppgifter om hjälpmedel, brukarna och brukarnas handikapp.

- Olika typer av statistik krävs, diagnos/behandling, förrädsredovisning, inventarieredovisning. Viktigt att bestämma vilken statistik som erfordras utifrån sjukvårdshuvudmannens behov och andra myndigheters. Likvärdig kodifiering över landet är önskvärd.

- Erfordras statistik om ekonomi, förråd, patientordinationer (åldersfördelning, typ av handikapphjälpmedel etc.) för att ge en helhetsbild.

BILAGA 3

ENKÄTSAMMANSTÄLLNING - HÖRCENTRALERNA, inkl. den hörselpedagogiska verksamheten

Denna enkät tillställdes sju huvudmän, Stockholms läns landsting, södra sjukvårdsområdet, Östergötlands, Göteborgs och Bohus, Skaraborgs, Gävleborgs och Norrbottens läns landsting samt Göteborgs kommun. Alla tillfrågade huvudmän har besvarat enkäten.

I enkäten ställdes frågor om verksamheten vid hörcentralerna, organisation, personal, sortiment av hjälpmedel m.m. Även frågor om den hörselpedagogiska verksamheten ställdes.

I denna bilaga redovisas även under rubrik "Väntetider" en separat studie om köer och väntetider inom hörselvården, omfattande samtliga huvudmän. Denna studie genomfördes under sommaren 1988.

3.1 Verksamhetens organisation vid hörcentralernaAntal hörcentraler

Uppgifterna om antal hörcentraler redovisas i bil. 1 under rubrik 1.1 Verksamhetens ledning.

Organisation, ledningsansvar

Alla hörcentralers verksamhet hör organisatoriskt till länssjukvården och en öron-näsa-halsklinik/audiologklinik utom hos en huvudman där en av hörcentralerna tillhör primärvården när det gäller ledning och budget.

Sex huvudmän anger att hörcentralerna resp. audiologklinikerna har egen budget för verksamheten. Hos en huvudman införs detta från och med den 1 januari 1988. Arbetsledning och budgetansvar ligger hos audiologisk klinik alternativt öronklinik hos sex huvudmän. En har inte svarat på frågan om verksamhetens organisation beträffande ledning och budget. Hörcentralerna är även i de flesta fall samlokaliserade med öron/audiologklinik.

Decentralisering av verksamhet till primärvård och andra kliniker, styrning, samarbete, budgetansvar

Sex huvudmän har besvarat frågan.

Endast en av dessa har verksamhet i primärvården. En hörcentral hos de tillfrågade huvudmännen tillhör primärvården och administreras av primärvårdskansliet. Läkaren kommer dock från länssjukvården och hörselvårdsassistenten på primärvårdens hörcentral tjänstgör någon gång i verkan på en av länssjukvårdens hörcentraler.

Inom länssjukvården decentraliseras i vissa fall hörcentralens verksamhet till filialer i andra delar av sjukvårdsområdet. Filialverksamheten sköts då av en

öronklinik/öronmottagning vid ett sjukhus eller motsvarande.

Fem huvudmän anger att det är hörcentralen som har budgetansvaret för hörselhjälpmedlen.

Det verkar som om självständiga hörcentraler i stor utsträckning har budgetansvaret för hjälpmedlen. Filialerna är underställda en hörcentral i detta avseende. Hos ett par huvudmän tycks det dock vara så att en hörcentral/audiologisk klinik har övergripande ansvar för alla eller vissa av hörselhjälpmedlen för hela sjukvårdsområdet.

Två huvudmän beskriver rutiner för öronkliniken/audiologiska kliniken och hörcentralens verksamhet som överensstämmer med hälso- och sjukvården i stort. Hos en huvudman beskrivs hur ansvaret för hjälpmedel är delegerat från klinikchef till chef för hörselvårdsavdelning och vidare till sektionsansvarig läkare för hörcentralen. Hos en annan påpekas att patienterna remitteras mellan primärvården och hörselvården.

Filialmottagningar, ambulerande verksamhet m.m.

Sex huvudmän har besvarat frågan. Fem av dessa beskriver mer eller mindre regelbunden verksamhet utöver den som bedrivs vid de redan beskrivna hörcentralerna och hörcentralsfilialerna. Denna verksamhet kan t.ex. ha formen av regelbundna mottagningar på mindre orter i sjukvårdsområdet med personal som reser ut från hörcentralerna, screening som riktas mot speciella grupper, hembesök hos hörapparatbärare, service och rådgivningsinsatser vissa tider på mindre orter etc. Ren ambulerande verksamhet som annonseras i förväg förekommer också.

Hur länge har nuvarande organisation funnits - finns planer på eller beslut om förändringar av ledning, verksamhet och organisation?

Hos två huvudmän har organisationen funnits sedan 1950-talet, med påbyggnader under senare år.

Hos två huvudmän är organisationen från 1960-talet. Hos en av dem har den därefter inte organisatoriskt förändrats, medan den andre huvudmannen har byggt ut under 1980-talet.

Tre huvudmän har sin organisation från 1970-talet. Två av dessa har byggt ut verksamheten under 1980-talet.

Hos fyra av de sex huvudmän som svarat på frågan om eventuella förändringar av verksamheten finns sådana planer eller pågående utredning.

En huvudman avser att införliva den pedagogiska hörselvården i verksamheten för att bättre kunna samordna resurserna. En annan avser att samordna ansvaret för hela hörselvårdsverksamheten i sjukvårdsområdet under en klinikchef vid en av de större öronklinikerna.

En tredje huvudman avser att förstärka resurserna inom hörselvården ytterligare och hos den fjärde pågår en utredning som ännu inte lett fram till förslag om några förändringar.

Hos den femte huvudmannen har en utredning genomförts, som dock inte ledde till några förändringar av ledning, verksamhet eller organisation. Den sjätte huvudmannen svarar nej på frågan.

3.2 Personal vid hörcentralerna

Antal tjänster och årsarbetare

Sex huvudmän har lämnat uppgifter om personal vid hörcentralerna. Vissa uppgifter är dock ofullständiga. För de fem huvudmän som lämnat uppgifter om antal tjänster i personalstaten för hörcentralerna 1982-1987 kan konstateras att samtliga i varierande omfattning har utökat antalet tjänster under denna period. Även antalet anställda årsarbetare har ökat enligt uppgifter från de tre huvudmän som besvarat denna fråga. Se nedanstående tabell.

Antal tjänster/årsarbetare vid hörcentralerna

Huvudman	Antal tjänster i stat				Antal anställda årsarb		
	1982	1986	1987	Ökn %	1982	1986	Ökn %
1.*	-	35	35	-	-	36	-
2.	17	17	17,25	1	-	-	-
3.*	9,5	12,5	12,5	32	-	-	-
4.	12	13	14	17	12	13	8
5.	13	19	19	46	15	20	33
6.*	8	14	14	75	9	12	33

* Härutöver köps ingenjörstjänster motsvarande ca 0,5 årsarbetare, 0,8 resp. 2 årsarbetare.

Rekryteringsproblem/personalomsättning

Tre huvudmän anger att det inte finns några sådana problem, tre har svårigheter att rekrytera/behålla hörselvårdsassistenter. En av dessa har problem även med hörselpedagoger och propptekniker. Hos ytterligare en huvudman är det problem att rekrytera/behålla teknisk personal över huvud taget.

3.3 Sortiment av hjälpmedel

Svaren på frågorna under denna rubrik redovisas i bil. 1 under rubrik 1.4 Sortiment av hjälpmedel.

3.4 Inköpsverksamhet, teknisk service och förrådshållning

Hur är inköpsverksamhet/förrådshållning, teknisk service, återtagning m.m. organiserat?

Hos samtliga tillfrågade huvudmän sker inköpen av hörapparater direkt från hörcentralen. Hos ett par huvudmän har någon av personalen huvudansvaret för inköpen, hos andra köps hörapparaterna av alla hörselvårdsassistenter. Förråden av hörapparater finns på hörcentralen hos fem huvudmän.

För hörseltekniska hjälpmedel är det olika. De huvudmän som anlitar entreprenör sköter ingen lagerhållning själva. En huvudman som har egen hörselteknisk avdelning har förlagt ansvaret för inköpsverksamheten av hörseltekniska hjälpmedel till denna avdelning som då servar hela sjukvårdsområdet med inköp.

Fem huvudmän anger att den tekniska servicen på hörapparater och hörseltekniska hjälpmedel sköts av entreprenör eller leverantör.

Tre huvudmän anger att man återtar och återanvänder hörselhjälpmedel.

Beslut om eller planer på förändring av inköpsverksamhet, teknisk service och förrådshållning

Tre huvudmän har inga sådana planer. En huvudman håller på att införa ett hjälpmedelsadministrativt datasystem som även kommer att omfatta all hantering av hörapparater och hörseltekniska hjälpmedel, dvs. inköp, lagerhållning, ordination, installation och service.

En huvudman har sagt upp sitt avtal med entreprenör och skall utvärdera ett nytecknat avtal under 1988. Sortimentet är genomgånget och förslag till lokal hjälpmedelsförteckning har tagits fram. Förändringar måste ske, enligt denna huvudman. En tredje anser att kostnadskonkurrens till stor del saknas och att man därför inom regionen skall diskutera "kostnadstaktik".

3.5 Budget och kostnader

Kostnader för inköpta hjälpmedel

För hörcentralerna gäller att man i vissa fall haft svårt att särskilja inköpskostnader för hjälpmedel och köp av främmande tjänster. Det är också skillnader mellan huvudmännen vad gäller i vilken utsträckning tjänster köps utifrån. Vi har, för jämförbarhetens skull, därför slagit samman dessa två poster. Det innebär att inköpskostnaden också omfattar tillverkning, service och reparationer för hörselhjälpmedel.

Någon uppdelning på kostnader för hjälpmedel enligt Handikappinstitutets förteckning resp. utöver denna förteckning har inte heller varit meningsfull att göra.

Kostnader (kkkr) för inköp av hjälpmedel (hörapparater, m.m.)
och köp av främmande tjänster 1982-1986

Huvud- man	1982	1983	1984	1985	1986	% ökning 1983-1986 löpande priser
1.	11 496	14 362	17 104	17 709	12 147*	-
2.	3 265	3 691	4 744	5 927	7 436	101
3.	-	3 752	4 805	4 850	5 417	44
4.	-	-	-	10 008	9 294	-
5.	3 055	3 142	3 348	3 554	3 903	24
6.	3 005	3 750	5 705	5 937	7 109	90
7.**	-	-	3 288	2 783	3 097	-

* Upptagningsområdet minskat.

** Endast del av sjukvårdsområdet.

Sammanställningen av kostnaderna i tabellen visar att dessa har ökat under den senaste femårsperioden, men att ökningen varit mycket olika för huvudmännen. Hos två huvudmän har man haft en mycket kraftig ökning, även sett i relation till hjälpmedelsverksamhetens totala utveckling. För två huvudmän har kostnaderna visserligen ökat men denna ökning ligger lägre än hela hjälpmedelsverksamhetens kostnadsutveckling hos dessa huvudmän. För två huvudmän är det svårt att utläsa vilken utvecklingen varit, på grund av begränsningar i uppgifterna, men tendensen är ändå att kostnaderna ökat. Slutligen har en huvudman enast lämnat uppgift för de två senaste åren och dessa visar på en oförändrad kostnadsnivå.

Av hörcentralernas kostnader för hjälpmedel (inköp och köp av främmande tjänster) går drygt hälften till hörapparater medan tekniska installationer i hemmen svarar för en dryg fjärdedel.

Åtgärder som under de senaste två åren vidtagits för att begränsa hörcentralernas kostnader

Av sju huvudmän har sex angivit att sådana åtgärder har vidtagits. De åtgärder som nämns i svaren är följande:

- Besparingar
- Direktiv om att budgetramar skall hållas
- Budgetansvar överfört från hjälpmedelsförvaltning till resp. hörcentral/örönklinik
- Datasystem för hjälpmedelsadministration infört
- Beslut om bättre återanvändning av hjälpmedel
- Anvisningar som innebär begränsning av ordination (till fritidsboende etc.)
- Utredning tillsatt med syfte att åstadkomma ett successivt utvecklings- och förändringsarbete för att integrera hjälpmedel i övrig hälso- och sjukvård. Om detta medför kostnadsreduceringar anses oklart, men tanken är att det på sikt bör medföra bättre grepp om verksamheten, alternativa behandlingsöverväganden och bättre resursutnyttjande.

Förklaringar till kostnadsutvecklingen

Huvudmännen ombads att rangordna tio givna förklaringar till kostnadsutvecklingen, med siffran ett för den viktigaste etc. Sex huvudmän har besvarat frågan.

I svaren har huvudmännen i vissa fall satt samma siffra för flera alternativ och utelämnat andra helt. Några alternativ har därigenom fått ökad tyngd, medan andra hamnat längre ner på listan än de annars kanske skulle ha gjort.

Alternativen har i redovisningen placerats i den ordning de fått "poäng", dvs. blivit högt rangordnade.

1. Ökade inköpskostnader på grund av prisökningar
2. Fler avancerade och dyra hjälpmedel
3. Ökade inköpskostnader på grund av volymökningar
4. Utökning av hjälpmedelsförteckningen

5. Ökad andel äldre i befolkningen
6. Förbättrad kvalitet på hjälpmedlen
7. Utvidgning av handikappbegreppet
8. Utökat eget boende
9. Utökad hemsjukvård
10. Decentralisering av verksamhet till primärvården

Vissa typer av hjälpmedel/hjälpmedelsbehov anges som särskilt betydelsefulla för kostnadsutvecklingen:

- Bättre hörapparater (t.ex. allt-i-öratapparat)
- Bättre lyssningshjälpmedel till radio och TV
- Skolhjälpmedel
- Ökning av antalet fasta installationer med allt kortare användningstider

Andra faktorer som har betydelse för kostnadsutvecklingen:

- Förändringar i befolkningsstrukturen, dvs. fler äldre
- Priserna på huvudburna hörapparater ökat med 60 procent från 1981 till 1986
- Priserna på allt-i-öratapparater höjdes 84 procent under samma period
- Okontrollerad prisökning förekommer, SUB saknar möjlighet att utöva prispress. Producenterna har ett tämligen fritt utrymme för prissättningen. Sverige har den snabbaste prisökningen. Konkurrens saknas.

3.6 Avgifter inom hörcentralernas ansvarsområde

Svaren på frågorna under denna rubrik redovisas i bil. 1 under rubrik 1.8 Avgifter inom hjälpmedelsverksamheten.

3.7 Vissa hjälpmedel - inkl. väntetider

Under denna rubrik ställdes frågor om utprovning, väntetider, antal och kostnader för hörapparater och hörseltekniska installationer i hemmet.

Antal utprovade hörapparater per 1 000 invånare 1982 och 1986

Huvud- man	1982	1986
1.	-	6,0
2.	2,8	4,4
3.	3,6	5,4
4.	4,7	6,4
5.	3,0	3,9
6.	3,7	6,0
7.	0,8	6,4

Även kostnaderna för hörapparater har ökat och detta i högre grad än vad som motsvaras av volymökningen. För fyra av huvudmännen har vi fullständiga uppgifter för perioden 1982-1986 över såväl antal utprovade hörapparater som kostnaderna för dessa. Dessa fyra huvudmän sammantaget visar att volymökningen varit ca 44 procent medan kostnaderna ökat med 105 procent. Tar vi hänsyn till den allmänna prisökningen (KPI) minskar dock skillnaden mellan volym- och kostnadsökning, då kostnaderna i fasta priser ökat med ca 56 procent.

Två av huvudmännen har kunnat lämna uppgifter över åldersfördelningen för brukare av hörapparater. Drygt 80 procent av alla hörapparater ges till personer över 55 år. Sätter vi i stället åldersgränsen vid 75 år är det ca 60 procent av hörapparaterna som går till dessa åldrar.

Utprovning av hörapparater

Alla huvudmän beskriver hur utprovningen går till. Beskrivningarna är dock mer eller mindre utförliga. Utprovningsförloppet kan dock i princip sammanfattas på följande sätt:

1. Undersökning av öronläkare/audiolog.
2. Mätning av hörsel m.m. Avgjutning av hörselgång för tillverkning av propp. Diskussion om patientens sociala situation, övriga behov av hjälpmedel etc.
3. Provning av propp plus olika hörapparater. Hemlån av några olika apparater.
4. Återbesök några gånger. Antal återbesök varierar mycket beroende på patienternas individuella behov. Utprovningen avslutas när patienten är nöjd.

Ett par huvudmän framhåller att patientens valmöjligheter är stora inom den grupp apparater som passar hörselnedsättningen.

Av svaren att döma ges under hela utprovningstiden information och instruktioner etc.

Hos ett par huvudmän betonas vikten av uppföljning. Hos två huvudmän satsar man på "förinformation" för att patienterna skall vara bättre motiverade när utprovningen börjar.

Tre huvudmän anger att man har kurser för hörapparat-användare.

Väntetider

Hjälpmiddelsutredningen genomförde under sommaren 1988 en studie över väntetiderna till hörselvården. Totalt

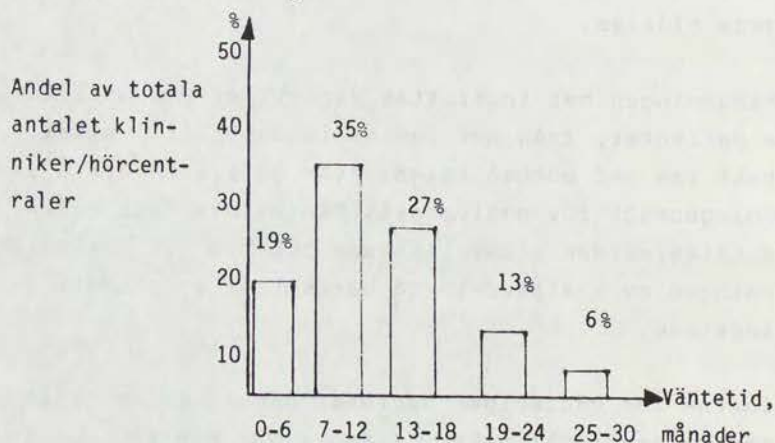
har 85 av totalt 93 hörcentraler/öronkliniker i landet intervjuats. 8 har inte gått att nå inom undersökningens tidsram.

Kartläggningen har innefattat väntetider för oprioriterade patienter, från det remiss inkommer till eller kontakt tas med hörcentralen, fram till ett första utprovningsbesök för hjälpmedel. Väntetider till besök inom primärvården eller liknande och tid för själva utprovningen av hjälpmedel vid hörcentral är således inte inkluderade.

Rutinerna för väntetider varierar något mellan olika hörcentraler/öronkliniker. I regel har man en uppdelning av väntetiden till först läkarundersökning vid öronklinik och därefter ny väntetid till hörcentral för utprovning av hjälpmedel. Vid några kliniker har man dock gemensam väntetid för läkar- och hörcentralsbesök.

De båda väntetiderna sammantagna ger följande bild. En sammanlagd väntetid på mellan 0-6 månader har 16 kliniker/hörcentraler, 30 kliniker/hörcentraler mellan 7-12 månader, 23 kliniker/hörcentraler mellan 13-18 månader, 11 kliniker/hörcentraler mellan 19-24 månader och 5 kliniker/hörcentraler mellan 25-30 månader.

Sammanlagd väntetid för oprioriterade patienter. Procentuell fördelning

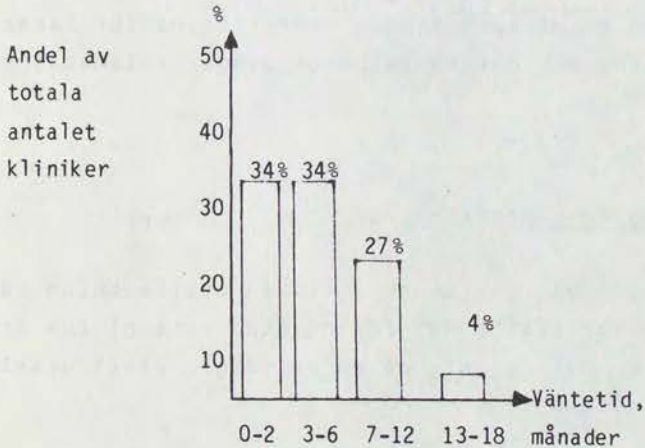


Tiderna varierar mellan ett lägsta värde på 1 månad till ett högsta på 30 månader. Tyngdpunkten för väntetiderna ligger runt 10-12 månader. Härutöver tillkommer som tidigare nämnts tid för utprovning av hjälpmedel.

Görs en uppdelning av väntetiderna till läkarundersökning resp. hörcentral i de fall detta förekommer fås följande resultat.

För läkarundersökning är väntetiden för hörselhjälpmedelspatienter mellan 0-2 månader vid 24 kliniker, mellan 3-6 månader vid 24 kliniker, mellan 7-12 månader vid 19 kliniker och mellan 13-18 månader vid 3 kliniker.

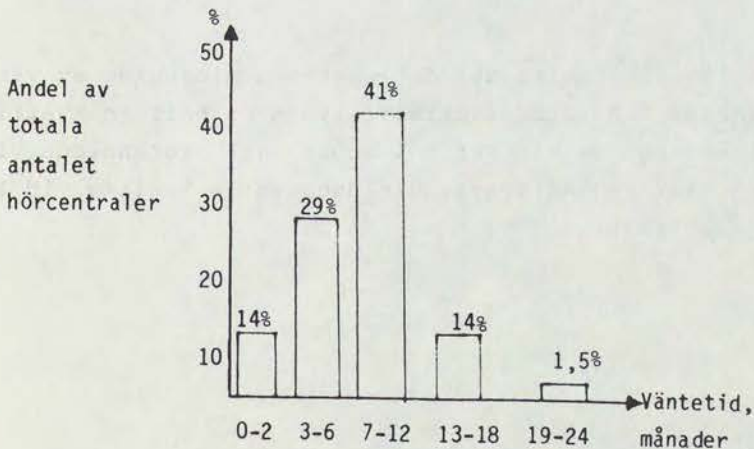
Väntetid till läkarundersökning, oprioriterade hörsel-
hjälpmedelspatienter. Procentuell fördelning



Lägsta väntetiden är 3 veckor och högsta 18 månader.

Väntetiden till hörcentral är mellan 0-2 månader vid 10 hörcentraler, 3-6 månader vid 20, 7-12 månader vid 29, 13-18 månader vid 10 och mellan 19-24 månader vid 1 hörcentral.

Väntetid till hörcentraler oprioriterade patienter.
Procentuell fördelning



Den lägsta väntetiden är här 0 månader och den högsta 22 månader.

Huvuddelen av de sammantagna väntetiderna för läkarundersökning och hörcentralbesök ligger således inom hörcentralerna.

Förändring av väntetider

En bedömning har gjorts av i vilken utsträckning väntetiderna översiktligt har förändrats, sett på fem års sikt bakåt. Det rör sig då om entydiga, klart urskiljbara förändringar.

Till läkarundersökningar har väntetiderna minskat vid 16 kliniker, därav minskat kraftigt vid 5. De har hållit sig i stort oförändrade vid 34 kliniker och ökat vid 32, därav ökat kraftigt vid 12 kliniker.

Förändring av väntetider, läkarundersökningar

	Minskat	Oförändrat	Ökat
Antal kliniker	16	34	32

Till hörcentraler har det skett en minskning av väntetiderna vid 15 hörcentraler, varav 9 haft en kraftig minskning. De har varit i stort sett oförändrade vid 25 och ökat vid 44, varav ökningen varit kraftig vid 16 hörcentraler.

Förändring av väntetider, hörcentraler

	Minskat	Oförändrat	Ökat
Antal hörcentraler	15	25	44

Det har således i högre utsträckning skett en ökning av väntetiderna till hörcentralerna än till läkarundersökningar. För hörcentralerna har väntetiderna ökat vid drygt hälften av dem.

Förturer

I undersökningen har även ingått att se på de förturssystem och förturskriterier som tillämpas, dels till läkarundersökning för hörselhjälpmedelspatienter, dels till utprovning vid hörcentral.

Egentliga förturssystem med fastställda förturskriterier är ovanligt, men vissa patientgrupper ges ändå förtur i stor utsträckning.

Vad gäller läkarundersökningen så är hörselhjälpmedelspatienter allmänt sett som grupp lågprioriterade men undantag förekommer. Vid prioriteringar inom gruppen är det vanligast att det sker utifrån patientens personliga situation. Barn ges i regel alltid förtur. Därutöver är det i första hand yrkesverksamma som prioriteras.

Till hörcentraler görs prioriteringar också främst utifrån patientens personliga situation. Barn ges även här i regel alltid förtur. Därefter prioriteras främst yrkesverksamma, tidigare hjälpmedelspatienter med utdömda hjälpmedel och i viss mån mycket gamla patienter.

Försök har även gjorts att bedöma andelen förturer som ges till hörcentraler, men bortfallet i svaren har här varit stort så uppgifterna är mycket osäkra. De svar som getts tyder på att andelen förturer är ganska låg och ligger runt 10-20 procent av patientantalet.

Förändring av väntetider till hörcentraler, relativt sett för särskilda patientgrupper

Till hörcentralerna har ställts frågan om väntetiderna ökat eller minskat särskilt för några patientgrupper, utöver den allmänna förändringen av väntetiderna.

83 procent svarar nej på frågan. Det vanligaste svaret beträffande förändringar är att väntetiderna ökat speciellt för oprioriterade patienter, något som särskilt tycks drabba förstagångspatienter i nedre pensionsåldern.

Köstorlek

En översiktlig uppskattning av den sammanlagda köstorleken till landets hörcentraler ger en siffra på ca 23 000 personer.

Utslaget per hörcentral så ger det en genomsnittlig kö på ca 250 personer till varje.

En bedömning har även gjorts av andelen personer över 65 år av totala patientantalet hos hörcentraler. En grov uppskattning visar här på en genomsnittlig andel av ca 70-80 procent.

Förändringar av patienttillströmningen till hörcentraler

På frågan om patienttillströmningen översiktligt sett har förändrats under de senaste fem åren, svarade 50 hörcentraler att en ökning skett, 14 att det i stort sett varit oförändrat, även om stora variationer över tiden är vanligt. Inga hörcentraler redovisade någon minskning av patienttillströmningen. 21 svarade ej på frågan.

Förändring i patientsammansättning vid hörcentraler

40 procent av de 79 hörcentraler som svarat på frågan uppger att ingen märkbar förändring skett i patientsammansättningen, översiktligt sett under de senaste fem åren.

Bland de förändringar som redovisas, så är den mest påtagliga att det har skett en förskjutning nedåt åldersmässigt bland patienterna. Det verkar finnas en tendens att patienterna söker allt tidigare för hörselnedsättningar.

Bakgrund - orsaker till nuvarande väntetider vid hörcentraler

I de fall där man har långa eller har haft kraftigt ökade väntetider, är den vanligaste orsaken som anges personalbrist för hörselvårdsassistenter. Det rör sig då i första hand om för få tjänster i förhållande till patientantalet, men på flera håll har man även rekryteringssvårigheter till befintliga tjänster. Därefter anges ökad patienttillströmning och undermåliga lokaler

som de huvudsakliga orsakerna till den nuvarande situationen.

När det gäller den ökade patienttillströmningen så har man som tidigare nämnts, på flera håll märkt att allt fler i yrkesverksam ålder söker allt tidigare för hörselhjälpmedel. Den bakgrund som tycks finnas till detta och som kan skönjas ur svaren är dels att det har skett en attitydförändring hos stora delar av patientunderlaget, på så sätt att motståndet mot hörselhjälpmedel har minskat. Man drar sig inte lika mycket som tidigare för att använda hjälpmedel. I svaren påpekas också att man tycker sig märka en större medvetenhet hos patienterna i dag. De ställer större krav både på sig själva och på samhället för att kunna ha en bra hörsel. Vidare kan ökad information via massmedia och muntligt om befintliga behandlingsmöjligheter ha haft sin betydelse för patienttillströmningen. Behovet av god hörsel inom arbetslivet tycks även ha tilltagit. Därutöver påpekas att nya behandlingsmöjligheter och produktutvecklingen har ökat patientunderlaget.

Man tycker sig hos flera hörcentraler även ha märkt av ovanstående tendenser bland patienter i pensionsåldern, fränsett naturligtvis de ökade behoven på god hörsel i arbetslivet. Det allmänt förbättrade hälsotillståndet för äldre anges också som en faktor som påverkat efterfrågan på hörselhjälpmedel. Många äldre kan i dag föra ett aktivare liv och ställer därmed större krav på god hörsel. Den ökande andelen äldre i befolkningen anges också som en bidragande orsak till en ökad patienttillströmning.

Bland de hörcentraler som har korta eller haft kraftigt minskade väntetider är det vanligaste svaret på frågan om orsakerna att man har god personaltäckning. I andra

hand anges bra organisation, bra arbetsrutiner, eller att man gjort omorganiseringar - effektiviserat, i de fall man har haft kraftigt minskande väntetider. Exempel på det senare är att man förändrat och förbättrat arbetsrutinerna inom hörcentralen, men även mellan öronmottagning och hörcentral, samt förändringar av körutinerna eller omprioriteringar inom verksamheten. Omprioriteringar ses ofta som tillfälliga.

Tidigare vidtagna åtgärder för att minska väntetiderna vid hörcentralerna

De åtgärder som huvudsakligen förekommit har i rangordning varit personalförstärkningar, omorganiseringar - omprioriteringar och extra arbete. Effekterna har dess värre ofta eliminerats av en ökad patienttillströmning.

Planerade åtgärder för att minska väntetiderna vid hörcentralerna

39 av de 79 hörcentraler som svarat anger att det finns planer på åtgärder. Framför allt rör det sig om personalförstärkningar och lokalförbättringar.

Kommentarer - synpunkter

I samband med intervjuerna så lämnade intervjupersonerna en rad kommentarer och synpunkter på hörselvårdsverksamheten. Här nedan redovisas några av de mer allmängiltiga och oftast förekommande.

- Avvägningen mellan kvalitet och kvantitet är svår men viktig.

- Enhetliga regler och riktlinjer samt politiska direktiv för verksamheten efterlyses. Exempelvis för avgifter och ersättningsanspråk.
- Medvetenheten utifrån om hörselvården är dålig.
- Hörselvårdsassistenternas löner och status måste förbättras.
- Samarbetet och samordningen mellan hörcentral och öronmottagning är mycket viktigt.
- Utbildningsorternas placering är av betydelse för möjligheterna att rekrytera hörselvårdsassistenter.

Service vid tekniska fel på hörapparater

Samtliga sju specialstuderade huvudmän anlitar entreprenör för den tekniska servicen på hörapparater. Väntetiderna för att få ett fel åtgärdat är i regel en till två veckor. Väntetiden kan bli längre om reservdelar inte finns hemma. Två huvudmän påpekar att låneapparat kan erbjudas under reparationstiden.

Tekniska installationer i hemmet

Under denna rubrik ställdes i enkäten frågor om antal installationer och kostnader för dessa m.m.

Hörselhjälpmedel inom ramen för vad som kallas tekniska installationer i hemmen svarar för mellan 13 och 35 procent av kostnaderna bland de huvudmän som uppgivit dessa kostnader (5 st).

Till skillnad från hörapparater tycks volymutvecklingen på detta område vara mycket måttlig eller ingen alls.

Endast två huvudmän har lämnat kompletta uppgifter över såväl kostnader som antal utförda installationer (se nedanstående tabell).

Tekniska installationer i hemmen, antal och kostnader 1982-1986

	Huvudman 1.			Huvudman 2.		
	antal	kostn (kkr)	kostn/inst kr.	antal	kostn (kkr)	kostn/inst kr.
1982	2 198	908	413	1 832	838	457
1983	2 554	954	373	1 398	800	572
1984	2 226	1 555	700	2 152	1 156	537
1985	2 105	1 726	820	1 747	980	560
1986	2 333	2 392	1 025	1 754	1 003	572

Väntetid på tekniska installationer

Väntetiden på tekniska installationer från beslut till dess installationen sker varierar mellan 6 och 15 veckor hos fem av de sex huvudmän som svarat på frågan. Hos en huvudman får man för närvarande vänta ca 40 veckor.

Teknisk service på installationer i hemmet

Sex av huvudmännen har avtal med entreprenör för den tekniska servicen på installationer i hemmet. Hos en huvudman sköts servicen genom egen hörselteknisk avdelning. Anmällda fel kan åtgärdas inom 1-3 veckor hos sex huvudmän. Hos en är väntetiden 2-8 veckor.

Väntetiderna beror på "bokningstekniska" problem, dvs. samordning av arbeten inom samma område, anhopning av fel t.ex. efter åskväder, långa avstånd i glesbygd etc.

3.8 Datorbaserade hjälpmedel för döva och hörselskadade

Hos de fyra huvudmän som besvarat frågan har inga sådana hjälpmedel varit aktuella.

3.9 Synpunkter på hörcentralernas verksamhet

Fyra huvudmän anser att verksamheten vid hörcentralerna har förbättrats under de senaste fem åren och en huvudman att det varken har skett förbättringar eller försämringar. Två huvudmän anser att verksamheten vid olika hörcentraler i landstingen har utvecklats olika och har därför angivit såväl förbättringar som försämringar liksom status quo.

Grupper som fått det bättre

- Bullerskadade
- Döva/vuxendöva (benförankrad hörapparat)
- Tinnituspatienter
- Patienter med brant fallande hörselskador
- Samtliga har fått det bättre genom t.ex. minskade väntetider

Grupper som fått det sämre

- Hårdare budget har medfört att patienterna får ersätta borttappad hörapparat (1).

Behov av hörselhjälpmedel som inte tillgodoses/kan tillgodoses

Fyra huvudmän svarar att sådana behov finns. Två att det inte finns. En huvudman har svarat både ja och nej.

Följande behov/hjälpmedel nämns:

- Hjälpmedel för vuxendöva t.ex. cochleära implantat
- Tinnitus-hjälpmedel
- De långa väntetiderna får sådana konsekvenser
- Hjälpmedel till arbetsplatser
- Hjälpmedel till integrerade skolbarn kan förbättras liksom hjälpmedel till yrkesverksamma
- Hörapparaterna borde kunna utvecklas ytterligare för vissa hörselnedsättningar

Bedömning och önskemål inför framtiden

Ett genomgående önskemål är att mer resurser tillförs verksamheten så att:

- väntetiderna kan kortas
- den komplicerade teknologin kan hanteras och utnyttjas
- uppföljning av ordinationer kan ske

Behov av utökad statistik

Fyra huvudmän har angivit områden där utökad statistik skulle vara bra.

- Statistik över olika hörselskador
- Statistik över tidsåtgång på olika funktioner inom verksamheten
- Likvärdig statistik så att jämförelser mellan landsting och hörcentraler kan göras
- Statistik är värdefullt för planering och utveckling, men är svårt att klara på grund av arbetsbelastningen

3.10 Hörselpedagogisk verksamhet

Hörselpedagogiska enheter, antal, organisation, ledning, budget

Hos tre huvudmän har den pedagogiska hörselvården samma ledning som hörcentralen och tillhör därmed hälso- och sjukvårdsorganisationen. Hos en tillhör den pedagogiska hörselvården organisationen för tal och hörselvård. Det framgår inte vem som är huvudman för den verksamheten.

Hos en annan huvudman är den hörselpedagogiska verksamheten samlokaliserad med hörcentral, men ledningsfunktioner och annan organisation beskrivs inte.

En huvudman har den pedagogiska hörselvården för vuxna under hälso- och sjukvården, medan motsvarande verksamhet för barnen tillhör den sociala nämnden i landstinget.

Hos en huvudman har man inte någon fristående pedagogisk hörselvård utan valde i början av 1970-talet att utöka antalet hörselvårdsassistenter och lägga ansvaret för hörselrehabilitering och uppföljning på dem.

Antal hörselpedagogiska enheter, ledning och lokalisering framgår av nedanstående uppställning.

Huvudman	Antal och ledning	Lokalisering
1.	1; Tillhör audiologkliniken	Audiologkliniken
2.	1; Integrerad med hörcentral	Integrerad med hörcentralen. Även viss verksamhet på annan ort

Huvudman	Antal och ledning	Lokalisering
3.	3; Tillhör tal- och hörselvården	På tre olika orter
4.	1 enhet. Ledning oklar	Samlokaliserad med hörcentral. Köper även tjänster av annat landsting
5.	2; Hörselvårdskon-sulent leder verksamhet. Direkt underställd resp. sjukhusdirektör	Samlokaliserad med resp. hörcentral
6.	2; En för vuxna, tillhör ÖNH-klinik och en för barn, tillhör sociala nämnden	Samlokaliserade med rehabiliteringsteam
7.	2; En för vuxna, en för barn. Samma ledning som hörcentralen	Ej samlokaliserade med hörcentral. Egna lokaler

Hörselpedagogisk verksamhet, filialmottagningar, ambulande verksamhet

Arbetsuppgifterna för den hörselpedagogiska verksamhetens innehåll beskrivs av en huvudman. Verksamheten omfattar enligt denna huvudman tre huvudområden:

- Förskolan
- Skolan
- Vuxenpedagogisk verksamhet

I arbetsuppgifterna ingår pedagogisk ledning vid förskolan liksom vid grund- och gymnasieskolan, hemvägledningsverksamhet för hörselskadade och döva barn i skolan liksom rehabilitering av vuxna hörselskadade. I uppgifterna ingår uppföljning av hur hörselhjälpmedlen fungerar.

Verksamheten kan bedrivas individuellt men också i grupp. Hos några huvudmän har man kursverksamhet t.ex. veckoslutskurser för vuxna i arbetsför ålder och till tinnituspatienter, kurser för att följa upp hjälpmedel etc. Information i skolor, på arbetsplatser, vårdutbildningar, institutioner m.m. förekommer.

Hur länge har nuvarande organisation funnits - finns planer på eller beslut om förändringar

Hos tre av de fem huvudmän som besvarat frågan har verksamheten funnits sedan 1960-talet.

Hos en huvudman anser man att nuvarande organisation för den vuxenpedagogiska verksamheten har funnits för länge och behöver ändras, medan organisationen för den pedagogiska verksamheten för barn har funnits sedan 1986.

Hos en annan huvudman har man nyligen, under hösten 1987, ändrat organisationen.

Hos fyra av de sex huvudmän som besvarat frågan om det finns beslut om eller planer på förändringar finns sådana beslut eller planer.

Hos en huvudman innebär förändringen att man fr.o.m. 1988 själv övertar den hörselpedagogiska verksamheten från att tidigare ha haft organisationen gemensam med en annan huvudman.

Hos en annan samordnas verksamheten i en gemensam organisation som underställs direktionen i ett av sjukvårdsdistrikten. Dessutom har ytterligare två tjänster begärts; psykolog resp. kurator.

Hos den tredje huvudmannen är avsikten med förändringarna att komma upp i samma nivå som andra landsting.

Den fjärde huvudmannen har sedan länge önskemål om och planer på utökning av personalresurserna.

Övriga två har varken planer på eller beslut om förändringar.

Personal vid de hörselpedagogiska enheterna

Sex huvudmän har besvarat frågan om antal tjänster och anställda årsarbetare vid de hörselpedagogiska enheterna. Av dessa har tre utökat personalen medan tre inte har förändrat personalstyrkan.

Uppgifterna om totala antalet tjänster och årsarbetare är sammanställda i nedanstående tabell.

Antal tjänster/årsarbete

Huvud- man	Antal tjänster i stat				Antal anställda årsarb		
	1982	1986	1987	ökn %	1982	1986	Ökn %
1.*	5	6	6	20	4	5,5	38
2.	4	4	4	0	4	4	0
3.*	5,5	5,5	5,5	0	5,5	5,5	0
4.	3,8	6,8	7,8	105	6	8	33
5.	1,5	7,5	8,5	467	1,5	6,8	350
6.	3,5	3,5	3,5	0	3,5	3,5	0

* Köper tjänster utöver vad som redovisas i tabellen.

Tre huvudmän har svarat på frågan om det varit problem att rekrytera/behålla personal.

Av dessa tre har en haft svårt att rekrytera hörselvårdskonsulent, varför den tjänsten varit vakant under ett år. Den har dock nyligen tillsatts. Övriga två har ej haft några sådana problem.

Antal personer som fått service genom de hörselpedagogiska enheterna

Fyra huvudmän har svarat på frågan. Ingen av dessa har dock kunnat avge något fullständigt svar. De svar som lämnats redovisas i nedanstående uppställning.

Antal personer som fått service genom den hörselpedagogiska verksamheten

Huvudman:	1.	2.	3.	4.
1982	4 898	605*	-	ca 1 500***
1984	3 761	795*	-	ca 1 500***
1986	4 143	1 163*	275**	ca 1 500***

* Av dessa var 90 personer under 19 år 1982, 87 personer 1984 och 82 personer 1986 under 19 år.

** Samtliga under 19 år, 185 mellan 10-19 år.

*** Dessa patienter har gjort ca 5 000 besök per år.

Synpunkter på den hörselpedagogiska verksamheten

Två huvudmän anser att den hörselpedagogiska verksamheten har förbättrats. En anser att verksamheten både har förbättrats och försämrats beroende på olika utveckling vid skilda enheter. Fyra anser att verksamheten varken har förbättrats eller försämrats.

Grupper som fått det bättre

Fyra huvudmän har svarat på frågan. De anger följande grupper.

- Samtliga, speciellt vuxendöva
- Nya hörapparatbärare genom att de får förinformatiön
- Tinnituspatienter
- Hörselskadade i yrkesverksam ålder
- Barn och ungdomar

Grupper som fått det sämre

Två huvudmän har svarat ja på frågan och anger följande grupper:

- Vuxna hörselskadade
- Äldre

Behov av hörselpedagogisk art som inte kan tillgodoses

Fyra huvudmän har svarat på frågan. Alla fyra anser att det finns behov som inte kan tillgodoses. Dessa är:

- Information på patienternas arbetsplatser, servicehus, långvårdskliniker etc.
- Undervisning av hemsamariter, hörselinstruktörer.
- Intensivkurser/rehabiliteringsveckor, uppföljningskurser.
- Rehabilitering av äldre hörselskadade kan inte erbjudas i önskvärd utsträckning.
- För långa väntetider för yngre patienter.
- Psykologhjälp kan ej erbjudas inom kliniken.
- Tinnituspatienterna behöver hjälp.

Bedömning och önskemål inför framtiden

Fem huvudmän har besvarat frågan. Fyra av dessa anser att det är resurser som saknas, framför allt beträffande personal av olika slag.

Behov av utökad statistik

Ett landsting har svarat nej på frågan. Övriga har inte svarat alls.

BILAGA 4

ENKÄTSAMMANSTÄLLNING - SYNCENTRALERNA

I redovisningen ingår svaren från sex huvudmän, Östergötlands, Göteborgs och Bohus, Skaraborgs, Gävleborgs och Norrbottens läns landsting samt Göteborgs kommun. Stockholms läns landsting (södra sjukvårdsområdet) besvarade inte enkäten om syncentralerna eftersom ingen av landstingets syncentraler finns inom södra sjukvårdsområdet.

I enkäten ställdes frågor om huvudmannens organisation och ledning av syncentralerna, personal, sortiment av hjälpmedel m.m. Svaren på enkätfrågorna redovisas i följande sammanställning. Vissa svar redovisas dock i bil.1

4.1 Verksamhetens organisation vid syncentralerna

Antal syncentraler

Uppgifterna om antalet syncentraler redovisas under rubrik 1.1 Hjälpmedelsverksamhetens ledning, bil. 1.

Organisation, ledningsansvar

Alla syncentraler leds av ögonklinik beträffande medicinsk verksamhet, drift och personal. Hos fyra huvudmän har syncentralen/ögonkliniken budgetansvar för hjälpmedlen. Hos två huvudmän ligger budgetansvaret för synhjälpmedlen i central budget alternativt i hjälpmedelscentralens budget.

Endast en syncentral är samlokaliserad med ögonkliniken. Övriga har lokaler separat t.ex. ute på stan. För ytterligare en syncentral planeras samlokalisering fr.o.m. 1988.

Decentralisering av verksamhet till primärvård m.m.

Hos två huvudmän är ordination och utprovning av synhjälpmedel helt centraliserad till syncentralen/ögonkliniken alternativt ögonmottagning. Privatpraktiserande leg. optiker kan dock ha viss ordinationsrätt beträffande glasögon och kontaktlinser, förutom för schablonbidrag.

Hos fyra huvudmän sker ordination och/eller utprovning av vissa synhjälpmedel i primärvården (distriktsarbets-terapeuter). De hjälpmedel som är aktuella är

- Bandspelare
- Klockor
- ADL-/Hushållshjälpmedel
- Enkla förstöringsglas m.m.

Hos två av de huvudmän som har viss verksamhet i primärvården bedrivs även filial/ambulerande verksamhet vid övriga ögonkliniker/mottagningar, t.ex. genom att synpedagog och optiker har mottagning vissa dagar per vecka/månad vid resp. klinik/mottagning.

Hur länge har nuvarande organisation funnits - finns planer på eller beslut om förändringar av organisationen m.m.?

De två äldsta syncentralerna hos de fem huvudmän som svarat på frågan, är tio resp. tolv år gamla. Övriga syncentraler har tillkomit under 1980-talet. Hos de fyra huvudmän som lagt budgetansvaret för synhjälpmedlen på syncentral/ögonklinik, skedde detta i tre fall under 1987.

Hos fem huvudmän beskrivs pågående eller planerade förändringar i organisationen. Två av huvudmännen avser att utöka personalen vid syncentralen. Den huvudman som saknar syncentral arbetar på förslag att inrätta en sådan, dels för att patienterna skall få minskade vänt- och restider dels för att knyta utgifterna närmare ögonkliniken som har kostnadsansvaret. En huvudman planerar att decentralisera kostnadsansvaret för synhjälpmedlen till den ögonklinik som ansvarar för syncentralen. Hos en huvudman pågår utvecklingsarbete för att öka kvaliteten på rehabiliteringen, vilket bl.a. innebär ökad samverkan med primärvården och fortbildning och handledning från syncentralen.

4.2 Personal vid syncentralerna

Antal tjänster och årsarbetare vid syncentralerna

Fem huvudmän har besvarat frågan om antal tjänster och antal årsarbetare under åren 1982, 1986, 1987, resp. 1982 och 1986. Två har dock besvarat frågan ofullständigt, den ena beträffande antal tjänster, den andra beträffande antal årsarbetare.

Av svaren att döma så har personalen vid syncentralerna utökats i varierande omfattning såväl när det gäller antal tjänster i stat som antal årsarbetare.

Utöver de redovisade tjänsterna och årsarbetarna så köper huvudmännen tjänster, framförallt optikertjänster, men även synkonsulent- och kontorstjänster. En huvudman köper alla syncentralstjänster från angränsande hälso- och sjukvårdshuvudmän och bidrar på detta sätt ekonomiskt till personalstaten vid syncentralerna hos dessa huvudmän.

Antal tjänster och årsarbetare ger ingen direkt indikation på verksamhetens totala omfattning, dels beroende på att man i olika omfattning köper tjänster, dels genom att man hos vissa huvudmän decentraliserat verksamheten till distriktsarbetsterapeuter i primärvården. Denna personal redovisas då inte i personalstaten för syncentralerna, eftersom den organisatoriskt tillhör resp. primärvårdsområde/vårdcentral. Svaren från de huvudmän som besvarat frågan redovisas i nedanstående tabell.

Huvudman	Antal tjänster i stat				Antal anställda årsarbetare		
	1982	1986	1987	Ökn %	1982	1986	Ökn %
1. **	4,7	6,2	8,2	74	2,5 *	3,5 *	40 *
2. **	2,3	2,3	2,5	9	2,5	2,8	12
3.	4,5	5,3	5,3	17	5	5	0
4.**	3,5	-	-	-	2,5	3,5	40
5.***	8,5	17	17	100	5,3	13,8	160

* Avser endast den ena av huvudmannens två syncentraler.

** Köper tjänster utöver egna personalinsatser.

*** Säljer ca 30 procent av tjänsterna till angränsande huvudman.

Rekryteringsproblem/personalomsättning

Tre huvudmän har besvarat frågan och anger svårigheter att rekrytera anpassningslärare, synpedagog och kontaktlinsoptiker.

4.3 Sortiment av hjälpmedel

Svaren på frågorna under detta avsnitt redovisas under rubrik 1.4 Sortiment av hjälpmedel i bil. 1.

4.4 Inköpsverksamhet, teknisk service och förrådshållning

Inköp, teknisk service, förrådshållning, återtagning m.m. inom syncentralernas verksamhetsområde

Hos fyra av huvudmännen ombesörjs inköpen genom hjälpmedelscentralen eller annan central funktion.

Hos två av huvudmännen görs inköp vid syncentralen. En av dessa huvudmän beskriver att avtalen tecknas av central inköpsavdelning och att beställningarna sker mot bakgrund av dessa avtal.

Två huvudmän anger att förrådshållning av synhjälpmedel sker på syncentralen i varierande utsträckning. Även hjälpmedelscentralen verkar spela en roll i förrådshållningen, framför allt när det gäller orienteringshjälpmedel, hjälpmedel för personlig vård och sådana hjälpmedel som utprovas i primärvården.

Teknisk service ges i viss mån av syncentralerna och till en del av hjälpmedelscentralerna. För avancerade hjälpmedel och i vissa fall andra synhjälpmedel köper man ofta service.

Förändring av inköpsverksamheten m.m.

Ingen av de fem huvudmän som besvarat frågan har några konkreta planer på förändringar i verksamheten beträffande inköp och förrådshållning m.m. Hos två huvudmän avvaktar man resultat av pågående utredningar som eventuellt skulle kunna påverka verksamheten i detta avseende.

4.5 Budget och kostnader

I tabellen nedan har kostnaderna för inköpta hjälpmedel vid syncentralerna sammanställts. Glasögonbidrag ingår ej i dessa kostnader. Uppgifterna avser både hjälpmedel som rekommenderas i Handikappinstitutets förteckning och hjälpmedel utöver denna förteckning.

År: Huvudman	1982	1983	1984	1985	1986
1.	2 854	3 807	3 917	3 688	3 793
2.	-	1 137	835	637	835*
3.	-	140	160	151	130
4.	-	-	-	5 124	5 784
5.	457	489	958	771	937
6.	2 200	2 300	2 100	2 300	2 300
7.	-	-	-	-	-

* Exklusive enklare personlig vård och orienteringshjälpmedel samt bidrag till tandemcykel.

Någon jämförelse mellan huvudmännen är svår att göra mot bakgrund av dessa uppgifter. De stora skillnaderna i nivå talar för att det är olikheter mellan huvudmännen beträffande vilka hjälpmedel, bidrag etc som ingår i kostnaderna. Ytterligare en förklaring till skillnaderna kan vara i vilken mån tjänster köps in eller ej.

Åtgärder som vidtagits för att begränsa syncentralernas kostnader

Tre huvudmän hänvisar till strykningar i sortimentet. En huvudman anger att en utredning tillsatts som syftar till att integrera hjälpmedelsverksamheten i den övriga organisationen för hälso- och sjukvård för att få bättre grepp om verksamheten och ett bättre utnyttjande av resurser. Om det kommer att medföra sänkning av kostnaderna är dock osäkert anger man.

Hos två huvudmän har man begränsat hjälpmedelsbudgeten, i det ena genom att endast räkna upp budgeten med beräknat procenttal för prisökningar, i det andra genom att lägga en fast ram för budget och ange snävare kriterier för ordination av hjälpmedel.

Förklaringar till kostnadsutvecklingen

I enkäten angavs tio fasta alternativ som orsaker till kostnadsutvecklingen. Huvudmännen ombads att rangordna dessa, med siffran 1 för det viktigaste alternativet etc. Alternativen redovisas i nedanstående uppställning efter det antal "poäng" som resp. alternativ fått av de fem huvudmän som besvarat frågan. Vissa alternativ har av huvudmannen givits större vikt genom att samma siffra har angivits för flera alternativ medan andra helt har hoppats över.

1. Ökad andel äldre i befolkningen.
2. Ökade inköpskostnader på grund av prisökningar.
3. Fler avancerade och dyra hjälpmedel.
4. Ökade inköpskostnader på grund av volymökningen.
5. Utvidgning av handikappbegreppet.
6. Förbättrad kvalitet på hjälpmedlen.
7. Decentralisering av verksamhet till primärvård.
8. Utökat eget boende.
9. Utökad hemsjukvård.
10. Utökning av hjälpmedelsförteckningen.

Hjälpmedel som ansetts vara särskilt betydelsefulla för kostnadsutvecklingen

Två huvudmän anser att kostnaderna för synhjälpmedel inte ökat på samma sätt som för övriga hjälpmedel. Tre huvudmän ger dock exempel på hjälpmedel som haft betydelse för kostnadsutvecklingen. Dessa anges nedan:

- Datoriserade kommunikationshjälpmedel.
- Datorer med punktskrivare, svartskriftsskrivare och talsyntes.
- Nya förstörande TV-system.
- Alla typer av hjälpmedel för studier.

Övriga kommentarer till kostnadsutvecklingen

En huvudman anser att utvecklingen av datorhjälpmedel och elektronoptiska hjälpmedel påverkar kostnadsutvecklingen. En annan anger att antalet datorer starkt påverkar kostnaderna för hjälpmedel. Ju fler datorer desto större efterfrågan på hjälpmedel. En tredje huvudman påpekar att de flesta hjälpmedlen är importerade.

4.6 Avgifter inom syncentralernas ansvarsområde

Redovisning av svaren på frågorna i detta avsnitt finns under rubrik 1.8 Avgifter inom hjälpmedelsverksamheten i bil. 1.

4.7 Vissa hjälpmedel

Glasögon och kontaktlinser

De uppgifter som huvudmännen lämnat beträffande antal och kostnader för glasögon och kontaktlinser är mycket ofullständiga.

Ett par huvudmän har dock kunnat lämna uppgifter varför en viss redovisning ändå kan göras.

Antal glasögon

Hos tre huvudmän har uppgifter angivits om hur många glasögon (glasögon med schablonbidrag ingår ej) som syncentralerna lämnat ut. Uppgifterna är dock ofullständiga i två fall och endast ungefärliga i ett fall. Två huvudmän redovisar en ökning av antalet utlämnade glasögon medan en huvudman inte haft någon ökning alls. Denna huvudman har dock inte redovisat samtliga glasögon utan endast de som utprovats av privata optiker. Eftersom glasögon utprovas även vid syncentralerna hos denna huvudman kan en total ökning av antalet utlämnade glasögon inte uteslutas. Se nedanstående tabell.

Antal utprovade glasögon (hjälpmedel) 1982-1986

År	Huvudman 1.*	Huvudman 2.**	Huvudman 3.***
1982	967	1 200	1 400
1983	1 083	1 300	1 530
1984	1 050	1 800	1 426
1985	1 059	1 900	1 460
1986	1 156	2 100	1 392
Ökning % 1982-1986	16	43	+ - 0

* Endast glasögon till barn 0-7 år.

** Endast ungefärlig uppgift.

*** Endast externt utprovade glasögon. Utprovning sker därutöver även vid syncentralen.

Kostnader för glasögon

Dessa tre huvudmän skiljer sig åt beträffande den redovisade kostnadsutvecklingen för glasögon. Två av huvudmännen redovisar en minskning med 27 resp. 13 procent medan det tredje haft en ökning med 43 procent. Hos en av huvudmännen särredovisas kostnaderna för barnglasögon 0-7 år och övriga glasögon (afaki och skelningsglasögon). Av den redovisningen framgår att kostnaden för barnglasögon ökat med 19 procent, medan kostnaden för övriga glasögon sjunkit med 77 procent. En förklaring till nedgången kan vara att man sedan början av 1980-talet i allt större utsträckning opererar in intraokulära linser vid grå starr, vilket minskar behovet av afakiglasögon.

För den huvudman som angivit hur många glasögon man lämnat ut till barn 0-7 år och samtidigt angivit kostnaderna för dessa glasögon under samma period, kan ett medelpris för glasögon beräknas.

Detta medelpris för glasögon till barn 0-7 år var år 1982 421 kr. och år 1986 433 kr. Prisökningen har åtminstone hos denna huvudman varit mycket måttlig för just barnglasögon. Se nedanstående tabell.

Kostnader för glasögon (hjälpmedel) år 1982-1986, 1 000-kr.

Huvudman: 1.					2.	3.
År	0-7 år	Övr	Total	0-7 år kostn/styck		
1982	407	508	915	421:-	539	654
1983	487	480	967	450:-	601	698
1984	472	333	805	450:-	727	646
1985	476	259	735	449:-	645	616
1986	501	167	668	433:-	945	571
Förändr %						
1982-1986	19	-77	-27	3	43	-13

Kontaktlinser

En huvudman har givit uppgifter om antal utlämnade kontaktlinser. Uppgifterna som är mycket osäkra enligt denna huvudman, ger vid handen att antal utlämnade kontaktlinser ökat från ca 60 under år 1983 till ca 198 under år 1986, alltså en trefaldig ökning.

Kostnaderna för kontaktlinser har redovisats av tre huvudmän, en dock endast från år 1984. Hos samtliga har kostnaderna för kontaktlinser ökat. Se nedanstående tabell.

Kostnader för kontaktlinser 1982-1986, 1 000 kr.

Huvudman: År	1.	2.	3.
1982	824	55	-
1983	997	88	-
1984	1 034	120	126
1985	1 389	153	213
1986	1 318	198	205
Ökning % 1982-1986	37	72	39 (1984-1986)

Schablonbidrag till glasögon 8-18 år

Handikappinstitutet rekommenderar att schablonbidrag till glasögon utbetalas till barn och ungdomar 8-18 år som ej erhåller glasögon som hjälpmedel. Minst två år rekommenderas förflyta innan nytt bidrag ges till en och samma person.

Ögonläkares eller leg. optikers bedömning av glasögonbehovet rekommenderas vara grund för utbetalning av bidrag, som ej avses inbegripa reparationer.

Någon synskärpegräns är ej rekommenderad i förteckningen.

Av de fem huvudmän som beskrivit de lokala bestämmelserna för schablonbidrag till glasögon är det ingen som helt följer rekommendationerna från Handikappinstitutet.

En huvudman har utvidgat möjligheten att få glasögonbidrag. Om synskärpan försämrats kan bidraget ges oftare än vartannat år. Övriga fyra huvudmän har inskränkt möjligheterna att få glasögonbidrag på olika sätt. Hos två har åldersgränsen för bidraget sänkts till 15 år. Hos en annan ges bidrag med 300 kronor vart tredje år i stället för vartannat. Den femte har sänkt bidraget till 250 kronor och ersätter synundersökning hos optiker om den leder till remittering till ögonläkare. Förslag har hos denna huvudman inlämnats till förvaltningsutskottet om att helt slopa glasögonbidraget eftersom det tar ca 30 procent av hela budgeten för synhjälpmedel.

Fyra huvudmän har angivit hur många schablonbidrag till glasögon som utbetalats under åren 1982-1986. I tre av dessa fyra landsting har antalet utbetalade bidrag hållit sig relativt konstant, medan antalet i ett landsting har sjunkit med 22 procent. Om man sätter antalet utbetalade schablonbidrag 1986 hos de olika huvudmännen i relation till aktuell befolkningsgrupp framgår att andelen barn och ungdomar som får schablonbidrag till glasögon skiftar från 5 per tusen invånare till 11 per tusen invånare. Observera dock att glasögonbidraget gäller barn från och med 8 år och befolkningsunderlaget är beräknat från 7 år. Andelen invånare som fått bidrag torde därför i realiteten vara något högre hos samtliga huvudmän. Se nedanstående tabeller.

Antal utbetalade schablonbidrag till glasögon åren 1982-1986

Huvudman: År	1.	2.	3.	4.
1982	9 582	-	2 823	5 343
1983	4 785	6 194	2 979	5 273
1984	4 957	4 475	2 826	5 149
1985	4 954	3 610	2 728	5 032
1986	4 612*	4 803	2 842	5 144
Förändr % 1982-1986	1	- 22 **	+ - 0	- 4

* Ändrat tidsintervall fr.o.m. 1/10-86, från 2 till 3 år.

** OBS. Räknat från 1983-1986.

Antal utbetalade schablonbidrag till glasögon år 1986 i relation till befolkningen i åldersgruppen 7-18 år (1000-tal).

Huvudman	Antal bidrag	Befolkning 7-18 år	Bidrag/1000 inv
1.	4 612	58,4	8
2.	4 803	93,6	5
3.	2 842	41,2	7
4.	5 144	47,8	11

Kostnaden för utbetalade schablonbidrag har hållit sig konstant eller minskat hos samtliga huvudmän som lämnat uppgifter. Detta framgår av nedanstående tabell.

Kostnad för utbetalade schablonbidrag till glasögon
1982-1986, 1000 kronor.

Huvudman: År	1.	2.	3.	4.	5.
1982	1 375	1 662	-	706	1 647
1983	1 435	1 406	1 858	737	1 516
1984	1 379	1 370	1 343	786	1 531
1985	1 481	1 403	1 083	681	1 631
1986	1 376*	1 481	1 441	715	1 419
Förändr % 1982-1986	+ - 0	- 11	- 22** + 1		- 13

* Ändrat tidsintervall fr.o.m. 1/10-86. Från 2 till 3 år.

** OBS. Räknat från 1983-1986.

Kostnaderna för utbetalade schablonbidrag år 1986 kan sättas i relation till antal invånare i aktuell befolkningsgrupp. Av nedanstående tabell framgår bl.a. att den huvudman som ligger högst betalar ut mer än dubbelt så många kronor per invånare som den som ligger lägst. Även i detta fall är 7-åringarna inräknade i befolkningsunderlaget, vilket kan påverka resultatet.

Utbetalade schablonbidrag 1986 per 1 000 invånare i
åldersgruppen 7-18 år

Huvudman	Utbetalade bidrag 1000 kr	Befolkning 7-18 år	Kr/inv.
1.	1 376*	58,4	24
2.	1 481	41,9	35
3.	1 441	93,6	15
4.	715	41,2	17
5.	1 419	47,8	30

* Ändrat tidsintervall fr.o.m. 1/10-86. Från 2-3 år.

Antal personer som fått synhjälpmedel

En huvudman har besöksstatistik från en av sina två syncentraler. Av denna statistik framgår antal besök åren 1984 och 1986 fördelade på åldersgrupper och besökskategorier.

Antalet besök i åldersgruppen 0-16 år har hållit sig konstant medan besöken i övriga grupper har ökat. Den största andelen besök återfinnes i åldersgruppen 65 år och äldre som står för 65 procent av alla besök såväl 1984 som 1986. Se nedanstående tabell.

Nybesök och återbesök på en syncentral 1984 och 1986

Åldersgrupp	1984				1986			
	Nyb	Återb	Övr*	Summa 1984	Nyb	Återb	Övr*	Summa 1986
0-16 år	5	18	69	92	3	12	78	93
17-64 år	46	91	230	367	24	92	282	398
65 > år	226	315	314	855	189	276	452	917
Summa	277	424	613	1 314	216	380	812	1 408

* I "Övriga" ingår besök för: Uppföljning, Försämring, Hembesök, Kontaktlinser och för 1986 dessutom Arbetsplatsbesök

Väntetiden för att få glasögon och kontaktlinser varierar från 1 vecka till över 1 år. Se nedanstående tabell.

Väntetider för glasögon och kontaktlinser

Huvudman:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Från remiss till synundersökning (veckor)	4-16	-	1-52	2-20	0-24	-
Från synundersökning till syncentral (veckor)	4	2-4	24	2-15	1-4	4-6
Utprovningstid (veckor)	2	1-2	-	0-4	0-3	2
Summa väntetid (veckor)	10-22	-	-	4-39	1-31	-

De orsaker som angivits till väntetiderna är otillräckliga resurser, personalbrist och hur prioriterad patienten är.

Förstoringsglas m.m.

En huvudman har kunnat svara på hur många förstoringsglas som inköpts åren 1982-1986 samt kostnaderna för dessa. Ytterligare en kan ange antalet som inköpts 1986 liksom kostnaderna detta år. En huvudman har redovisat kostnaderna under perioden, men ej kunnat ange antalet.

Antalet inköp liksom kostnaderna varierar under perioden. Det finns en uppgång både i kostnader och antal under 1984-1985, men sedan sjunker det igen. Den huvudman som kunnat redovisa såväl antal inköpta förstoringsglas som kostnaderna för dessa, redovisar en kostnadsökning år 1983 och 1984 som tyder på att en del av inköpen 1983 kan ha bokförts som kostnader först under 1984. Se nedanstående tabell.

Antal inköpta förstoringsglas och kostnader för dessa åren 1982-1986, 1000 kronor och antal (st.)

Huvudman: 1.	2.	3.				
År	Kostnad	Antal	Kostnad	Personer*	Antal	Kostnad
1982	157	97	13	-	-	-
1983	162	198	21	-	-	-
1984	249	162	30	(199)	-	-
1985	142	375	69	-	-	-
1986	122	95	29	(202)	3 096	368

* En huvudman har lämnat uppgifter om hur många personer som fått förstoringsglas år 1984 resp. 1986. Dessa siffror redovisas inom parentes i tabellen.

Bandspelare

Alla huvudmän har kunnat lämna uppgifter om antal inköpta bandspelare och kostnaderna för dessa. Vissa svar är dock ofullständiga. Även för bandspelare tycks antalet inköp variera från år till år och någon tendens uppåt eller neråt verkar inte finnas, utom möjligen för en huvudman där antalet, efter en minskning mellan 1982 och 1983 kontinuerligt har ökat.

Inte heller kostnaderna för bandspelare visar någon klar tendens att öka eller minska, utan varierar över åren hos alla huvudmän.

En möjlig tolkning mot bakgrund av dessa siffror är att gruppen synskadade som behöver bandspelare håller sig relativt konstant år från år, något som i viss mån stärks av de uppgifter som en huvudman har kunnat redovisa om antalet personer, fördelat på åldersgrupper, som fått bandspelare under åren 1982, 1984 och 1986. Se nedanstående tabeller.

Antal inköpta bandspelare åren 1982-1986

Huvudman:	1.	2.	3.*	4.	5.	6.
1982	186	92	60	-	1	-
1983	150	78	58	-	33	-
1984	160	113	71	46	18	-
1985	241	86	58	168	26	-
1986	246	80	46	132	18	324

* Endast uppgift från ett sjukvårdsdistrikt.

Kostnader för inköpta bandspelare åren 1982-1986, 1 000 kr.

Huvudman:	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1982	71	47	-	81	1	-
1983	42	54	264	94	32	-
1984	86	78	191	69	8	-
1985	133	69	311	97	18	-
1986	108	64	246	64	8	178

Antal personer som fått bandspelare hos en huvudman åren 1982, 1984 och 1986, fördelat på åldersgrupper

Ålders- grupp	1982	1984	1986
0-29 år	7	8	2
30-59 år	22	21	16
60-79 år	49	55	31
80 < år	54	45	45
Totalt	132	129	94

Utprovning av bandspelare

Av svaren på frågan om hur utprovning av bandspelare går till kan följande förfaringssätt urskiljas:

- Genomgång av läsförmåga med optiska hjälpmedel.
- Bandspelare provas ut som komplement eller alternativ till optiska hjälpmedel.
- Utprovning sker på syncentralen eller i förekommande fall hos distriktsarbetsterapeut.
- Genomgång av alla funktioner, träning vid ett antal tillfällen, eventuell anpassning eller märkning. Instruktionsband lämnas.
- Uppföljning.

Teknisk service på bandspelare

Hos fyra huvudmän anlitas entreprenör för service på bandspelare. Inlämning av den trasiga bandspelaren och även viss reparation kan dock ske hos syncentral eller hjälpmedelscentral.

Hos en huvudman sköter hjälpmedelscentralen servicen i ena sjukvårdsdistriktet, medan det andra distriktet köper sådana tjänster av den angränsande huvudmannen.

Väntetid på service varierar från ingen tid alls om bandspelaren byts ut och den nya finns i lager, till flera månader om det är en specialapparat och leverantören måste anlitas.

Normalt är väntetiden 2-3 veckor vid service och flera huvudmän anger att utbytesapparat lämnas ut under tiden.

Hos en huvudman svarar brukaren fr.o.m. 1/10 1986 helt och hållet själv för service av bandspelare.

Förstorande TV-system och läsmaskiner

Alla huvudmännen har besvarat frågan om antal inköpta TV-system och läsmaskiner och kostnader för dessa. Uppgifterna är dock ofullständiga i flera fall. Inte heller beträffande dessa synhjälpmedel kan skönjas någon tendens i ökning alternativt minskning av antal inköpta enheter eller kostnader utom möjligen vad gäller ökade kostnader för en av huvudmännen.

Fem huvudmän har lämnat uppgifter om antal personer som fått TV-system och läsmaskiner under åren 1982, 1984, och 1986. Hos dessa fem huvudmän är flertalet brukare i åldersgrupperna 30-59 år resp. 60-79 år. Totala antalet brukare verkar av dessa uppgifter att döma, vara ganska konstant, vilket även antals- och kostnadsuppgifterna verkar tyda på. Se nedanstående tabeller.

Antal inköpta TV-system och läsmaskiner

Huvudman:	1.	2.	3.*	4.**	5.	6.
1982	7	6	3	14	-	18
1983	16	5	5	6	2	26
1984	9	-	1	7	-	21
1985	17	-	3	14	1	21
1986	12	-	0	6	1	23

* Gäller endast ett sjukvårdsdistrikt.

** Avser antal ordinerade enheter.

**Kostnader för förstörande TV-system och läsmaskiner,
1 000 kr.**

Huvudman:	1.	2.	3.*	4.	5.	6.
1982	148	128	61	181	-	386
1983	258	105	113	96	28	653
1984	166	360	23	139	-	530
1985	255	228	42	196	19	617
1986	347	215	0	219	18	693

* Gäller endast ett sjukvårdsområde.

Antal personer som fått förstörande TV-system och läsmaskiner hos fem huvudmän

Åldersgrupp	1982	1984	1986
0-29 år	10	5	5
30-59 år	10	8	12
60-79 år	12	17	14
80 > år	3	2	2
Summa	35	32	33

Antal personer som för närvarande har förstörande TV-system och läsmaskiner

Alla huvudmännen har lämnat uppgifter om antalet personer som har dessa hjälpmedel. Två av dem har dock givit ofullständiga uppgifter.

De huvudmän som kunnat lämna åldersrelaterade uppgifter redovisar åldersfördelningar som i stort sett liknar varandra. Det största antalet TV-system och läsmaskiner finns i grupperna 30-59 år resp. 60-79 år. Se nedanstående tabell.

Antal personer som för närvarande har förstorande TV-system m.m.

Huvudman:	1.	2.	3.	4.	Summa
Ålders- grupp					
0-29 år	2	13	8	19	43
30-59 år	26	17	22	77	142
60-79 år	14	12	22	91	139
80 < år	6	1	1	30	38
Summa	48	43	54	217	362
+ huvudman 5					45
+ huvudman 6					20
Totalt					427

De fem huvudmän som lämnat uppgifter om totala antalet personer som för närvarande har TV-system och läsmaskiner utgör ca 19 procent av totala antalet hälso- och sjukvårdshuvudmän. Utifrån antagandet att de 427 personer som har de aktuella synhjälpmedlen hos dessa fem huvudmän, på motsvarande sätt utgör ca 19 procent av samtliga, kan en grov uppskattning göras av hur många personer totalt sett i landet som för närvarande har dessa apparater. En sådan uppskattning ger vid handen att det skulle vara ca 2 100 personer.

Utprovning av förstorande TV-system och läsmaskiner

Utifrån de svar som givits om hur utprovningen av dessa hjälpmedel går till kan utprovningsprocessen beskrivas på följande sätt:

- Behovssituationen analyseras.
- Information och visning av aktuella system.
- Utprovning hos synpedagog på syncentralen. Befintliga system provas.

- Träning på syncentralen och i hemmet upprepade gånger.
- Uppföljning och eventuell upprepade träning.

Service på förstörande TV-system och läsmaskiner

Hos fem huvudmän anlitas entreprenör för teknisk service på dessa apparater. En huvudman har inte besvarat frågan om väntetid. Hos en huvudman sköts servicen av hjälpmedelscentralens tekniska serviceenhet. Väntetiderna varierar från inom en vecka till sex veckor enligt följande:

Inom en vecka:	3 huvudmän
1-2 veckor:	1 huvudman
2-6 veckor	1 huvudman

Orsaken till väntetider anges vara det geografiska avståndet.

4.8 Datorbaserade hjälpmedel för synskadade

Svaren på frågorna under detta avsnitt redovisas under rubrik 1.9 Datorbaserade hjälpmedel i bil.1.

4.9 Synpunkter på syncentralernas verksamhet

Fem huvudmän anser att verksamheten har förbättrats. En huvudman anser att utvecklingen sett olika ut i olika delar av sjukvårdsområdet och att verksamheten har förändrats såväl i de båda angivna alternativa riktningarna som inte alls.

Grupper som fått det bättre

Hos två huvudmän har man tillsatt anpassningslärar-tjänster och anser därför att de gravt synskadade har fått det bättre. Två huvudmän anser att alla synskadade har fått det bättre.

Grupper som fått det sämre

Endast två huvudmän anser att det finns grupper som fått det sämre. Ingen av huvudmännen utpekar dock någon särskild grupp. Den ena huvudmannen anger att väntetiderna blir långa och teamarbetet dåligt på grund av otillräckliga resurser. Den andra påtalar syncentralens sårbarhet. Eftersom personalstyrkan är så liten blir servicen sämre om någon av personalen saknas.

Behov som ej tillgodoses

Hos tre huvudmän anger man att det finns behov som inte tillgodoses. Dessa behov är:

- Reflektometer på grund av ekonomin. Drabbar såväl synskadade som personer med defekt färgseende och svårinställd diabetes.
- Behov av dyra, avancerade hjälpmedel kan bli svårt att tillgodose på grund av krympande budget.
- Talande klockor (svenska).
- Ergonomiska lösningar vid korta läsavstånd.
- Utveckling behövs beträffande filterglas, förflyttningshjälpmedel, orienteringshjälpmedel för rullstolsburna gravt synskadade personer.

Bedömning och önskemål inför framtiden

Alla huvudmän har svarat på frågan. Även här framförs önskan om bättre resurser såväl personellt som i pengar och lokaler. Hos en huvudman framförs tanken att vissa hjälpmedel skulle kunna tillhandahållas.

las på annat sätt. Detta för att öka utrymmet framför allt inför det faktum att antalet äldre ökar och ställer krav på syncentralernas resurser. De hjälpmedel som anges är klockor, bandsspelare, enkla förstöringsglas, belysning och vissa ADL-hjälpmedel. Glasögonbidraget bör ses över, anser en huvudman.

En annan huvudman önskar bättre samordning av verksamheten som bedrivs på olika myndigheter, länsskolnämnd, AMU, syncentral, SRF m.fl.

Hos en huvudman anser man att problemet är centraliseringen av all verksamhet för synskadade till syncentralen. Det är nödvändigt med flera nivåer inom synrehabiliteringen. Lösningen är decentralisering till primärvården.

En huvudman anser dock att om samtliga syncentraler arbetar efter socialstyrelsens intentioner bör eventuella problem övervinnas i framtiden.

Behov av utökad statistik

Fyra huvudmän anser att det finns behov av/vore intressant med utökad statistik. De områden man framför som värdefulla att registrera är följande:

- Olika typer av samband diagnos-ålder-hjälpmedel-arbetsinsats, för att få underlag för långsiktiga bedömningar av trender, prioriteringsbehov, ekonomiskt underlag etc.
- Statistik på användargruppen, t.ex. ålder, förutom statistik på hjälpmedlen.
- Hjälpmedelsstatistiken kan inte vara isolerad från rehabiliteringsarbetet. Statistik behövs som ger underlag för ordinationskriterier, sortimentsurval, uppföljning, service och återtagning av hjälpmedel.

BILAGA 5

ENKÄTSAMMANSTÄLLNING - TOLKCENTRALERNA

Samtliga sju tillfrågade huvudmän ingår i redovisningen. Dessa är Stockholms läns landsting, södra sjukvårdsområdet, Östergötlands, Göteborgs och Bohus, Skaraborgs, Gävleborgs och Norrbottens läns landsting samt Göteborgs kommun. Tolkcentralen i Stockholms läns landsting sorterar under södra sjukvårdsområdet men omfattar hela landstinget. Svaren från tolkcentralen i Stockholm omfattar därför tolkverksamheter i hela landstinget. Göteborgs och Bohus läns landsting driver en tolkcentral tillsammans med Älvsborgs läns landsting. Enkätsvaren från Göteborgs och Bohus läns landsting omfattar därför även Älvsborgs läns landstings tolkverksamhet.

I enkäten ställdes frågor om huvudmannens organisation och ledning av tolkverksamheten, personal, kostnader m.m. Svaren på enkätfrågorna redovisas i följande sammanställning samt i viss mån av redovisningen i bil. 1.

5.1 Verksamhetens organisation vid tolkcentralerna

Antal tolkcentraler

Redovisningen av antalet tolkcentraler finns under rubrik 1.1 Hjälpmedelsverksamhetens ledning i bil. 1.

Organisation, ledningsansvar, beslut om tolkservice

Hos tre huvudmän tillhör tolkcentralen hälso- och sjukvården. Hos en av dessa ingår tolkcentralen i pedagogiska hörselvården, hos den andra är tolkcentralen en av enheterna i hjälpmedelsverksamheten. Hos den tredje är tolkcentralen en del av hörselvårdsavdelningen vid Öronkliniken.

För två av de övriga fyra huvudmännen är den organisatoriska tillhörigheten oklar. Hos en av dessa beskrivs tolkcentralen vara direkt underordnad en administrativ chef inom sjukvårdsområdet under ledning av ett tolkråd med politiskt vald ordförande. För en annan huvudman beskrivs tolkcentralen vara gemensam för två huvudmän och organisatoriskt tillhöra den angränsande huvudmannens sociala avdelning. Hos den tredje huvudmannen är tolkverksamheten direkt underställd en hjälpmedelschef.

Av svaren från den fjärde huvudmannen framgår inte alls vilken organisatorisk tillhörighet tolkcentralen har.

Fyra huvudmän anger att det finns en tolkchef/föreståndare som ansvarar för tolkverksamheten.

Två huvudmän anger att budgeten är gemensam med hörselvårdsverksamheten i övrigt. Hos en huvudman har tolkverksamheten egen budget direkt under sjukvårdsadministrationen. För övriga huvudmän framgår inte var tolkverksamheten budgeteras.

Beslut om tolkservice fattas av föreståndare och samordnare gemensamt hos en huvudman. Hos en annan anges sociala nämnden vara beslutsfattare i ärenden som rör tolkservice. Hos den tredje hänvisar man till Handikappinstitutets rekommendationer om tolktjänst och be-

skriver kriterierna för hur prioriteringar görs vid brist på tolk. Akuta behov går först liksom den som först beställt. Om beställningarna är likvärdiga går man efter hur ofta de aktuella beställarna använder tolk.

Av svaren från fem huvudmän framgår att tolkcentralerna ej är samlokaliserade med hörcentralerna utan har separata lokaler eller är samlokaliserade med pedagogiska hörselvården. Två huvudmän ger inga uppgifter om lokalisering, annat än vad gäller ort.

Samarbete med hörcentralen

Av svaren att döma verkar samarbete med hörcentralen endast ske sporadiskt och då via personal som har kontakter på hörcentralen såväl som på tolkcentralen, eller om någon hjälpmedelsfråga aktualiseras. Hos en huvudman anges att det pågår ett samarbete mellan hörcentralen och tolkcentralen för att kartlägga antalet vuxendöva. Utökat pedagogiskt samarbete planeras hos denna huvudman.

Hur länge har nuvarande organisation funnits - finns planer på eller beslut om förändringar av organisationen m.m.?

Hos två huvudmän har organisationen funnits sedan 1970-talet. Den äldsta är från 1972. Hos de övriga fyra huvudmännen som besvarat frågan har nuvarande organisation tillkommit under 1980-talet, den senaste under hösten 1987.

Hos fyra huvudmän är tolkverksamheten eller har nyligen varit föremål för diskussioner eller utredning, i syfte att genomföra förändringar.

Hos en av de övriga två huvudmännen som har besvarat frågan är detta inte alls aktuellt för närvarande, medan den andra har planer på att utöka tolktjänsterna. Däremot avser man inte att förändra verksamheten.

5.2 Personal vid tolkcentralerna

Antal tjänster och årsarbetare vid tolkcentralerna

Tolkcentralernas personal består till största delen av tolkar. Det finns specialutbildade tolkar för barndomsdöva, resp. vuxendöva och dövblinda personer. Tolkningen för dessa tre grupper är av olika slag och tolkarna kan inte utan vidare ersätta varandra. Det måste därför finnas specialtolkar för alla tre grupperna vid tolkcentralerna för att behovet av tolk skall kunna tillgodoses.

Tolkar kan antingen vara fast anställda vid tolkcentralen eller, vilket är relativt vanligt, vara arvodesanställda och anlitas efter överenskommelse för varje enskilt uppdrag. Tolkcentralerna använder regelmässigt såväl egna som arvodesanställda tolkar i större eller mindre utsträckning.

Tre huvudmän har redovisat personalutvecklingen 1982-1987. Hos alla tre huvudmännen har antalet tjänster vid tolkcentralerna ökat. Antal årsarbetare för 1986 överstiger hos en huvudman antal tjänster i stat så mycket att det kan antas att arbetstid för timanställda tolkar

har räknats in bland årsarbetarna. Detta framgår av nedanstående tabell.

Huvudman	Tjänster i stat			Antal årsarbetare	
	1982	1986	1987	1982	1986
1.	1	2,5	2,5	1	4
2.	-	3	4	3,5	-
3.	3	11	11	3	11

Övriga huvudmän har redovisat (på grund av ett fel i frågan) nuvarande antal tjänster i stat. Svaren från dessa huvudmän redovisas nedan.

Huvudman	Antal tjänster i stat
----------	-----------------------

4.	20
5.*	5,5
6.	7
7.	2

* Redovisar även köpta tjänster motsvarande 1 årsarbetare utöver de ovanstående.

Tre huvudmän avser att öka antalet fasta tolktjänster med vardera en tjänst. En huvudman har nyligen utökat personalstyrkan (under 1987).

Rekryteringsproblem - personalomsättning

En av de fyra huvudmän som besvarat frågan har inga sådana problem. Av de övriga tre svarar en att man inte har problem att behålla personal. Däremot har man svårt att nyrekrytera, delvis på grund av bostadssituationen på orten. En annan huvudman har problem att få/behålla

timanställda tolkar och en tredje har problem att få tolkar över huvud taget, något man anser beror på att det finns för få utbildade tolkar samtidigt som intresset för utbildningen är litet.

5.3 Budget och kostnader

Hos två huvudmän har inga åtgärder vidtagits för att begränsa kostnaderna för tolkcentralerna. Hos fyra huvudmän har tolkcentralerna ålagts att spara eller fått begränsade anslag i likhet med övriga hjälpmedelsenheter. De kostnader för tolkverksamheten som redovisats i enkäterna framgår av nedanstående tabell.

Kostnader för tolkverksamheten, (egen personal och köp av tolktjänster), minus intäkter

Huvudman	1982	1983	1984	1985	1986
1.	729	3 550	3 402	3 696	4 313
2.	-	-	-	985	963
3.	339	380	592	756	757
4.	-	-	1 296	1 912	2 012
5.	-	-	-	-	-
6.*	-	442	564	616	631
7.	-	-	-	678	837

* Kostnader totalt (inklusive intäkter).

Eftersom vi för flertalet huvudmän saknar uppgifter över längre perioder är det svårt att beräkna kostnadsutvecklingen för tolkverksamheten. Vi ser dock en klar tendens till en kraftig kostnadsökning för de två huvudmän som kunnat lämna uppgifter för hela perioden 1982-1986. Även för tre av de huvudmän som lämnat upp-

gifter för en kortare tid ser kostnaderna ut att öka. En huvudman har endast lämnat uppgifter för 1985 och 1986. Uppgifterna visar en liten nedgång av kostnaderna för dessa år. En annan huvudman har endast lämnat uppgifter över tolkverksamhetens intäkter, vilka har ökat under perioden. I en kommentar från denna huvudman anges att såväl kostnader som intäkter ökat, men kostnaderna ökar mer än intäkterna.

5.4 Avgifter för tolkverksamhet

Inga avgifter förekommer för enskilda personer som är berättigade till tolk. Däremot debiteras t.ex. arrangörer av olika utbildningar och Rikstolkningen när sådana tjänster går via landstingens tolkcentraler.

5.5 Försäljning av tolktjänster

Alla tolkcentraler säljer tolktjänster till bl.a. myndigheter. Följande köpare av tolktjänster framgår av svaren:

Försäkringskassan
Länsarbetsnämnd/arbetsförmedling
Polismyndighet
Domstol
Enskilda arbetsgivare
Organisationer/politiska pariter
Utbildningsverksamhet
Studieförbund
Andra landsting etc.

Fem huvudmän har även kunna ange hur många uppdrag som sålts under åren 1982-1986. Endast en har dock kunnat ge uppgifter för hela femårsperioden. De siffror som

redovisats tyder dock på att antalet sålda uppdrag ökar. Se nedanstående tabell.

Antal sålda uppdrag

Huvudman: År	1.	2.	3.	4.	5.
1982	-	-	6	-	-
1983	-	38	1	-	-
1984	-	97	25	-	68
1985	745	115	118	11	155
1986	911	216	167	24	396

5.6 Förmedlade tolkuppdrag

Den person som behöver tolk anmäler detta till tolkcentralen som sköter anskaffningen av tolken. På tolkcentralerna finns därför relativt detaljerade uppgifter om beställda resp. utförda tolkuppdrag, vilken kategori som uppdragen kan hänföras till samt typ av tolkning (barndomsdöv, vuxendöv, dövblind). Se nedanstående tabell.

Totalt antal utförda tolkuppdrag 1982-1986 för barndomsdöva, vuxendöva och dövblinda

Huvudman: År	1.	2.	3.	4.*	5.	6.	7.
1982	-	-	1 265	172	575	-	-
1983	-	1 347	1 347	231	580	-	-
1984	-	1 347	2 364	412	683	-	2 426
1985	4 325	1 875	2 722	703	1 012	518	3 565
1986	5 103	2 197	3 022	625	829	848	3 747

* Avser beställda uppdrag - finns ej uppgifter om utförda.

Av de uppgifter som landstingen lämnat framgår att antal utförda tolkuppdrag förmedlade genom tolkcentralerna har ökat totalt sett. Endast en liten del av tolkuppdragen genomförs på obekväm tid. Sammanträdestolkning är inte heller någon stor del av verksamheten.

Under 1986 avsåg de utförda tolkuppdragen*

Sammanträdestolkning:	2 476 uppdrag
Övrig tolkning:	13 034 uppdrag
Ovekväm tid**:	1 826 uppdrag

* Uppgifter från 6 huvudmän.

** Ett par huvudmän har lagt samman sammanträdestolkning och övrig tolkning och angivit hur många uppdrag av dessa som genomförts på obekväm tid. Övriga huvudmän har fördelat uppdragen på alla tre kategorierna. Antalet uppdrag torde därför i verkligheten vara något högre än vad som framgår av sammanställningen.

Det största antalet tolkningar görs för gruppen barn-
domsdöva. Antalet tolkuppdrag för denna grupp har ökat
hos alla huvudmännen såväl hos de som kunnat lämna upp-
gifter för en längre tidsperiod som hos dem vilkas upp-
gifter omfattar kortare tidsperiod.

Samma tendens om än mindre tydlig finns även beträffande
vuxendöva och dövblinda, med undantag för en huvud-
man som i stället uppvisar en minskning för dessa grup-
per. Se nedanstående tabeller.

Utförda tolkuppdrag för barndomsdöva 1982-1986

Huvudman:	1.	2.	3.	4.*	5.	6.	7.
År							
1982	-	-	1 242	96	575	-	-
1983	-	1 344	1 283	150	580	-	-
1984	-	1 183	2 144	309	683	-	2 072
1985	3 614	1 679	2 223	651	1 012	229	2 697
1986	4 279	1 997	2 501	595	829	352	2 956

* Beställda tolkuppdrag - uppgifter finns ej om antal utförda.

Utförda tolkuppdrag för vuxendöva 1982-1986

Huvudman:	1.	2.	3.	4.*	5.**	6.	7.
År							
1982	-	-	12	15	-	-	-
1983	-	3	52	23	-	-	-
1984	-	100	203	35	-	-	136
1985	292	111	379	48	-	18	468
1986	307	122	379	27	-	23	322

* Beställda tolkuppdrag - uppgifter finns ej om antal utförda.

** Saknades verksamhet för vuxendöva 1982-1986.

Utförda tolkuppdrag för dövblinda 1982-1986

Huvudman:	1.	2.	3.	4.*	5.	6.	7.
År							
1982	-	-	11	61	-	-	-
1983	-	-	12	58	54	-	-
1984	-	64	17	68	72	-	218
1985	404	85	120	4	67	271	400
1986	532	78	142	3	72	473	469

* Beställda tolkuppdrag - uppgifter finns ej om antal utförda.

Tre huvudmän har lämnat svar på såväl antal beställda som antal utförda tolkuppdrag för de två senaste åren (1985-1986). Av dessa uppgifter framgår att en varierande del av de beställda uppdragen inte utförts. Mellan 1 och 16 procent av de beställda uppdragen har inte genomförts enligt de uppgifter som redovisats. Anledningen till att uppdrag inte genomförs är såväl tolkbrist som andra skäl, såsom att beställda uppdrag inte avbeställs i tid av brukaren eller inte alls avbeställs. Hos en huvudman påpekar man att om samtliga uppdrag som inte längre var aktuella verkligen hade avbeställts, skulle antalet tolkar ha varit tillräckligt för att tillgodose alla beställda tolkuppdrag. Se nedanstående tabeller.

Förmedlade tolkuppdrag för barndomsdöva 1985 och 1986

Huvud- man	1985				1986			
	Beställda	Utförda	Rest (%)		Beställda	Utförda	Rest (%)	
1.	2 433	2 223	210	(9)	2 803	2 501	302	(11)
2.	256	229	27	(10)	420	352	68	(16)
3.	2 811	2 697	114	(4)	3 072	2 956	116	(4)

Förmedlade tolkuppdrag för vuxendöva 1985 och 1986

Huvud- man	1985				1986			
	Beställda	Utförda	Rest (%)		Beställda	Utförda	Rest (%)	
1.	411	379	32	(8)	417	379	38	(9)
2.	19	18	1	(5)	27	23	4	(15)
3.	468	468	0	(0)	324	322	2	(4)

Förmedlade tolkuppdrag för dövblinda 1985 och 1986

Huvud- man	1985				1986			
	Beställda	Utförda	Rest	(%)	Beställda	Utförda	Rest	(%)
1.	125	120	5	(4)	157	142	15	(10)
2.	273	271	2	(1)	481	473	8	(2)
3.	400	400	0	(0)	469	469	0	(0)

5.7 Personer som är berättigade till tolktjänst

Två huvudmän har kunnat lämna åldersfördelade uppgifter över antal barndomsdöva personer som åren 1982, 1984 resp. 1986 varit berättigade till (= fått) tolktjänst. Att döma av uppgifterna från dessa huvudmän är gruppen barndomsdöva relativt konstant år från år. Anmärkningsvärt är även att gruppen barndomsdöva personer skiljer sig åt i hög grad mellan dessa två huvudmän som åtminstone vad gäller invånarantal är ganska lika. Av siffrorna att döma torde gruppen barndomsdöva vara ca 50 procent större hos den ena huvudmannen jämfört med den andra om hänsyn tas till invånarantalet. Detta dock förutsatt att alla personer hos resp. huvudman som är berättigade till tolktjänst, verkligen använder denna service och därmed finns med i statistiken. Ett dolt behov av tolktjänst hos den huvudman som redovisar låga siffror skulle eventuellt kunna vara en förklaring till skillnaden. En annan förklaring kan å andra sidan vara att det faktiskt bor fler barndomsdöva personer hos den ena huvudmannen.

Antal barndomsdöva personer hos två huvudmän som varit berättigade till tolktjänster för barndomsdöva åren 1982, 1984 och 1986

År:	1982		1984		1986	
Huvudman:	1.	2.	1.	2.	1.	2.
Ålder						
0- 9	4	-	1	-	4	-
10-19	6	23	9	12	9	2
20-29	13	14	11	22	10	24
30-39	17	10	19	12	8	7
40-49	7	18	8	14	12	14
50-59	7	16	6	16	8	16
60-69	12	25	10	22	9	21
70-79	5	9	7	16	12	21
80-	4	1	2	1	5	6
Summa	75	116	73	115	77	111

Alla huvudmän har kunnat lämna uppgifter om totala antalet barndomsdöva personer som under år 1986 fått/ varit berättigade till tolktjänst. Därutöver har några av huvudmännen kunnat lämna sådana uppgifter för åren 1984 resp. 1982. Se nedanstående tabell.

Totalt antal barndomsdöva personer som varit berättigade till tolktjänst åren 1982, 1984 och 1986

År:	1982	1984	1986	Antal utförda uppdrag per per- son under 1986
Huvud- man				
1.	-	647	879	4,9
2.	-	-	166	12,0
3.	-	-	387	6,5
4.*	75	73	77	7,7*
5.	116	115	111	7,5
6.	-	109	107	3,3
7.	-	375	375	7,9

* Beställda uppdrag.

För gruppen vuxendöva liksom för gruppen dövblinda har det varit svårare för huvudmännen att lämna åldersfördelade uppgifter. Det totala antalet personer som fått/ varit berättigade till tolktjänst för vuxendöva och dövblinda under 1986 har dock fem resp. sex huvudmän kunnat lämna uppgifter om. Därutöver har ett par kunnat lämna totaluppgifter för tidigare år.

Grupperna vuxendöva och dövblinda som fått/ varit berättigade till tolktjänst är avsevärt mindre än gruppen barndomsdöva. De vuxendöva tycks utnyttja/ha tillgång till tolktjänst i mindre omfattning än barndomsdöva och dövblinda att döma av de uppgifter som kan beräknas för antal utförda uppdrag per person under år 1986. Se nedanstående tabeller.

Totalt antal vuxendöva personer som varit berättigade till tolktjänst under 1984 och 1986

År: Huvud- man	1984	1986	Antal utförda uppdrag per person under 1986
1.	73	90	3,4
2.	-	49	2,5
3.	-	672	0,6
4.	-	300	0,1
5.	350	350	0,9

Totalt antal dövblinda personer som varit berättigade till tolktjänst under 1982, 1984 och 1986

År: Huvud- man	1982	1984	1986	Antal utförda uppdrag per per- son under 1986
1.	-	25	38	14
2.	-	-	12	6,5
3.	-	-	74	1,9
4.	27	28	28	2,6
5.	-	67	54	8,8
6.	55	50	70	6,7

5.8 Tillgång till tolktjänst

Några begränsningar i möjligheten att få tolktjänst förekommer endast uttalat hos en huvudman som uppger att tolktjänst inte ges för tolkning i utlandet. Övriga begränsningar som förekommer beror på tolkbrist.

Sex huvudmän kan ge tolkservice samma dag vid akut behov. En har en jourtolk för detta ändamål. Brist på tolkar kan dock försvåra situationen. En huvudman anger att man vid tolkbrist försöker att disponera om beställningarna. Fem huvudmän anser att minst en vecka i förväg är bra att få beställningarna för att kunna planera. En huvudman klarar sig med minst en dag i förväg och en informerar kunderna att beställning bör göras så snart behovet blir känt.

5.9 Texttelefoner

Alla huvudmän har lämnat uppgifter om antal personer som för närvarande har texttelefon. Av dessa har sex huvudmän kunnat ange ålder på texttelefonanvändarna.

Av svaren kan man konstatera att texttelefonerna är relativt jämnt fördelade över samtliga åldersgrupper om man undantar de allra yngsta och allra äldsta där förekomsten är något lägre än i övriga åldersgrupper. Se nedanstående tabell.

Antal personer med texttelefon fördelade efter ålder december 1987

Huvudman: Ålder	1.*	2.	3.	4.	5.	6.	Summa
0- 9	96	3	5	4	1	2	111
10-19	185	11	57	17	19	22	311
20-29	144	18	59	11	23	12	267
30-39	206	12	45	9	12	4	288
40-49	164	15	79	15	16	11	300
50-59	172	26	42	11	20	13	284
60-69	142	20	38	12	16	17	245
70-79	102	15	20	7	11	13	168
80-	22	-	6	2	1	3	34
Summa	1 233	120	351	88	119	97	2 008
+ huvudman 7							332
Totalt							2 340

* Tillkommer 80 texttelefoner som ordinerats under 1987 och ännu ej statistikförts.

Rutiner för ordination och utprovning m.m. av texttelefon

Fem huvudmän har beskrivit rutinerna för ordination, utprovning m.m. av texttelefon. Rutinerna är olika. Hos en kallas de blivande abonnenterna till en allmän information om texttelefonens användningsområde, hur förmedlingscentralen fungerar m.m. Det första besöket sker sedan i smågrupper tillsammans med anhöriga. Ett indi-

viduellt träningsprogram läggs upp för varje enskild person. När texttelefonen har installerats sker uppföljning i form av några träningssamtal från tolkcentralen till användaren. Träningstiden är i allmänhet 6-10 timmar, för dövblinda dock 120 timmar.

Övriga huvudmän beskriver ej (= har ej?) någon regelmässig utbildning i användning av texttelefon. En huvudman påpekar att man ej har tid till detta eftersom tolkuppdragen tar all tid.

5.10 Synpunkter på tolkcentralernas verksamhet

Av de sex huvudmän som besvarat frågan om verksamheten vid tolkcentralen förbättrats, försämrats eller inte alls förändrats svarar fem att verksamheten förbättrats. En huvudman svarar att verksamheten förbättrades för fyra år sedan för att därefter ha försämrats i takt med att efterfrågan ökat.

Grupper som fått det bättre

- Vuxendöva (4)
- Alla dövgrupper (2)
- Barndomsdöva (1)
- Gravyt hörselskadade (1)

Grupper som fått det sämre

Fyra huvudmän har ej svarat och en anser att det inte finns någon grupp som fått det sämre.

En huvudman anser att dövblinda och barndomsdöva har fått det sämre och en anser att tolkgruppen har fått det sämre på grund av att kraven på tolkarna har ökat markant, framför allt genom tillkomsten av rikstolk-tjänsten. Adekvat utbildning för denna saknas helt, anges i svaret från denna huvudman.

Behov av tolktjänst som för närvarande ej helt kan tillgodoses

Hos fem huvudmän finns det behov av tolktjänst som inte kan tillgodoses för närvarande. Bristen på tolkar (inkl. arvodestolar som ofta går in och täcker upp vid toppbelastningar och på obekväma tider) gör att vissa behov blir svåra att tillgodose. Tolkning vid utbildningar och kurser får man ofta säga nej till hos en huvudman. Hos två huvudmän anger man att tolkbehovet hos gruppen dövblinda i princip är utan gräns och att dessa personer inte får sina behov tillgodosedda. Även barndomsdöva personers behov av tolkar ökar kontinuerligt för varje år, uppger en huvudman. Man skulle där behöva ytterligare personal för att kunna täcka behoven.

Bedömning och önskemål inför framtiden

Svaren på frågan om hur man bedömer verksamheten och vilka önskemål man har för framtiden kan i stort sammanfattas i:

- Fortsatt utbyggnad av verksamheten/ fler tolktjänster.

I övrigt anges hos huvudmännen några olika funderingar kring hur verksamheten skulle kunna bli effektivare. Det man nämner är:

- Information till användarna om hur man använder tolk.
- Bättre återbudsdisciplin hos användarna.
- Möjligheter att kunna omvandla tolktjänster när behoven förändras (t.ex. omvandling av vuxendövtolktjänster till teckenspråks- och dövblindtolktjänster).
- Bättre möjligheter att lokalt utbilda och fortbilda tolkar framför allt för att underlätta rekryteringen av arvodestolkar.

Behovet av utökad statistik

De fyra huvudmän som svarat på denna fråga anser följande:

- Statistik om hur tolkbristen drabbar användarna. (Vissa grupper mer än andra etc.)
- Statistik om hur tolkuppdragen är förlagda tidsmässigt.
- Gemensamt statistiksystem för hela landet önskvärt, så att verksamheten kan jämföras mellan huvudmännen.
- Statistik kan vid behov av sådan föras under några representativa månader. Förvarning i god tid önskvärd. För närvarande räcker det med den riksomfattande statistik som Handikappinstitutet samlar in.

BILAGA 6

ENKÄTSAMMANSTÄLLNING - ORTOPEDTEKNISK VERKSAMHET

Samtliga sju tillfrågade huvudmän, Stockholms läns landsting, södra sjukvårdsområdet, Östergötlands, Göteborgs och Bohus, Skaraborgs, Gävleborgs och Norrbottens läns landsting samt Göteborgs kommun ingår i sammanställningen.

I enkäten om den ortopedtekniska verksamheten ställdes bl.a. frågor om organisation och ledning av verksamheten, personal, sortiment av hjälpmedel m.m. Svaren på enkätfrågorna framgår av följande redovisning liksom av bil. 1 för vissa frågeområden.

6.1 Verksamhetens organisation

Antal ortopedtekniska enheter

Antal ortopedtekniska enheter framgår av redovisningen under rubrik 1.1 Hjälpmedelsverksamhetens ledning, bil. 1.

Organisation ledning m.m.

Sex huvudmän anlitar entreprenör för den ortopedtekniska verksamheten. En huvudman driver egen verksamhet.

Verksamheten är vanligen samlokaliserad med ortopedkliniken, men kan även ligga för sig eller tillsammans med annan hjälpmedelsenhet. Verksamheten leds av en ortopedteknisk chef som är underställd hälso- och sjukvårdshuvudmannen när verksamheten drivs i egen regi och företaget i fråga när entreprenör anlitas.

Decentralisering av ortopedteknisk verksamhet, budgetansvar etc.

Hos tre huvudmän förekommer ordination av "enklare" ortopedtekniska hjälpmedel på andra kliniker än den ortopediska inom länssjukvården liksom i primärvården. De hjälpmedel som nämns i svaren är t.ex. behandlingsortoser, handortoser, ryggortoser och andra mjuka ortoser. Hos tre huvudmän ligger budgetansvaret för de ortopedtekniska hjälpmedlen på den ortopediska kliniken. Två huvudmän har budgetansvaret för ortopedtekniska hjälpmedel i en central hjälpmedelsbudget. För de övriga två huvudmännen framgår det inte var budgetansvaret ligger.

Reordination av hjälpmedel

Av de sex huvudmän som anlitar entreprenör anger fem att entreprenören själv har rätt att reordinera (= ny läkarordination behövs ej). En huvudman tillämpar systemet att ordinatören/läkaren anger när återutlämning av hjälpmedel får ske, antal hjälpmedel som får lämnas ut per år samt hur länge ordinationen i fråga gäller. Den ortopedtekniska avdelning som drivs i egen regi reordinerar vid behov. Om medicinska problem föreligger, sker dock ordinationen vid en klinikträff.

Hur länge har nuvarande organisation funnits - finns beslut om eller planer på förändringar?

Hos en huvudman har organisationen av den ortopedtekniska verksamheten inte förändrats sedan 1960-talet. De övriga fem huvudmännen som besvarat frågan har alla genomfört förändringar i organisationen under 1980-talet, tre av dem under 1987.

Den huvudman vars organisation funnits sedan 1960-talet planerar en översyn av sortimentet och ordinationsrätten för de ortopedtekniska hjälpmedlen.

Hos två huvudmän är nya entreprenadavtal aktuella, hos den ena förbereds detta, hos den andra finns ett nytt avtal som kommer att utvärderas under 1988.

En huvudman omstrukturerar verksamheten på grund av att ett nytt lasarett är under uppbyggnad.

Hos en huvudman planeras decentralisering av budgetansvaret till ortopedklinikerna i resp. sjukvårdsförvaltning. Detta i syfte att integrera den ortopedtekniska verksamheten bättre i övriga behandlingsåtgärder och få en bättre verksamhetsplanering.

6.2 Personal vid de ortopedtekniska enheterna

Antal tjänster och årsarbetare

Eftersom alla huvudmän utom en anlitar entreprenör har uppgifter om personal vid de ortopedtekniska enheterna lämnats av entreprenören hos resp. huvudman. Hos en huvudman har man endast fått uppgifter från en av sina 10

entreprenörer. De uppgifter som lämnats visar att personalstyrkan vid vissa enheter minskat medan den ökat vid andra. Se nedanstående tabell.

Personal vid de ortopedtekniska enheterna

Huvudman	Antal tjänster i stat					Antal anställda årsarbetare			
	1982	1986	1987	+-	%	1982	1986	+	- %
1.*	-	5,5	7,5	-	-	-	-	-	-
2.	33	29,5	25,5	-23	-	-	-	-	-
3.**	-	-	-	-	-	11	-	-	-
4.	-	13	13	-	-	-	-	-	-
5.	16,1	14,6	14,6	- 9	17	15	-12	-	-
6.	13	14	15	15	11	12	9	-	-
7.***	-	75	78	-	-	67,3	-	-	-

* Endast en av 10 entreprenörer har lämnat uppgifter.

** Uppgift endast från ett sjukvårdsdistrikt.

*** Servar även ett sjukvårdsdistrikt hos annan huvudman. Har även angivit antal anställda årsarbetare 1987: 71,3.

Hos två huvudmän uppger entreprenören att det är svårt att rekrytera ortopedingenjörer, ortopedtekniker och andra specialistutbildade yrkesutövare.

6.3 Sortiment av hjälpmedel

Redovisning av svaren på frågorna under denna rubrik finns under rubrik 1.4 Sortiment av hjälpmedel i bil.

1.

6.4 Inköpsverksamhet, teknisk service och förrådshållning

Hos de huvudmän som har entreprenör ingår dessa uppgifter i entreprenörens skyldigheter. Undantag är dock vissa enklare hjälpmedel t.ex. mjuka ortoser som hos en

del huvudmän inköps och lagerhålles av t.ex. hjälpmedelscentralen, på vårdcentraler etc. Hos en huvudman har man undantagit bröstproteser från entreprenadavtalet.

Hos en huvudman har den ortopedtekniska avdelningen serviceverkstäder på nio olika ställen. Visst lager finns på varje sådan verkstad.

Beslut om eller planer på förändringar av teknisk service eller förrådshållning

Tre av de fyra huvudmän som besvarat frågan anger att utredning/utvärdering pågår eller skall ske för att se över den ortopedtekniska verksamheten inkl. den tekniska servicen och förrådshållningen.

6.5 Budget och kostnader

Ortopedtekniska verksamhetens kostnads- och volymutveckling 1982-1986

Den ortopedtekniska verksamhetens kostnader för inköp av hjälpmedel var 1986, 300 milj. kr. eller 36 kr. per invånare i riket, enligt uppgifter från Handikappinstitutet. Detta motsvarar ca 27 procent av de totala inköpskostnaderna för hjälpmedel. Stora delar av den ortopedtekniska verksamheten sker på entreprenad. I kostnaderna för inköp av ortopedtekniska hjälpmedel finns således även "personalkostnader" som för andra hjälpmedelsverksamheter ej inkluderas i inköpskostnaden.

De produkter som belastar den ortopedtekniska verksamhetens budget och kostnader är olika hos de tillfrågade huvudmännen. Detta försvårar naturligtvis jämförbarheten huvudmännen emellan. Skillnaderna torde dock ej vara så stora att de generella utvecklingstendenserna inte kan jämföras.

I nedanstående tabell framgår kostnaden för ortopedtekniska hjälpmedel hos de tillfrågade huvudmännen för åren 1982-1986. I kostnaden ingår samtliga utgiftsposter för inköp av hjälpmedlen, dvs. även kostnaden för främmande tjänster m.m. Huvudmännens egna personalkostnader har dock ej tagits med.

Kostnader (tkr) för inköp av ortopedtekniska hjälpmedel, inkl. kostnader för främmande tjänster, utprovning, tillverkning, service m.m. 1982-1986

Huvud- man	1982	1983	1984	1985	1986	Förändring i % 1982-1986 löpande priser	KPI ¹
1.	9 538	11 397	14 152	15 100	14 970 ²	+71 ²	+30 ²
2.	12 466	13 647	14 925	17 728	18 492	+48	+13
3.	-	6 982	8 824	8 497	9 894	+42 ³	+17 ³
4. ⁴	21 169	16 594	17 137	19 202	20 964	- 1	-25
5.	7 146	7 425	8 267	8 546	9 099	+27	- 3
6.	7 852	8 637	9 394	10 566	9 988	+27	- 3
7. ⁵	4 824	-	-	-	7 435	+54	+17

¹ Konsumentprisindex 1982 basår.

² Uppgiften avser 48 veckor. Utvecklingen beräknad på ett skattat årsvärde.

³ Utveckling 1983-1986.

⁴ Ca 30 procent gäller andra huvudmän. Omorganisering 1983, utveckling 1983-1986 = 26 procent.

⁵ Avser endast del av befolkningen (ca 210 000). Endast kostnad för material ingår.

Kostnadsutvecklingen för de ortopedtekniska hjälpmedlen har varit olika hos de tillfrågade huvudmännen. En hu-

vudman har haft en kraftig kostnadsökning med 71 procent i löpande priser. På grund av en organisationsförändring kan en annan av huvudmännen redovisa en minskning av kostnaderna mellan 1982-1986. Utgår man i stället från år 1983 visar denna huvudman en kostnadsökning på ca 26 procent i löpande priser, vilket i fasta priser varken är en ökning eller minskning. Generellt kan sägas att samtliga huvudmän redovisar en ökning av kostnaderna. Tar man hänsyn till den allmänna prisutvecklingen blir denna ökning relativt måttlig och i vissa fall redovisas en minskning av kostnaderna.

Åtgärder som de senaste två åren vidtagits för att begränsa den ortopedtekniska verksamhetens kostnader

Hos två huvudmän planeras/pågår översyn av den ortopedtekniska verksamheten. Hos den huvudman som har en pågående översyn, omfattar denna sortiment, ordinationsanvisningar, förändrat entreprenörsavtal och decentraliserat budgetansvar.

En huvudman har fått sparbeting på 3 procent på personalkostnaderna under de senaste två åren och väntar ytterligare ett sådant under 1988.

Förklaringar till kostnadsutvecklingen

Huvudmännen ombads att rangordna tio givna förklaringar till kostnadsutvecklingen, med siffran 1 för den viktigaste.

Sex huvudmän har besvarat frågan.

Huvudmännen har i vissa fall satt samma siffra för flera alternativ, liksom man har utelämnat andra. Några alternativ har därför fått fler "poäng" och därmed större tyngd, medan andra hamnat längre ner på listan än de skulle ha gjort om alla gjort en fullständig rangordning av samtliga alternativ.

Nedan följer alternativen placerade i ordning efter hur de blivit rangordnade.

- 1 Ökade inköpskostnader på grund av prisökningar
- 2 Utvidgning av handikappbegreppet
- 3 Ökade inköpskostnader på grund av volymökning
- 4 Ökad andel äldre i befolkningen
- 5 Fler avancerade och dyra hjälpmedel
- 6 Decentralisering av verksamhet till primärvården
- 7 Förbättrad kvalitet på hjälpmedlen
- 8 Utökning av hjälpmedelsförteckningen
- 9 Utökat eget boende
- 10 Utökad hemsjukvård

Andra kommentarer till kostnadsutvecklingen som givits i svaren är:

- Utvidgningen av handikappsbegreppet är viktigast. Nya behandlingsmetoder har tillkommit (för idrotts-skador, diabetikerfötter etc.).
- Kostnaderna har ej ökat utan legat under inflatio-nen. Däremot har vissa volymökningar skett (t.ex. behandlingsskor vid diabetes).
- Konventionell behandling, t.ex. med gips har ersatts med ortosmaterial/ortoser och behandlingsskor. Be-handlingsskor för diabetesfötter ingår t.ex. i sum-man ortopediska skor (som ökar mer än index). När dollarn går upp ökar priserna, när dollarn går ner står priserna kvar. Även D-marken har ökat i värde vilket har påverkat prisbilden.
- Ett normalt åldrande med de funktionsförluster detta ger betraktas numera som ett handikapp.
- Ökad andel äldre i befolkningen påverkar antal pro-teser.

- Innehållet (= sortimentet) i den ortopedtekniska verksamheten är oförändrat eller har ökat. Utvidgningen av handikappbegreppet är samtidigt mycket markant.
- Dålig styrning av den ortopedtekniska verksamheten från landstinget gentemot entreprenören.
- Den medicinska utvecklingen påverkar.
- Hjälpmedel ordinerar i större utsträckning till personer som endast behöver hjälpmedel i samband med idrottsutövning och liknande aktiviteter. Gränsdragningen är svår, men måste ske, då detta går ut över handikapphjälpmedel.
- Brukaren mer medveten om behandlingsmöjligheter/motsvarande.
- Ordinatörernas antal och intresse har betydelse liksom entreprenörens behov av ökade intäkter (lönkostnader, inköp av material etc.).
- Den oskarpa gränsen mellan tillfälligt och varaktigt handikapp vid ordination. En del av kostnadsökningen kan kanske hänskjutas till tillfälliga skador på grund av t.ex. idrottsutövning.
- Många brister, t.ex. i kontrollen av entreprenören, ordinatorernas bristande kunskap och intresse för bl.a. bestämmelser och hjälpmedlens medicinska effekter. Brister i uppföljningen.
- En del akuta åtgärder finansieras via hjälpmedelsbudgeten, t.ex. olika ortoser som ersätter gips och elastiska bindor.

Hjälpmedel och hjälpmedelsbehov som haft särskild betydelse för kostnadsutvecklingen

- Diabetesbehandling - behandlingsskor
- Nya behandlingsmetoder och indikationer för ortoser
- Successivt ändrade indikationer för skoinlägg
- Protesförsörjningen mer kliniskt utvecklad, mjuka hylsor etc.
- Enklare bekvämare och justeringsbara ortoser
- Sportortoser
- Ortopediska skor, skoanpassningar och skoinlägg
- Materialkostnaderna inom den ortopedtekniska verksamheten

6.6 Avgifter inom den ortopedtekniska verksamheten

Svaren på frågorna under denna rubrik redovisas i bil. 1 under rubrik 1.8 Avgifter inom hjälpmedelsverksamheten.

6.7 Vissa hjälpmedel

Benproteser

I enkäten ställdes tre frågor om benproteser, dvs. samtliga underbens- och överbensproteser som utprovas och tillverkas av de ortopedtekniska avdelningarna. Frågorna avsåg

- antal utprovade proteser och kostnaderna för dessa under åren 1982-1986
- antal personer som fått benproteser utprovade på de ortopedtekniska avdelningarna under 1982, 1984 och 1986 uppdelat på åldersgrupper
- antal personer som för närvarande har benproteser och som får teknisk service m.m. från ortopedtekniska enheter uppdelat på åldersgrupper.

Enkätfrågan om antal utprovade proteser per år och kostnaderna för dessa, har mer eller mindre heltäckande besvarats av sex huvudmän. Det är främst kostnadsuppgifterna som varit svåra att få fram.

Antalet utprovade benproteser varierar något år från år hos de sex huvudmännen. Någon utveckling mot fler eller färre utprovningar kan inte ses utan antalet utprovade proteser har inte förändrats under de senaste fem åren.

Vad gäller kostnaderna för benproteser har uppgifter inkommit från fyra huvudmän. Med undantag för en huvudman kan ingen klar tendens till en ökning av kostnaderna ses. Beräkningen av en genomsnittskostnad per protes för de olika huvudmännen och för olika år, visar dock att "priserna" ökat något. I fasta priser är det endast för en av huvudmännen som "priset" har ökat. Beträffande den genomsnittliga proteskostnaden kan också konstateras att denna varierar kraftigt mellan de fyra huvudmännen. I nedanstående tabell redovisas den beräknade kostnaden för protes 1982 och 1986.

Beräknad genomsnittskostnad i kronor per protes

Huvudman	1982	1986
1.*	5 208	5 683
2.	6 600	8 060
3.	6 311	10 411
4.	7 368**	7 802

* Endast en del av sjukvårdsområdet.

** Avser år 1984.

Endast två av huvudmännen har kunnat lämna uppgifter om åldersfördelningen hos de personer som fått benprotes. Av benprotesbärarna är 76 procent 60 år eller äldre.

Väntetid på benprotes

Vid försörjning av en nyamputerad patient är väntetiden beroende av det medicinska tillståndet och patientens förutsättningar. Flera huvudmän svarar att utprovningen startar i stort sett omedelbart efter operationen. Utprovningstiden varierar likaledes med patientens förutsättningar och allmänna tillstånd. Tillfälliga träningsproteser ges ofta under den första tiden, innan

amputationsstumpen är läkt. Under denna tidsperiod är patienten inlagd på en vårdavdelning och kommer för provning och träning till ortopedtekniska avdelningen. Eventuella väntetider kan uppstå därför att det saknas plats på vårdavdelningen.

Ett par huvudmän anger att väntetiderna för reordination av protes är 5 veckor resp. 6-8 veckor, såvida inte speciella problem finns, delar som måste importeras etc.

Ortopedteknisk service

Alla sju huvudmännen svarar att uppkomna fel åtgärdas inom en vecka, fyra av dessa säger i kommentarer att man i allmänhet åtgärdar samma dag.

Ryggortoser

I enkäten bad vi huvudmannen ange den totala kostnaden för ryggortoser per år under perioden 1982-1986. Två huvudmän har inte kunnat lämna några uppgifter. Svaren från de övriga framgår av sammanställningen nedan.

Kostnader för ryggortoser 1982-1986 (1 000-tals kronor)

Huvudman	1982	1983	1984	1985	1986
1.*	648	557	571	644	561
2.	632	710	831	803	680
3.	1 468	1 298	1 488	1 382	1 178
4.	1 575	2 390	2 454	2 366	2 301
5.	-	-	1 461	1 464	1 635

* Endast ett sjukvårdsdistrikt.

Hos två huvudmän har kostnaderna för ryggortoser ökat medan de övriga tre huvudmännen har oförändrade eller minskande kostnader.

Från tre huvudmän har vi fått uppgifter om antalet ryggortoser under de aktuella åren, från en huvudman dock endast för del av sjukvårdsområdet. Ingen av dessa huvudmän uppvisar någon ökande trend utan antalet utprovade ryggortoser tycks i stället minska.

Benortoser

Uppgifter över kostnader för benortoser har inkommit från samma fem huvudmän som för ryggortoser. Nedan redovisas en sammanställning av dessa.

Kostnader för benortoser 1982-1986 (1 000-tals kronor)

Huvudman	1982	1983	1984	1985	1986	% ökning 1982-1986
1.*	632	743	897	851	717	13
2.*	1 076	1 246	1 384	1 428	1 471	37
3.	1 850	2 134	2 155	2 454	2 386	30
4.	1 997	1 827	2 149	2 310	2 301	15
5.	-	-	1 462	1 630	1 959	-

* Endast ett sjukvårdsdistrikt.

Hos samtliga huvudmän har kostnaderna för benortoser ökat under perioden. Om hänsyn tas till den allmänna prisutvecklingen är det dock endast tre huvudmän som har en ökad kostnad.

Liksom för ryggortoser har vi fått in antalsuppgifter från några av huvudmännen. Av dessa uppgifter framgår att samtliga tre huvudmän haft en volymökning för ben-

ortoser. Volymökningen är dock mycket måttlig hos två av dem. Hos den tredje har däremot benortoserna ökat kraftigt (73 procent). Jämför vi denna volymökning med prisökningen hos samma huvudman som är 30 procent, innebär utvecklingen att genomsnittspriset på benortoserna minskat. Se nedanstående tabell.

Antal utprovade benortoser 1982-1986

Huvudman	1982	1983	1984	1985	1986
1.*	339	339	442	430	368
2.	878	999	1 087	1 060	968
3.	1 280	1 362	1 905	2 086	2 219

* Endast ett sjukvårdsdistrikt.

Skor

I enkäten bad vi huvudmännen uppge antal och kostnader för

- ortopediska skor över egen läst
- behandlingsskor
- övriga skor för ortopedisk ändring, inkl. åtgärder för köpskor
- inlägg

Sex huvudmän har lämnat uppgifter.

Kostnaderna avser sådana kostnader som belastar hjälpmedelsbudgeten och eventuella egenavgifter är ej inräknade.

För att kunna beskriva utvecklingen från år 1982 har vi slagit samman uppgifterna för behandlingsskor och ortopediska skor över egen läst. Det är nämligen först under senare år som behandlingsskor har börjat särredovi-

sas. I nedanstående tabell har en sammanställning gjorts över antal, totalkostnad och en beräknad medelkostnad per par för år 1986. Utvecklingen under perioden 1982-1986 beskrivs med ett index. Slutligen redovisas uppgifter över behandlingsskor, också det för år 1986.

Ortopediska skor över egen läst samt behandlingsskor, volym och kostnader år 1986

Huvudman	1986	Index 1982=100	därav behand- lingsskor 1986
<u>1.*</u>			
antal	498	147	196
kostnad	1 727 000	216	432 000
kostnad/par	3 468	148	2 204
<u>2.*</u>			
antal	153	273	65
kostnad	479 000	270	123 000
kostnad/par	3 131	99	1 892
<u>3.</u>			
antal	445	208	162
kostnad	1 290 000	285	309 000
kostnad/par	2 899	137	1 907
<u>4.</u>			
antal	388	301)	183
kostnad	1 058 000	144) **	280
kostnad/par	2 727	48)	1 530
<u>5.</u>			
antal	232	179)	37
kostnad	596 000	143) ***	39
kostnad/par	2 569	80)	1 054
<u>6.</u>			
antal	312	82	-

* Endast ett sjukvårdsdistrikt.

** Index 1983 = 100.

*** Index 1984 = 100

Antalet utprovade ortopediska skor har ökat kraftigt under perioden 1982-1986. Denna volymökning innebär också att kostnaderna ökat. Av beräkningarna i föregående tabell framgår att hos tre huvudmän är det enbart volymökningen som ligger bakom kostnadsökningen. Hos dessa huvudmän har kostnaden per par skor minskat eller legat stilla under perioden. Hos två huvudmän är kostnadsökningen en följd av såväl volymökning som en prisökning per par.

Utvecklingen för behandlingsskor är lite svårare att beskriva då en särredovisning saknas under periodens första år för flertalet av huvudmännen. De uppgifter vi fått tyder dock på att volymökningen liksom kostnadsökningen varit kraftigare hos de flesta huvudmän än utvecklingen för ortopediska skor över egen läst. Så har t.ex. antalet behandlingsskor hos en huvudman ökat från 34 par år 1983 till 162 par år 1986. Motsvarande utveckling hos en annan var 80 par år 1983 till 196 par år 1986. Tre huvudmän uppvisar en kraftig volymökning för de två/tre år de har kunnat lämna uppgifter. Några kraftiga prisökningar tycks det inte heller ha varit för behandlingsskorna utan de ökade kostnaderna förklaras huvudsakligen av volymökningar.

År 1986 utfördes ca 20 000 ändringar av ortopediska skor eller köpskor hos de sex huvudmän som besvarat enkäten.

Volymutvecklingen har varierat för de olika huvudmännen, från 5 procents minskning hos en huvudman till drygt 30 procents ökning hos andra. För samtliga huvudmän har kostnaderna ökat och detta mer än vad som motsvarar volymökningen. Resterande kostnadsökning förklaras av "prisökningar". Se nedanstående tabell.

Övriga ortopediska skor för ändring inkl. åtgärder på köpskor, antal och kostnader

Huvudman	1986	Index 1982=100
1.*		
antal	1 386	120
kostnad	406 000	146
kostnad/par	293	122
2.*		
antal	2 252	99
kostnad	826 000	155
kostnad/par	366	155
3.		
antal	2 430	111
kostnad	922 000	154
kostnad/par	379	139
4.		
antal	2 823	95
kostnad	732 000	110**
kostnad/par	259	116
5.		
antal	1 669	107
kostnad	655 000	127***
kostnad/par	392	119
6.		
antal	7 970	134

* Endast ett sjukvårdsdistrikt.

** Index 1983 = 100.

*** Index 1984 = 100.

Antalet ordinerade skoinlägg är av något större omfattning än ändringarna av skor. Medelpriset 1986 var för de landsting som kunnat lämna kostnadsuppgifter ca 190 kr.

Inlägg till skor, volym och kostnader

Huvudman	1986	Index 1982=100
<u>1.*</u>		
antal	1 023	94
kostnad	199 000	157
kostnad/par	195	167
<u>2.*</u>		
antal	2 232	106
kostnad	369 000	147
kostnad/par	165	139
<u>3.</u>		
antal	4 947	168
kostnad	780 000	220
kostnad/par	158	132
<u>4.</u>		
antal	3 436	94
kostnad	837 000	142**
kostnad/par	244	152
<u>5.</u>		
antal	3 606	151
kostnad	617 000	169***
kostnad/par	171	112
<u>6.</u>		
antal	6 836	155

* Endast ett sjukvårdsdistrikt.

** Index 1983 = 100.

*** Index 1984 = 100.

För några huvudmän har antalet ordinerade skoinlägg ökat kraftigt under perioden 1982-1986, andra har en något minskad volym. Samtliga huvudmän har fått vidkännas kraftiga kostnadsökningar vilket är en följd av såväl "prisökningar" som en ökad volym.

Individanpassade specialsitsar

Till personer med grava handikapp erfordras ofta specialtillverkade, individanpassade sitsar och ryggstöd till rullstolar m.m. Dessa sitsar kan tillverkas på olika sätt.

Hos de sex huvudmän som svarat på frågan förekommer följande specialsitsar:

- Formgjutna sitsar (6)
- Matrixsitsar (4)
- Trofésitsar (1)
- Egentillverkade sitsar (1)

De uppgifter vi fått beträffande antal och kostnader för specialsitsar är mycket knapphändiga. För år 1986 uppger en huvudman att två sitsar utprovats till en kostnad av 20 000 kr. En annan har inte kunnat ange antalet sitsar, däremot har kostnaden angivits till 46 000 kr. En tredje huvudman utprovade år 1986 12 sitsar. Någon kostnadsuppgift har inte lämnats. Slutligen uppger en fjärde att man där under år 1986 tillverkat 18 specialsitsar till en kostnad av 180 000 kr. Övriga huvudmän har inte inkommit med vare sig antals- eller kostnadsuppgifter för individanpassade specialsitsar.

Resurser för att tillgodose behovet av individanpassade specialsitsar

Av de fem huvudmän som besvarat frågan anger tre att man har tillräckliga resurser för detta. Två anser sig inte ha detta. Dessa två anger i kommentarer att det saknas kunskap liksom tid att skaffa kunskap om detta, resp. att det ibland väljs alltför avancerade konstruktioner/metoder för barn med tanke på att barnen växer snabbt.

6.8 Synpunkter på den ortopedtekniska verksamheten

Av de sex huvudmän som svarat på frågan anser fem att den ortopedtekniska verksamheten under de senaste fem åren har förbättrats, medan en huvudman anser att den förbättrats i ena distriktet och varken förbättrats eller försämrats i det andra.

Grupper som har fått det bättre

- Diabetiker
- Reumatiker
- Scoliospatienter
- Armprotespatienter
- Personer som har behov av skor
- Alla grupper har fått det bättre

Grupper som har fått det sämre

- Poliopatienter. Generellt sett är intresset mindre för ortoser än proteser såväl nationellt som internationellt. Det satsar mindre på forskning och utveckling inom ortosområdet. Personer som haft polio, men tidigare inte behövt ortoser kan komma att behöva detta när det blir äldre. Kunskapen om detta är dålig.
- Grupper med akuta kortvariga besvär har fått det sämre på grund av egenavgifter på vissa hjälpmedel, t.ex. patienter med ryggbesvär, nackspärr eller valgustår. Tyvärr har dessa avgifter även drabbat t.ex. reumatiker vilkas behov inte varit tillfälliga och akuta.

Behov av ortopedtekniska hjälpmedel som för närvarande inte kan tillgodoses

Av de fem huvudmän som besvarat frågan anser två att det finns sådana behov, medan tre anser att det inte gör det.

Behoven som inte kan tillgodoses är:

- Skoinlägg till diabetiker. Saknas läkarresurser och pengar.
- "Bekvämskor". Saknas kunskap hos läkarna och intresse hos entreprenörerna.
- Udda behov - framför allt för de svårt handikappade.
- Mycket avancerade proteser liksom behov av teknik som inte är färdigutvecklad.

Bedömning och önskemål inför framtiden

- Bättre information till ortopedläkare för att få bättre kvalitet på ordinationerna.
- Nödvändigt att dra klara gränser mellan handikapp-hjälpmedel och behandlingshjälpmedel.
- Nödvändigt att klargöra om begreppet handikapp skall omfatta det handikapp som ett naturligt åldrande medför. Kostnaden för hjälpmedel till personer som på grund av olycksfall eller sjukdom fått ett handikapp som medfört beroende av ett hjälpmedel, har inte stigit.
- Eftersom ortopediska skor och behandlingsskor ökat så avsevärt, behöver något göras på detta område. Kan "bekvämskor" och liknande modeller ersätta ortopediska specialskor. Kan dessa skor i så fall säljas på öppna marknaden så att alla kan få tillgång till dem och köpa dem.
- Bättre behandlingsansvar för hjälpmedel. Ansvarsfrågan löst så att det blir klart vilka artiklar som skall utlämnas som kostnadsfria hjälpmedel.
- Klassificering av ortopedtekniska hjälpmedel liksom sortimentsöversikter med möjligheter till prisjämförelser.
- Definition av ortopedtekniska hjälpmedel. Riktlinjer för ordinationsrätt. Beskrivning av kompetens för ordinationsrätt.
- Vid introduktion av nya hjälpmedel, speciellt behandlingshjälpmedel, bör indikationsområdet vara angivet vid introduktionen.

Behov av utökad statistik

- Ordination av ortopedtekniska hjälpmedel kopplat till diagnos, för att få fram statistik över grupper som endast har tillfälliga "handikapp" och som eventuellt bör betala sina "hjälpmedel". I dagsläget blir det så att ändringen i sortiment och egenavgifter ger en kostnad för hjälpmedel även vid varaktigt handikapp.
- Värdefullt med ett datorprogram som omfattar vilken typ av hjälpmedel som ordinerats, vilka komponenter som ingår i t.ex. proteser eller ortoser, antal reparationer och ändringar, kostnader osv. Med andra ord ett patientadministrativt/tekniskt program så att alla på den ortopedtekniska avdelningen kunde använda detta. Värdefulla upplysningar som skulle kunna användas till att förbättra de ortopedtekniska hjälpmedlen skulle kunna komma ut av detta.
- Det saknas patientanknuten statistik. Det går inte att se vad som händer med den person som får ett ortopedtekniskt hjälpmedel.
- Dålig produktstatistik från entreprenörer.
- LIC infört datauppföljning på samtliga produkter från den 1 november 1987.

BILAGA 7

ENKÄT OM HJÄLPMEDELSVERKSAMHETEN TILL HANDIKAPPORGANISATIONERNA PÅ LÄNSNIVÅ

7.1 Inledning

Följande redovisning utgår från resultatet av den enkät hjälpmedelsutredningen tillställde handikapporganisationerna på länsnivå. I enkäten ställdes en rad frågor om organisationernas syn på den nuvarande hjälpmedelsverksamheten.

Totalt utsändes 52 enkäter. Av dessa besvarades 44. Svar kom in från 21 DHR-distrikt och 23 HCK-kanslier på länsnivå, vilket innebär en svarsfrekvens på ca 85 procent. Se följande tablå:

	DHR	HCK	Summa
Utsända enkäter	26	26	52
Inkomna enkäter	21	23	44
Bortfall	5	3	8

7.2 Samverkansformer i hjälpmedelsfrågor mellan organisationerna och hälso- och sjukvårdshuvudmännen

Alla organisationer uppger att formaliserad samverkan i hjälpmedelsfrågor förekommer. Formerna för denna tycks emellertid variera mellan olika delar av landet. Ungefär hälften av organisationerna uppger att hjälpmedelsfrågorna på länsnivå behandlas i länshandikapprådet. Samverkan förekommer också inom s.k. hjälpmedelsråd som är särskilt tillskapade samverkansorgan för hjälpmedelsfrågor. Ungefär 1/5 av organisationerna uppger denna samverkansform. En lika stor andel har uppgivit att samverkan mellan huvudmännen och organisationerna förekommer i "andra former", här avses s.k. brukarråd, samrådsgrupper i hjälpmedelsfrågor, referensgrupper eller motsvarande. Hur de båda länsorganisationerna besvarat denna fråga framgår av följande sammanställning.

Samverkansform mellan organisation och huvudman i hjälpmedelsfrågor

Samverkan sker i	DHR	HCK
Länshandikappråd	12	10
Hjälpmedelsråd	3	6
Tolkråd	-	2
Annan form	6	5
Ej svar	0	0
	<u>21</u>	<u>23</u>

I de fall organisationerna angivit annan form för samverkan avser man brukarråd, samrådsgrupp för hjälpmedelsfrågor, referensgrupp eller motsvarande samverkansformer. Det påpekas också att i vissa fall anordnas gemensamma konferenser mellan organisationerna och huvudmännen inom hjälpmedelsområdet.

7.3 Den intressepolitiska bevakningen av hjälpmedelsfrågorna

Länsorganisationerna fick också frågan hur de inom sig bevakade och uppmärksammade hjälpmedelsfrågorna på länsplanet. Drygt 2/5 av organisationerna har en systematiserad bevakning av hjälpmedelsområdet. Det sker i form av aktionsgrupper, brukargrupper eller liknande. Hur organisationerna besvarade frågan framgår av följande sammanställning.

Finns särskilt organ/grupp inom organisationen som bevakar hjälpmedelsfrågor?

	DHR	HCK	Summa
Ja	8	11	19
Nej	13	12	25
Ej svar	0	0	0
	21	23	44

För nära 3/5 av organisationerna gäller att hjälpmedelsfrågorna inte bevakas specifikt eller att inte någon särskild grupp tillsatts. Hjälpmedelsfrågorna behandlas då i flertalet fall som andra intressepolitiska frågor inom organisationerna.

7.4 De informella samverkansformerna mellan huvudmännen och länsorganisationerna

Utöver de formaliserade kanalerna för att söka påverka hjälpmedelsfrågorna dvs. via länshandikappråd, hjälpmedelsråd m.m. finns också de informella vägarna. Organisationerna fick därför frågan om de vid sidan av orga-

niserad samverkan tar upp hjälpmedelsfrågor med politiker, administrativ personal eller hjälpmedelspersonal.

Denna form av informellt samråd förekommer i viss utsträckning. 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. Dock har ett från början informellt samråd utvecklats till att några organisationer träffar politikerna regelbundet 1 à 2 gånger per år.

Organisationerna fick följande fråga:

Utöver organiserad samverkan förekommer det att ni tar upp frågor med:

	Politiker			Administrativ personal			Hjälpmedelspersonal		
	DHR	HCK	Summa	DHR	HCK	Summa	DHR	HCK	Summa
Ofta	3	5	8	7	7	14	7	8	15
Mindre ofta	13	13	26	12	10	22	9	7	16
Sällan	2	1	3	1	2	3	3	4	7
Aldrig	2	2	4	0	2	2	2	2	4
Ej svar	1	2	3	1	2	3	0	2	2
	21	23	44	21	23	44	21	23	44

I vissa fall är det informella samrådet gott och man får gehör för vissa synpunkter. Det sker genom bl.a. uppvaktningar hos politiker och vid andra träffar. På sina håll träffas man regelbundet 1 à 2 gånger per år.

I andra fall har man önskat utöka det informella samarbetet men detta har inte förverkligats.

Organisationerna fick också frågan om samråd sker innan hjälpmedelsverksamheten ändras. Hur den frågan besvarades framgår av följande sammanställning.

	<u>DHR</u>	<u>HCK</u>	<u>Summa</u>
Alltid	7	4	11
Ibland	10	14	24
Aldrig	4	5	9
Ej svar	0	0	0
	<u>21</u>	<u>23</u>	<u>44</u>

Samråd/samverkan sker genom brukargrupper och genom länshandikappråd. Med ca 20 procent av organisationerna sker aldrig samråd innan verksamheten ändras. Organisationerna är kritiska till detta förhållande.

I den mån den informella samverkan är väl utvecklad uppger flera organisationer att man får gehör för vissa synpunkter. Speciellt gäller detta vid kontakter med politikerna. Totalt sett betraktar dock 75 procent av organisationerna sitt inflytande i hjälpmedelsfrågor som litet eller mycket litet. Ungefär 1/4 av organisationerna uppfattar sitt inflytande som stort. Att på ett enkelt sätt klargöra medinflytande inom hjälpmedelsverksamheten låter sig dock knappast göra bl.a. eftersom verksamheten omfattar ett flertal grenar. Att man får gehör för vissa frågor inom en verksamhetsgren behöver inte betyda att man har framgång även inom övriga. Inflytandefrågorna kan med andra ord vara fördjupade på vissa specifika områden men tämligen bristfälliga i övrigt. Av följande sammanställning framgår hur organisationerna besvarade frågan.

Organisationens uppfattning av inflytandet i hjälpmedelsfrågor hos huvudmännen

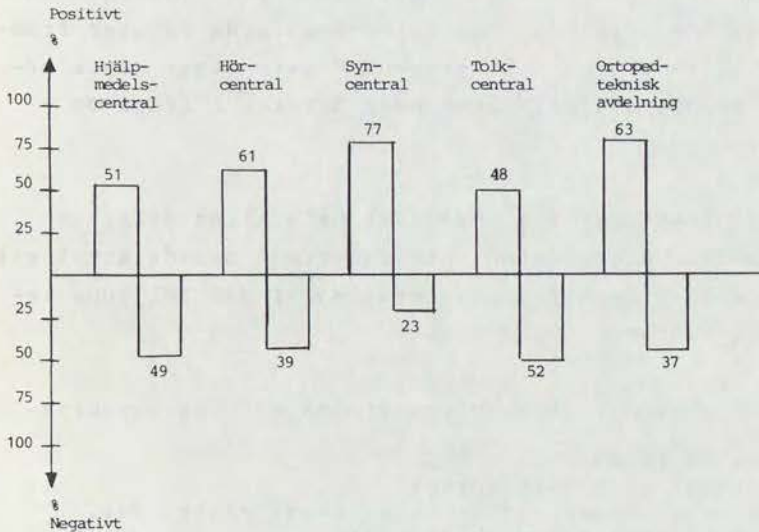
	DHR	HCK	Summa
Mycket stort	0	0	0
Stort	4	6	10
Litet	13	10	23
Mycket litet	3	5	8
Helt obefintligt	0	0	0
	21	23	44

I hjälpmedelsutredningens enkät till hälso- och sjukvårdshuvudmännen ställdes bl.a. en fråga om hur huvudmännen uppfattar samverkan med handikapporganisationerna. Redovisning av huvudmännens svar finns i bil. 1.

7.5 Länsorganisationernas syn på hur hjälpmedelsverksamheten fungerar

Handikapporganisationerna fick besvara en fråga om hur de ansåg att de olika grenarna av hjälpmedelsverksamheten fungerade allmänt sett. På denna attitydfråga gavs utrymme att lämna ett positivt eller negativt svar. Svaren "mycket bra" resp. "bra" har här klassificerats som positiva medan svaren "mindre bra", "dåligt" och "mycket dåligt" har redovisats som negativa.

Följande diagram anger i procent hur de organisationer som besvarat frågan i stort värderar de olika verksamhetsgrenarna inom hjälpmedelsverksamheten.



Diagrammet visar att organisationerna bedömer verksamheten allmänt sett mer positivt än negativt. Det är dock på sin plats att varna för alltför långtgående slutsatser av diagrammet. Skillnaden i svaren på t.ex. frågorna "bra" resp. "mindre bra" kan vara marginell. Svaret bra har här förts till den positiva sidan medan mindre bra redovisas som ett negativt svar.

Mest positivt ser organisationerna på syncentralernas verksamhet följt av de ortopedtekniska avdelningarna och hörcentralerna. Verksamheten inom hjälpmedelscentralerna och tolkcentralerna betraktas ungefär lika positivt som negativt.

I den mån man ansett att verksamheten fungerar mindre bra eller dåligt har man framhållit de långa väntetiderna för att få hjälpmedel, brister i utprovningssförandet samt dålig service i glesbygd. I några fall

kommenteras också den ojämna servicen för äldre patienter och för nyskadade inom hjälpmedelscentralernas ansvarsområde. Kritiken mot tolkcentralerna skjuter framför allt in sig på tolkbristen. Vidare menar några organisationer att det förekommer brister i fråga om barnortopedi.

De organisationer som ansåg att hela eller delar av hjälpmedelsverksamheten inte fungerade ombads att i ett öppet svarsalternativ ange orsaken. I det följande redovisas svaren.

- Stort utbildningsbehov av personalen (kunskapsbrister).
- Långa väntetider.
- Bristande personalresurser.
- Personalvakanser medför bl.a. långa väntetider.
- Dålig information om hjälpmedel.
- Uppföljning och träning eftersatt.
- Dålig service, t.ex kvällsjour och telefontider.
- Lagerhållningen otillräcklig vilket medför väntan på hjälpmedel.

7.6 Väntetider för utprovning, tolkservice m.m.

Erfarenhetsmässigt är väntetiderna på bl.a. utprovning ett problem inom vissa delar av hjälpmedelsverksamheten. Att det förhåller sig så bekräftas också av de svar som organisationerna lämnade på frågor om väntetiderna för utprovning av hjälpmedel med eller utan individuell anpassning. Av följande sammanställning framgår bl.a. att två problemområden är hjälpmedelscentraler och hörcentraler, där väntetiderna anses vara alldeles för långa. Oacceptabla väntetider anser 17 procent av organisationerna att hörcentralerna har. Speciellt riktas kritik mot oacceptabelt långa väntetider för äldre patienter.

Organisationernas syn på väntetider för utprovning, anpassning av hjälpmedel, procent

Väntetiderna är:	Hjälpcentral	Hörcentral	Syncentral	Tolkcentral	Ortopedtekn.avd.
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

Minst negativa är organisationerna till väntetiderna på tolk där ca hälften anser att väntetiderna på att få tolk kan betecknas som godtagbara. För övrigt anser en majoritet av organisationerna att väntetiderna till övriga grenar av hjälpmedelsverksamheten är för långa eller mycket för långa. Kritiken är således stark mot väntetiderna för utprovning och anpassning av hjälpmedel.

7.7 Uppfattningen om den tekniska servicen

Organisationerna fick även en fråga om hur man ansåg den tekniska servicen vid de olika hjälpmedelsenheter fungerar. I det följande redovisas svaren i sammandrag.

Hjälpmedelscentraler:

- Långa väntetider för att få reparationer utförda.
- Reparationsservice under kvällar och helger efterfrågas.
- Långa avstånd för service i Norrland framhålles.

Hörcentraler:

I den mån man har synpunkter på den tekniska servicen framhålls bl.a. bristande personalresurser och att besparingar genomförts, vilket försämrar den tekniska servicen.

Syncentraler:

- Vid bostadsanpassningar fungerar installationer ofta trögt.
- Flerhandikappade satta på undantag.
- Utslitna och ej genomgångna bandspelare lämnas regelmässigt ut.
- Av de två centralerna i länet fungerar den ena bra och den andra dåligt.
- Eftersom huvudmannen inte har egen personal utan köper tjänster för installation blir väntetiderna långa.

Ortopedteknisk service:

- Personalutbildning behövs.
- Hantverkarna håller på att försvinna vid vissa verkstäder.
- De skilda rörelsehinderförbunden inom HCK har olika erfarenheter.

7.8 De enskilda brukarnas kontakter med organisationerna i hjälpmedelsfrågor

Medlemmar och andra personer tar kontakt med organisationerna för att diskutera och få hjälp med olika hjälpmedelsproblem. I enkäten ställdes en fråga om hur ofta det förekommer att sådana kontakter tas och anled-

ningen till dem. Av organisationerna har ca 2/3 ofta eller mycket ofta kontakt med medlemmar och andra som vill ha hjälp eller vägledning i hjälpmedelsfrågor. Ca 1/3 av organisationerna har sådana kontakter mindre ofta.

De problem medlemmar och andra vill diskutera eller ha hjälp med framgår av följande sammanställning som börjar med det mest frekventa problemområdet.

Problemområden:

- Väntetider på att få hjälpmedel eller service
- Bristande tillgänglighet till hjälpmedelsverksamheten (telefontider m.m.)
- Små möjligheter att själv få välja hjälpmedel
- Problem i kontakterna med personalen inom verksamheten
- Man har fått avslag på begäran om hjälpmedel
- Annat, ej redovisat problem

7.9 Huvudmännens information till brukarna

Organisationerna fick också redovisa sin uppfattning om hälso- och sjukvårdshuvudmännens informationsinsatser till brukarna om hur och var man kan få hjälpmedel eller tolkservice.

En majoritet av organisationerna anser att informationen sett över samtliga verksamhetsgrenar inte är bra eller är mycket dålig. Ser man till verksamhetsgrenarna var för sig är man mest negativ mot informationsinsatserna kring hjälpmedelscentralernas verksamhet. Även informationen om den ortopedtekniska verksamheten är dålig menar ca 80 procent av organisationerna. Minst negativ är man till informationen från hörcentralerna,

där 44 procent av organisationerna tycker att informationen är dålig.

Organisationernas syn på informationsinsatserna till brukare inom hjälpmedelsverksamhetens olika grenar, procent

	Hjälpmedels- central	Hör- central	Syn- central	Tolk- central	Ortoped- tekn.avd.
Bra					
Mycket bra	5	56	42	41	21
Mindre bra					
Dåligt					
Mycket dåligt	95	44	58	59	79
	100	100	100	100	100

7.10 Har det blivit lättare eller svårare att få hjälpmedel de senaste åren?

I debatten under senare år har 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 om det blivit lättare eller svårare för handikappade att få hjälpmedel under senare år.

Totalt sett för hela hjälpmedelsverksamheten har det enligt organisationernas bedömning varken blivit svårare eller lättare att få tillgång till hjälpmedel och tolkservice under de senaste åren. Nära 2/5 av organisationerna anser att läget är oförändrat när det gäller att få hjälpmedel/tolkservice. Ungefär 1/3 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 följande sammanställning.

Organisationernas bedömning av möjligheter att få hjälpmedel under senare år, procent

	Hjälp- medels- central	Hör- central	Syn- central	Tolk- central	Ortoped- tekn.avd.	Samtliga
Mycket eller ngt lättare	26	28	29	30	34	29
Varken/eller	28	37	42	30	53	38
Mycket eller ngt svårare	46	35	29	40	13	32
	100	100	100	100	100	100

7.11 Organisationernas syn på hjälpmedelsverksamhetens förändring de senaste fem åren

En annan attitydfråga var hur man uppfattade hjälpmedelsverksamhetens eventuella förändring under de senaste fem åren. Frågan hade tre fasta svarsalternativ; ja - till det bättre, nej - ingen förändring och ja - till det sämre. Vidare gavs utrymme för att kommentera eller lämna synpunkter på svaret.

Totalt sett för hela hjälpmedelsverksamheten, inkl. tolkservicen anser drygt 2/5 av organisationerna att den förändrats till det bättre, medan drygt 1/5 har den uppfattningen att den försämrats. Ungefär 1/3 av organisationerna uppger att verksamheten är oförändrad i förhållande till tidigare år.

Av följande sammanställning framgår hur förändringar under senare år inom hjälpmedelsverksamhetens olika delar värderas av organisationerna.

Verksamhetsgrenar som förändrats till det bättre är framför allt hjälpmedels- och syncentralerna enligt hälften av organisationerna. Drygt 2/5 av organisationerna anser att verksamheten vid hörcentral, tolkcentral och ortopedteknisk avdelning är oförändrad. Verksamheten vid hjälpmedels- och hörcentraler har försämrats de senaste fem åren anser nära 1/3.

Organisationernas uppfattning om hjälpmedelsverksamhetens förändring de senaste fem åren, procent

Förändring	Hjälp- medels- central	Hör- central	Syn- central	Tolk- central	Ortoped- tekn.avd.	Samtliga
Till det bättre	48	38	57	39	44	44
Oförändrat	23	43	20	43	44	34
Till det sämre	<u>29</u>	<u>27</u>	<u>23</u>	<u>18</u>	<u>12</u>	<u>22</u>
	100	100	100	100	100	100

Några organisationer har angett att förbättringarna ligger i att fler avancerade hjälpmedel tillhandahålls, att väntetiderna för hjälpmedelsutprovning har kortats, att verksamhetens organisation har förbättrats och att personalen utökats. Bland de negativa synpunkterna gäller framför allt att huvudmännen tagit bort vissa produkter som kostnadsfria hjälpmedel.

I hjälpmedelsutredningens enkät till hälso- och sjukvårdshuvudmännen ställdes frågor om huvudmännens upp-

fattning om verksamhetens förändring. I bil. 1 finns en redovisning över samtliga huvudmäns uppfattning om hur verksamheten i stort har förändrats. I bil. 2-6 finns redovisningar av de svar som lämnats för resp. verksamhetsgren av de sju specialstuderade huvudmännen.

7.12 Flerhandikappades hjälpmedelsbehov

Organisationernas företrädare 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 en positiv och en negativ del överväger de negativa svaren. I den mån organisationerna är nöjda med hur huvudmännen tillgodoser de flerhandikappades hjälpmedelsbehov uttrycks detta i termer som "generellt sett fungerar denna verksamhet bra".

De organisationer som uttryckt sig mer kritiskt om dagens lösningar av problemet framhåller bl.a. att för flerhandikappade tar det lång tid att få sina hjälpmedelsbehov tillgodosedda. Vanligen sker inte en samordnad bedömning av den flerhandikappades hjälpmedelsbehov. Det svåraste handikappet åtgärdas först och för sig. Därefter tar nya remisser vid och ny väntan på andra hjälpmedel uppstår. Möjligheterna för flerhandikappade att få individuell hjälpmedelsanpassning är små. Man menar att det behövs resurscentra med teamarbete mellan olika specialister. Vidare noteras att verksamheten för närvarande i stor utsträckning styrs av hjälpmedelsleverantörer. Det är då ofta svårt för

den flerhandikappade att få gehör för specialarrangemang och individuella lösningar.

7.13 Övriga synpunkter på hjälpmedelsverksamheten

Enkäten till länsorganisationerna avslutades med en öppen fråga där organisationerna ombads att lämna sina övriga synpunkter på hjälpmedelsverksamheten. I det följande återges i punktform några svar.

Synpunkter från DHR-organisationerna:

- Fler och bättre utbildade hjälpmedelstekniker behövs.
- Man vill ha en permanent hjälpmedelsutställning.
- Klarare gränsdragning mellan s.k. egentliga hjälpmedel och s.k. medicinsk utrustning efterlyses.
- Allmänt sett fungerar verksamheten bra, dock är olikheterna stora beroende på var man bor i sjukvårdsområdet.
- Bristerna sammanhänger med försämrad ekonomi och gränsdragningsproblem mellan huvudmannen och primärkommunerna om ett hjälpmedel är att betrakta som hjälpmedel för den handikappade eller som ett arbetsredskap för personalen.
- Statsbidraget till huvudmännen bör öka och därmed också den statliga styrningen av verksamheten.
- Verksamheten bör utvidgas till att också omfatta hjälpmedel i hemmet. Man bör inte stryka hjälpmedel ur förteckningen.
- Det decentraliserade systemet medför svårigheter att få kontakter med experterna. Andra svårigheter uppstår t.ex. ojämlikheter i tillgången på hjälpmedel mellan olika delar av ett landsting eller olika delar av landet.

- Det förekommer i vissa fall att ordinerade hjälpmedel inte lämnas ut på grund av att anslagna medel tagit slut.

Synpunkter från HCK-organisationerna:

- Ökade personalresurser och bättre utbildad personal behövs.
- Decentraliseringen väntas medföra försämringar/svårigheter för handikappade liksom också ojämlikheter i hjälpmedelsförsörjningen inom sjukvårdsområdet.
- Decentraliseringen kommer att medföra kompetensförlust och "konkurrens" mellan sjukvården och hjälpmedelsverksamheten.
- Barnhjälpmedelscentral efterlyses.
- Hjälpmedel måste alltid finnas tillgängliga oavsett om de är kostnadsfria via huvudmannen eller går att köpa t.ex. på apotek (gäller de hjälpmedel som tas bort från förteckningen).
- Hjälpmedelsverksamheten fungerar i stort sett bra med undantag för de långa väntetiderna för att få hörapparat.
- För lång väntetid för att få komma till centralerna första gången, vilket bl.a. resulterar i att rörelsehandikappade isolerar sig för att det är jobbigt att skaffa sig hjälpmedel.
- Hjälpmedelsverksamheten i länet behöver ses över med hänvisning till utbyggnaden av hemsjukvården.
- Besvärsrätt vid avslag på begäran om hjälpmedel bör införas.
- Informationen om nya hjälpmedel måste bli bättre.
- Ökade resurser bl.a. mer personal måste tillföras verksamheten så att brukarbehovet kan tillgodoses.
- Större brukarinflytande och ökat samråd mellan organisationerna och huvudmännen. (Tas upp av flera organisationer.)

- Informationen bristfällig om tillgängliga hjälpmedel vidare är det kunskapbrister hos personalen om hjälpmedel.

BILAGA 8

UTREDNING OM HANDIKAPPINSTITUTETS

ROLL OCH VERKSAMHET

RAPPORT 1988-09-26

LEIF LUNDBERG

Inledning

I maj 1988 tillfrågades revisionsdistrikt 01 om möjligheten att åt hjälpmedelsutredningen genomföra en utredning om Handikappinstitutets roll och verksamhet. I förutsättningarna ingick att utredningen skulle vara klar före utgången av september månad. I slutet av maj lade revisionsdistriktet en offert på uppdraget. Besked att offerten antagits lämnades 1988-06-23.

I offerten sägs bl a att uppdraget består i att göra en analys och beskrivning av handikappinstitutets (HI) nuvarande roll, verksamhet och organisation. Vidare sägs att i uppdraget ingår att bedöma hur HIs nuvarande verksamhet svarar mot aktuella krav och att redovisa ev svårigheter och problem som behöver lösas inför framtiden.

Utredningen har utförts mellan den 4 juli och den 30 september, dvs under en period av 13 veckor. Utredningen har genomförts ensam av revisor Leif Lundberg. Resursåtgången har varit ca 45 persondagar.

Den centrala metoden under utredningen har varit att intervjua personal vid institutet och företrädare för organisationer som har kontakt med institutet. Kontakt har även hållits med hjälpmedelsutredningens sekretariat och utredningsmannen. Sammanlagt har mer än fyrtio intervjuer/samtal genomförts, varav tjugotalet med företrädare för olika organisationer. Vilka intervjuer som genomförts framgår av bilaga 1.

Under utredningen har en medveten strävan varit att arbeta på ett öppet sätt. Av detta skäl har flertalet av kontakterna under utredningen mer haft karaktären av samtal än regelrätta intervjuer.

Ett annat uttryck för denna öppenhet har varit de omfattande kontakter med personalen vid institutet. Sammanlagt har utredaren haft mer än tjugo träffar med enskilda personer eller grupper av personal vid institutet.

2 His organisation och verksamhet mm

2.1 Historik

Handikappinstitutet började sin verksamhet under år 1968. Redan tidigare hade Svenska centralkommittén för rehabilitering (SVCR) bedrivit en relativt omfattande verksamhet inom hjälpmedelsområdet. Huvudmän för institutet blev staten och SVCR. Institutet övertog vid bildandet den verksamhet som SVCR bedrivit. Vid starten hade institutet ca 40 anställda, i huvudsak SVCRs tidigare personal. Institutet inrymdes i de av SVCR ägda och disponerade lokalerna i Blackeberg.

Från år 1976 överfördes hela ansvaret för att tillhandahålla hjälpmedel till sjukvårdshuvudmännen. I samband med detta förändrades även reglerna för statsbidrag till hjälpmedel och ett antal uppgifter som tidigare legat på statliga myndigheter överfördes till Landstingsförbundet. Statens anslag till HI samt institutets verksamhet och finansiering påverkades inte av den träffade överenskommelsen avseende hjälpmedelsverksamheten. I propositionen med förslaget (1975:36) sades att frågan om formerna för den framtida samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen och handikappinstitutet skulle tas upp i särskild ordning.

I januari år 1976 tillsattes en statlig utredning med uppgift att framlägga förslag om institutets framtida roll och verksamhet. Utredningen lämnade sitt förslag, Samverkan i Handikappinstitutet (Ds S 1976:8), i oktober samma år. På grundval av utredningen omorganiserades institutet under år 1978.

Huvudmän för institutet blev staten och Landstingsförbundet och huvuddelen av Landstingsförbundets dåvarande arbetsuppgifter inom hjälpmedelsområdet överfördes till institutet.

Redan vid överföringen av det direkta kostnadsansvaret för handikapphjälpmedel till sjukvårdshuvudmännen bedömdes att det var ändamålsenligt att bibehålla den tidigare centrala upphandlingen av dessa produkter. Under år 1976 bildades i detta syfte AB Sjukvårdshuvudmännens upphandlingsbolag (SUB). SUB, som ägs av Landstingsförbundet, upphandlar hjälpmedel för handikappade genom att teckna centrala avropsavtal som utnyttjas av sjukvårdshuvudmännen. Som underlag för upphandlingarna ligger Handikappsinstitutets rekommendationer.

2.2 Avtal

Verksamheten vid institutet grundas på ett avtal mellan staten och Landstingsförbundet. Avtalet ingicks i maj 1977 och gäller efter förlängning till utgången av år 1989. Avtalet innebär en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet att svara för driften av Handikappinstitutet. Verksamheten skall bekostas av medel från en fond, som skall tillföras medel enligt särskild överenskommelse mellan parterna. I samband med avtalet fastställdes även stadgar för institutet.

2.3 Stadgar

Av särskilt intresse för denna utredning är vad stadgarna säger om institutets uppgifter och styrelsens sammansättning.

I stadgarna anges följande uppgifter för institutet:

"Handikappinstitutet har till ändamål 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.

Det åligger institutet särskilt

att följa utvecklingen på hjälpmedelsområdet och därvid beakta såväl sociala som tekniska aspekter,

att ange hjälpmedelshanteringens inriktning och därvid utfärda de riktlinjer, tillämpningsföreskrifter mm som behövs,

att svara för en kontinuerlig utgivning av en hjälpmedelsförteckning,

att prova och egenskapsdeklarera hjälpmedel och därmed även bedöma skäligheten i olika hjälpmedels prissättning,

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 mm 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. Styrelsens nuvarande sammansättning framgår av bilaga 3.

2.4 Ekonomi

Enligt gällande överenskommelse mellan institutets huvudmän tillförs den fond som skall bekosta institutets verksamhet under år 1988 och 1989 årligen ett belopp som motsvarar 3:95 resp 4:10 per invånare i landet. Beloppet avräknas från den hjälpmedelsersättning som utgår till sjukvårdshuvudmännen för tillhållande av handikapphjälpmedel. Av dessa medel skall för år 1988 3 500 tkr och för år 1989 3 700 tkr utbetalas till AB Sjukvårdshuvudmännens Upphandlingsbolag (SUB) för dess verksamhet och varje år 1 500 tkr avdelas för produktionsstöd mm.

Institutets beräknade intäkter och kostnader för år 1988 (1 000-tal kr) är följande:

INTÄKTER

Bidragsfinansiering	28 800 tkr
Intäkter i verksamheten	5 800 tkr

Summa intäkter	34 600 tkr

KOSTNADER

Löner och sociala avgifter	21 820 tkr
Lokalkostnader	1 580 tkr
Gemensamma kontorsomkostn	2 905 tkr
(material, inventarier, lunch- rum, revision, tele, värme mm)	
Övr omkostn i sakverksamh	8 295 tkr

Summa kostnader	34 600 tkr

2.5 Organisation och personal

Institutets organisation består av direktörens kansli, internationella sekretariatet samt fem avdelningar, nämligen: utredningsavdelningen, forsknings- och utvecklingsavdelningen, provningsavdelningen, informationsavdelningen och administrativa avdelningen.

Inom organisationen finns även programgrupper som arbetar över avdelningsgränserna. Programgruppernas huvuduppgift är att vara omvärldsbevakare och kunskapsorgan på olika handikappområden. De spelar en viktig roll i institutets planerings- och uppföljningsarbete genom att ta fram underlag som sedan används i avdelnings- och verksamhetsplaneringen. För närvarande finns följande programgrupper: byggnads- och samhällsplanering, förståndshandikapp, hörselskadade och döva, informationsteknologi, medicinska handikapp, rörelsehindrade, synskadade, talskadade samt ortoser/proteser.

Personalens fördelning mellan olika enheter (enligt 1988-års internbudget) framgår av tabellen nedan:

Enhet/ avdelning	Antal tjänster	Antal budget. tjänster
Direktörens kansli o internat sekr	10	8.75
Utredningsavdeln	15	12.20
FoU-avdeln	17.50	14.80
Provningsavdeln	22	19.75
Informationsavdeln	29	26.50
Administrativa avdeln	21.50	19.25
	-----	-----
Summa	115	101.25

Det är inom institutet relativt vanligt med deltid. Ett antal handläggare är tjänstlediga och en del tjänster vakanssatta, samtidigt som en del personer är anställda på projektmedel. Det är därför inte möjligt att ta fram några meningsfulla siffror över antalet faktiskt verk-samma personer inom avdelningarna.

2.6 Verksamhet

I detta avsnitt lämnas en redovisning över de olika enheternas verksamhet. Redovisningarna inleds regelmäs-sigt med en beskrivning av respektive avdelnings huvuduppgifter/funktion och redogör sedan för insatser som genomförts under senare år. Beskrivningarna har i huvudsak utarbetats av personal vid respektive avdel-ning.

2.6.1 Utredningsavdelningen

Handikappinstitutet arbetar för att ge människor med handikapp ökad livskvalité genom tillgång till bra hjälpmedel. Utredningsavdelningens mål 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.

Arbetet är inriktat på att utarbeta ordinationsanvis-ningar o likn i anslutning till hjälpmedelsförteck-ningen.

En annan viktig uppgift är att ta fram utbildningsmate-rial, anordna handledarutbildning, påverka olika grund-och fortutbildningar samt att genomföra kurser och seminarier inom de sakområden som avdelningen arbetar med.

Vid avdelningen arbetar man också med att initiera och medverka i försöksverksamheter rörande försörjningsfrå-gor. De områden som f n är aktuella gäller distributio-nen av enkla hjälpmedel, databaserade hjälpmedel och taltjänst.

Arbetet förutsätter såväl kunskap om handikappades situation, hur försörjningen kvalitativt sett fungerar samt hur försörjningen är organiserad. Behovsutred-ningar inom olika handikapp-/hjälpmedelsområden samt statistikinsamling är därför viktiga uppgifter för avdelningen.

Inom byggnads- och samhällsplaneringsområdet är avdel-ningen ett centralt expertorgan, med uppgift att bl a

formulera olika handikappgruppers funktionskrav på miljön och på produkter som används där. Dessa funktionskrav gäller både för utformningen av den generella miljön och i samband med individuell bostadsanpassning.

Flertalet personer inom avdelningen arbetar i huvudsak inom ett programområde. Arbetet med försörjnings- och utbildningsfrågor utgör då en integrerad del av arbetet. Vissa övergripande försörjnings- och utbildningsfrågor behandlas dock i särskild ordning.

Nedan redovisas ett antal större insatser som genomförts under år 1987 och 1988:

- utbildning om informationsteknologi och handikapp
- förberedelser för och medverkan vid uppbyggnad av resurscenter för datorbaserade hjälpmedel
- försörjningsfrågor (ordinationsanvisningar mm) samt utbildningsinsatser inom det ortopedtekniska området
- försörjningsfrågor (ordinationsanvisningar mm) inom området förståndshandikapp
- utbildningsmaterial för hemtjänstens personal
- utbildningsmaterial om överflyttning
- utredning om dövblindas situation och om hur hjälpmedelsförsörjningen fungerar för dessa samt utbildningsfrågor i anslutning till området
- utredning om hjälpmedlens betydelse för äldre
- taltjänst. Försöksverksamhet i samarbete med Uppsala läns landsting
- arbete åt hjälpmedelsutredningen: utredningen Handikapphjälpmedel och försörjningsfrågor i ett framtidsperspektiv
- framtagande av studiematerial med anledning av tillgänglighetsfrågor i den nya plan- och bygglagen.

2.6.2 Forsknings- och utvecklingsavdelningen

Målsättningen för FoU-verksamheten är att teknik skall användas på nya sätt för att tillgodose funktionshindrade människors behov, speciellt med avseende på nya hjälpmedel.

I det dagliga arbetet kan FoU-verksamheten sägas ha uppgiften att vara både mäklare och entreprenör.

Att vara mäklare innebär att betona samordningsfunktionen. Den övergripande uppgiften är att följa och hålla ihop processen: från idé eller kunskapsinhämtande via forskningsstudier, utvecklingsarbete, prototypbedömning, produktionsstart till färdig produkt. Avdelningen försöker då koppla samman de funktioner och aktörer som erfordras samt tillföra nödvändig kunskap och kompetens, från institutets personal eller andra. Men i denna roll ingår också att ge råd och svar på förfrågningar och kontakter om idéer, projektplaner och prototyper. Avdelningen söker dela med sig av sina kunskaper och medverka för att skapa framgångsrika projekt.

I rollen som entreprenör söker institutet i egen regi eller tillsammans med andra, att initiera och driva på angelägna verksamheter, med utgång från kunskaper om behov, möjligheter och prioriteringar. En mindre del av dessa insatser utförs inom institutet, men vanligare är att projekten bedrivs av utomstående forskare, utvecklare och företag. Till entreprenörsarbetet kan också sägas höra ansträngningar att få samhället att ge bättre förutsättningar och resurser för FoU-arbete. För alla FoU-projekt gäller att resultaten måste nyttiggöras på bästa sätt. Det är därför en viktig uppgift för avdelningen att vidareförmedla dessa resultat till främst företag och hjälpmedelsverksamheten.

Slutligen har avdelningen möjligheter att ge ekonomiskt stöd till vissa aktiviteter. Företag som vill starta produktion av ett nytt handikaphjälpmedel kan få stöd i form av direkta bidrag eller garantier för viss avsättning. Institutet förfogar också över medel från Norrbacka-Eugeniastiftelsen för projekt eller stipendier inom området hjälpmedel för rörelsehindrade. Ett nära samarbete med finansiärer av forskning och utveckling, såsom styrelsen för teknisk utveckling och Allmänna Arvsfonden, ger också möjligheter att hjälpa till med finansieringen av FoU-projekt.

Med början från hösten 1988 har institutet medel från Allmänna Arvsfonden att fördela för utveckling av data-tekniska hjälpmedel, i egen eller andras regi.

Avdelningens förhållande till andra verksamheter inom institutet är i korthet följande:

Från utredningsverksamheten hämtas kunskap om behov i form av statistik över antalet funktionshindrade och genom studier av vissa gruppers situation. Till utred-

ningsverksamheten lämnas kunskap om behov, teknik, framtidsperspektiv, pågående forskning etc. Samarbete i utrednings-/forskningsprojekt förekommer även.

Till utbildnings- och informationsverksamheterna förmedlas kunskap i form av föreläsningar och underlag/manuskript till publikationer. Från dessa verksamheter erhålls insatser beträffande arrangemang av seminarier etc samt publicering av trycksaker.

Från provningsverksamheten fås kunskap om aktuellt produktutbud och dess egenskaper. Till verksamheten ges bistånd i form av kunskaper, medverkan i provningar och egna utvärderingar.

Under åren 1987 och 1988 har en inte obetydlig del av verksamheten utgjorts av arbete i egna och andra projekt. Som exempel kan nämnas TUFFA-projektet med arbetsmarknadsstyrelsen som huvudman, MUFF-projektet i samverkan mellan institutet och statens institut för läromedel, Telematik-projektet i samarbete mellan institutet och televerket samt ett projekt rörande studielitteratur för synskadade (åt tal- och punktskriftsbiblioteket).

I egen regi drivs bl a projekt om utskriftstjänst för dövblinda, datortillgänglighet för synskadade, snabbskriftssystem för vuxendövtolkning, robotteknik för rörelsehindrade samt flera projekt rörande datorkonferenser för handikappade. Samtliga här nämnda projekt är externfinansierade. I de flesta anlitas utomstående konsulter.

Samtidigt följer eller medverkar avdelningen i ca 100 externa projekt. Det handlar mest om utvecklingsprojekt, oftast hos företag, men även om forsknings- och utvecklingsstudier och utvärderingar.

Under år 1987 fattade styrelsen tolv beslut om stöd för produktion eller avsättning. Motsvarande siffra hittills under år 1988 är 10 beslut. Ur medlen från Norrbacka-Eugeniastiftelsen delades år 1987 ut 14 anslag och hittills under år 1988 6 anslag.

Internationella kontakter för att följa utvecklingen utomlands, för att utbyta erfarenheter samt för att samarbeta i vissa frågor har ägt rum. Detta har skett genom besök i Sverige av forskare och företag, deltagande i konferenser samt resor till forskningscentra och företag i andra länder. Särskilt intensiva har kontakterna med övriga nordiska länder varit. En institutmedarbetare har också under tre månader tjänstgjort på tekniska attachékontoret i Washington.

En rad aktiviteter har genomförts för att sprida information om behov, aktuellt forsknings- och utvecklingsläge samt framtida utveckling. Ett forsknings- och utvecklingsprogram har utgivits. I detta beskrivs behov och förutsättningar samt angelägna insatser för de närmaste åren. Ett program med planerade institutaktiviteter de närmaste åren har utarbetats. Medverkan i egna och andras kurser, konferenser, seminarier och i institutets jubileumsarrangemang samt utarbetande av artiklar och skrifter har varit andra metoder som använts för att sprida information.

Avdelningen anser att en absolut förutsättning för ett framgångsrikt arbete med forskning och utveckling är en djup kompetens hos personalen. Varje handläggare är därför inriktad på ett visst område, oftast avseende en viss handikappgrupp och hjälpmedel för denna. Största möjligheterna att tillgodose handikappades behov erbjuder idag datatekniken och informationsteknologin, som därför varit prioriterade områden. Det är också inom dessa områden som institutet i första hand förstärkt personalkompetensen under den senaste tiden.

2.6.3 Provningsavdelningen

Målsättningen med provningsverksamheten är att finna säkra, tillförlitliga och funktionellt bra hjälpmedel, som underlättar de handikappades situation. Teknik, funktion och behov skall dessutom vägas mot priset, vilket sker i samarbete med SUB respektive Apoteksbolaget (avseende kostnadsfria förbrukningsartiklar).

I samarbete med SUB arbetar avdelningen med att successivt förbättra och utveckla underlaget för landstingens upphandling av hjälpmedel. Detta sker främst genom utgivandet av Produktinformation och Sortiment och Prisöversikter.

Ett viktigt inslag i avdelningens verksamhet är att utarbeta kravspecifikationer/provningsanvisningar, som även kan ta formen av nationell eller internationell standard.

I grova drag kan provningsverksamheten indelas i tre delar, nämligen:

- extern provning baserad på överenskommelse mellan institutet och annat organ, exempelvis Teknisk Audiologi i Stockholm för hörhjälpmedel, Göteborgs ortopedverkstad för proteser, Jönköpings centrallaserett för ortoser, Linköpings högskolas medicintekniska enhet för dynor.

- nordisk provning. Genom överenskommelse provar de nordiska länderna olika produktområden och resultaten delges samtliga länder för nationell användning. I dagsläget har Sverige ansvaret för provning av rullstolar, Norge för gånghjälpmedel, Danmark för mobila personlyftar och sängar.

- när lämpliga externa resurser inte kan utnyttjas sker provningen internt på institutet.

För många produkter sker provningen både externt och internt, exempelvis den funktionella provningen externt och den tekniska internt.

Under de två senaste åren har provningsverksamheten alltmer samordnats med SUBs respektive Apoteksbolagets upphandling. Endast i undantagsfall har en rekommendation av en produkt inte lett till upphandling.

Under år 1987 omfattade provningsverksamheten ett trettiotal produktgrupper, omfattande ca 500 produkter. Provningsambitionen varierar mellan produktgrupperna. För enklare produkter genomförs endast en besiktning av produkten, exempelvis en granskning av företagets materialdeklaration samt en diskussion i sortimentgruppen. För andra produktgrupper sker både en teknisk och en funktionell provning. Den funktionella provningen sker oftast i samarbete med en hjälpmedelscentral eller motsvarande.

Provningsverksamheten under år 1988 beräknas ligga på samma nivå som under föregående år.

Provningsverksamheten under de två senaste åren har kännetecknats av ett utökat samarbete med landstingen. Detta har i första hand genomförts via s k sortimentgrupper, där representanter från enskilda landsting medverkat aktivt i arbetet. Även handikapporganisationernas representation i dessa grupper har stärkts. Genom dessa förändringar har värdefulla informationskanaler åt båda hållen utvecklats.

Under de tre senaste åren har den externa provningen utökats, bl a med provning av dynor i Linköping och av proteser i Göteborg.

För att förbättra och förenkla det nordiska provnings-samarbetet har en nordisk arbetshandbok utarbetats. Syftet med arbetshandboken är att hjälpa handläggarna att samarbeta över gränserna samt att ge en enhetlig uppläggning av arbetet.

Under senare år har arbetet med kravspecifikationer och standarder intensifierats. Speciellt kan nämnas att institutet i samarbete med övriga nordiska länder utarbetat och antagit kravspecifikationer för hörapparater och gånghjälpmedel. I samarbete med tillverkarna har utarbetats en svensk standard rörande fast monterade personlyftar. En svensk standard rörande mobila personlyftar beräknas bli färdig under år 1988. Under de gångna åren har också utarbetats ett tiotal internationella standarder, främst inom områdena rullstolar och stomihjälpmedel.

För att förbättra underlaget för landstingens inköpare har under framför allt år 1988 i samarbete med SUB utarbetats Sortiment och Prisöversikter. Ett arbete för att med hjälp av datorstöd förenkla framtagnandet av och förbättra innehållet i dessa publikationer pågår.

Inom provningsavdelningen sorterar även institutets bilanpassningsverkstad. I praktiken fungerar verkstaden som en egen organisation, med egna kostnads- och intäktskonton och under ledning av den ställföreträdande avdelningschefen och en verkmästare. Målsättningen är att verksamheten skall bära sina egna kostnader.

Verksamheten omfattar tillverkning och montering av utrustning till bilar som skall köras av handikappade personer. Arbetet görs på beställning av bilföretag och enskilda. Årligen försäljs ca 600 utrustningar till ca 500 bilar. Detta motsvarar minst 80 procent av de anpassningar som görs i Sverige. Inom verksamheten ingår även en omfattande rådgivning till länsarbetsnämnder, enskilda och bilföretag om olika anpassningsmöjligheter. Genom det nya statliga bilstödet förväntas en ökad efterfrågan på verkstadens tjänster.

2.6.4 Informationsavdelningen

Målet för informationsinsatserna är att öka kunskapen om hjälpmedlens betydelse i handikappades liv - att visa på möjligheter och begränsningar.

Målgrupperna är i första hand politiker och tjänstemän inom stat, landsting och kommuner samt brukarna.

Avdelningens uppgift är att medverka till att dessa grupper får bra underlag inför sina beslut om hjälpmedel.

I verksamheten ingår också att följa och klarlägga utvecklingen av informationbehovet i omvärlden. Interninformation är en annan viktig uppgift för avdelningen.

Avdelningen arbetar med hela utbudet av olika media. Verksamheten kan indelas i följande funktioner:

- redaktion för trycksaker
- redaktion för tidskriften information om Rehabilitering
- redaktör för interntidning
- bibliotek
- utställningsverksamhet
- presskontakter
- marknadsföring
- hjälpmedelssekretariat (samordnar arbetet kring hjälpmedelsförteckningen)
- abonnemang och trycksaksbeställningar
- svarspanel
- kurser/konferenser
- fotoverksamhet
- relationer och sexualitet (en verksamhet som år 1980 övertogs från SVCR. Skälet till placeringen på avdelningen är att verksamheten domineras av informationsarbete)
- deltagande i arbete med nordiskt hjälpmedelsregister

På avdelningen drivs också ett projekt om äldre hörselskadades situation. Projektet finansieras med arvsfondsmedel och skall vara klart år 1991.

Verksamheten under år 1987 och 1988 beskrivs nedan i mer generella termer.

Trycksaksproduktionen är en tung del av avdelningens verksamhet och omfattar mellan 40-50 trycksaker per år. I detta innefattas produktinformation, sortiment och prisöversikt (görs i samarbete med SUB), rapporter, skrifter av olika slag mm.

Tidskriften Information om Rehabilitering utkommer med sex nummer per år. Interntidningen "Hänt varé här" planeras utkomma med ett nummer var tredje vecka, med undantag för sommarperioden.

Vid biblioteket förmedlas ca 2000 lån per år, varav knappt hälften till institutets egen personal.

Utställningsverksamheten har de senaste åren varit relativt omfattande. Institutet deltar regelbundet i de årliga handikapputställningarna. Därutöver deltar institutet med utställningar vid olika mässor och konferenser. HI har också ett samarbete med NHRs utställningscenter i Stockholm. År 1987 deltog institutet i samarbete med Exportrådet i en rehabiliteringsutställning i Düsseldorf. Under år 1987 hade nästan 100 000

personer möjlighet att ta del av institutets utställningsverksamhet.

Sedan ett antal år tillbaka arbetar avdelningen regelbundet med pressmeddelanden och andra presskontakter. Under det senaste året har presskontakterna utvecklats ytterligare. En utveckling har även skett av marknadsföringen, både av institutet och av enskilda produkter, såsom informations- och kunskapsmaterial.

Vid avdelningen produceras varje år en hjälpmedelsförteckning, bestående av ett regelverk samt två till tre upplagor av sortimentsbilagan. Institutet ger också ut ett cirkulär varje månad för att informera landstingen om de hjälpmedelsbeslut som fattats under den gångna månaden. Cirkuläret utges inte under sommarperioden.

Avdelningen har också ansvaret för institutets abonnemangssystem, som omfattar nästan 11 000 abonnenter. Institutet erbjuder nio olika specialabonnemang samt ett totalabonnemang.

Svarspanelen tar varje dag emot ett stort antal telefonsamtal med frågor om hjälpmedel. Varje dag tar panelen också emot ett 20-tal beställningar av trycksaker.

Kurser och konferenser är ett regelbundet inslag i verksamheten och innefattar allt från en större satsning på utbildning om datorn som handikapphjälpmedel till konferenser för hjälpmedelschefer m fl.

Videoproduktion har det senaste året blivit ett allt vanligare mediaval. Under det senaste året har fyra filmer producerats. Institutet har ca tio filmer till försäljning. Videofilmerna är ofta en del i ett utbildningspaket, vilket innebär att det till filmerna även finns trycksaker.

Avdelningen har en inte oväsentlig fotoresurs, vilket gör att avdelningen med egna resurser klarar av att utföra nästan allt fotografiskt arbete som behövs för den egna dokumentationen och produktionen.

2.6.5 Administrativa avdelningen

Administrativa avdelningens verksamhetsområde innefattar:

- ekonomiadministration
- personaladministration, inkl arbetsrättsliga frågor, arbetsmiljö- och personalsociala frågor
- registratur, centrala arkiv

- kontorsservice (inköp, lokalvård, lunchrum, växel, vaktmästeri, lagerhållning, lokalfrågor, fastighets-skötsel och -administration)
- administrativ utveckling, organisationsfrågor, datorverksamhet
- vissa juridiska frågor (avtal mm)

Avdelningen har det direkta ansvaret för den centrala ekonomi-, personal- och inköpsfunktionen (planering, drift, ärendehandläggning mm). Den har också en övergripande samordningsfunktion inom hela detta verksamhetsområde, i vilket innefattas att avdelningen tjänar som internkonsult åt sakavdelningarna i administrativa frågor.

Den administrativa verksamheten kan också anses bestå av en löpande del och en utvecklingsdel.

Den löpande verksamheten styrs till stor del av yttre krav (exempelvis ekonomiadministrativa bestämmelser, den statliga personalpolitiken, krav på öppettider mm) och av de krav på intern service som sakverksamheten ställer.

Utvecklingsdelen består av att i samarbete med sakavdelningarna skapa nya och bättre organisations- och arbetsformer. Ett viktigt instrument i detta arbete är att utveckla konkreta handlingsprogram inom olika områden. Det gäller t ex lönepolitik, personalutveckling/-utbildning, kompetens- och övergripande personalplanering, jämställdhet, datorverksamhet och arbetsmiljö.

Internt är avdelningen organiserad i ett kansli, två sektioner (personal resp ekonomi) samt en kontorsservicefunktion (formellt inte en sektion).

Större satsningar som gjorts under den senaste treårsperioden är:

Institutet har påbörjat en uppbyggnad av ett system för datorstöd.

Ett s k nationellt hjälpmedelregister byggs f n upp. Det innefattar information om hjälpmedel - produkter, leverantörer, administrativa och ekonomiska uppgifter mm. Vidare avses att i systemet lägga in den framtida motsvarigheten till hjälpmedelsförteckningen, forskningsdokumentation och eventuellt också ett bibliotekssystem. För redaktionsverksamheten, som utgör ett delsystem, används s k Desk Top Publishing-teknik.

Systemet bygger på persondatorer som knyts samman i ett lokalt nätverk.

Systemet är förberett för extern direktåtkomst och skall också kunna kommunicera med NNH-registret.

Datorsystemet är delvis i drift och uppbyggnaden kommer att fortsätta under de närmaste åren. År 1988 har 750 tkr avsatts för uppbyggnaden.

Ett lönepolitiskt program, som årligen revideras, har tagits fram.

Ett jämställdhetsprogram har utarbetats och direkta jämställdhetssatningar har gjorts vid de lokala löneförhandlingarna

Ett brett upplagt utbildningsprogram för att höja den allmänna projektledarkompetensen, för att bl a möjliggöra än längre gående delegering av ansvar och befogenheter, har införts. En kurs om nio dagar med 16 deltagare har genomförts. På några års sikt avses alla handläggare (i viss mån även assistenter) ha genomgått denna utbildning.

Ett samarbete har inletts med Statshälsan för att på ett mer systematiskt sätt kartlägga och åtgärda arbetsmiljöbrister. Härvid har hittills prioriterats datorarbete, ergonomi och syn-/ljusförhållanden.

Nya administrativa/ekonomiska system har införts i takt med organisationsförändringar och en ökad delegering till projekt (och motsv). Vidare har i samband med den ökade delegeringen och sakavdelningarnas större ekonomiska självständighet också den direkta service från avdelningen till sakavdelningarna ökat.

Planeringssystemet (verksamhetsplaneringen) har successivt förenklats.

3 Analys och allmänna överväganden

3.1 Förändringar i hjälpmedelssystemet

I detta avsnitt behandlas i punktform olika förändringar som skett i hjälpmedelssystemet under framför allt den senaste tioårsperioden. Beskrivningen är mycket översiktlig och har tagits med för att ge en bakgrund till de överväganden om institutets roll och uppgifter som görs senare i kapitlet.

Det har skett en betydande utveckling av hjälpmedelsverksamheten efter att hälso- och sjukvårdshuvudmännen år 1976 övertog det sammanhållna organisatoriska och finansiella ansvaret för denna. Som exempel på detta kan redovisas kostnadsutvecklingen inom området.

Den statliga ersättningen till huvudmännen ökade mellan åren 1976-85 från 197 till 668 mkr. Enligt Landstingsförbundets uträkningar har hälso- och sjukvårdshuvudmännens bruttokostnader för hjälpmedel under samma period ökat från 260 till 1 100 mkr. Kostnaderna för sk kostnadsfria förbrukningsartiklar (KOFFA) har ökat från 78 mkr år 1976 till 450 mkr år 1985. Det finns vissa reservationer när det gäller tillförlitligheten i de redovisade siffrorna. Klart är dock att under perioden skett en kraftig ökning av kostnaderna för hjälpmedelsverksamheten, både i nominella och reella termer.

Det finns statistik som visar att även omfattningen av förskrivna hjälpmedel ökat starkt under perioden.

Orsakerna till denna utveckling beror sannolikt på flera olika faktorer. De som bedömts vara viktigast redovisas nedan.

3.1.1 Ökningen av antalet äldre

Under perioden har det skett en fortlöpande ökning av antalet äldre. Särskilt gäller detta gruppen som är äldre än 80 år. Det finns klara belägg om sambandet mellan hög ålder, sjukdom och funktionsnedsättning. Man vet att idag ordineras flertalet tekniska hjälpmedel till personer över 60 år.

3.1.2 Den tekniska och medicinska utvecklingen

Det sker en snabb teknisk utveckling inom hjälpmedelsområdet. Denna utveckling har gjort att det tillkommit nya möjligheter att med hjälpmedel kompensera funktionsnedsättningar. Det har även skett en fortlöpande förbättring av redan befintliga produkter. Sammantaget

har detta lett till en ökning av antalet hjälpmedel, samtidigt som många hjälpmedel blivit mer komplicerade.

Genom förbättrade behandlingsmetoder ökar överlevnaden efter svårare sjukdomar. Detta kan i sig bedömas leda till ett ökat behov av hjälpmedel. Därtill kommer att den medicinska utvecklingen även i övrigt medför förändrade och ofta ökade krav på hjälpmedel och förbrukningsartiklar av olika slag.

3.1.3 Förändringar inom vårdorganisationen

Under perioden har skett en ökad satsning på att äldre och handikappade skall kunna bo kvar i de egna hemmet. Det har även gjorts insatser för att personer som tidigare vistats på olika typer av institutioner skall komma ut i eget boende. Denna utveckling medför förändrade och ökade krav på tekniska hjälpmedel, och då inte minst hjälpmedel för den dagliga livsföringen och vården. Utvecklingen gör också att primärkommunernas hemtjänstpersonal i ökad utsträckning kommer i kontakt med hjälpmedel och situationer då hjälpmedel behövs.

Inom landstingen har det skett en fortlöpande förändring av hjälpmedelsorganisationen. Från att tidigare mer självständigt haft ansvaret för hjälpmedelsverksamheten har t ex hjälpmedelscentralerna allt mer fått till uppgift att fungera som specialist- och konsultorgan i förhållande till ordinatorerna inom andra enheter i hälso- och sjukvården. Det har även blivit vanligt att kostnadsansvaret för hjälpmedlen lagts ut på den ordinerande kliniken (motsv) och att inköp och lagerhållning inordnats i landstingets vanliga system för materialadministration.

3.1.4 Vidgningen av handikapp- och hjälpmedelsbegreppet

Det har skett en vidgning av handikappbegreppet under hela efterkrigstiden. Ett exempel på utvecklingen kan vara utvecklingen av handikapporganisationerna. År 1945 fanns sju handikappförbund med sammanlagt ca 35 000 medlemmar. År 1985 uppgick antalet handikappförbund till ca 30, med ca 400 000 medlemmar.

Även hjälpmedelsbegreppet har vidgats. Under åren har tillkommit alltfler hjälpmedel vid sidan av de traditionella. Exempel kan vara hjälpmedel som används som ett led i en behandling, vid studier eller arbete, för fritidsändamål, som hjälp vid den dagliga livsföringen mm.

Det finns anledning att tro att även dessa faktorer lett till en ökning av efterfrågan på hjälpmedel.

3.2 HIs roll och uppgifter

3.2.1 Utredningsdirektiven mm

I hjälpmedelsutredningens direktiv sägs att utredningens förslag bör utgå från att huvudansvaret för tillhandahållande av hjälpmedel även i fortsättningen skall åvila hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Det sägs även att utgångspunkten för fortsatt statlig ersättning inom området bör vara att någon form av schabloniserad ersättning behålls.

3.2.2 De intervjuades synpunkter

Som redovisats i kapitel 1 har intervjuer genomförts med företrädare för ett fyrtiotal organisationer. Här gäller dock att flera av organisationerna har kontakt med institutet endast utifrån någon eller några av de delverksamheter som institutets bedriver. Exempel på sådana organisationer är forsknings- och utvecklingsorganen, tillverkarna och t ex boverket. Det ligger i sakens natur att dessa företrädare inte redovisat någon uppfattning om institutets övergripande roll och uppgifter. De synpunkter som företrädarna för dessa organ haft redovisas i förekommande fall i kapitel 4.

De som i första hand kan förväntas ha en samlad uppfattning om institutets roll och uppgifter är företrädarna för landstingen, staten och handikapporganisationerna.

Genomgående har varit att inte någon av de intervjuade ifrågasatt behovet av institutet. Däremot har man givetvis haft olika syn på betydelsen av olika verksamheter som institutet nu bedriver.

Handikapporganisationernas företrädare i institutets styrelse har redovisats en samlad syn på institutets roll och uppgifter. Deras utgångspunkt är att det bör finnas en lagstadgad rätt till hjälpmedel och att beslut enligt lagen skall kunna överklagas. De anser vidare att hjälpmedlen fullt ut skall finansieras av statliga medel via socialförsäkringssystemet. När det gäller institutets roll anser de att institutet bör vara en statlig myndighet med huvuduppgift att stödja, bevaka och framföra brukarnas intressen av att det skall finnas en i vid mening välfungerande hjälpmedelsverksamhet.

Angående institutets uppgifter framför de synpunkter som innebär att institutet i framtiden bör arbeta med i stort sett samma uppgifter som i dagens läge. De menar dock att brukarnas erfarenheter i framtiden måste tas tillvara bättre och att verksamheterna bör ha en klar inriktning på att stödja de enskilda brukarna.

De intervjuade företrädarna för landstingen har i första hand betonat att institutet bör ha rollen av ett service- och kunskapsorgan i hjälpmedelsfrågor. Nästan undantagslöst har framhållits att institutet inte bör arbeta med frågor som rör styrning eller tillsyn av landstingens verksamhet. Man har starkt betonat vikten av provningen och den kunskap och information som denna ger underlag för. I flera fall har man också betonat att kontakterna mellan institutet och landstingens personal bör ökas. Några förslag om förändrat huvudmannaskap för institutet har inte framförts.

I vissa fall har framkommit synpunkter om att institutets verksamhet bör koncentreras i jämförelse med dagsläget. Som exempel på verksamheter som skulle kunna avvecklas har nämnts verkstaden, bevakningen av boende- och planeringsfrågor och utredningar om landstingens hjälpmedelsorganisation.

Några direkta förslag om förändrad roll eller uppgifter för institutet har inte lämnats av de statliga företrädarna som intervjuats. I flera fall har man dock ifrågasatt lämpligheten av att institutet i praktiken har uppgifter som rör normering och tillsyn av hjälpmedelsverksamheten. Under intervjuerna har framkommit att den uppgift som de statliga företrädarna anser är viktigast är institutets insatser inom forsknings- och utvecklingsområdet. I något fall har även framkommit uppfattningen att institutet inte bör ägna sig åt så många uppgifter som man gör i dagens läge. Verksamheter som ifrågasatts är verkstaden och insatserna avseende boende- och planeringsfrågor.

De statliga företrädarna har inte framfört något förslag om förändrat huvudmannaskap för institutet.

Under dessa intervjuer har även framkommit synpunkter rörande enskilda verksamheter. Dessa synpunkter redovisas i förekommande fall i kapitel 4.

3.2.3 Utredarens analys och överväganden

Det unika med institutet är att det genom sin provningsverksamhet får en fortlöpande och relativt ingående kunskap om nya hjälpmedel som utvecklats. Någon

motsvarande möjlighet för andra organ att få denna kunskap saknas.

Det som ger institutet denna möjlighet är att tillverkarna känner till att SUB endast upprättar avtal för produkter som godkänts av HI och att dessa avtal i praktiken är en förutsättning för att landstingen skall köpa produkten.

Vid intervjuerna som genomförts under denna utredning har framhållits nödvändigheten med någon form av central prövning av hjälpmedel. Några möjligheter för de berörda att själva klara av att bedöma vilka av de nya hjälpmedlen som uppfyller rimliga krav på säkerhet och funktionalitet anser man sig inte ha.

Det har också framhållits att det nuvarande systemet med central prövning och godkännande är av stor betydelse för SUBs möjligheter att förhandla fram förmånliga priser på de produkter som finns på marknaden.

Det är min uppfattning att institutets prövning och kopplingen till upphandlingen av hjälpmedel inom landstingen är av avgörande betydelse för institutets roll inom systemet för hjälpmedelsförsörjning.

Att provningsfunktionen är central för institutets roll inom hjälpmedelsverksamheten innebär dock inte att andra verksamheter inom HI skulle vara av mindre betydelse. Det avgörande är här vilken koppling de olika verksamheterna har till varandra.

Även med en snäv avgränsning av institutets uppgifter så krävs kunskap om vilka funktionsnedsättningar som olika handikapp leder till och på vilket sätt samhällets utformning påverkar behovet av hjälpmedel. Denna kunskap är av direkt relevans för vilka krav som bör ställas på de enskilda produkterna inom ramen för provningsverksamheten. Kunskapen ger också underlag för en rad andra aktiviteter som bedrivs vid institutet, såsom framtagande av anvisning för ordinatorer och personer som sysslar med bostadsanpassningsfrågor.

I kunskapen om handikapp kan även sägas ligga att känna till storleken av olika handikappgrupper. Dessa uppgifter är dock inte direkt nödvändiga för provningsverksamheten, utan är mer en förutsättning för institutets allmänna överblick över handikapp- och hjälpmedelsområdet. Uppgifterna ger också ett underlag för bedömningar av hur väl befintliga hjälpmedel svarar mot konstaterade behov. Denna kunskap behövs bl a som underlag för beslut om vilka forsknings- och utvecklingsinsatser som behövs.

Som tidigare framgått bedöms kunskapen om enskilda hjälpmedel vara av central betydelse för institutets roll inom hjälpmedelssystemet. En viktig källa för denna kunskap är provningsverksamheten, men även kontakter med forskare, tillverkare och andra verksamma inom hjälpmedelsområdet bidrar till denna kunskap.

Genom kunskapen om behovet av hjälpmedel samt vilka hjälpmedel som finns tillgängliga och vilka brister som dessa uppvisar har institutet en god plattform för att bedöma vilka utvecklingsinsatser som behövs inom olika områden. Denna kunskap måste dock förenas med en överblick över vilket forsknings- och utvecklingsarbete som bedrivs på olika håll inom och utom landet.

Inom institutet har man även arbetat med att ta fram uppgifter om i vilken utsträckning de handikappade får sina hjälpmedelsbehov tillgodsedda. Det rör sig här om uppgifter om hur hjälpmedelsverksamheten i praktiken fungerar inom olika hjälpmedelsområden och i olika delar av landet. Eftersom denna typ av kartläggningar är mycket resurskrävande har institutet tvingats att begränsa insatserna till områden som bedömts vara särskilt eftersatta.

Inom institutet har också genomförts ett omfattande utredningsarbete kring landstingens organisation för hjälpmedelsförsörjning. Förutom att ge direkt kunskap om hur försörjningen är organiserad har man i detta arbete även lagt fram förslag hur verksamheten borde organiseras.

Min bedömning är att utredningar om försörjningsläget och hur hjälpmedelsverksamheten är organiserad i landstingen är verksamheter som inte är direkt kopplade till institutets roll som expert på hjälpmedel. Denna typ av kunskap bedöms framför allt vara av betydelse för tillsynen och normeringen inom området.

Utifrån den analys av institutets roll och uppgifter som här redovisats är det naturligt med ett fortsatt delat huvudmannaskap mellan staten och Landstingsförbundet. Orsaken är att båda huvudmännen måste bedömas ha betydande intresse av den konkreta inriktning som institutets verksamhet får.

Kopplingen till hälso- och sjukvårdhuvudmännen är given, genom bl a institutets betydelse för upphandlingen av bra och prisvärda hjälpmedel. Men även andra insatser som institutet föreslås bedriva utgör direkta stödfunktioner för landstingens verksamhet. Som exempel kan nämnas insatser för information till och utbildning av personalen inom hjälpmedelsverksamheten.

Staten borde ha flera motiv för att vara en av huvudmännen för verksamheten. Ett grundmotiv är att det är staten som har det övergripande ansvaret för samhällets handikappolitik. Vidare förutsätts institutet även i framtiden fungera som en kunskapskälla för insatser rörande hjälpmedel inom den tekniska utvecklingen, forskningen och den högre utbildningen. Institutet kommer också i framtiden att behöva fungera som ett expertorgan för olika statliga myndigheter i samband med deras insatser inom handikapp- och hjälpmedelsområdet.

Under intervjuerna har inte framkommit några klara uppfattningar om att förändringar i styrelsens nuvarande sammansättning bör ske.

Att de båda huvudmännen bör vara representerade i styrelsen är en självklarhet. Huvudmännen har ett givet intresse av att genom en styrelserepresentation bevaka att verksamheten bedrivs i enlighet med fastställda stadgar och avtal. Vilken representation som i övrigt bör finnas i styrelsen bör bli föremål för vidare överväganden.

Några förslag om förändrad finansiering av institutets verksamhet har inte framkommit under intervjuerna.

Eftersom verksamheten fungerar som ett stöd både för landstingen och staten framstår det som rimligt att finansieringen även i framtiden i huvudsak sker genom en överenskommelse i samband med fastställande av vilken ersättning som skall utgå från staten till hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

4 Särskilda frågor

I detta kapitel behandlas ett antal frågor som bedöms behöva övervägas ytterligare innan ett förslag om institutets framtida verksamhet läggs. I huvudsak rör det sig om frågor där det under intervjuerna framkommit mer detaljerade synpunkter eller förslag om förändringar.

4.1 HIs normerande uppgifter

Enligt HIs stadgar åligger det institutet att bl a "ange hjälpmedelshanteringens inriktning och därvid utfärda de riktlinjer, tillämpningsföreskrifter mm som behövs" samt "att svara för en kontinuerlig utgivning av en hjälpmedelsförteckning".

Mitt intryck är att institutet, åtminstone under senare år, endast i begränsad utsträckning arbetat med den typ av normgivning som kan sägas ligga i den första attsatser ovan. Från flera av de intervjuade har understökits att detta är naturligt med tanke på den tillväxt av resurser och kunnande som skett inom landstingen, och då inte minst inom deras hjälpmedelsverksamhet. Man har också framhållit att principiella skäl talar mot att ett organ vid sidan av landstingsorganisationen skulle svara för denna typ av styrning.

En av hjälpmedelsförteckningens uppgifter är att utgöra en lista över grupper av hjälpmedel som institutet anser att landstingen bör erbjuda kostnadsfritt. Någon skyldighet för landstingen att följa dessa rekommendationer finns inte, utan ytterst är det varje enskilt landsting som har att avgöra vilka produkter som skall erbjudas och om de skall vara kostnadsfria.

Nästan samtliga intervjuade har ansett att det finns klara nackdelar med att institutet har att svara för denna funktion. Några egentliga möjligheter att bedöma kostnadseffekterna av de enskilda rekommendationerna har inte institutet. Man saknar också möjlighet att tillse att rekommendationerna efterlevs. Kopplingen till rekommendationen om kostnadsfrihet fungerar också som ett hinder för institutet att informera om bra hjälpmedel i fall då enighet om kostnadsfrihet inte kunnat erhållas i institutets styrelse. Ett förslag som redovisats är att i den mån det finnas ett behov av rekommendationer i dessa frågor bör uppgiften att svara för dessa ligga på Landstingsförbundet. Det har också sagts att ett naturligt sammanhang att diskutera vilka krav som bör ställas på landstingen är vid förhandlingarna mellan staten och Landstingsförbundet om hjälpmedelsersättnings storlek.

Genomgående har även varit att man ansett att socialstyrelsen i framtiden på ett mer påtagligt sätt bör svara för den normgivning och tillsyn som statsmakterna anser behövlig och för vilken styrelsen redan i dagens läge har ett formellt ansvar.

4.2 Provning och produktgodkännande

Som framgått under föregående kapitel har flertalet intervjuade ansett att provning av hjälpmedel bör vara en central uppgift för institutet även i framtiden. Under intervjuerna har även framkommit en del ytterligare synpunkter som rör utformningen av den framtida provningsverksamheten.

Från hjälpmedelstillverkarna har uttryckts önskemål om att provningen i framtiden endast skall avse produkternas säkerhetsmässiga egenskaper och således inte innefatta pris- och funktionsbedömningar. Man har även framhållit att den nuvarande rekommendationen av produkter bör ersättas med en objektiv produktinformation och att provning även bör kunna ske vid andra provningsställen än institutet.

Den övervägande uppfattningen i dessa frågor är dock att institutet även i framtiden bör göra både säkerhets- och funktionsbedömningar av nya hjälpmedel. En provning som utmynnar i ett samlat omdöme om huruvida hjälpmedlet har sådana egenskaper att det bör förmedlas inom ramen för landstingens hjälpmedelsverksamhet; ett ställningstagande som förutsätts vara avgörande för om SUB skall göra ett avropsavtal på produkten.

Det har dock även från dem som stödjer tanken på en fortsatt funktionell provning framförts kritik mot brister i kravspecifikationer och bedömningskriterier i den nuvarande provningsverksamheten.

Följande förslag om den framtida provningen har framkommit under intervjuerna:

Det bör vara möjligt för institutet att utan alltför stora insatser kunna ta fram kravspecifikationer för säkerhetsprovning för de olika produktgrupper som är aktuella. Specifikationerna bör avse såväl krav som provningsmetoder. I takt med att specifikationerna utarbetats bör institutet tillåta att provning utförs även av andra provningsorgan. Vilka organ som skall godtas bör fortlöpande bedömas av institutet och meddelas tillverkarna.

Även funktionsprovningen av produkterna bör grundas på en kravspecifikation. Det har framkommit att det är

betydligt svårare att ta fram klara bedömningskriterier och -metoder inom detta område. Dessa skäl talar för att institutet även fortsättningsvis i huvudsak självt bör svara för denna typ av provning. Målsättningen bör dock vara att funktionskraven skall vara klart redovisade och att det efter provningen skall gå att utläsa vilka ev brister olika produkter uppvisat, inte minst i de fall då den samlade bedömningen blivit att produkten inte kunnat godkännas. Det har vidare betonats att i synnerhet framtagandet av kravspecifikationer avseende enskilda produktgrupper bör ske i nära samarbete med företrädare för hjälpmedelsverksamheten inom landstingen, handikapporganisationerna och tillverkarna.

I nuvarande stadgar står att institutet skall "prova och egenskapsdeklarera hjälpmedel och därvid även bedöma skäligheten i olika hjälpmedels prissättning". Bland andra handikapporganisationernas företrädare i institutets styrelse har ansetts att institutet inte skall göra någon bedömning av prissättningen på produkterna. Institutets uppgift i sammanhanget bör vara att redovisa om produkten vid en samlad bedömning anses uppfylla uppställda krav på säkerhet, kvalitet och funktionalitet och att informera om resultatet av den provning som genomförts.

Från tillverkarna, landstingens hjälpmedelspersonal och handikapporganisationernas företrädare har framkommit klagomål om att provningen tar alltför lång tid. Det har understrukits att det är viktigt att institutet avsätter nödvändiga resurser för denna verksamhet så att långa väntetider kan undvikas.

Här kan sägas att en viss avlastning av institutet skulle ske om säkerhetsprovningen även skulle kunna utföras av andra provningsorgan. Ytterligare möjligheter att förstärka provningsresurserna skulle institutet få om man tog betalt av tillverkarna för säkerhetsprovningen. Intervjuerna har inte givit något stöd för uppfattningen att institutet skulle ta betalt för den samlade bedömning av produkterna som görs. Den provningen sker i praktiken som ett led i landstingens system för upphandling av hjälpmedel och tillverkarna har i detta fall inte möjlighet att vända sig till ett annat bedömning-/provningsorgan.

I nuläget förutsätts provning ske först när produkten är i serieproduktion. Detta förhållande skapar problem för tillverkarna genom att de tvingas att bygga upp en färdig produktionsapparat för en produkt som sedan kanske inte godkänns. Flertalet intervjuade har ansett att institutet bör åta sig att mot en avgift göra en preliminär bedömning av prototyper. Resultatet av denna

provning bör dock inte vara liktydigt med ett godkännande, utan även i dessa fall bör en slutlig provning göras. Denna provning bör dock kunna genomföras snabbt och inriktas på att se efter att den serietillverkade produkten överensstämmer med den preliminärt godkända prototypen.

Under intervjuerna har framkommit att det inte är ovanligt att man inom landstingens hjälpmedelsverksamhet finner olika typer av svagheter i godkända produkter. Det har framkommit att institutet i flera av dessa fall inte informerats om bristerna. Det borde vara viktigt för institutet att systematiskt samlar upp denna typ av information. Denna information kan dels ligga till grund för utveckling av framtida provningskrav och mätmetoder, dels utgöra ett underlag för kontakter med tillverkaren av den aktuella produkten. Om inte tillverkaren åtgärdar konstaterade brister borde uppgifter om bristerna lämnas i institutets produktinformation eller, i de fall bristerna är av allvarligare natur, produkten strykas från lista över godkända produkter.

En central fråga i detta sammanhang är naturligtvis vilka produktgrupper som bör provas av institutet. En uppfattning som redovisats är att institutet i denna fråga bör vara mycket lyhörd för önskemål som framförs av handikapporganisationerna samt personalen inom landstingens hjälpmedelsverksamhet och SUB. Man har ansett att provningen bör inriktas på produktgrupper som dessa grupper inte anser sig ha tillräcklig kunskap och resurser för att själva kunna bedöma. Mitt intryck är att nuvarande provning i stort svara mot en sådan inriktning. I sammanhanget måste också påpekas att det är nödvändigt att det finns en kontinuitet när det gäller provning och godkännande inom olika produktgrupper. Om institutet har börjat prova en viss produktgrupp måste även nya produkter inom gruppen kunna provas och godkännas. Annars kommer antingen nya produkter att missgynnas eller tidigare provningsinsatser förlora sitt värde.

4.3 Bilverkstaden

Av verksamhetsbeskrivningen i kapitel 2 har framgått att institutet har en verksamhet för handikappanpassning av bilar. När det i intervjuerna lämnats förslag på funktioner som skulle kunna avskiljas från institutets nuvarande verksamhet har i första hand nämnts bilverkstaden. Några konkreta förslag om en alternativ huvudman för verksamheten har dock inte framkommit.

I sammanhanget kan redovisas att verksamheten i nuläget är i stort ekonomiskt och funktionellt skild från övri-

ga verksamheter inom institutet. Från institutets personal har framförts att bilanpassningarna är av stor betydelse för de enskilda handikappade. Man har därför ansett att verkstaden även i framtiden bör vara kvar vid institutet, men att den då bör organiseras som en självständig enhet och att verksamheten skulle bära sina egna direkta och indirekta kostnader.

4.4 Standardiseringsarbete

Från främst institutets personal har uttryckts uppfattningen att institutet även i framtiden bör medverka i arbetet med att ta fram nationella och internationella normer och standarder inom hjälpmedelsområdet. Detta arbete är ett naturligt inslag i arbetet med att höja kvaliteten och statusen på främst provningsverksamheten.

Under intervjuerna har dock framkommit att institutet i vissa sammanhang närmast haft till uppgift att företräda andra organisationer, såsom staten och landstingen, i det internationella standardiseringsarbetet. Det kan därför finnas skäl för institutet att vid dessa tillfällen begära ekonomiska bidrag från dessa organ för sina insatser.

4.5 Internationella kontakter

Historiskt sett har institutet alltid haft relativt omfattande kontakter med organ i utlandet som bedriver verksamhet inom handikappområdet. Många av dessa kontakter är klart kopplade till institutets uppgifter och verksamhet. I andra fall (se även avsnitt 4.4) rör det sig närmast om insatser för att representera Sverige i olika internationella sammanhang. Det är bara ett fåtal av de intervjuade som berört frågan om institutets internationella kontakter. Dessa har framfört önskemål om en bättre rapportering av vad kontakterna inneburit och lett till.

Vid intervjuerna inom institutet har framkommit att det ibland funnits oklarheter om uppgiftsfördelningen mellan institutet och andra organ med uppgifter inom området. Det kan därför finnas skäl att ta en diskussion med bl a socialdepartementet och de olika myndigheterna och organen som har att svara för internationella kontakter om vilken arbets- och ansvarsfördelning som bör gälla i framtiden. Det kan också finnas skäl för institutet att begära särskilda medel för sådana kontakter som ligger utanför institutets direkta verksamhetsområde.

4.6 Kartläggningar av behov, organisation och försörjningsläge

I institutets stadgar står att en av uppgifterna för institutet är att följa utvecklingen på hjälpmedelsområdet och därvid beakta såväl sociala som tekniska aspekter. I utredningen som låg till grund för omorganisationen av institutet år 1976 betonades vikten av denna sociala kunskap om funktionsnedsättningar. I detta ligger att till grund för institutets verksamhet måste finnas en bred kunskap om vilka funktionsnedsättningar olika handikapp leder till och vilka förhållanden olika grupper av handikappade lever under. Denna kunskap behövs både som underlag för framtagnad av krav för provningsverksamheten och som bas för insatser för att utveckla nya hjälpmedel.

Intervjuerna har visat att man inom institutet endast i begränsad utveckling systematiserat och dokumenterat den kunskap inom detta område som finns. I dagens läge finns kunskapen spridd på olika avdelningar och handläggare.

Detta talar för att institutet planmässigt bör sammanställa kunskapen om olika handikappgruppers behov. Detta gäller även för grupper som i dagens läge inte omfattas av institutets provningsverksamhet. Viktiga kunskapskällor i sammanhanget är den samhällsvetenskapliga forskningen i allmänhet och handikappforskningen i synnerhet, erfarenheter från handikapporganisationerna och personalen inom landstingens hjälpmedelsverksamhet och inte minst den kunskap som institutets personal under åren skaffat sig inom området. Med tanke på att det här rör sig om en mer samhällsvetenskaplig än en teknisk kunskap är det naturligt att ansvaret för denna uppgift i första hand läggs på utredningsfunktionen inom institutet.

Det är svårt att se att institutet skulle kunna erhålla nya resurser för detta arbete, som måste anses ligga inom ramen för institutets centrala uppgifter. Det finns i detta läge anledning att ovan nämnda uppgift prioriteras i förhållande till insatser för att ge kunskap om nuvarande hjälpmedelsorganisation och försörjningssituation. Ett ytterligare motiv för detta är att hjälpmedelsutredningen kan förväntas presentera en kartläggning över nuläget inom dessa områden innan slutet av innevarande år. Utredningen kommer också att lämna ett förslag om hur bl a statistik inom området skall inhämtas i framtiden.

4.7 Forskning och utveckling

I nuvarande stadgar är det framför allt två punkter som berör forsknings- och utvecklingsområdet. Enligt dessa punkter har institutet "att följa forsknings- och utvecklingsarbete på området, verka för en samordning av de verksamheter som bedrivs samt sprida kännedom härom" samt "att initiera och stimulera tillverkning av hjälpmedel".

Ett klart intryck av genomförda intervjuer är att institutets insatser inom FoU-området i huvudsak inriktats på sistnämnd punkt, dvs utvecklingen av enskilda hjälpmedel. Det kan konstateras att det t ex från handikapporganisationerna, personalen inom hjälpmedelsverksamheten och även tillverkare framförts önskemål om att institutet i ökad utsträckning bör lämna information om bristerna i befintligt hjälpmedelutbud och vilka utvecklingsinsatser som pågår. Samtidigt bör påpekas att flera av företrädarna för den statliga sidan starkt betonat vikten av att institutet prioriterar forsknings- och utvecklingsinsatserna.

Utifrån framförda synpunkter kan följande förslag om en tänkbar prioritering inom institutets FoU-verksamhet lämnas:

Den viktigaste insatsen för verksamheten bör vara att till olika aktörer inom hjälpmedelsområdet sprida kunskap om vilka brister som finns i det befintliga utbudet av hjälpmedel. En sådan kunskap finns tillgänglig genom de behovsutredningar som gjorts och de erfarenheter som provningen givit inom vissa områden. Detta är en kunskap som till stor del är unik för institutet och som därför ingen annan instans har möjlighet att förmedla.

Vidare bör institutet planmässigt följa den forskning och utveckling inom hjälpmedelsområdet som bedrivs inom och utom landet. Även denna kunskap bör sammanställas och återföras till de verksamma inom området.

Genom dessa insatser kan institutet förmedla en kunskap om hur väl det befintliga hjälpmedelsutbudet svarar mot konstaterade behov och vilka insatser som pågår för att inom olika områden förbättra situationen. Om man där efter kan konstatera att det finns eftersatta områden bör institutet försöka initiera och stimulera forskare, utvecklare och tillverkare att påbörja insatser inom dessa. Institutet bör t ex hjälpa intresserade att söka ekonomiskt stöd för projekt inom eftersatta hjälpmedelsområden.

Som ett stöd för utvecklingen inom hjälpmedelsområdet bör institutet ha resurser för att kunna bedriva viss rådgivning till personer som arbetar med utveckling av hjälpmedel. Blir insatserna av större omfattning än några enstaka timmar bör institutet kunna ta betalt för dessa. När rådgivningen avser områden som institutet bedömer vara eftersatta bör insatserna vara kostnadsfria. I den mån institutet går djupare in i enskilda projekt bör medel sökas från anslagsbeviljande organ, såsom STU, allmänna arvfonden etc för att täcka t ex kostnader för vikarier.

4.8 Insatser avseende bostadsanpassning/boendemiljö

Inom utredningsavdelningen finns resurser för att beakta olika handikappgruppers krav på produkter för handikappanpassning av bostäder och lokaler och vid utformningen av miljöer. Det har funnits betydande skillnader mellan de intervjuade om synen på betydelsen av att dessa insatser även i framtiden bedrivs av institutet.

Det har varit framför allt personalen inom institutet och handikapporganisationernas representanter i styrelsen som argumenterat för att dessa funktioner bör finnas kvar vid institutet. Även företrädaren för boverket har framhållit vikten av institutets insatser inom området. I sammanhanget har man betonat värdet av den kunskap inom området som institutet byggt upp under åren och den klara koppling som finns mellan krav på miljöns utformning och kraven på mer renodlade hjälpmedel.

4.9 Information och utbildning

I huvudsak är institutets uppgift att skapa, sammanställa och förmedla information och kunskap inom hjälpmedelsområdet. Detta betyder att informationsverksamheten är av central betydelse för hur väl institutet klarar av att fylla sina uppgifter.

En viktig utgångspunkt i sammanhanget är att informationsverksamheten måste vara väl samordnad med de övriga verksamheter som bedrivs inom institutet.

Under intervjuerna har personal inom landstingens hjälpmedelsverksamhet betonat värdet av främst sortiment och prisöversikterna, produktinformationen och tidningen Information om rehabilitering. Man har även sagt att man har nytta av de s k brukarfoldrar som institutet utarbetat. Företrädarna för handikapporganisationerna har starkt understrukit vikten av att insti-

tutet producerar och sprider konsumentinformation om hjälpmedelsutbudet och hjälpmedelsfrågor.

Under intervjuerna har även i andra sammanhang framkommit synpunkter om vilka grupper informationen i första hand bör inriktas på.

Med tanke på den stora mängd datorer som finns i landet (sannolikt i storleksordningen 20-30 tusen personer) har främst den intervjuade landstingspersonalen ansett att institutet bör inrikta sig på att utnyttja ett system med "vidareinformatörer". Viktiga grupper i detta sammanhang som nämnts är bl a hjälpmedelschefer, hjälpmedelskonsulenter samt chefer för syn- och hörcentraler och ortopedtekniska verkstäder. Även handikapporganisationerna har setts som viktiga kanaler i sammanhanget.

Man har vidare uttryckt önskemål om att institutet tar ansvaret för att bygga upp ett kontaktnät med och för dessa grupper. Ett centralt inslag i kontaktnätet har föreslagits vara att institutet ordnar träffar för de olika grupperna, inte bara för att föra ut information, utan också för att ge utrymme för ett erfarenhetsutbyte dem emellan och för att få synpunkter på vilka insatser de anser institutet bör prioritera.

När det gäller finansieringen av informationsverksamheten har vid intervjuerna med personalen inom institutet framkommit synpunkter om att personalkostnaderna för framtagandet av trycksaker och utbildningsmaterial bör bekostas över institutets budget, men att de som beställer materialet bör betala tryckkostnader mm. När det gäller utbildningar har ansetts att arbetet med att ta fram program o likn bör betalas av institutet, men själva kurskostnaderna betalas av deltagarna.

4.10 Organisation och arbetsformer mm

De intervjuer som har genomförts har inriktas på frågor om institutets roll och verksamhet i stort. Det är därför inte förvånande att det inte framkommit några särskilda synpunkter om förändringar inom institutets inre organisation.

Det har dock från institutets personal framförts att man bedömer att mer omfattande organisatoriska förändringar negativt skulle påverka verksamheten vid institutet. Orsaken till detta är att man redan tidigare genomgått betydande organisationsförändringar.

Under intervjuerna har dock framförts önskemål om förbättrade kontakter mellan institutet och andra verksam-

ma inom hjälpmedelssystemet och en förbättrad samordning mellan avdelningarna på institutet.

Bilaga 1

Intervjuade personer

<u>Namn</u>	<u>Organisation (motsv)</u>
Karl-Axel Johansson Margareta Erman Margareta Rosenius	Svenska kommunförbundet
Lennart Borgström	Sjukvårdshuvudmännens upphandlingsbolag (SUB)
Sven Holmstedt	tidigare HI
Gunilla Lamnevik	Landstingsförbundet
Eva Jacobsson	HI (fr o m 1988-10-01)
Rune Sandberg Britt Marell	Stockholms läns landsting, nordöstra sjukvårdsdist
Hans Örnhall	Boverket
Anita Nyberg Lillvor Oveesson	Kristianstads läns landsting
Gunilla Andersson	"-
Lars Thylén	"- , landstingsråd
Gunilla Granström Greger Olsson	Västerbottens läns landsting
Mary Frank	"- , landstingsråd, Hls styrelse
Ingemar Brattgård Knut Rökke Christina Simonsson	Svenska Sjukvårdsleverantörers Förening (SLF)
Ulf Wetterberg	Landstingsförbundet
Bertil Göransson	Ordf i Hls styrelse
Rolf Carlsson	socialstyrelsen, handikappbyrån
Göran Hammarsjö	Stockholms läns landsting, landstingsråd, Hls styrelse
Roger Svensson	Forskningsrådsnämnden (FRN)
Krystyna Asarnej Ulf E Eklund	styrelsen för teknisk utveckling (STU)

Intervjuade personer (forts)

<u>Namn</u>	<u>Organisation (motsv)</u>
Kerstin Wigzell	Socialdepartementet
Håkan Ceder	
Kristina Söderling	
Torgny Gertell	LIC Ortopedi
Bengt-Olov Mattsson	statens handikappråd
Lars Hagström	DHR, Hls styrelse
Rolf Carlsson	HCK, Hls styrelse

Därutöver har 19 intervjuer/samtal genomförts med enskilda personer eller grupper av personal vid institutet samt fyra med hjälpmedelsutredningen.

Bilaga 2

Handikappinstitutets styrelseledamöter och suppleanter
fr o m 1987-01-01 t o m 1989-12-31

<u>Ledamöter</u>	<u>Utsedd av</u>
Landshövding Bertil Göransson, ordf	regeringen
Riksdagsledamot Lena Öhrsvik	"
Byrådirektör Rolf Carlsson	"
Socionom Lars Hagström	"
Landstingsrådet Göran Hammarsjö	Landstingsförbundet
Landstingsrådet Mary Frank	"
Skolkonsulent Eva Eriksson	"
Landstingsrådet Britt Källström	"
Landstingsrådet Peggy Lagerström, v ordf	"
<u>Suppleanter</u>	
Departementsrådet Kerstin Wigzell	regeringen
Riksdagsledamot Stina Gustavsson	"
Förbundssekreterare Bo Månsson	"
Ombudsman Kajs-Marie Rikko	"
Landstingsledamot Mary Erixon	Landstingsförbundet
Landstingsrådet Kjell Carlsson	"
Utredningssekr Göran Mattsson	"
Landstingsrådet Conny Öhman	"
Landstingsrådet Per Olov Blom	"

BILAGA 9

TEKNIKEN GER MÖJLIGHETER

- HANDIKAPPHJÄLPMEDEL OCH
FÖRSÖRJNINGSFRÅGOR I ETT
FRAMTIDSPERSPEKTIV

RAPPORT 1987-11-30

HANDIKAPPINSTITUTET

1. INLEDNING

Handikappinstitutet har åtagit sig att åt hjälpmedelsutredningen ta fram material om

- Teknikens möjligheter i ett 10-årsperspektiv
- Synpunkter på försörjningssystem med utgångspunkt från i dag pågående utveckling samt utifrån konsekvenser av nya hjälpmedel
- Färdiga produkter som aktualiserats som hjälpmedel eller som naturligt skulle kunna betraktas som hjälpmedel, men som i dag inte omfattas av något försörjningssystem
- Produkter under utveckling

Ramen för undersökningen har varit produktområden som omfattas av nuvarande försörjningssystem samt produktområden som ligger i gränsområdet till systemet såsom hjälpmedel för hemsjukvård/behandling, implantat, hjälpmedel för vårdaren samt standardprodukter som kan vara aktuella som handikapphjälpmedel.

Uppdraget har inte omfattat arbetstekniska hjälpmedel och bostadsanpassningar. Dessa är naturligtvis mycket viktiga för handikappades möjligheter och livskvalité och de har också ett samband med behov av övriga hjälpmedel. Samhällsutvecklingen generellt, lagstiftning och politiska ställningstaganden utgör grunden för handikappades situation och behov av hjälpmedel. Utvecklingen inom t ex informationsteknologiområdet och inom plan- och byggområdet kommer i hög grad att påverka människors livssituation och behov av hjälpmedel och individuella anpassningar.

I avsnitt 2 om teknikens möjligheter är avsikten att belysa en trolig och möjlig utveckling av hjälpmedelsutbudet de

närmaste tio åren och dess konsekvenser för handikappade människor. Bilden blir naturligen oklarare ju längre bort man blickar men huvudlinjerna kan ändå urskiljas. Vi har valt att beskriva de inslag som vi tror har störst intresse för den framtida hjälpmedelsförsörjningen.

En viktig förutsättning för att hjälpmedel ska bli tillgängliga för handikappade är att det finns fungerande försörjningssystem. I bilaga 1 och 2 redovisas befintliga hjälpmedel/produkter som inte omfattas av nuvarande hjälpmedelsförsörjningssystem samt produkter/hjälpmedel under utveckling. Utifrån dessa och avsnittet om teknikens möjligheter har problem med nuvarande försörjningssystem analyserats i avsnitt 3. I vissa fall ges också förslag till alternativa lösningar. Det bör betonas att det främst är administrativa/organisatoriska frågor som behandlas inkl. vissa kompetensfrågor. Materialet bör därför ses som komplement till de analyser av hur hjälpmedelsförsörjningen för närvarande fungerar för handikappade som kommer att göras i hjälpmedelsutredningen.

Vi har inte heller behandlat frågor om vilka hjälpmedel eller i vilka sammanhang hjälpmedel i framtiden bör vara kostnadsfria för handikappade.

2. TENIKENS MÖJLIGHETER - ETT TIOÅRSPERSPEKTIV

Teknikens möjligheter anges dels i form av en tabell över produkter under utveckling i dag (bilaga 2), dels i form av en koncentrerad text om de viktigaste troliga hjälpmedelsnyheterna för olika handikappgrupper under de närmaste tio åren.

Som framgår av bilaga 2 domineras utvecklingen just nu antalsmässigt av "konventionella" hjälpmedel såsom rullstolar, gånghjälpmedel och ADL-hjälpmedel. Men i det längre perspektivet blir det datateknik och telekommunikationer som alltmer tar över huvudrollen. Skälet till att detta inte visar sig tydligare i listorna är dels att många av dessa framtidens hjälpmedel ännu befinner sig på koncept- eller forskningsstadiet, dels att mycket av utvecklingsarbetet består i att skriva datorprogram. Många av framtidens datoriserade hjälpmedel kommer att bestå av standardprodukter, som med särskild programvara och/eller särskilda anpassningar blir ett handikapphjälpmedel. En lista över utvecklingsarbete som **borde** sättas igång skulle säkert se annorlunda ut och domineras av datatekniska tillämpningar.

Dessutom upptar listorna huvudsakligen arbete som bedrivs i Sverige medan textavsnittet tar hänsyn även till utveckling utomlands, där vi inte har samma ingående kunskap om olika pågående utvecklingsprojekt.

Sammanfattningsvis kan konstateras, att de flesta av dagens hjälpmedelstyper kommer att finnas kvar i framtiden. Hjälpmedel som rullstolar, ADL-hjälpmedel och vissa förbrukningsartiklar förbättras långsamt som en följd av nya material och bättre konstruktioner och design.

Det nya i framtiden kommer framför allt som resultat av utvecklingen inom datateknik och telekommunikationer. För det första kommer informationssamhällets framväxt att 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. Det kan också vara hjälpmedel för att eliminera svårigheter som uppstår, t ex med införande av nya betalningssystem. Helst bör givetvis sådana svårigheter aldrig uppstå, om man tar hänsyn till funktionshindrade människor vid utformning och införande av nya system. De grupper som i första hand berörs är synskadade, gravt rörelsehindrade samt hörselskadade och döva.

För det andra kan datatekniken användas för att konstruera nya personliga hjälpmedel, inte minst för grupper som i dag är underförsörjda med hjälpmedel. Det handlar främst om kommunikationshandikappade, förståndshandikappade, flerhandikappade och handikappade barn. Här blir persondatorn i sig med lämpliga programvaror ett viktigt hjälpmedel för många personer men här kommer också nya datoriserade hjälpmedel, såsom läsmaskin för synskadade och kommunikationshjälpmedel för tal- och språkhandikappade.

Utvecklingen innebär att fler hjälpmedel än i dag kommer att ingå i system för text- och bildkommunikation, vilket i sin tur blir avhängigt den allmänna utvecklingen i samhället för dessa kommunikationssystem. Exempel på detta är tidningar för synskadade och bildtelefon för barndomsdöva.

Det blir också allt vanligare med 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, även om det pågår vissa aktiviteter i en sådan riktning.

En viktig faktor för hjälpmedelsutvecklingen som inte beaktats här är den medicinska utvecklingen de närmaste åren. Sålunda har ingen hänsyn tagits till eventuella framtida möjligheter att bota eller hindra uppkomsten av handikappande sjukdomar och skador eller eventuella nya behandlingsmetoder som kan ge direkta hjälpmedelseffekter.

Inte heller har någon analys gjorts av tänkbara medik- tekniska framsteg som kan komma att avspegla sig i form av nya hjälpmedel eller hjälpmedelskomponenter. Det är dock troligt att ökade kunskaper om nervsystemet och sinnesorganen kommer att ge ökade möjligheter att stimulera förlamade muskler till aktivitet och att stimulera skadade sinnesorgan till sinnesintryck. Redan i dag finns forskningsverksamhet på båda områdena.

Sammanfattningsvis talar allt för att det i framtiden kommer att finnas allt fler produkter, såväl standardprodukter som speciella handikapphjälpmedel, som kommer att kunna ge hjälp och stöd för fler handikappade människor i fler av livets situationer än i dag.

2.1 Utgångspunkter

En beskrivning av framtiden måste alltid utgå från vissa givna förutsättningar som inte alltid sägs klart ut, till exempel hur samhället kommer att utvecklas politiskt och ekonomiskt eller hur värderingar och attityder förändras. För denna framtidsbild är de viktigaste faktorerna marknadens utformning i framtiden samt möjligheterna att utveckla och tillverka hjälpmedel de kommande åren.

Vi har valt två nivåer i vår beskrivning: "trolig utveckling" som utgår från att samtliga förutsättningar ligger kvar på ungefär nuvarande nivå och "möjlig utveckling" som utgår från ökade satsningar på utveckling, tillverkning och tillhandahållande av handikaphjälpmedel, speciellt inom det datatekniska området.

För olika handikappområden anges sålunda hjälpmedelsutvecklingen under den kommande tioårsperioden samt i förekommande fall synpunkter på konsekvenser för försörjningssystemet. Beskrivningen är inte heltäckande men vi har valt sådana exempel som vi bedömer ha speciellt intresse i sammanhanget. Det bör understrykas att flertalet nuvarande hjälpmedel kommer att finnas kvar och förbättras.

En beskrivning av den tänkbara utvecklingen under tio år framåt innehåller givetvis betydande osäkerheter. Vi har valt att försöka tygla fantasin för att kunna hålla oss på en någorlunda realistisk nivå.

2.2 Synskadade och dövblinda

2.2.1 Trolig utveckling

För synskadades och dövblindas möjligheter att inhämta information kommer datatekniken att erbjuda nya möjligheter. Nya taktila displayer (med handen avkännbara bilder och text) kommer att ge tillgång till bilder och annan grafisk information. Det kan bli möjligt att urskilja gråskalor genom olika höjd på reliefbilden. Inledningsvis kan priset bli högt men det kommer att minska med större serier om stora marknader kan nås.

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 aktuellt, men kommer att kräva insatser för ökad bärbarhet och för träning.

Användningen av syntetiskt tal kommer att öka, dels därför att talkvaliteten förbättras, dels därför att fler produkter kommer att utnyttja 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. Den blir dock inledningsvis alltså tämligen kostsam.

Talböcker kommer fortsatt att spela en stor roll men lagras på kompaktdiskar och digitala magnetband.

Men innan dessa nya tekniska media finns tillgängliga, finns det risk för att vanliga enkla, för synskadade speciellt lämpade kassetbandspelare försvinner ur marknaden och därmed skapar svårigheter för synskadades tillgång till litteratur m m.

2.2.2 Möjlig utveckling

Även om läsmaskiner kommer fram så kommer det att krävas en ordentlig insats för att få dem små och smidiga och verkligen användbara. Det blir då en verkligt värdefull produkt 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.

Om vi i framtiden också kommer att ha situationen att synskadades informationshantering sker med system bestående av en rad delar med olika tillbehör och hopkopplingar kommer stora krav att ställas på kompetens för urval, sammansättning, anpassning, installation och programmering.

Det vore önskvärt att komma ifrån dagens situation med en rad tillbehör, olika enheter och hopkopplingar i system för synskadades informationshantering. En lösning skulle vara en "all-terminal" eller "den kompletta persondatorn" med en rad funktioner inbyggda i samma enhet. Det är inte uteslutet att en sådan produkt skulle vara attraktiv även för seende personer.

Ett sätt att underlätta synskadades och dövblindas tillgång till information kan bli att skapa en stor informationsbank där alla tidningar, böcker, telefonkatalogen och annan tryckt och icke-tryckt information läggs in. Då behöver den synskadade personen endast vända sig till en informationskälla för att få tillgång till ett brett utbud.

För synskadades och dövblindas orientering finns det möjligheter att skapa helt nya system med elektroniska kartor och datoriserad "navigeringshjälp".

För dövblinda, som är en liten behovsgrupp, kommer det att krävas särskilda satsningar för att få fram de angelägna hjälpmedel som den nya tekniken möjliggör. Dit hör varseblivningshjälpmedel för att uppfatta ljus- och ljudsignaler med känselsinnet samt speciella hjälpmedel för informationsöverföring.

2.3 Hörselskadade och döva

2.3.1 Trolig utveckling

Hörapparaterna kommer att utvecklas. Digital signalbehandling ger bättre ljudåtergivning, avpassad till den individuella hörselnedsättningen. Vi kommer att få programmerbara apparater, där ljudåtergivningen programmeras in och kan anpassas till olika lyssningssituationer.

Programmerbara hörapparater och annan utveckling kommer att ställa nya krav på kunskaper och kompetens hos hörselvården. Särskild utrustning för programmeringen kommer att krävas. Å andra sidan kan utprovningen gå snabbare och lagerhållningen minskas. En programmerbar hörapparat blir dock troligen dyrare än dagens apparat.

En utveckling som kommer att fortsätta är att hörapparaterna på världsmarknaden blir allt mindre och "osynligare". Det är en följd av rådande attityder hos hörselskadade och allmänhet men kommer att medföra ökade hanteringssvårigheter för äldre och barn.

Verksamheten med inopererade delar av hörapparaten kommer att tillta, både implantat i innerörat och i form av benledande titanskruvar bakom örat. Det ställer nya krav på samarbete mellan kirurg och hörselvård samt skapar nya behov av förberedelser, träning och uppföljning, liksom av hantering av produkterna.

För information till döva och gravt hörselskadade kommer dels nya produkter för larm och personsökning, dels nya typer av texttelefoner. Frågan om framtidens texttelefoner behandlas nu i en särskild utredning.

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.

2.3.2 Möjlig utveckling

I dag tillverkas mycket få hörapparater i Sverige. En ökad svensk produktion skulle kunna öka möjligheterna att tillgodose svensk hörselvårds önskemål.

Framtidens hörapparater kan utformas så att de kan användas av grupper som idag har stora svårigheter: de allra äldsta, de sängbundna och utvecklingsstörda. Enkelt handhavande, laddningsbarhet och trådlös överföring är önskvärda egenskaper. Det bör också vara möjligt att utnyttja talteknologiforskningens resultat, till exempel genom att vissa röster "känns igen" och kan framhävas av apparaten.

Talteknologin kommer om några år att ge möjlighet till omvandling av tal till text, som kan utnyttjas för överföring till döva. Sådana system kan till exempel komma

att eliminera behovet av förmedlingscentraler för texttelefoner.

Bildtelefon kan 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.

Utbudet av textade TV-program och program på teckenspråk kan ökas väsentligt med ny teknik och nya TV-kanaler. Det medför dock inte några direkta konsekvenser för hjälpmedelsutbudet.

2.4 Tal-, språk- och kommunikationshandikapp

2.4.1 Trolig utveckling

Datatekniken kommer att användas allt mer för diagnostisering och träning av tal- och språkskador. Träning kommer att kunna ske med hjälp av personliga hjälpmedel och instruktionsprogram.

För de personliga kommunikationshjälpmedlen väntas en kraftig 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 kommer att ställa helt nya krav på försörjningsorganisationen. Nya kompetenser och lagarbete kommer att krävas för att sköta bedömning, utprovning, anpassning, träning och uppföljning samt samarbete med forskare och företag.

Som presentationssätt kommer syntetiskt tal att användas allt mer i takt med att talkvalitén förbättras. Importen av språkoberoende hjälpmedel kommer att öka. Å andra sidan har svensk talteknologi en framskjuten position och det kan medföra ökad export.

Datormötessystem kommer att bli ett alltmer utbrett sätt för icketalande att kommunicera.

Nya hjälpmedel kommer också för många kommunikationshandikappade människor som idag inte får sina behov tillgodosedda, till exempel afatiker och personer med progredierande sjukdomar som MS, ALS och AIDS. Det innebär att försörjningssystemet i framtiden måste hantera fler grupper och individer än idag.

2.4.2 Möjlig utveckling

Med fortsatta satsningar på talteknologisk forskning och utveckling kommer kvalitén på det syntetiska talet att stiga och det skapas möjligheter att få olika röstkaraktärer och känslöfärgningar i talet.

Med taligenkänningsteknik och syntetiskt tal kan en svårbegriplig men konsistent talare få sitt tal "förbättrat" av nya tal-till-talutrustningar.

För de allra gravast handikappade kan nya styrmöjligheter utvecklas, till exempel med hjälp av ögonrörelser.

Allt fler komplicerade kommunikationshjälpmedel kan försees med inbyggt inlärningsstöd för att i högre grad bli självinstruerande.

Det kan komma att växa upp märkesoberoende konsultföretag för att tillhandahålla utrustningar, anpassningar och utbildning.

Om principen accepteras att tankens förflyttning är minst lika viktig som kroppens, kan vi komma att få en "färd-tjänst" för kommunikation av meddelanden, dvs ersättning för texttelefon, datorkommunikation m m.

2.5 Förståndshandikappade

2.5.1 Trolig utveckling

Även för förståndshandikappade väntas datatekniken komma att medföra ett genombrott inom hjälpmedels- och läromedelsområdet. Vissa hjälpmedel för speciella funktioner, såsom tidsinformation, kommer fram.

Viktigast blir dock utvecklingen av speciell datorprogramvara för träning, instruktion och information.

Utvecklingen av kommunikationshjälpmedlen kommer också att få stor betydelse för förståndshandikappade men ställer givetvis speciella krav på handhavande och instruktion.

Detsamma gäller "vanliga" hjälpmedel för de stora grupper som har fysiska handikapp i tillägg till förståndshandikappet. Till exempel kommer allt fler elektriska rullstolar att förses med styrfunktioner som underlättar handhavandet.

Hjälpmedel för avståndskommunikation såsom personsökare och lokaliseringshjälpmedel kommer också att finnas.

2.5.2 Möjlig utveckling

Det kommer att krävas stora insatser för att till fullo utnyttja datateknikens alla möjligheter för personer med förståndshandikapp. Med en sådan satsning kan dock komma både specialdesignade hjälpmedel och programvara som utgör begåvningshjälpmedel för funktioner som tids- och rumsupp-

fattning, lämpligt utformad information och träning/
instruktion av olika färdigheter.

Detsamma gäller utformningen av vanliga hjälpmedel, till exempel 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 nästan överallt.

Om teknikens möjligheter skall kunna utnyttjas för förståndshandikappade räcker inte nuvarande hjälpmedelskunnande och kompetens inom omsorgsverksamhet och hjälpmedelsförsörjning.

2.6 Rörelsehindrade

2.6.1 Förflyttning, fordon

2.6.1.1 Trolig utveckling

Fordon för utomhusförflyttning som ger större rörlighet än elrullstolar, till exempel förflyttning i väglös terräng, kommer att finnas. De kommer att kunna användas även av gravt rörelsehindrade såsom tetraplegiker. I vissa fall kan de dock ersätta konventionella utomhusrullstolar.

Morgondagens bilar kommer att innehålla allt mer datorstyrda funktioner, vilket bör underlätta också för rörelsehindrade bilförare. Utrustningar för styrning av vissa funktioner med talet kommer till exempel att finnas. Utvecklingen inom bilområdet kan komma att ställa helt nya krav på bilstödssystemet.

2.6.1.2 Möjlig utveckling

Datatekniken kommer att kunna användas också för att kraftigt underlätta navigering och orientering för bilförare. Elektroniska kartor, navigations- och informationssystem kommer att kunna ge upplysningar om position, vägval, körförhållanden, parkeringsplatser, närmaste bensinstation, etc. För den rörelsehindrade föraren ger detta helt nya möjligheter att klara sig på egen hand.

Det kommer även att ligga inom teknikens möjligheter att kraftigt underlätta även gravt rörelsehindrades förmåga att framföra och manövrera bilen. Likaså kan en satsning på utveckling komma att resultera i nya smidiga specialfordon, till exempel för stadstrafik.

2.6.2 Förflyttning inomhus

2.6.2.1 Trolig utveckling

De lätta smidiga sk aktivstolarna kommer att ytterligare öka sin marknadsandel något, speciellt då man har förbättrat sittkomforten. Det är troligt att manuella rullstolar i allt högre grad kommer att tillhandahållas som modulsystem, med vilka de flesta typer av rullstolar skall kunna sättas ihop, utifrån moduler såsom ram, hjul, fotstöd mm. Dessutom kommer ytterligare specialstolar, t ex för sport och fritid, och alternativa utföranden att utvecklas. Speciellt för barn kommer stå- och knärrullstolar att betyda mycket ifråga om rörlighet och mindre medicinska komplikationer.

Antalet elektriska rullstolar kommer att öka, bland annat beroende på gravt rörelsehindrades och flerhandikappades ökade krav på självständig förflyttning. Elrullstolen kommer att integreras alltmer med andra funktioner, såsom kommuni-

kation och omgivningskontroll. Det medför behov av ökat lagarbete kring ordination och utprovning, då hänsyn måste tas till flera olika sorters behov.

Utbudet av elrullstolar för barn ökar kraftigt och möjligheterna att använda elrullstol i lägre åldrar förbättras. Även här kommer viktiga alternativ såsom ståstol.

Gånghjälpmedel kommer att bli lättare och smidigare med användning av nya material. Nya kunskaper om lämpliga belastningspunkter och gångsätt kommer att resultera i nya produkter som medför minskad risk för skador och förvärrad funktionsnedsättning. Speciellt gäller detta för barn där nya typer av gånghjälpmedel som tar hänsyn till deras speciella behov kommer.

Sängen håller på att bli en komponentuppbyggd möbel bestående av underrede, ram, madrass, lyft, vändhjälp, bord och omgivningskontroll.

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.

2.6.2.2 Möjlig utveckling

Det är hög tid att göra en rejäl satsning på en rullstol för äldre som är lättkörd, har god sittkomfort och ett tilltalande yttre som väl smälter in i hemmiljön.

Nya ellagringssystem kan ge mindre och lättare batterier. Detta kan väsentligt påverka utformningen av elrullstolarna så att de blir mindre, smidigare och får ökad räckvidd. En följd av detta kan bli en mer billiknande typ av rullstol.

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. Användning av FES fordrar samarbete mellan läkare, sjukgymnast och hjälpmedelsverksamheten.

2.6.3 Datorer, omgivningskontroll

2.6.3.1 Trolig utveckling

För den som har svårt att röra sig och förflytta sig kan datoriserade hjälpmedel komma att betyda mycket för bland annat informationsutbyte. Oftast kommer hjälpmedlen att bestå av standardprodukter, persondatorer, som i allmänhet kan användas utan speciell anpassning till rörelsehindret men i vissa fall kan ett behov av särskild kringutrustning finnas.

Även rörelsehindrade kommer sålunda att i ökad utsträckning använda datormötessystem eller elektronisk post liksom informationsbanker typ Videotex och dessutom använda sin terminal för att göra bank- och postärenden, handla varor, etc. Det finns redan nu planer för att vi i Sverige liksom i Frankrike skall ha ett system där alla telefonabonnenter får en datorterminal i stället för en telefonkatalog vilket får konsekvenser för rörelsehindrade och andra handikappgrupper. Priserna på persondatorer och terminaler kommer att sjunka samtidigt som behovet för handikappade kommer att öka.

Personer med nedsatt funktion i händer och armar kommer att kunna använda en vanlig persondator för att skriva, rita och måla. Med någon anpassning kommer i stort sett alla rörelsehindrade att kunna skriva och alla som har

god huvudmotorik kan dessutom rita och måla. Datorn kan också användas för att komponera och utöva musik även av den som är gravt rörelsehindrad. Lämpliga datorsystem för gravt rörelsehindrade som täcker olika behov och funktioner kommer att kräva ett lagarbete mellan personer med olika, delvis nya kompetenser inom hjälpmedelsverksamheten.

Sladdlösa telefoner kommer att finnas i ett ännu större utbud än idag. För många rörelsehindrade kan det vara ett värdefullt hjälpmedel under förutsättning att utformningen är lämplig.

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.

2.6.3.2 Möjlig utveckling

Datatekniken kommer att kunna åstadkomma helt nya möjligheter till lek, stimulans och träning för rörelsehindrade barn. Det handlar till stor del om lämplig programvara. För att bättre förstå omvärlden kan till exempel komplicerade förlopp simuleras i en dator.

Även för många 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.

Nya larmsystem för olycksfall, glömska, sjukdomsfall etc kommer att kunna introduceras. Gränsdragningsfrågan måste lösas. Då kommer det också att behövas en åtgärdsorganisation då larm utlöses.

2.6.4 ADL-hjälpmedel

2.6.4.1 Trolig utveckling

Nya lätta, hållfasta och elastiska material samt nya produktionsmetoder kommer att medföra förbättringar av ADL--hjälpmedlen både till funktion, handhavande och kvalitet. Låg vikt och hopfällbarhet gör hjälpmedlen smidiga att använda och lätta att transportera. Material med hög friktion, mjuk, behaglig yta och hårdare kärna ger handtagsdelar bättre grepp och minskad belastning på händerna.

Estetisk och funktionell formgivning får genomslagskraft inom hjälpmedelsutvecklingen. Ökad kunskap om rörelsehindrade personers ergonomiska förutsättningar ger underlag för nya designprinciper och användande av ny teknik.

Hjälpmedel för personlig hygien för gravt rörelsehindrade personer kommer att bygga på system av individuellt anpassade lösningar. Lyft- och förflyttningsmomentet integreras i den kedja av aktiviteter som personlig hygien omfattar.

2.6.4.2 Möjlig utveckling

Elektronikens intåg i hemmen kan komma att underlätta för rörelsehindrade. Vissa hjälpmedel kan då ersättas av fjärrkontroll för att styra olika funktioner i hela bostaden.

Om standardprodukter som hushållsredskap och förpackningar förbättras kan också många enkla hjälpmedel bli överflödiga.

Ett helt nytt system för toalettstol med stödfunktioner kan i större utsträckning än idag tillgodose hjälpmedelsbehovet hos äldre människor med måttliga rörelseinskränkningar.

Genom elektronikens inträde i textilindustrin kan alternativ till skräddarsydda kläder komma fram. Individuella mått kan lagras på ett kort i affären väljer man sedan modell som därefter sys upp automatiskt i fabriken.

2.6.5 Ortopedtekniska hjälpmedel

2.6.5.1 Trolig utveckling

Den framtida utvecklingen av ortopedtekniska hjälpmedel är delvis beroende av hur försörjningssystemet utvecklas.

De förhoppningar som fanns för 15-20 år sedan om att modern teknik skulle kunna frambringa avancerade alternativ till förlorade lemmar har inte infriats.

I framtiden är det dock troligt att man successivt övergår till nya, lätta och lättbearbetade material i hjälpmedlen och hjälpmedelskomponenterna. Framställningstiden kan förkortas och hjälpmedlen kan bli ändamålsenligare.

I framställningen av ortopedtekniska hjälpmedel kommer datoriserade tekniker som CAD/CAM att introduceras och spridas under tioårsperioden. Det innebär en stor förändring av personalens arbetsuppgifter och krav på kompetens.

Tekniken ger möjlighet att använda små robotar för att hjälpa enskilda rörelsehindrade personer med uppgifter som att hämta föremål och placera dem inom räckhåll eller på lämpligt ställe för att kunna läsa. I första hand blir det troligen fråga om tillämpningar i arbetslivet.

2.6.5.2 Möjlig utveckling

Det synes fortfarande vara möjligt att med dagens och morgondagens teknik, såsom mikroelektronik, datateknik och mekanik, konstruera konstgjorda lemmar med betydligt bättre funktion än dagens. Motoriserade benproteser och helarmsproteser borde ligga inom möjligheternas gräns för vissa små behovsgrupper.

I takt med ökade kunskaper om nervsystemet torde det också bli möjligt att både stimulera förslamade kroppsdelar och använda nervimpulser för styrning mer än idag.

Dessa och andra typer av nya ortopedtekniska hjälpmedel kommer dock att ställa ökade krav på intresse och kompetens inom sektorn för att utnyttja nya hjälpmedel.

2.7 Medicinskt handikappade

2.7.1 Trolig utveckling

Utvecklingen av hjälpmedel för medicinskt handikappade människor 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.

Hjälpmedel för inkontinenta och stomister 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.

Trots att fler personer kommer att njurtransplanteras kommer nya enklare hjälpmedel för dialys, främst i hemmet, att underlätta för patienter med sämre allmäntillstånd.

Överhuvudtaget kommer, som en följd av den ökade hemsjukvården och hemvården, med säkerhet fram nya produkter som lämpar sig för användning i hemmet. De kommer att kräva väl fungerande system för service, underhåll och information.

För många nya hjälpmedel för medicinskt handikappade måste kostnadsansvaret klaras ut.

2.7.2 Möjlig utveckling

Nya hjälpmedel för att åstadkomma smärtlindring, både på kemisk och elektrisk väg, kommer att kunna finnas.

Egen kontroll av vissa kroppsfunktioner, såsom blodsocker och hormoner, kommer att kunna underlättas med hjälp av nya, enkla hjälpmedel.

Ett näraliggande område kommer att vara den klinikanslutna hemsjukvården där utrustningar för sjukvårdande behandling och för kommunikation med sjukhuset kommer att finnas och där anhörig och vårdares roll ställer nya krav.

3. FÖRSÖRJNINGSSYSTEMET FÖR HJÄLPMEDEL

3.1 Inledning

Hälso- och sjukvårdshuvudmännens försörjningssystem för hjälpmedel för daglig livsföring har i sina huvuddrag varit oförändrat sedan slutet av 1960-talet. De viktigaste kännetecknen är:

Hjälpmedlen tillhandahålls med samhällsbidrag, kostnadsfritt för användaren.

De kostnadsfria hjälpmedlen utgörs, dels av specialhjälpmedel för handikappade, dels av vissa vanliga konsumentartiklar av särskild betydelse för handikappade.

Hjälpmedlen tillhandahålls av hälso- och sjukvårdshuvudmännen, vanligen genom deras sjukvårdsorganisation.

Huvudmännen erhåller i sin tur viss kompensation för inköpskostnaden för hjälpmedlen från staten, f.n. via den allmänna försäkringen.

Tillverkning och marknadsföring samt i stor utsträckning utveckling handhas av privata firmor.

En stor del av hjälpmedlen provas eller bedöms av handikappinstitutet och förs därefter upp på en numera rekommenderande hjälpmedelsförteckning.

Efterhand har ett antal problem med nuvarande försörjningssystem för hjälpmedel uppstått. Problemen har lett till kritik från bl a handikapporganisationernas sida med innebörden att hjälpmedelsförsörjningen inte fungerar på avsett vis. Vanligen har kritiken inriktat sig på att alltför begränsade resurser ställs till förfogande för hjälpmedelsverksamheten.

Det kan emellertid finnas anledning att fråga sig om, åtminstone till viss del, andra orsaker till problemen än resurstillgången står att finna. Det kan ju knappast från början uteslutas att t ex den kraftiga volymtillväxten, den medicinsktekniska utvecklingen, omstruktureringen av

sjukvården och den allmänna samhällsutvecklingen medfört att försörjningssystemet för hjälpmedel delvis behöver förändras och förbättras.

3.2 Försörjningssystemets utveckling i stort

Grundprincipen för hjälpmedelsverksamheten var från början att hjälpmedlen skulle tillhandahållas av samhället och vara kostnadsfria för användaren. Huvudmannaskapet för verksamheten överflyttades 1976 från staten till hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

Med den relativt begränsade omfattning som hjälpmedelsverksamheten och huvudmännens rehabiliteringsverksamhet i övrigt hade i slutet av 1960-talet var det möjligt att i relativt enkla regler definiera och avgränsa såväl de behovsgrupper som de produkter som verksamheten skulle anses omfatta. Verksamheten var också av så begränsad omfattning att det för de kostnadsfria hjälpmedlen byggdes upp en helt egen distribution avseende inköp, lagerhållning och leverans.

Försörjningssystemet kom därmed att bestå av ett begränsat antal för brukaren kostnadsfria hjälpmedel, specialhjälpmedel och vissa vanliga konsumentartiklar, som dels utprovades och ordinerades dels distribuerades inom ramen för huvudmännens sjukvårdsverksamhet.

Utvecklingen därefter av hjälpmedelsverksamheten har varit så kraftig att ett antal problem med försörjningssystemet uppstått. Det har, enkelt uttryckt, uppstått problem med att inom ramen för det försörjningssystem som byggdes upp i slutet av 1960-talet tillgodose de förändrade eller nya krav som efterhand kommit att ställas på hjälpmedelsverksamheten.

Produktomfånget inom hjälpmedelsverksamheten har således vuxit kraftigt vad gäller såväl volymer som sortimentsbredd

och teknik. Viktiga, troliga, orsaker till denna utveckling har varit

Utökade rehabiliterings- och omvårdnadsinsatser från samhällets sida, där hjälpmedel ingår som en naturlig och nödvändig del.

En fortlöpande utvidgning av "ordinationskriterierna" för hjälpmedel till tidigare eftersatta handikappgrupper, till äldregruppen och andra med relativt måttliga funktionsnedsättningar, till det ökande antalet hemsjukvårdspatienter etc.

Den tekniska utvecklingen som efterhand ökat möjligheterna att med hjälpmedel kompensera funktionsnedsättningar

3.3 Undersökningens uppläggning

Efterhand som nya behovsgrupper för hjälpmedel uppmärksammas eller nya produkter med viktiga funktionskompenserande egenskaper tillkommit har det naturliga kravet varit att produkterna/hjälpmedlen skulle tillhandahållas inom ramen för huvudmännens försörjningssystem.

I praktiken har därmed huvudmännens försörjningssystem blivit den enda vägen att tillhandahålla produkter/hjälpmedel med bra funktionskompenserande egenskaper. Det gäller då tillhandahållande i mening av såväl finansiering som utprovning och distribution.

Undersökningen nedan söker belysa vilka problem som till följd av successivt utökade krav uppstått med försörjningssystemet. Syftet har varit att därmed ge underlag för diskussion av erforderliga förändringar och förbättringar.

Som underlag för analysen har bl a använts inventeringen i bilaga 1 av produkter med viktiga funktionskompenserande egenskaper men ej inordnade i försörjningssystemet samt inventeringen i bilaga 2 av produkter/hjälpmedel under utveckling.

Inventeringar av detta slag kan av flera skäl inte bli helt täckande. Bl a betr hjälpmedel för "nya" handikappgrupper och betr vanliga konsumentartiklar som samtidigt

är bra hjälpmedel har subjektiva avgränsningar i praktiken behövt göras. Avgränsningarna framgår på olika sätt av inventeringsmaterialet.

Andra utgångspunkter för analysen har varit beskrivningen i avsnitt 2 ovan av "Teknikens möjligheter" samt erfarenheter inom handikappinstitutet och inom till institutet knutna rådgivningsgrupper.

Vissa hjälpmedel är formellt inordnade i nuvarande försörjningssystem i så måtto att centrala rekommendationer om att de bör ses som kostnadsfria hjälpmedel finns samtidigt som det är uppenbart att övriga delar av försörjningssystemet i flera avseenden fungerar otillfredsställande. Det gäller t ex hjälpmedel för dövblinda och utvecklingsstörda, vissa hjälpmedel för tal-, röst- och språkskadade liksom en stor del av området datorhjälpmedel. Hjälpmedel av detta slag har medtagits i diskussionerna om problem med nuvarande försörjningssystem eftersom försörjningssystemet i väsentliga avseenden fungerar dåligt för dessa grupper.

Det bör betonas att det främst är de administrativa och organisatoriska problemen kring försörjningssystemet som tas upp. Således granskas i första hand frågor om huruvida produkterna/hjälpmedlen överhuvudtaget är eller blir åtkomliga för brukaren på ett tillfredsställande sätt samt om det inom sjukvårdens rehabiliteringsverksamhet finns den organisation och kompetens för utprovning som oftast krävs. Däremot berörs inte primärt andra kvalitativa försörjningsfrågor av typ lokala sortimentsbegränsningar, väntetider till följd av resursknapphet, brukarinflytande etc.

Frågor om finansiering och om kostnadsfrihet för brukarna tas inte alls upp med undantag för de begränsade ekonomiska resonemangen i avsnitt 3.5.

Begreppen hjälpmedel och försörjningssystem används ofta i framställningen. Begreppet hjälpmedel används därvid i sin vidare betydelse, d v s om alla produkter som har en viktig funktionskompenserande effekt oavsett hur de tillhandahålls eller finansieras. Med försörjningssystemet avses, där annat ej sägs, hälso- och sjukvårdshuvudmännens försörjningssystem för hjälpmedel för handikappade.

Hjälpmedlen har i fortsättningen med hänsyn till deras förhållande till försörjningssystemet delats in i följande grupper:

Specifika handikapphjälpmedel för traditionella handikappgrupper

Enkla specifika handikapphjälpmedel med vid målgrupp

Vanliga konsumentartiklar som samtidigt är viktiga hjälpmedel

Behandlingshjälpmedel/medicinska hjälpmedel

Ortoser och proteser för rörelsehindrade

Datorbaserade hjälpmedel

Eftersatta produktområden och behovsområden

3.4 Olika hjälpmedelsgrupper i förhållande till nuvarande försörjningssystem för hjälpmedel

3.4.1 Specifika handikaphjälpmedel för traditionella handikappgrupper

Exempel på hjälpmedel i denna grupp är rullstolar, hörapparater och punktskriftsmaskiner.

Hjälpmedlen i gruppen, som omfattar flertalet av de hjälpmedel som f.n. ordineras, uppfyller följande kriterier:

Produkten är direkt avsedd att kompensera en viss funktionsnedsättning.

Bakomliggande behovsgrupper är väldefinierade och lätt identifierbara.

Hjälpmedlet är en väsentlig, ofta helt avgörande faktor i rehabiliteringen.

Hjälpmedlet används i daglig livsföring och är inte speciellt inriktat på t ex yrkesverksamhet eller fritid.

Ev. medicinsk behandling är i princip avslutad när hjälpmedlet ordineras.

Hjälpmedlet är en serietillverkad industriprodukt, lätt specificerbar t ex i en produktförteckning.

En utgångspunkt för den fortsatta diskussionen är, att det nuvarande försörjningssystemet främst är inriktat mot denna grupp av hjälpmedel och också ur administrativ och organisatorisk synpunkt i stort sett fungerar bra för dessa hjälpmedel. Gruppen blir därmed i analysen en slags kontrollgrupp till övriga, i något eller några avseenden "avvikande" grupper.

De befintliga hjälpmedel som ej är inordnade i försörjningssystemet och som förtecknats i bilaga 1 kan genomgående hänföras till någon av de grupper av hjälpmedel som på något sätt avviker från kontrollgruppen.

Det kan nämnas att särskilda hjälpmedelsenheter finns organiserade inom sjukvården för de traditionella hjälpmedelsgrupperna t ex hörcentraler och syncentraler och hjälpmedelscentraler.

Det sagda behöver naturligtvis inte innebära att hjälpmedelsförsörjningen fungerar i alla avseenden bra för den aktuella gruppen hjälpmedel. Det säger t ex ingenting om kvalitén på försörjningen vad gäller inprovning, väntetider eller service. Men man kan nog konstatera att det rent administrativa/organisatoriska försörjningssystemet som sådant inte utgör något större problem för denna grupp hjälpmedel förutsatt att tillräckliga ekonomiska resurser finns till förfogande.

Det bör här nämnas att ortoser och proteser är en "traditionell" hjälpmedelsgrupp sedan länge inordnad i försörjningssystemet som dock nedan behandlas separat.

3.4.2 Enkla, specifika handikaphjälpmedel med vid målgrupp

Även här rör det sig om produkter speciellt utformade med tanke på vissa funktionsnedsättningar men målgruppen är vid och går utöver de traditionella handikappgrupperna. Bland annat kan nämnas äldregruppens behov av hjälpmedel mot bakgrund av satsningen på kvarboende hemma för äldre.

Produkterna/hjälpmedlen är till sin utformning relativt enkla och alldagliga även om de till sin funktion kan vara mycket väsentliga. Exempel på hjälpmedel i denna grupp är hushålls- och hygienartiklar av typ griptänger, burk-öppnare, antihalkmattor och badbrädor. Signalanordningar i bostaden, t ex akustiska signaler och ljusindikatorer för att uppfatta telefon- och dörrsignaler, hör också till denna grupp. Hit kan även, om man väljer en vid gräns, räknas toalettstolsförhöjningar och kryckkäppar.

Resonemangsvis kan man urskilja följande tre målgrupper för denna typ av hjälpmedel:

Handikappade som kommer i direkt kontakt med de specialiserade rehabiliteringsresurserna inom sjukvården.

Äldre med relativt stora funktionsnedsättningar som främst kommer i kontakt med hemtjänstpersonal och distriktssköterskor.

Äldre med måttliga funktionsnedsättningar utan regelbunden kontakt med samhällets omvårdnadsorganisationer.

Försörjningen med enkla hjälpmedel fungerar, i den mån hjälpmedel finns och tillhandahålls via hjälpmedelscentraler eller motsvarande, relativt bra för den förstnämnda gruppen. För de båda andra grupperna fungerar det sämre. Hemtjänstpersonal har ofta inte tillräcklig kunskap om hjälpmedlen och de finns inte tillgängliga annat än inom sjukvårdens rehabiliteringsorganisation. De angivna problemen medför flera negativa effekter:

Äldre får ofta inte tillgång till produkterna.

Kundunderlaget begränsas, vilket gör distributionskostnaden hög samtidigt som intresset hos företagen för produktutveckling och produktion minskar.

Personer som annars inte skulle belasta sjukvårdens rehabiliteringsresurser söker sig dit för att överhuvud taget få tillgång till hjälpmedlen.

Äldregruppen får inte en naturlig vana att efterhand som krafterna avtar skaffa sig enkla, bekväma produkter vilket så småningom kan bli avgörande för möjligheten att bo kvar hemma.

För denna grupp av hjälpmedel behövs flera alternativa distributionsvägar. Möjligheten att vid svårare funktionsnedsättningar få hjälpmedlen utprovade och ordinerade av kvalificerad sjukvårdspersonal måste självfallet bibehållas. Samtidigt behöver distributionsvägen via hemtjänstpersonal och distriktssköterskor förstärkas bl.a. genom utbildningsinsatser och enkla möjligheter att tillhandahålla hjälpmedlen. Slutligen finns också behov av att tillse att hjälpmedlen finns att tillgå i den öppna handeln så att äldre med måttliga funktionsnedsättningar enkelt kan skaffa sig dem.

Hjälpmedlen i denna grupp är i princip inordnade i nuvarande försörjningssystem bl.a. genom att rubriker för dem finns upptagna på hjälpmedelsförteckningen. Några befintliga hjälpmedel i denna grupp ej inordnade i försörjningssystemet har därmed inte upptagits i bilaga 1. Däremot kan ett annat aktuellt och konkret problem nämnas. Vissa huvudmän har i sina lokala hjälpmedelsförteckningar strukit hjälpmedel inom gruppen. Det innebär med dagens marknadsbild att dessa hjälpmedel blir helt oåtkomliga inom berörda områden. Det innebär också sett för landet i sin helhet att en liten marknad krymper ytterligare med risk för att tillverkningen av vissa produkter helt upphör.

3.4.3 Vanliga konsumentartiklar som samtidigt är viktiga hjälpmedel

Vissa vanliga konsumentprodukter är särskilt väl lämpade att kompensera funktionsnedsättningar. De har då i många fall betraktats som handikapphjälpmedel och inordnats i försörjningssystemet.

Vanliga bandspelare är för synskadade direkt funktionskom-penserande som skriv- och läshjälpmedel och därvid jämför-bara med t ex rullstolar och hörapparater för rörelsehindra-de resp hörselskadade. Andra produkter, t ex hushållsmaski-ner, har mera redskapskaraktär som underlättar vissa göromål men de kan ändå ha en avgörande betydelse för en handi-kappads möjlighet att klara ett eget boende. I synnerhet om det då gäller produkter som rimligen inte kan anses tillhöra "normal standard" kan det vara angeläget att de kan tillhandahållas via samhället.

Det bör således framhållas att denna grupp hjälpmedel kan innefatta alltifrån produkter som direkt kompenserar en väsentlig funktionsnedsättning till produkter som "enbart" underlättar t ex ett göromål i hushållet. En och samma

produkt kan också ha väsentligt olika betydelse för olika behovsgrupper. Kraven på kvalificerad utprovning och inträning kan också variera kraftigt.

För produkter/hjälpmedel inom gruppen finns alltid ett distributionssystem helt vid sidan av huvudmännens hjälpmedelsorganisation.

I relation till försörjningssystemet uppstår några viktiga gränsdragningsfrågor:

I vilka situationer och för vilka behovsgrupper ska en vanlig konsumentprodukt betraktas som hjälpmedel och utgå kostnadsfritt?

Ska en produkt som ofta betraktas som hjälpmedel inordnas i försörjningssystemet för hjälpmedel med t ex ordination, lagerhållning och distribution via huvudmännen.

Problemen av detta slag har hittills nödtorftigt lösts inom ramen för nuvarande försörjningssystem. Bandspelare har sedan länge rekommenderats som ett hjälpmedel för synskadade. Hushållsapparater finns upptagna som rubrik i hjälpmedelsförteckningen och det lämnas där till ordinatören att avgöra om det "handikapprelaterade behovet" är tillräckligt starkt för att motivera utprovning samt ordination som kostnadsfritt hjälpmedel.

Gränsdragningsfrågorna går naturligtvis inte att en gång för alla lösa. Dock kan ifrågasättas om inte de centrala rekommendationerna för denna grupp av hjälpmedel mera borde utgå från behovsgrupp och behovssituation i stället för från produkt. Det ur såväl rehabiliteringssynpunkt som resurssynpunkt verkligt väsentliga är ju att den handikappade får kvalificerad hjälp med utprovning av den extra utrustning han behöver. Däremot är det nästintill omöjligt att i en generell tabell lista alla tänkbara produkter inom gruppen vanliga konsumentartiklar som handikappade kan ha särskild nytta av.

Produktlistorna i bilaga 1 upptar ett begränsat antal vanliga konsumentartiklar som aktualiserats som hjälpmedel, bl.a. luftfuktare, personsökare, sladdlös telefon, högtalande telefon, vanlig telefon med inbyggd förstärkare, automatisk nummersändare, matberedningsmaskin, mikrovågsugn, videobandspelare (datorhjälpmedel behandlas separat i avsnitt 4.6 nedan). Härutöver finns ett stort antal produkter som på goda grunder skulle kunna aktualiseras som hjälpmedel. Uppräkningen ger en viss bild av för dagen aktuella problem men också en antydning om vidden av gränsdragningsproblemen inom området.

3.4.4 Behandlingshjälpmedel/medicinska hjälpmedel

Vissa hjälpmedel för handikappade har ett särskilt nära samband med medicinsk behandling.

I vissa fall förefinns sambandet främst vid första ordinationstillfället. Det gäller t ex en amputation och den därmed sammanhängande protesordinationen eller en hjärtoperation med inoperation av en pace-maker. I båda exemplen kan man säga att den medicinska interventionen kräver att hjälpmedlet ordinerar.

I andra fall kvarstår det medicinska sambandet (hjälpmedlet har en behandlande effekt) under hela den tid hjälpmedlet används. Som exempel kan nämnas UVB-ljuslampor för psoriatiker.

Ortoser och proteser har "redan från början", trots sin karaktär av medicinska hjälpmedel, varit inordnade i försörjningssystemet. Övriga hjälpmedel i denna grupp har däremot senare pressats in i försörjningssystemet i brist på bättre sätt att lösa finansiering och vissa andra administrativa frågor. Hjärtstimulatorer är ett bra exempel på detta.

I relation till försörjningssystemet föreligger några väsentliga problem med behandlingshjälpmedel/medicinska hjälpmedel:

Det finns flera väsentliga hjälpmedel inom gruppen som inte är inordnade i försörjningssystemet även om dessa hjälpmedel ändå oftast torde tillhandahållas av resp. huvudman.

Den medicinsk/tekniska utvecklingen torde medföra att efterhand nya, ofta dyra och komplicerade hjälpmedel, tillkommer.

Ansvarsfrågan när det gäller utprovning, ordination, typprovning etc är oklar. Det är angeläget att hjälpmedelshanteringen här nära anknyts till den medicinska behandlingen.

Det är oklart om kostnaden för inköp av denna typ av hjälpmedel ska omfattas av hjälpmedelsersättningen.

Kostnadsansvaret för å ena sidan den medicinska behandlingen resp. medicinen och å andra sidan denna typ av hjälpmedel är inte samordnat.

3.4.5 Ortoser och proteser för rörelsehindrade

Ortoser och proteser har redan från början varit inordnade i försörjningssystemet för hjälpmedel.

Samtidigt skiljer sig såsom tidigare antytts ortoser och proteser från hjälpmedel av typ rullstolar och hörapparater genom sin närmare anknytning till den rent medicinska behandlingen. Vidare gäller att ortoser och proteser ofta sammansätts av individuellt tillverkade eller anpassade komponenter vilket gör det svårare att i produktlistor specificera och rekommendera produkter.

Försörjningsmässigt har för flertalet huvudmän området skiljts från övrig hjälpmedelsverksamhet på grund av det entreprenörsförfarande gentemot främst LIC som tillämpas. Nuvarande avtal mellan huvudmännen och respektive entreprenör är ofta ej tillfyllest. Detta innebär bl a att det är svårt att följa upp entreprenörens åtagande.

Vad avser hela det ortopedtekniska området (ortoser, proteser, skor och inlägg) finns flera väsentliga problem med försörjningssystemet. Verksamhetens innehåll har markant förändrats. Nya behandlingsmetoder har tillkommit där t ex olika typer av ortoser används vid korttidsbehandling varvid samma försörjningsrutiner införts som för hjälpmedel för långvarigt handikappade. Försörjningen av ortopediska hjälpmedel är fortfarande nästan helt koncentrerad till de ortopedtekniska avdelningarna. Detta trots att ett stort antal produkter tillkommit som ej fordrar utprovning och anpassning av ortopedteknisk kompetens.

Angivna problemområden behandlas f.n. inom separata projekt som pågår i handikappinstitutets regi. Frågorna berörs därför inte ytterligare här.

3.4.6 Datorbaserade hjälpmedel

Utvecklingen inom datortekniken håller på att skapa en ny generation av hjälpmedel för handikappade. Det är hjälpmedel som ofta på ett dramatiskt sätt kan kompensera funktionsnedsättningar. Samtidigt ställer denna utveckling helt nya krav på försörjningssystemet för hjälpmedel.

Datorer och datorprogram kan fungera som hjälpmedel på många sätt och i många olika situationer. Även om man bortser från de fall där dator-elektronik ingår i form av komponenter i andra hjälpmedel, t ex i en rullstol, är variationsrikedomen stor.

Ett datorhjälpmedel kan t ex i vissa fall ordinerars för att kompensera ett väl definierat funktionsbortfall, t ex en äldre, talskadads förmåga att kommunicera med den närmaste omgivningen. Om både datorn och det program som används i betydande grad är specialanpassade för den aktuella situationen har vi lätt att se systemet som ett väldefinierat handikapphjälpmedel.

En annorlunda situation uppstår om man börjar förse t ex ett gravt synskadat eller rörelsehindrat barn med datorutrustningar först före skolåldern, sedan för skolsituationen och slutligen för den egna bostaden och för yrkesverksamheten. Datorutrustningen kan få en helt avgörande betydelse för den här personens möjligheter att leva ett självständigt liv med egna försörjningsmöjligheter etc. De nu gällande gränsdragningarna mellan primärkommunens och sekundärkommunens omvårdnadsansvar liksom mellan de olika finansieringsformerna för t ex arbetshjälpmedel, bostadsanpassningar och hjälpmedel för daglig livsföring ter sig också inadekvata för den här situationen.

Ett datorhjälpmedel består nästan alltid av ett antal olika delar som tillsammans bildar ett system. Vissa delar i systemet, t ex processorn och minnesenheterna, är oftast standardprodukter, andra delar, t ex in- och utmatningsenheterna, kan vara helt eller delvis utformade med tanke på en viss funktionsnedsättning och programmen i sin tur kan vara rena standardprodukter, t ex ett ordbehandlingsprogram eller ett specialprogram för att träna eller kompensera en funktion hos användaren. Datorprogram som hjälpmedel har också en helt annan karaktär än vanliga produkter/hjälpmedel.

Problemen med datorer som handikaphjälpmedel kompliceras ytterligare av den snabba tekniska utvecklingen. Ett exempel är texttelefoner för döva. För några år sedan kunde texttelefonerna ses som specialhjälpmedel för handikappade. I dag finns det persondatorer på öppna marknaden med i princip texttelefonens funktioner och till billigare pris. En komplikation är oklarheten kring äganderätten av ordinerade texttelefoner. Formellt ägs telefoner som levererats av televerket av den enskilde medan andra hjälpmedel formellt ägs av huvudmannen.

Ovan har exemplifierats ett antal problem med datorhjälpmedel i förhållande till det befintliga försörjningssystemet för hjälpmedel. Å ena sidan är det uppenbart att det nuvarande systemet inte täcker de krav som datorhjälpmedlen ställer, å andra sidan är erfarenheterna av datorhjälpmedlen begränsade samtidigt som den tekniska utvecklingen går mycket snabbt. Det är således svårt att f.n. exakt formulera vilka krav som ska ställas på försörjningssystemet. Dock kan sägas att kompetens på området måste byggas upp inom hjälpmedelsverksamheten, att nya arbetsmetoder måste utvecklas och att bättre samverkansformer mellan olika ansvariga och över handikappgränserna måste tillskapas.

Betydelsefullt för att kunna utveckla försörjningssystemet är uppbyggnaden av de "resursenheter" som nu pågår på 4-5 platser i landet. Med lokal samverkan mellan landsting och skola och mellan olika handikappspecialiteter och med stöd från bl a handikappinstitutet ska dessa enheter utveckla kompetens inom området. De kan sedan med sin djupa erfarenhet understödja verksamheten inom hela landet genom medverkan i utbildning och information, konsultverksamhet, FoU, osv.

3.4.7 Eftersatta produktområden och behovsgrupper

Vissa produktområden och behovsområden är eftersatta i hjälpmedelssammanhang antingen så att de inte fungerar bra trots att de formellt är inordnade i försörjningssystemet eller så att de ligger helt utanför systemet. Kortfattat kommer här att beröras följande eftersatta områden:

Hjälpmedel för förståndshandikappade

Hjälpmedel för dövblinda och andra flerhandikappade samt hjälpmedel för tal-, röst- och språkskadade

Kostnadsfria förbrukningsartiklar

Hjälpmedel som även används av anhöriga och vårdare

Fritidshjälpmedel

3.4.7.1 Hjälpmedel för förståndshandikappade

Formellt har hjälpmedel för förståndshandikappade sedan länge varit inordnade i försörjningssystemet. Detta har gällt både specifika hjälpmedel för förståndshandikappade och hjälpmedel för förståndshandikappade med tilläggs-handikapp, t ex rullstolar.

I praktiken fungerar dock hjälpmedelsförsörjningen ofta dåligt för förståndshandikappade. Delvis kan detta förklaras av att andra eftersatta och mera primära omvårdnadsfrågor hittills stått i förgrunden för denna grupp.

Bättre kunskaper om hjälpmedel inom omsorgsverksamheten liksom bättre kunskap vid ordinarie hjälpmedelsenheter om förståndshandikappades särskilda krav på hjälpmedel är därför en angelägen målsättning. Ett möjligt första steg i denna riktning kunde vara att vid någon omsorgsinstitution inom varje landsting bygga upp en mera "koncentrerad" resurs för hjälpmedelsfrågorna för förståndshandikappade. Denna kunde då fungera som konsult åt övriga enheter och som kontaktlänk till andra hjälpmedelsenheter.

3.4.7.2 Hjälpmedel för dövblinda och andra flerhandikappade samt hjälpmedel för tal- röst- och språkskadade

Generellt för dessa grupper kan sägas att kunskapen om behov av hjälpmedel och om hjälpmedelsmöjligheter är otillräcklig. Den organisatoriska uppdelningen på syn-, hör- och hjälpmedelscentraler medför också att det saknas ett övergripande ansvar för hjälpmedelsförsörjning för var och en av dessa grupper.

Den nya datortekniken innebär att det kommer att finnas allt fler produkter/hjälpmedel som kan kompensera funktionsnedsättningar för dessa grupper. För att produkterna/hjälpmedlen ska bli tillgängliga krävs en ökad kompetens vad

gäller dessa gruppers hjälpmedelsbehov och de tekniska möjligheterna att tillgodose behoven. Tidigare nämnda resurscentra för datorhjälpmedel får här en viktig funktion.

3.4.7.3 Kostnadsfria förbrukningsartiklar

De indikationer (diagnoser) som berättigar till kostnadsfria förbrukningsartiklar anges i kungörelsen om kostnadsfria förbrukningsartiklar vid sjukdom (SFS 1981:354). I socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 1982:10) anges de typer av artiklar som ska tillhandahållas kostnadsfritt. Handikappinstitutet fastställer sedan på socialstyrelsens uppdrag sortiment i en särskild förteckning.

De problem som finns är dels försörjningen av förbrukningsartiklar till diagnosgrupper som idag inte omfattas av kungörelsen men som ur många andra aspekter är likvärdiga med de i kungörelsen dels försörjningen av förbrukningsartiklar till diagnosgrupperna i kungörelsen men där artiklarna inte finns upptagna i föreskrifterna. Handikappinstitutet har gjort en särskild "Utredning om tillhandahållande av förbrukningsartiklar, Marti Parker juli 1984", där bl a förbrukningsartiklar som inte omfattas av försörjningssystemet listats. Utredningen gjordes på anmodan av socialstyrelsen och socialdepartementet har fått den för kännedom.

3.4.7.4 Hjälpmedel som även används av anhöriga och vårdare

Vissa hjälpmedel används även av anhöriga och vårdare i omvårdnaden av den handikappade. Det kan gälla t ex lyftar, sängar och utomhusrullstolar. Sådana hjälpmedel ska naturligtvis i första hand vara bekväma och lätthanterliga för den handikappade men tilläggskrav med hänsyn till vårdarfunktionen kan förekomma. Krav på utförande för hemmiljö står ibland i konflikt med arbetsmiljökrav. Gränsdragningsfrågor kommun - landsting kan uppkomma vad gäller kostnaderna för hjälpmedlen. Trenden mot hemsjukvård och längre kvarboende hemma vid hög ålder accentuerar problemen.

Det är angeläget att betrakta alla hjälpmedel i hemmet hos den handikappade som i första hand den handikappades hjälpmedel. Ett bibehållet inflytande för den handikappade på hjälpmedel som används även av anhöriga och vårdare är således viktigt. Det är också orationellt att såsom på några håll skett dela in hjälpmedlen i vårdarhjälpmedel och handikapphjälpmedel, där samma produkt ibland klassas som vårdarhjälpmedel, ibland som handikapphjälpmedel och där vårdarhjälpmedlen ibland tillhandahålls annan väg än handikapphjälpmedlen. Finansierings- och andra gränsdragningsproblem måste kunna lösas på bättre sätt.

3.4.7.5 Fritidshjälpmedel

Hjälpmedel speciellt avsedda för fritidssysselsättningar, sport, idrott, etc., omfattas inte av nuvarande försörjningssystem.

Exempel på hjälpmedel inom detta område som på olika sätt varit aktuella under senare år är ridramper och specialsaddlar, pulka-ski-cart, tennisrullstolar, kryck-skidor, motordrivet terrängfordon och lyft till segelbåt.

När nuvarande försörjningssystem infördes i slutet av 1960-talet var avgränsningen av fritidshjälpmedel relativt okontroversiell. Den allmänna samhällsutvecklingen med ökad fritid, ökade fritidssysselsättningar och ökat fritidsboende har gjort gränsen svårare och mer tveksam att uppehålla. Inte minst står det numera klart att aktiva fritidssysselsättningar kan vara mycket väsentliga ur rehabiliteringssynpunkt.

3.5 Något om kostnadsutvecklingen på hjälpmedelsområdet

Huvudmännens inköpskostnader för hjälpmedel har under den senaste 10-årsperioden, räknat i fasta priser, har i stort sett fördubblats. Huvuddelen av dessa hjälpmedelskostnader avser vanliga specialhjälpmedel för traditionella handikappgrupper. En fortsatt realökning kan, utan andra förändringar av försörjningssystemet, förväntas till följd av bättre teknik och andra kvalitetshöjningar i hjälpmedelsverksamheten, den ökande andelen äldre i befolkningen, ökad satsning på hemsjukvård etc.

Vad gäller kostnadsökningar till följd av att nya eller tidigare eftersatta behovsgrupper uppmärksammas eller att helt ny teknik eller helt nya hjälpmedel introduceras kan nedanstående kommentarer lämnas.

De ojämförligt största kostnadsökningarna kan förväntas inom området datorhjälpmedel. Om man till det området räknar helt datorbaserade specialhjälpmedel, vanliga persondatorer och program till dessa samt specialanpassade program och kringutrustningar till datorer kan en ökning av de årliga inköpskostnaderna i storleksordningen 100 miljoner kronor lätt förutses bl a med tanke på den snabba utveckling som sker inom detta område. Det bör framhållas att datorbaserade hjälpmedel redan för närvarande ordinerar i inte obetydlig omfattning inte minst i skolsituationen.

Den enligt listningen i bilaga 1 närmast mest kostnadsexpansiva gruppen är, naturligt nog, vanliga konsumentvaror som samtidigt är bra hjälpmedel. Varje sifferangivelse blir här helt beroende av vilka "ordinationskriterier" som, underförstått, förutsätts, men kostnadsökningar på flera 10-tals miljoner kronor är lätta att förutse.

För medicinska hjälpmedel och behandlingshjälpmedel är själva hjälpmedlet en integrerad del i övrig medicinsk behandling. Även om dessa hjälpmedel i många fall f n inte

belastar "hjälpmedelsbudgeten" torde huvudmännen ofta ändå tillhandahålla dem och stå för kostnaden för dem. Härtill kommer att dessa hjälpmedel ofta ersätter annan medicinsk behandling.

Vad gäller nya eller tidigare eftersatta behovsgrupper blir utvecklingen av hjälpmedelskostnaderna beroende av hur rehabiliteringsinsatserna i övrigt utvecklas. Väsentligt bättre rehabiliteringsinsatser för t ex förståndshandikappade och talskadade kan således medföra väsentligt ökade hjälpmedelskostnader, även om dessa torde förbli relativt små i förhållande både till övriga omvårdnadskostnader och till hjälpmedelskostnaderna i sin helhet.

Vad gäller nya behovsgrupper och produkttyper inom området kostnadsfria förbrukningsartiklar samt området fritids-hjälpmedel är kostnadsutvecklingen helt beroende av politiska ställningstaganden.

Det förtjänar slutligen framhållas att hjälpmedelskostnaderna och hjälpmedelsåtgärderna ej bör ses separat och isolerade från övriga rehabiliterings- och omvårdnadsåtgärder. De rehabiliteringsmöjligheter som t ex datorhjälpmedlen medför kan i många fall innebära att unga, svårt handikappade får helt andra möjligheter i livet än vad som tidigare kunnat erbjudas dem. Det kan gälla t ex möjligheterna att följa undervisningen i skolan och att sedan kunna sköta kvalificerade yrkesarbeten. De övriga resurser som krävs för en sådan rehabilitering liksom de vinster som uppstår i form av både bättre livskvalité och av egna försörjningsmöjligheter överskuggar helt den isolerade kostnaden för ett datorinköp. Det är därför av största vikt med ett försörjningssystem för hjälpmedel som är så flexibelt att det inte, t ex till följd av en separat, maximerad hjälpmedelsbudget, sätter hinder i vägen för denna typ av åtgärder.

4. SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

De flesta "vanliga" hjälpmedel kommer att finnas kvar och efterhand förbättras som en följd av nya material och bättre konstruktioner och design. Det innebär bättre funktion och mer tilltalande utseende.

Helt nya typer av hjälpmedel kommer fram främst som resultat av datateknikens utveckling och tillämpning. Dels blir persondatorn i sig med lämpliga programvaror ett viktigt hjälpmedel, dels kommer nya datoriserade produkter fram, till exempel läsmaskin för synskadade och kommunikationshjälpmedel för tal- och språkhandikappade.

Kombinationer av hjälpmedel kommer att bli vanligare. Det gäller t ex hjälpmedel för förflyttning - kommunikation - omgivningskontroll. Hjälpmedel som ingår i större system, t ex för text- och bildkommunikation blir också vanligare. Det kan vara datorkonferenser, databaser, dagstidningar för synskadade eller bildtelefon. Utvecklingen för denna senare typ av hjälpmedel beror på den generella utvecklingen i samhället av olika informationssystem. Nya informations- och kommunikationsmöjligheter kan om de blir tillgängliga för handikappade innebära en väsentligt förbättrad livssituation för många, både i skolan, i arbetslivet och på fritiden.

Ett område som säkert kommer att utvecklas men där riktningen är svårare att ange är hjälpmedel som grundar sig på medicintekniska framsteg. Det kan vara produkter som ingår i en behandling men också hjälpmedel för mer permanenta funktionsnedsättningar. Till exempel kan medicinska och tekniska framsteg ge ökade möjligheter till neurologisk

stimulering, både för att ge sinnesintryck som i cochleära implantat och för att skapa muskelaktivitet som i de försök med funktionell elektrisk stimulering (FES) som pågår i flera länder.

Sammanfattningsvis kan sägas att det kommer att finnas allt fler produkter/hjälpmedel, såväl standardprodukter som speciella handikaphjälpmedel, av väsentlig betydelse för att kompensera funktionsnedsättningar.

Vår uppfattning är också att försörjningssystemets utformning har en avgörande betydelse för företagens intresse av produktutveckling inom hjälpmedelsområdet.

Om de nya hjälpmedel som tekniken ger möjlighet till ska bli tillgängliga för handikappade krävs en kraftig kompetensuppbyggnad på de nya teknikområdena inom hjälpmedelsverksamheten. Det krävs också en mycket större flexibilitet i hjälpmedelsförsörjningssystemet när det gäller att kunna ta sig an nya typer av hjälpmedel.

Beträffande nuvarande försörjningssystem bedömer vi att det ur administrativ/organisatorisk synpunkt fungerar bra för specifika handikaphjälpmedel för traditionella handikappgrupper. Här finns också en relativt väl utbyggd kompetens inom sjukvården för utprovning och ordination av hjälpmedlen.

Problemen återfinns främst i gränsområdena till nuvarande försörjningssystem för hjälpmedel och kan sammanfattas i följande punkter:

För enkla, specifika handikaphjälpmedel behövs kompletterande distributionsvägar vid sidan om sjukvårdens rehabiliteringsenheter. Bättre åtkomlighet, större total marknad, bättre underlag för produktutveckling bör på så sätt kunna uppnås.

För vanliga konsumentprodukter som samtidigt är viktiga hjälpmedel måste samhällets policy vad gäller såväl avgiftsfrihet och finansiering som distribution via sjukvården ses över och förtydligas. Det är därvid viktigt att observera att vissa av dessa hjälpmedel är mer direkt funktionskompenserande än andra.

För hjälpmedel med stark medicinsk anknytning bör tillhandahållande och finansiering samordnas med den rent medicinska behandlingen samt kostnadsansvaret klarläggas. För s.k. kostnadsfria förbrukningsartiklar finns ett antal behovsgrupper och produktgrupper som ej täcks av nuvarande bidragsbestämmelser.

För hittills i hjälpmedelssammanhang eftersatta behovsgrupper t ex förståndshandikappade, flerhandikappade, tal-, röst- och språkhandikappade samt dövblinda behöver nuvarande försörjningssystem utvecklas så att dessa grupper får en naturlig plats i hjälpmedelsförsörjningen. Det behövs också ökad kompetens inom försörjningssystemet.

Datorbaserade hjälpmedel ställer krav på ökad kompetens inom hjälpmedelsverksamheten. Kunskaper om behov av och möjligheter till individuella anpassningar är nödvändigt. Utvecklingen inom området är snabb. Betydelsefullt för att kunna utveckla försörjningssystemet är uppbyggnaden av de "resursenheter" som nu pågår. Personalresurser och kompetens är enligt vår uppfattning i större utsträckning än ekonomiska begränsningar avgörande för hur möjligheterna kommer att kunna tas tillvara.

Inför fortsatta diskussioner om försörjningssystem för olika hjälpmedel och om finansieringsfrågor vill institutet också framföra vissa principiella synpunkter på nuvarande försörjningssystem.

Det vanligaste sättet att definiera och avgränsa den hjälpmedelsverksamhet som hälso- och sjukvårdshuvudmännen svarar för är att utgå från, dels om en produkt utgår kostnadsfritt för användaren, dels om kostnaden för produkten/hjälpmedlet anses kunna räknas in i beräkningsunderlaget för hjälpmedelsersättningen från staten till huvudmännen. Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning är den centrala rekommendationen om kostnadsfria hjälpmedel.

Frågor om "förnyelse" av hjälpmedelsområdet ses med ovanstående sätt att definiera området ofta inte i sammanhang

med andra rehabiliterings- och omvårdnadsfrågor. I ett längre tidsperspektiv riskerar ett sådant system att bli dåligt anpassat till en i övrigt förändrad verksamhet.

Ett angränsande problem är det samband som oftast i praktiken finns mellan klassningen av en produkt som kostnadsfritt hjälpmedel och sättet i övrigt att tillhandahålla produkten. Klassningen som kostnadsfritt hjälpmedel innebär vanligen att den också kommer att utprovas, ordineras, inköpas, lagerhållas och distribueras via sjukvårdens hjälpmedelsorganisation. En utebliven klassning som kostnadsfritt hjälpmedel innebär vanligen att produkten, oavsett sin rehabiliterande funktion, inte alls kommer att användas i sjukvårdens rehabiliteringsarbete. På samma sätt är de privata företag som tillverkar och marknadsför hjälpmedel helt inriktade på att produkter kan klassas som hjälpmedel.

De angivna sambanden, dels mellan finansieringsform och klassning av en produkt som hjälpmedel, dels mellan klassningen som hjälpmedel och distributionsform medför flera påtagliga nackdelar. Många av de problem som med nuvarande försörjningssystem som behandlats under avsnitten 3.4.1 - 3.4.7 ovan kan således på ett eller annat sätt återföras till dessa principiella frågor.

Institutet anser det för framtiden angeläget att samhällets åtaganden att prova ut och tillhandahålla liksom brukarens rättigheter att kostnadsfritt erhålla produkter/hjälpmedel i större utsträckning avgörs utifrån behov och angelägenhetsgrad i det individuella fallet än utifrån fasta, helt styrande produktlistor.

Bilaga 1

BEFINTLIGA PRODUKTER/HJÄLPMEDEL EJ INORDNADE I FÖRSÖRJNINGSSYSTEMET

Läsanvisning till produktlistorna

Syftet med listorna är att ge en bild av aktuella ärenden och frågeställningar med anknytning till försörjningssystemet samt att ge konkreta illustrationer till de problemdiskussioner som förs i avsnitt 3 i PM:an.

Listorna upptar befintliga produkter/hjälpmedel som av något skäl aktualiserats eller skulle kunna aktualiseras för att inordnas i försörjningssystemet. De produkter som tas upp är såväl standardprodukter som speciella handikapp-hjälpmedel. För vissa av produkterna föreligger centrala rekommendationer samtidigt som det är uppenbart att övriga delar av försörjningssystemet i flera avseenden fungerar otillfredsställande. För vissa produkter som inte rekommenderats centralt kan å andra sidan förekomma att vissa huvudmän ändå tillhandahåller dem som kostnadsfria hjälpmedel.

I tabellen i högerkolumnen anges för varje hjälpmedel "Beräknad efterfrågan under en 5-årsperiod". Beräkningen är självfallet mycket grov och den är endast avsedd att ge en indikation om storleksordningen på efterfrågan. Denna är beroende av ett antal osäkra faktorer, t ex hur stor del av en teoretisk behovsgrupp som verkligen "vill ha" hjälpmedlet, hur information, marknadsföring, distribution etc sker till utprovare och ordinatorer och från dessa till konsumenterna samt inte minst av politiska beslut.

BEFINTLIGA PRODUKTER/HJÄLPMEDEL EJ INORDNADE I FÖRSÖRJNINGSSYSTEMET

Handikappgrupp: **Synskadade och dövblinda**

Behovsgrupp	Produkt/hjälpmedel	Beräknad efterfrågan under en 5-årsperiod
Gravt synskadade och dövblinda	Versa Braille (Portabelt datorsystem med punktskriftsdisplay)	1.000
	Elektronisk punktskriftsmaskin (typ Index) (Skrivare till dator och/eller fristående textbehandlingssystem)	500
	Talsyntes (Syntetiskt tal för "avläsning" av t.ex. datorers bildskärm)	200
	Ultraljudsglasögon	100
Gravt synskadade	Programvara som kan "koppla ihop" en vanlig dator med Versa Braille	200
Dövblinda	Mikrovågsugn	500
Synsvaga	Bildskärm med system för förstorad text som kan anslutas till vissa persondatorer	1.000
	Programvara som ger förstorad text (typ Alfa-text)	500

BEFINTLIGA PRODUKTER/HJÄLPMEDEL EJ INORDNADE I FÖRSÖRJNINGSSYSTEMET

Hand ikappgrupp: Hörselskadade och döva

Behovsgrupp	Produkt/hjälpmedel	Beräknad efterfrågan under en 5-årsperiod
Barndomsdöva samt vuxendöva med teckenspråk	Videobandspelare	3.000
Barndomsdöva och vuxendöva	Text-TV-tillsats	5.000
Hörselskadade med svår hörselnedsättning	Text-TV-tillsats	10.000
Vuxendöva helt utan hörselrester men med svenska språket bevarat i minnet	Enkanals, alt. flerkanalsimplantat	100
"Kärnfamiljen" kring texttelefonanvändare	Texttelefon/persondator	1.000
Hörselskadade med måttlig hörselnedsättning	Bastelefon. Diavox II (har inbyggd förstärkare)	30.000
	Bastelefon. Diavox II med T-lur (för koppling till hörapparat)	50.000
Personer med besvärande öronsus (tinnitus)	Tinnitusmaskerare (alt. Freestyle-apparater med inspelat brus)	2.000
Skolbarn som är hörselskadade/döva	Polycom (som närkommunikationshjälpmedel)	500
Personer med benledningshörapparat som ej tål öroninsatser	Benförankrad hörapparat	2.000

BEFINTLIGA PRODUKTER/HJÄLPMEDEL EJ INORDNADE I FÖRSÖRJNINGSSYSTEMET

Handikappgrupp: Tal- språk- och kommunikationshandikappade		
Behovsgrupp	Produkt/hjälpmedel	Beräknad efterfrågan under en 5-årsperiod
Talhandikappade med motorisk skada samt ev stammare	Talsyntesutrustningar: Blisstalk All Talk Multitalk Claudius Ove III - kort/låda	500
Se ovan samt talhandikapp på grund av afasi eller förståndshandikapp	Telefoneringshjälpmedel Nummerslagare/nummersvarare. Fick- och portföljdatorer	2.000
	Polycom (som närkommunikationshjälpmedel)	200
Talhandikapp på grund av laryngektomi el dyl	Luftfuktare Talventil Stomaskydd	10.000
Stammare	DAF-talapparat	100
Talhandikappade	Tal tolktjänst	

BEFINTLIGA PRODUKTER/ HJÄLPMEDEL EJ INORDNADE I FÖRSÖRJNINGSSYSTEMET

Handikappgrupp: Förståndshandikappade

Beräknad efterfrågan under en 5-årsperiod

Behovsgrupp	Produkt/hjälpmedel	
Gravt flerhandikappade barn och vuxna på tidig utvecklingsnivå	Lilli Nielsen-hjälpmedel Lilla rummet Stödbänken Bankramarna Pusten Ljudboxen	2.000
Lindrigt förståndshandikappade med dålig motorik	Radiostyrd cykelbroms och fjädrande stödhjul	500
Lindrigt och måttligt förståndshandikappade	Anpassningsskiva till automatisk nummer-slagare	5.000
	Andra telefoneringshjälpmedel	5.000
	Personsökare	5.000
	Fickminne	5.000
Måttligt och gravt utvecklingsstörda	Alarmsystem	5.000
Gravt flerhandikappade som inte kan tugga	Matberedningsmaskin	2.000
Gravt flerhandikappade samt lindrigt och måttligt förståndshandikappade	Beröringsplatta/touchkontakt	5.000
Gravt utvecklingsstörda/flerhandikappade	Dagbädd	2.000
	Vårdaraggregat till eldriven rullstol	1.000
	Programvara	

BEFINTLIGA PRODUKTER/HJÄLPMEDEL EJ INORDNADE I FÖRSÖRJNINGSSYSTEMET

Hand ikappgrupp: Rörelsehindrade		
Behovsgrupp	Produkt/hjälpmedel	Beräknad efterfrågan under en 5-årsperiod
Svårt rörelsehindrade	Personvändare, elektrisk	2.000
	Sängvagga	2.000
	Lyft- och vändmadrass	2.000
	Patientvagga	2.000
	Sladdlös telefon	10.000
	Högtalande telefon	10.000
	Automatisk nummersändare	10.000
	Telefonlurshållare	10.000
Rörelsehindrade	Persondator samt modem för datakommunikation över telenätet	
	Programvara	

BEFINTLIGA PRODUKTER/HJÄLPMEDEL EJ INORDNADE I FÖRSÖRJNINGSSYSTEMET

Handikappgrupp: Medicinskt handikappade

Behovsgrupp	Produkt/hjälpmedel	Beräknad efter frågan under en 5-årsperiod
Cirkulationsrubbingar	Kompressionsutrustning	2.000
Cystisk fibros	Nebulisator	200
Diabetes	Insulinpump	2.000
	Blodsockermätare	2.000
Inkontinens	Enureslarm	2.000
Lungsjukdomar	Oxygenanrikare	500
	Respirator	200
Njurinsufficiens	Dialysutrustning	1.000
Allergi/Astma	Stoma-skydd	500
Allergi/Astma/ Lungsjukdomar m.fl.	Luftrenare	2.000
	Luftfuktare	2.000

BEFINTLIGA PRODUKTER/HJÄLPMEDEL EJ INORDNADE I FÖRSÖRJNINGSSYSTEMET

Handikappgrupp: Nya behovsgrupper för kostnadsfria förbrukningsartiklar

Behovsgrupp	Produkt/hjälpmedel
Allergi	Bomullsvantar Plasthandskar (engångs) Tubgas, gasbindor, annat förband Hudskyddsmedel Sprutor och kanyler
Andningsbesvär	Artiklar till respiratorer - " - slemsug - " - inhalator - " - luftrenare - " - oxygenbehandling
Blodsjukdom	Sprutor och kanyler
Blödarsjuka	Förbandsmaterial Blodstillande medel Lakansskydd Infusionsmaterial Kylpåsar
Cirkulations- rubbningar	Stödstrumpor Andningsmask
Cystisk fibros	Artiklar till inhalator
Diabetes	Artiklar till insulinpumpar Spray för hudinfektion

Handikappgrupp: Nya behovsgrupper för kostnadsfria förbrukningsartiklar

Behovsgrupp	Produkt/hjälpmedel
Inkontinens	Hudskyddsmedel Avfallspåsar för blöjor Engångshandskar för plockning Kompresser vid anal inkontinens Madrasskydd Tvättlappar Enuresmattor Bäcken
Laryngektomerade	Artiklar till sug och inhalator Stomaskydd Förbandsmaterial Sterila kompresser Kirurgtejp Topz Pappersnäsdukar
Njurinsufficiens	Artiklar till dialysapparater - " - CAPD-påsdialys Hygienartiklar
Nutritions- rubbningar	Speciallivsmedel Sondnäring med tillbehör
Psoriasis	Spatlar Gasbindor, tubgas, bomullsvantar Annat förbandsmaterial Hudvårdsmedel (t ex mjukgörande medel)

Handikappgrupp: Nya behovsgrupper för kostnadsfria förbrukningsartiklar

Behovsgrupp	Produkt/hjälpmedel
Smärtsymtom	Epidural kateter Elektroder och batterier till elstimulatorer
Stomiopererade	Inkontinensartiklar Avfallspåsar Plastdialator
Tillväxthormonbrist	Injektionsmaterial
Ögonsjukdomar	Urglasförband Ögonlapp vid skelningsbehandling för barn Kirurgisk tejp
Övrigt	Näringspreparat och artiklar som behövs vid tillförsel Dosett Saliversättningsmedel
(Graviditet)	Bäckengördel Stöd- eller kompressionsstrumpor Injektionsmaterial
(Hemsjukvård)	Förband Haklapp Madrasskydd Duoderm el likn för sårbehandling Artiklar för decubitus profylax Artiklar som används av vårdaren

Bilaga 2

PRODUKTER UNDER UTVECKLING

Bilagan innehåller produkter under utveckling som vi känner till. Den är inte heltäckande för alla hjälpmedelsområden men vi har försökt få med de mest intressanta hjälpmedlen för de närmaste åren. Av naturliga skäl omfattar den huvudsakligen svenska produkter. De flesta uppgifterna är hämtade från respektive företag. Det är därför företagens egen bedömning om tidpunkt för färdig produkt som anges. Vi gör dock ibland en annan bedömning och tror att flera produkter kommer att ta längre tid att utveckla. Eftersom företagens uppgifter är känsliga ur konkurrenssynpunkt har vi reducerat informationen så att produkter och företag inte skall gå att identifiera.

Behovsgrupp	Hjälpmedels- typ	I produktion enl företaget år	Kostnadsklass pris/styck			Kommentar
			<1 kkr	1-10	10-100	
Synskadade och rörelsehindrade i skola och arbetsliv	TUFFA- translator	1989			X	Ger tillgänglighet till datorer.
Gravt synskadade	RATS- mottagare	1989/90			X	Mottagare av dagstidningar.
Gravt synskadade	Läsmaskin	1988 - 1990			X	Generellt läshjälpmedel med syntetiskt tal. Ersätter i viss mån inläsningstjänst.
Dövblinda	Varseblivnings- hjälpmedel	1988		X		Ersätter delvis befintliga varseblivnings- system i hemmet.
Synskadade	Lupp med inbyggd belysning	1988	X			Ersätter delvis befintliga förstörings- hjälpmedel.
Synskadade dövblinda	Taktill kompass	1989		X		Nytt hjälpmedel för orientering utomhus.

HANDIKAPPGRUPP: Hörselskadade och döva

Behovsgrupp	Hjälpmedels- typ	I produktion enl företaget år	Kostnadsklass pris/styck <1 kkr 1-10 10-100 >100	Kommentar
förselskadade	Programmerbar hörapparat	1989	x	Programmerbar hörapparat kan komma att ersätta ett antal hörapparater av standardtyp. Programme- ringsutrustning erfordras dock liksom utbildning av personal.
döva/gravt hörsel- skadade	Lokalt person- sökarsystem	1988	x	Vibrerande mottagare med 4 olika koder för t ex telefon, dörr, brandlarm, porttelefon. Avsedd för personer med synskada.
"	Personsökare	Tidigast 1990	x	Stort behov av utrustning för varseblivning av flyglarm mm finnes. Det borde vara fullt möjligt utnyttja befintligt rikstäckande personsökarsystem och göra gruppanrop via länssalarmeringscentral. Projekt pågår.
förselskadade	Bastelefon	1988	x	Som standard utrustad med lurförstärkare och tele- spole för extra kraftigt magnetfält. Ersätter nuvarande produkter på hjälpmedelsförteckningen.
"	Digitala hörapparater	1989-90	x	Ger bättre ljudåtergivning än nuvarande produkter. Import.
döva/gravt förselskadade	Taktila hjälpmedel	1989	x	För överföring av talsignaler via känslsinnet. Import.
luxendöva	Snabbskrift- system	1988	x	För snabbtolkning av tal till vuxendöva. Import.

Behovsgrupp	Hjälpmedels- typ	I produktion enl företaget år	Kostnadsklass pris/styck <1 kkr 1-10 10-100 >100	Kommentar
Afatiker	Afasiträ- ningsutrust- ning (Bas- dator + trä- ningsenheter)	1988	x	
"	Afasi kommu- nikationshj. medel		x	
	Programvara f. lexikal pre- diktion			Flera behovsgrupper
	Programvara och utrustning för kommunika- tionsträning, språk-, be- grepps-, läs- skrivträning	1988-		Flera behovsgrupper, flera program
Personer med svag röst	Telefonerings- lur med för- stärkning för Diavox			
	Nummerslagare - (alt. högtä- lande tele- fon med auto- mat. nummer- slagning			

HANDIKAPPGRUPP:

Personer med tal-, röst- och språkhandikapp

Behovsgrupp	Hjälpmedels- typ	I produktion enl företaget år	Kostnadsklass pris/styck <1 kkr 1-10 10-100 >100	Kommentar
Stämmare	Hjm vid stam- ning	1988/89		Import
Talhandik. och rö- relsehindrade barn, barn med försenad tal- o. språkutveck- ling	Kommunikations- tavlor f barn			
Svag röst	Talförstärkare			
Icke-talande gravt rörelse- hindrade	Ögonpekings- utrustning	1989	x	Import

Behovsgrupp	Hjälpmedels- typ	I produktion enl företaget år	Kostnadsklass pris/styck			Kommentar
			<1 kkr	1-10	10-100	>100
Talhandikappade personer som kom- municerar med Bliss	Datoriserade skrivsystem för Blisskommuni- kation	1988		x		
"	Talande Bliss- bord	1987		x		
Dysartri/anartri	Portabel tal- syntes	1987		x		
Dysartri/anartri Barn m. försenad tal- o språkut- veckling	Utrustning med digitalt lag- rat tal	1988		x		Import
Dysartri/anartri	Flerfunktions- system m tele- foneringsmöjl. och inbyggt syntetiskt tal	1988/89		x		
Dysartri/anartri	Datorbaserade skrivsystem - stationära - portabla			x		Flera
	Datormötesys- tem		x			Ex.vis KOM, Permobas
	Modem		x			Flera

HANDIKAPPGRUPP: Förståndshandikappade

Behovsgrupp	Hjälpmedels- typ	I produktion enl företaget år	Kostnadsklass pris/styck				Kommentar
			<1 kkr	1-10	10-100	>100	
Gravt flerhandikappade vuxna	Kombination av rullstol, lyft och sitthjälpmedel	1988			x		Stolen är en vårdstol som underlättar för gravt handikappade att bo kvar hemma. Avsedd både för och institutionsvård.
Gravt flerhandikappade barn	Måltids-hjälpmedel	1988					Måltidshjälpmedlen består av bestick för matning och "äta-själv"-bruk och dryckeskärl
Gravt flerhandikappade barn och vuxna.	Engångs-haklappar	1990	x	x			Avsedd för såväl institutions- som hemmaboende. Kvalitet än befintliga produkter.
Förståndshandikappade och rörelsehindrade barn	Kommunikations-hjälpmedel	1988	x				Avsett framför allt för barn i förskoleålder.
Gravt flerhandikappade barn och ungdomar	-Transportrullstol	1990		x			
Gravt flerhandikappade barn och vuxna	Tallrik för varmhållning	1988	x				Speciellt värdefull för vård i hemmet men även institutionsvård

HANDIKAPPGRUPP: Rörelsehindrade ADL-hjälpmedel

Behovsgrupp	Hjälpmedels- typ	I produktion enl företaget år	Kostnadsklass pris/styck <1 kkr 1-10 10-100 >100	Kommentar
Reumatiker tetraplegiker m fl	- Bestickknivar	1988	X	Ersätter delvis befintliga hjälpmedel Ersätter delvis personlig hjälp.
Senildementa ev. även barn	- Sked och mugg för dosmatning	1989	X	Underlättar matning. Hjälpmedel kommer troligen främst att anv. inom sjukvår- den el. bostadsenheter för senildemen- ta i primärvården.
Personer med starkt nedsatt handfunktion	- Trasurvri- dare	1988	X	Helt nytt hjälpmedel.
- "-	- Griptänger	1988-89	X	Ersätter delvis befintliga hjälpmedel
Äldre personer m. nedsatt hand- funktion	- Kok- och stekkär- l	1988-89	X	Öppen handel. Funktionell formgivning underlättar matlagning
- "-	- Städredskap	1990	X	" " Underlättar städning Minskad hemhjälp?
Äldre, personer m. måttligt ned- satt armbens- funktion	- Gång- och avlastnings- bord	1990	X	" " Alternativ till rull- bord/inomhusrollator
- "-	- Service- och tran- sportvagn	1988	X	" " Stöd- och avlastnings- vagn. Alternativ till rollator

Behovsgruppe	Hjælpmiddels- typ	I produktion enl foretaget år	Kostnadsklasse pris/styck <1 kkr 1-10 10-100 >100	Kommentar
Kortvæxta	- Hushålls- kærra med trappstege		x	Stød- og avlastningsvagn. Kart- ning påbörjad
-"	- Hopfällbar trappstege		x	
Gravt rørelsehind- rade personer Kortvæxta	- enkla red- skap tvätt- ning och underlivs- hygien	1990	x	Kartläggning påbörjad.
Gravt rørelsehind- rade personer Kortvæxta	- enkla red- skap för tvättning och under- livshygien	1990	x	Kartläggningen påbörjad.
Gravt rørelsehind- rade (muskel- sjuka, reuma- tiker, tet- raplegiker etc.)	- urinflaskor för kvinnor	1989	x	Kartläggning påbörjad
-"	- system av gienhjæl- medel		x	Förflyttningsmoment kombinerat med toa, bad, dusch, kroppstorkning samt av/pålädningsaktiviteter. Kartläggning påbörjad.
Personer med gravt rørelse-	- på/avklæd- hjelmedel	1990	x	Ersætter personlig hjælp underlættar nåtagning av vteoklæden

Behovsgrupp	Hjälpmedelstyp	I produktion enl företaget år	Kostnadsklass pris/styck			Kommentar
			<1 kkr	1-10	10-100	
Rörelsehindrade, som normalt använder manuell eller el- driven rullstol	Fordon för utomhusför- flyttning	1988 - 1989			x	Fordonet har god framkomlighet i kuperad terräng och är närmast avsett för de personer som har att relativt fritt kunna förflytta sig i skog mark. Dessa fordon kan i vissa fall ersätta konventionella utomhusrullstolar.
Rörelsehindrade, som har gångsvårigheter (oftast äldre personer)	Moped	1988 - 1989			x	Fordon avsett för förflyttning i normal lands- och stadstrafik. Denna moped ersätter de mopeder som ordinerats för närvarande.

Behovsgrupp	Hjälpmedelstyp	I produktion enl företaget år	Kostnadsklass pris/styck <1 kkr 1-10 10-100 >100	Kommentar
Gravt rörelsehindrade vuxna	Elrullstol	1989	X	Ersätter delvis befintliga rullstolar. Minskar behovet av personlig hjälp ökar rörelsefriheten
Rörelsehindrade	Rullstolssystem	Successivt redan påbörjat	X	Ersätter till stor del befintliga rullstolar, framförallt manuella. Minskar behovet av individuella anpassningar. Ökar utbildnings behovet på hjälpmedelscentralerna.
Rörelsehindrade vuxna	Rollator	1988	X	Ersätter till stor del befintliga rollatorer. Minskar behovet av personlig hjälp. Ökar rörelsefriheten.
Rörelsehindrade vuxna	Stödkäpp	1989	X	Ersätter delvis befintliga stödkäppar. Underlättar hantering.
Rörelsehindrade vuxna	Stödkäpp	1988	X	Ersätter delvis befintliga stödkäppar. Minskar följdproblem. Ökar rörelsefriheten.
Rörelsehindrade vuxna reumatiker	Kryckkäppar	1988	X	Ersätter delvis befintliga kryckkäppar. Minskar följdproblem. Ökar rörelsefriheten.

HANDIKAPPGRUPP:

Rörelsehindrade barn

Behovsgrupp	Hjälpmedels- typ	I produktion enl företaget år	Kostnadsklass pris/styck				Kommentar
			<1 kkr	1-10	10-100	>100	
Gravt rörelse- hindrade barn	Barn- elrullstol	1988			X		Ersätter delvis befintliga barnelrullstolar. Minskar behovet av personlig hjälp. Ökar barnets rörelsefrihet.
Gravt rörelse- hindrade barn och ungdomar	Barn- elrullstol	1990			X		Ersätter delvis befintliga barnelrullstolar. Minskar behovet av personlig hjälp. Ökar barnets rörelsefrihet. Förebygger medicinska följdproblem.
Rörelsehindrade barn och ungdomar	Manuell rullstol	1988		X			Ersätter delvis befintliga manuella rullstolar Ökar barnets rörelsefrihet. Förebygger medicinska följdproblem
Rörelsehindrade barn med CP- skador	Manuell rullstol	1990		X			Minskar behovet av special-tillverkning på hjälpmedelscentralerna. Ökar barnets rörelsefrihet.
Gravt rörelse- hindrade barn och ungdomar	Transport- rullstol	1990		X			Ersätter delvis vissa transportstolar. Minskar behovet av specialanpassningar på hjälpmedelscentralen
Rörelsehi ndrade barn	Gästöd	1990	X				Möjliggör gång, minskar följdproblem
Rörelsehindrade barn, främst med CP-skador	Gästöd	1988	X				Ersätter delvis andra gåhjälpmedel stimulerar gå- reflexer. Minskar behovet av specialtillverkning på hjälpmedelscentralerna.
Rörelsehindrade barn	Krypvagn	1989	X				Ersätter delvis vissa kryphjälpmedel. Minskar be- hovet av specialtillverkning på hjälpmedelscentra-

Rörelsehindrade barn

Behovsgrupp	Hjälpmedelstyp	I produktion enl företaget år	Kostnadsklass pris/styck			Kommentar
			<1 kkr	1-10	10-100	>100
Rörelsehindrade barn och ungdomar	Mat- och arbetsstol	1988		X		Ersätter delvis vissa stolar. Minskar behovet av specialanpassning på hjälpmedelscentralerna. Förebygger medicinska följdproblem.
Rörelsehindrade barn	Mat- och arbetsstol	1989		X		Ersätter delvis vissa stolar. Minskar behovet av specialanpassning på hjälpmedelscentralerna.

Behovsgrupp	Hjälpmedelstyp	I produktion enl företaget år	Kostnadsklass pris/styck				Kommentar
			<1 kkr	1-10	10-100	>100	
Synsvaga	Förstorande bildsystem	1989			x		För integrering i datorsystem
"	Programvara för förstorad text på bildskärm	1989		x			
Flera	Programvara för utskriftsredigering	1989		x			
Gravt rörelsehindrade	Robotstyrning gripdon	1990			x		
"	Program för robotstyrning	1990					
"	Dokumenthållare	1989		x			För integrering i datorsystem
"	Tangentbord	1990		x			Byggbart, för oregelbundna konfigurationer
"	Joystick	1989		x			IR-anpassad
Gravt synskadade	Styrprogram för talsyntes	1988		x			

Group	Number of people	Percentage of total	Ratio of people	Ratio of people to total
-------	------------------	---------------------	-----------------	--------------------------

Group 1	100	100%	100/1000 = 1/10	1/10
---------	-----	------	-----------------	------

Group 2	200	200%	200/1000 = 1/5	1/5
---------	-----	------	----------------	-----

Group 3	300	300%	300/1000 = 3/10	3/10
---------	-----	------	-----------------	------

Group 4	400	400%	400/1000 = 2/5	2/5
---------	-----	------	----------------	-----

Group 5	500	500%	500/1000 = 1/2	1/2
---------	-----	------	----------------	-----

Group 6	600	600%	600/1000 = 3/5	3/5
---------	-----	------	----------------	-----

Group 7	700	700%	700/1000 = 7/10	7/10
---------	-----	------	-----------------	------

Group 8	800	800%	800/1000 = 4/5	4/5
---------	-----	------	----------------	-----

Group 9	900	900%	900/1000 = 9/10	9/10
---------	-----	------	-----------------	------

BILAGA 10

MEDICINSKA FRAMSTEGENS INVERKAN

PÅ HJÄLPMEDELSBEHOVET

RAPPORT 1988-10-25

SVEN-OLOF BRATTGÅRD

MEDICINSKA FRAMSTEGENS INVERKAN PÅ HJÄLPMEDELSBEHOVEN

1. UPPDRAGET

Inom de medicinska diciplinerna 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. Såväl var för sig som tillsammans öppnar dessa insatser nya livskvaliteter för människor med funktionsnedsättningar. Genom socialpolitiska insatser skapas också bättre förutsättningar för dessa människor att få hjälp att klara sin livsföring. I den här presenterade rapporten - "Medicinska framstegens inverkan på hjälpmedelsbehoven" - analyseras i första hand i vad mån den utveckling som sker inom de medicinska diciplinerna kan förväntas öka eller minska behovet av hjälpmedel i landet. Eftersom det sker en ständig utveckling inom samtliga de tidigare nämnda områdena måste bedömningen av de medicinska framstegens inverkan göras också med hänsyn till den komplexa bild som erbjödes.

Den av regeringen tillsatta hjälpmedelsutredningen har tagit initiativet till den föreliggande studien för att få underlag för sin bedömningen av den framtida utvecklingen inom hjälpmedelssektorn. En utgångspunkt har varit att analysera resultaten av den förväntade utvecklingen inom den närmaste femårsperioden, men också göra en uppskattning av förhållandena under därpå följande lustrum.

2. BEGREPPSBESTÄMNINGAR MED KOMMENTARER

I hjälpmedelsutredningens direktiv konstateras att begreppen "handikapp" och "handikapphjälpmedel" successivt förändrats och vidgats. Någon närmre definition av begreppen gives inte. Det framhålls i direktiven att utredningen bör "granska hjälpmedelsbegreppet utifrån att hjälpmedlen skall kompensera en varaktig funktionsnedsättning". En analys av gränsdragningen mot behandlingshjälpmedel, vårdutrustning, hemutrustning m.m. bör göras som underlag för avgränsning av begreppet "handikapphjälpmedel".

I det underlag från utredningen, som legat till grund för denna rapport, diskuteras också begreppet "handikapphjälpmedel". Där framförs synpunkten

att "med handikapphjälpmedel skall i detta sammanhang förstås produkter alltifrån olika slag av inplantat i människokroppen och hjälpmedel i mera traditionell mening utanför och kring människokroppen. Med handikapphjälpmedel bör vidare förstås sådana produkter/hjälpmedel som kommer till användning i det dagliga livet. Därmed utesluts produkter/hjälpmedel som i första hand är avsedda för undervisning och inom arbetslivet eller har ett mer allmänt, preventivt syfte".

Avgränsningen av begreppet "handikapphjälpmedel" är, som framgår bl a av den gjorda redovisningen, inte entydig. I samband med den undersökning, som redovisas i denna rapport, har en del aspekter särskilt aktualiserats. Inledningsvis krävs därför vissa kommentarer till den avgränsning av begreppet "handikapphjälpmedel", som gjorts i rapporten.

Ordet "handikapphjälpmedel" i vidare betydelse betecknar en teknisk produkt innefattande också de eventuella "program" som styr produkten - som medverkar till att förbättra eller kompensera mer varaktigt nedsatta funktioner hos kroppen, förlusten av kroppsdelar eller som underlättar för den enskilde att leva ett liv på likvärdig nivå med andra.

Enligt det underlag som legat till grund för det aktuella uppdraget framförs synpunkten att "inplantat i människokroppen" skall räknas till "handikapphjälpmedel". En sådan avgränsning har stor betydelse för bedömningen av de medicinska insatsernas inverkan på hjälpmedelsförsörjningen. De kirurgiska ingrepp som syftar till att förankra "främmandekroppselement" inom eller vid kroppen kommer i framtiden att öka högst avsevärt. Det gäller såväl på cirkulationssidan, inom skelettområdet som när det gäller "styrutrustning av muskel/nervfunktioner". Det torde inte vara avsikten att till "handikapphjälpmedel" räkna produkter sådana som hjärtklaffar, ersättningsmaterial för kärl, inplantat av stål- och plastprodukter i samband med skelettkirurgiska (ortopediska), plastikkirurgiska eller odontologiska ingrepp. De produkter som i dessa sammanhang används är i allmänhet kostnadsmässigt också av mindre betydelse i förhållande till operations- och vårdkostnaderna i samband med ingreppet.

Som underlag för diskussion om avgränsningsproblem i detta avseende kan ges följande exempel. Inplantat av höftleder, hjärtklaffar mm brukas i allmänhet inte hänföras till gruppen till "handikapphjälpmedel". Genom de medicinska åtgärder som vidtagits - inkluderande inplantering av kroppsfrämmande del - har i princip funktionsnedsättningen reducerats eller eliminerats. I utvecklingens förlängning kan man räkna med att delar av organ (kroppsdelar) eller hela organ kan komma att ersättas med tillverkade produkter. Det kan ifrågasättas om produkter som är helt inneslutna i kroppen bör klassas som "handikapphjälpmedel". Till dessa produkter kan idag räknas konstgjorda hjärtklaffar, inplanterade leder etc.

Svårare blir avgränsningen när produkten delvis befinner sig utanför kroppen och delvis inne i kroppen. En rationell gränsdragning skulle vara att utgå ifrån de krav som ställs på produkten. I USA har Food and Drug Administration (FDA) särskilda föreskrifter för de produkter som skall inplanteras i kroppen. (Socialstyrelsen håller fast på med utarbetande av motsvarande regler för svenskt vidkommande). Produkter som skall klassas efter dessa regler bör i princip inte vara "handikapphjälpmedel".

Som exempel på komplexa situationer som kan uppkomma även med tillämpningen av dessa regler hörapparater som med fästskruvar (av titan, förankras i skallbenet eller elektroder till muskelstimulatorer som sticks genom huden och fixeras där. De hårdare kraven gäller i dessa fall endast

de delar som hör samman med förankringsanordningarna eller de produkttdelar som går genom huden. Hörapparaten respektive muskelstimulatorn som anslutes till de kroppsfixerade delarna skulle då betraktas som "handikapp- hjälpmedel" under det att den del av utrustningen, som förankras i kroppen, hör under sjukvården.

Med en gränsdragning av det slag som här skisserats skulle man få klarare avgränsning av vad som skall definieras som "handikapphjälpmedel" i dessa sammanhang. I det följande har denna gränsdragning tillämpats.

Genom ökad hemsjukvård och hemtjänst kan många människor bo och få sin vård i hemmet även i samband med akuta terapeutiska insatser. I sådant sammanhang bör begreppet "handikapphjälpmedel" avgränsas så att det avser "hjälpmedel" som behövs för "viss tid" och i "vissa bestämda sammanhang". Hjälpmedel som behövs i samband med terapeutiska (sjukvårdande) åtgärder - t ex i anslutning till operationer eller andra ingrepp och åtgärder - bör ej räknas till handicapphjälpmedel. Om samma eller motsvarande hjälpmedel behövs för att mer "varaktigt bruk", d v s för att kontinuerligt förbättra eller kompensera funktionen bör det dock kunna tillhandahållas som "handikapphjälpmedel". Genom att sjukvårdshuvudmannen svarar såväl för de "sjukvårdande" hjälpmedlen som "handikapphjälpmedlen" borde inga större avgränsningsproblem ur ekonomisk synpunkt behöva uppkomma. I båda fallen tillhandahålles hjälpmedlen som "lån" från sjukvårdshuvudmannen.

Hjälpmedel för undervisning skall enligt de angivna principerna ej räknas till gruppen "handikapphjälpmedel". Hjälpmedel som personligt anpassats och därigenom har blivit ett "individbundet" hjälpmedel bör, enligt mitt sätt att se, hänföras till gruppen "handikapphjälpmedel" under förutsättning att vederbörande även i fortsättningen kommer att ha bruk för det i sitt dagliga liv. Kunskapsinhämtandet avstannar inte med att skolplikten upphör. På motsvarande sätt bör man betrakta gruppen "arbetshjälpmedel". Kommer den enskilde att även i framtiden, t ex för sysselsättning eller hobbyverksamhet, vara i behov av den typ hjälpmedel han fått i samband med en arbetsuppgift bör hjälpmedlet kunna överföras till gruppen "handikapphjälpmedel".

Inom gränsområdet mellan medicin och psykologi - med nära anknytning till pedagogik - finns produkter som kompenserar för nedsatta eller bristande mentala funktioner såsom "begåvning", kommunikation, associationsförmåga, minnesförmåga. Datatekniken öppnar i dessa avseenden möjligheter, som idag kan vara svåra att förutse. När det rör sig om sällsynta funktionsnedsättningar där antalet drabbade individer är litet spelar "hjälpmedelsbehovet" ur ekonomisk synpunkt i stort sett ingen roll, även om det kan vara av mycket stor betydelse för den enskilde. Annorlunda är det med de tekniska produkter som kan komma att användas av de grupper som nu går under beteckningen utvecklingsstörda.

Personer med nedsatt funktionsförmåga kan ur vårdsynpunkt bli tunga. Hjälpmedel som mer kontinuerligt behövs för deras vård och omvårdnad eller som har anpassats till viss individ bör också räknas till gruppen "handikapphjälpmedel". Detta gäller oberoende av om hjälpmedlen behövs inom hemtjänsten eller av anhöriga eller andra som ger omvårdnaden. Sett ur sjukvårdens och socialtjänstens synpunkt är dessa hjälpmedel arbetsredskap, sett ur individens aspekt rör det sig om "handikapphjälp-

medel" som kompenserar funktionsnedsättningar. Behovet av hjälpmedel av detta slag är naturligtvis beroende av i vilken utsträckning vård- och omvårdnad sker i hemmet eller på vårdinrättning. Denna kategori hjälpmedel är i många fall en förutsättning för att anhöriga (och socialtjänsten) skall kunna klara att ge den handikappade den vård- och omvårdnad som är nödvändig. Med den ökande vården och omvårdnaden i hemmen av personer med funktionsnedsättningar kommer även sådan utrustning som tvättmaskiner och torkapparater för hembruk att kunna behövas, som alternativ till utlåning av rena lakan m m. Man kan också räkna med att behovet av fast monterade lyftanordningar (traverser etc) kan behövas i större utsträckning.

Avgränsningsproblemen i dessa sammanhang skulle i hög grad kunna undvikas om den kommunala serviceorganisationen (hemtjänsten) fick ansvar och förmedlingsrätt (rätt till ordination och att tillhandahålla hjälpmedel) för denna typ av "handikapphjälpmedel".

Jag utgår ifrån att de hjälpmedel/artiklar som används inom hygiensektorn eller sådana som i övrigt distribueras via apoteken även i fortsättningen kommer att behandlas på motsvarande sätt som hittills. I konsekvens med detta bör tillkommande hjälpmedel/artiklar inom hygiensektorn som kommer fram genom den medicinsk/tekniska utvecklingen också räknas till denna kategori.

För många människor med funktionsnedsättningar är fysisk träning av största vikt såväl vad avser fysiskt som psykiskt hälsotillstånd. Ur såväl terapeutiskt som förebyggande syfte kan dessa människor behöva produkter/hjälpmedel som hör hemma inom fritidssektorn, inkluderande sport- och idrottsområdet. I många fall kan det vara fråga om större eller mindre anpassningar av befintliga utrustningar. Eftersom den fysiska träningen hör till "det dagliga livets aktiviteter" bör hjälpmedel avsedda att förbättra eller kompensera för nedsatta funktionsmöjligheter i dessa avseenden räknas till gruppen "handikapphjälpmedel".

Gränsdragningen mellan hjälpmedel i sjukvård och sådana avsedda för dagliga livets mer generella funktioner är flytande. Ordinationsrätten har hittills i allt väsentligt varit knuten till den medicinska sektorn - i viss mån som en följd av att hjälpmedelsanslagen från staten kanaliserats över sjukvårdshuvudmännen. Det kan ifrågasättas om inte ordinationsförfarandet - och i viss mån också tillhandahållandet av hjälpmedel - bör förändras så att även andra vägar än de nu gängse blir möjliga. Den distributionsväg som öppnades när hygienhjälpmedel och andra hjälpmedel överfördes till apoteken och försäkringskassan har visat sig vara positiv för brukaren och även förenklat rutinerna. Det bör också övervägas om inte vissa "hjälpmedelskategorier" med fördel skulle kunna förmedlas (ordineras och tillhandahållas) även av socialtjänsten eller via socialförsäkringen.

När begreppet "behov" användes i denna redovisning menas att den enskilde, dennes omgivning, vård- eller omvårdnadspersonal anser att en förbättring eller kompensation av en nedsatt funktion hos kroppen eller dess delar skulle kunna ske i sådan utsträckning att den medför en förbättrad livskvalitet för människan ifråga och/eller underlättar för närstående eller för vård- och omvårdnadspersonalen.

3. INDELNINGSGRUNDER

Försörjningen med handikapphjälpmedel har huvudsakligen växt fram ur två skilda verksamheter. Den ena var den som bedrevs vid vanföranstalterna och deras verkstäder. Den andra delen av hjälpmedelförsörjningen för handikappade kan ledas tillbaka till den försäljning som sjukvårdsaffärernas och apotekens tekniska avdelningar svarade för. Med detta som bakgrund är det naturligt att klassificeringssystemen för skilda produkter har varit olika.

En indelning för "handikapphjälpmedel" har haft sin grund i att man knutit samman funktionsnedsättningen med den sjukdom eller skada som låg bakom. De åtgärder som vidtogs - inklusive ordination eller rekommendation av hjälpmedel - skedde genom läkare och annan sjukvårdspersonal. Den medicinska diagnosen blev då en naturlig indelningsgrund även för hjälpmedlen. Senare kom själva funktionsnedsättningen att bli indelningsgrundande: rörelsehinder, hörselnedsättning etc. Sociala aspekter på funktionsnedsättningarna har senare kommit alltmer i förgrunden. Detta har också avspeglats sig också i klassificering av hjälpmedel t ex i ADL-hjälpmedel, hygienhjälpmedel, kommunikationshjälpmedel.

Nordiska Nämnden för handikappfrågor har utarbetat ett klassificeringssystem, som antagits av samtliga nordiska länder och också i princip accepterats i andra länder. Detta klassificeringssystem, som främst riktar sig till ordinatorer och brukare, grundar sig på hjälpmedlets funktion varmed menas "hjälpmedlets funktion/syfte för brukaren och inte teknisk funktion". De huvudgrupper som används i detta klassificeringssystem är:

- o Hjälpmedel för behandling och träning
- o Ortoser och proteser
- o Hjälpmedel för personlig vård samt kläder och skor
- o Hjälpmedel vid förflyttning
- o Hjälpmedel i hushållet
- o Hjälpmedel för utrustning och anpassning av bostäder och andra lokaler
- o Hjälpmedel för kommunikation, information och varseblivning
- o Hjälpmedel för hantering av andra produkter
- o Hjälpmedel för lek och fritidssysselsättningar

De medicinska insatserna för personer med funktionsnedsättningar kan påverka individens livsföring inom många sektorer, d v s insatserna får konsekvenser för hjälpmedelsfrågan inom flera av de "funktionella områden" som finns med i Nordiska Nämndens klassificering. Detta gör det svårt att beskriva betydelsen av de medicinska insatserna utifrån förändringar i funktionerna.

I det följande kommer därför konsekvenserna av den medicinska utvecklingen med hänsyn till "handikapphjälpmedel" att beskrivas utifrån kroppens (inte individens) olika funktionsområden, väl medveten om att de olika områdena griper in i varandra. Beskrivningen kan självfallet inte bli uttömmande men den ger en uppfattning om hur utvecklingen ser ut. Redovisningen har i vissa avsnitt gjorts mer lättillgänglig genom att referenser gjorts till mer allmänt kända sjukdomar och diagnoser.

4. UNDERSÖKNINGSMETOD

De resultat som redovisas i denna rapport grundar sig på svar, som erhållits vid intervjuer med framträdande företrädare för olika medicinska verksamhetsområden, föreståndare för större hjälpmedelscentraler, kontakter med representanter för företag inom branschen, uppgifter från vetenskapliga och andra artiklar samt på egen mångårig forsknings- och utvecklingsverksamhet inom hjälpmedelsområdet. Information från dessa olika källor har sammanställts för att ge ett underlag för bedömning av utvecklingen inom området "handikapphjälpmedel".

Allmänt sett kan sägas att produkter, som kommer att finnas allmänt tillgängliga på marknaden inom den närmaste femårsperioden som "handikapphjälpmedel" idag bör vara kända för specialisterna antingen som idéer, prototyper eller i O-serier. Även de produkter, som inom en tioårsperiod kommer att marknadsföras, som ett resultat av systematiskt forsknings- och utvecklingsarbete, bör i princip vara kända för eller förutsägbara av specialisterna inom respektive område. Detta antagande har bestyrkts av de intervjuer jag haft. Den undersökningsmetod som tillämpats i denna studie utgår ifrån det nämnda antagandet. Kontakter har därför, som ovan nämnts, tagits med experter inom olika medicinska områden. Dessa har intervjuats om sin uppfattning. I dessa intervjuer har jag särskilt tryckt på vikten av att man beaktar de medicinska framstegen eller förväntade framstegen som direkt syftar till avhjälpande av funktionsnedsättningar. De långsiktande medicinska insatserna av mer generellt slag, t ex förhindrande av urkalkning i skelettet hos äldre för att reducera risken för benbrott med åtföljande funktionsnedsättning eller påverkan på immunförsvaret för förhindrande av vissa degenerativa sjukdomar, har endast i mindre grad beaktats.

5. BEDÖMNINGAR AV FÖRÄNDRINGAR I HJÄLPMEDELSBEHOVET

5.1. Övergripande synpunkter

Hälso- och sjukvårdens utbyggnad i landet har medfört att personer med sjukdomar, handikapp eller andra somatiska och psykiska problem relativt enkelt kan komma i åtnjutande av de insatser, som de kan behöva. Den utveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet, som sker inom eller utom landet, kan snabbt komma den enskilde till godo. Bristande resurser inom vissa medicinska specialiteter kan medföra väntetider för patienterna vilket i sin tur kan leda till ökat behov av hjälpmedel under denna tid. Administrativa förhållanden och ekonomiska prioriteringar kan också medföra vissa fördröjningar. När det gäller "handikapphjälpmedel" har man också att räkna med den tid som det tar att utveckla en idé till produkt, inkluderande marknadsföring och uppbyggnad av servicessystem för produkten. Tiden från det att en idé första gången provas till dess den får genomslag i den allmänna medicinska verksamheten, dvs i detta fall för patienterna får tillgång till ett handicapphjälpmedel kan bli mycket lång. Utvecklingen inom medicin och teknik - innefattande utvecklandet av nya handicapphjälpmedel - kommer därför inte i någon högre grad att påverka "hjälpmedelssektorn" inom den närmaste femårsperioden. De förändringar som kommer att ske blir i högre grad beroende på de beslut som myndigheterna

fattar beträffande avgränsning av brukarkategorier, ordinationsrätt och hjälpmedelssortimentets omfattning.

I den medicinska fyrklövern - förebygga, bota, lindra, stödja - har förebyggandet fått en allt större plats. Den medicinska utvecklingen visar allt klarare på betydelsen av förebyggande åtgärder i form av hälsovård, näringsrik kost, god arbetsmiljö och rätt arbetsställning o s v. Rekreation och idrott spelar här en stor roll. Personer med funktionsnedsättningar kan ofta behöva särskilda hjälpmedel och anordningar för att kunna utnyttja de generella möjligheter som erbjuds i dessa avseenden. En av slutsatserna av undersökningen är att den medicinska utvecklingen klart visar på det motiverade i att hjälpmedel, som möjliggör för funktionshämjade att delta i sport- och rekreationssammanhang, bör räknas som "handikapphjälpmedel" och tillhandahållas som andra sådana, d v s i huvudsak genom sjukvårdshuvudmannen.

Hjälpmedel som används för undervisning inom skolan har i princip inte räknats till den grupp "handikapphjälpmedel" som skall tillhandahållas genom sjukvårdshuvudmännen. På motsvarande sätt som det motoriskt handikappade barnet är i behov av hjälpmedel för att utveckla sin gång eller ersätta andra fysiska funktioner, kan barnet med störningar i sin psykiska utveckling behöva tillgång till hjälpmedel. Inlärningsprocessen och bearbetningen av det material som barnet fått ta del av är inte en aktivitet som endast sker i skolan eller förskolan. Den medicinska - liksom den pedagogiska och psykologiska - forskningen visar på betydelsen av tidig och adekvat stimulans av barnets psykiska förmåga redan i tidiga år. Detta innebär att barn, som till följd av nedsatt cerebral funktion eller annan psykisk rubbning behöver särskilda hjälpmedel (leksaker, kommunikationsutrustningar etc) för att kunna utnyttja och utveckla sin mentala kapacitet, bör få dessa hjälpmedel som "handikapphjälpmedel". Dessa hjälpmedel bör tillhandahållas genom de reguljära systemen och inte betraktas som ingående i de särskilda omsorger som en del av dessa barn kan komma i åtnjutande av.

5.2. Tal

Detta funktionsområde kan tas som ett exempel på inflytande från flera olika medicinska discipliner. Det är särskilt inom två discipliner som det f n 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 och innebär mest bedömningar om patienters motivation och förmåga att utnyttja olika utrustningar.

Den andra utvecklingen rör utrustning som är avsedd att förbättra talförmågan hos larynxectomerade. Genom att vid operationen göra en öppning (fistel) 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 bland operatörerna. Åtgärder och utrustningar i samband med operationen faller inom sjukvårdens område. Däremot har den handikappade själv fått bekosta utbyte av ventiler då

dessa förbrukats. Kostnaderna för en sådan ventil belöper sig på c:a 1000 kr. Det bör vara självklart att denna merkostnad inte skall drabba den handikappade. Ventilerna bör uppföras på hjälpmedelsförteckningen och tillhandahållas som "handikapphjälpmedel".

5.3. Hörsel

Även inom denna medicinska disciplin finns exempel på utrustningar som faller inom gränsskiktet mellan sjukvård och handikappsektorn.

När det gäller hörapparater finns idag en markant utveckling med sikte på programmerbara apparater, apparater med riktningskänslig mikrofon m m. Utvecklingen inom detta område hör närmast hemma inom tekniken även om den sker i nära samverkan med den medicinska disciplinen.

En ur medicinsk synpunkt värdefull utveckling är framtagandet av s k tinitus-depressor, d v s en apparat som placeras utanpå kroppen och som dämpar tinitus-(öronsus-)patientens obehag. Liksom stimulatorer för smärtlindring bör även tinitus-depressorer ingå i gruppen "handikapphjälpmedel".

En annan utvecklingstrend inom audiologin är användandet av s k chochleära implanat, elektroder som överför ljudretning från chochlean till centralt belägna hörselorgan. Utveckling av denna typ av "hjälpmedel" bör helt falla inom sjukvårdens område.

Ytterligare en grupp utrustningar där man kan förvänta sig en utveckling gäller benförantrade (benfixerade) hörapparater. Genom operativa ingrepp förantras skruvar (av titan) i skallbenet. Dessa skruvar, som sticker ut genom huden utgör fästen för hörapparater, öronproteser etc. Med hänsyn till vad som tidigare framhållits i rapporten bör de utrustningsdelar, som fixeras vid kroppen i samband med operationen, i princip hör till sjukvårdens område under det att de utrustningar som är löstagbara, bör betraktas som "handikapphjälpmedel". Detta oberoende av om det är fråga om hörapparater eller öronproteser. Utvecklingen av hörapparater för detta ändamål hör hemma inom de tekniska disciplinerna även om det sker i nära samarbete med medicinen. Utvecklingen av proteser för öra, näsa sker i samverkan mellan plastexperter och läkare inom öron-, näs- och halsspecialiteten och plastikkirurgin. I vissa fall är också odontologer engagerade.

5.4. Syn

Någon större förändring i hjälpmedelsförsörjningen till följd av den medicinska utvecklingen förväntas inte. De brister, som finns i nuvarande system, gör sig framför allt gällande när det är fråga om vissa glasögon som av olika skäl blir dyra för brukaren. Frågan om dessa skall räknas till bidragsberättigade "handikapphjälpmedel" eller ej faller utanför den aktuella frågeställningen för denna rapport. Detsamma gäller problemet med de traditionella linserna som placeras utanpå cornean.

I samband med starroperationer har man börjat inplantera plastlinser i stället för den skadade linsen. Detta är onekligen ett medicinskt framsteg. Med den inställning, som tidigare redovisats här, beträffande iplantat som

inopereras i kroppen bör dessa plastlinser hänföras till sjukvårdsområdet och inte räknas som "handikapphjälpmedel".

5.5. Rörelsefunktion

Inom detta funktionsområde kan man utifrån de olika medicinska disciplinerna särskilja tre huvudgrupper: ortopediska, reumatologiska och neurologiska sjukdomar:

Inom den ortopediska sektorn hör i första hand ryggsjukdomar, artroser, frakturer och amputationer.

Medelåldern i befolkningen kommer att öka. Detta beräknas ge en viss ökning av incidensen för ryggbesvär. Det är dock oklart vad detta kommer att medföra med hänsyn till behovet av hjälpmedel. Orsaken till den ökade medelåldern är ju att befolkningen blir friskare, inte att den blir sjukare. Någon nämnvärd förändring i behoven beräknas inte komma att äga rum. Förebyggande insatser - främst inom arbetslivet - förväntas dock medföra en viss minskning av antalet personer med ryggbesvär. Medicinska undersökningar visar här på vikten av ett profylaktiskt "ryggskydd". För icke handikappade kan detta åstadkommas genom ordinär gymnastik och reguljär sportaktivitet. För handikappade kan det bli tal om behov av särskilda eller anpassade redskap eller utrustningar för träning och sportutövning. Det torde därför, som tidigare framhållits, vara berättigat att personer med funktionsnedsättning kan få sådana utrustningar som "handikapphjälpmedel". Eftersom detta område i stort sett är oprövad mark är det omöjligt att bedöma storleksordningen av behovet.

Någon ändring i artrosincidensen förväntas inte. De långa tiderna för operationer ställer krav på hjälpmedel under väntetiden. En mer utvecklad kirurgi/ortopedi kombinerad med kortare väntetider kan medföra en något minskat hjälpmedelsbehov.

Man räknar med en viss incidensökning av höftledsfrakturer. 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. Denna patientgrupp/handikappgrupp är ofta i behov av hjälpmedel såväl för förflyttning som för dagliga livets aktiviteter. Någon förändring i behovet av hjälpmedel torde inte vara att förvänta.

Sjukdomar som drabbar nervsystemet och som leder till nedsatt rörlighet hos individen kan ha rätt skild etiologi. 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.

Ökningen av antalet personer över 65 år kan förväntas medföra ett ökat antal personer som drabbas av neurocirkulatoriska rubbningar eller degenerativa sjukdomar t ex av typ Parkinson. Människor, som drabbas av dessa sjukdomar, kommer att vara i behov av hjälpmedel av olika slag. Man förväntar sig inte någon ny typ av hjälpmedel. Man får räkna med att dessa personer i större utsträckning än tidigare kommer att ges vård och omvårdnad i hemmen, vilket ställer krav på anpassning och utrustning av bostaden och "arbetsbesparande" hjälpmedel för anhöriga och hemtjänstpersonal. Även om det sker en utveckling med avseende på behandling av Parkinsons sjukdom såväl inom den farmakologiska sektorn som genom implatering av Dopa-producerande celler i hjärnan förväntas detta inte i sig påverka behovet av hjälpmedel i nämnvärd grad.

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 förändring av hjälpmedelsituationen för denna kategori kommer därför sannolikt inte att ske.

Utvecklandet av nya diagnosmetoder, där man redan under fostertiden kan kartlägga om det förekommer genetiska eller andra skador i fostrets nervsystem, leder i många fall till att abort görs. På sikt kan detta komma att resultera i ett minskat antalt barn med allvarliga störningar. 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 neonatala vården resulterar i att fler tidigt födda barn kan räddas till livet. Inom denna grupp har man dock en överrepresentation av barn med neurologiska skador. Detta kommer självfallet att leda till att man får något fler antal handikappade barn, som behöver vård och hjälpmedel.

5.6. Hud

Inom dermatologin förväntar man sig inte några mer revolutionerande utvecklingar. Två områden är närmast aktuella. Det ena är peruker för personer med s.k. fläckvis håravfall. Personer med denna typ av sjukdom har redan nu rätt till peruker. Det kan förväntas att en större medvetenhet om denna rätt kan komma att medföra en viss ökning av antalet ordinerade peruker.

Det andra området gäller UV-lampor för personer med psoriasis. Även här

finns möjligheten för sjukvårdshuvudmännen att ge lamporna som kostnadsfritt hjälpmedel. En viss återhållsamhet finns dock ännu så länge i en del landsting. Detta är ur medicinsk synpunkt beklagligt. Man kan förvänta sig att det i framtiden kommer att bli en mer generös inställning vid ordination av dessa lampor.

Det bör dock påpekas att inga av de här nämnda förändringarna är en följd av förväntade nya medicinska rön.

5.7. Utsöndring

De dominerade organen för utsöndring i kroppen är urinvägarna. Inom urologin finns förbättrade möjligheter att inplantera sfinkterersättare för att hjälpa människor med inkontinens. Konstnaden för iplantatet har hittills setts som ett led i sjukvården. Man förväntar sig en teknisk utveckling av iplantaten 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 transplanatation och i de fall då transplanatation inte kan komma ifråga.

I anslutning till behandling av inkontinens - såväl vad beträffar njurar som tarm - kan man förvänta sig krav på åtgärder i bostad eller på arbetsplats, främst installation av avlopps- och spolanordningar. Dessa insatser hör snarast hemma inom bostads- eller arbetsmiljöanpassningen och inte inom hjälpmedelssektorn.

5.8. 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". Dessa hjälpmedel, som endast används tillfälligtvis, hör närmast hemma inom sjukvårdssektorn och kan knappast räknas till "handikapphjälpmedel".

5.9. Immunsystem

Inom immunologin pågår en utveckling i accelererande fart. 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. Man räknar med att inom en tioårsperiod ha kommit så långt att man genom dessa åtgärder kan förhindra vissa sjuk-

domar eller stoppa deras förlopp. Någon restitution av skadad vävnad i nämnvärd utsträckning räknar med dock inte med. Resultatet av de nya medicinska rönen kan sålunda på sikt komma att reducera hjälpmedelsbehovet för personer som drabbats på detta sätt. 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.

5.10. Ämnesomsättning

Inom invärtesmedicinen intar diabetes en framträdande plats när det gäller orsak till invalidiserande tillstånd. I nuvarande hjälpmedelsarsenal finns sprutor, insulinpumpar m m som tillhandahålles som kostnadsfria "handikapphjälpmedel". 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 personer i populationen kan något öka frekvensen av s k åldersdiabetes.

5.11. Andning

Förändringar inom hjälpmedelsområdet kan förväntas främst när det gäller inhallatorer, utrustning för långtids oxygenbehandling, nattventilatorer och s k CPAP-utrustning (Continous Positiv Airways Pressor).

Inhallatorbehovet kan något öka med anledning av att fler läkemedel kan administreras via andingsvägarna. Man har sålunda börjat ge vissa antibiotika via inhallation.

Långtidsbehandling med oxygen i hemmet har blivit vanligare i och med att man frångått utrustning som baserats på användandet av syrgas i tub till s k oxygenkoncentrationer. En teknisk utveckling inom detta område mot enklare och bärbar utrustning kan förväntas leda till ökad användning.

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. Då denna brukargrupp är rätt omfattande kan man räkna med en viss ökning av hjälpmedelsbehovet i dessa fall.

CPAP-utrustning är ännu relativt oprövad men komma till användning till personer som besväras av uttalade förändring i luftvägarna som under sömnen leder till "andtäppa" och snarkningar. Det är f n omöjligt att beräkna behovet av den aktuella utrustningen.

5.12. Psyke

Redan inledningsvis diskuterades konsekvenserna för hjälpmedelsförsörjningen av de medicinska rönen vad beträffar psykiska skador. Inom detta område är det framför allt hjälpmedel för personer med utvecklingsstörning som kan beräknas påverka hjälpmedelsförsörjningen i stort. Tillhandahållande av hjälpmedel inom denna grupp är i huvudsak beroende på socialpolitiska ställningstaganden och inte på utveckling inom den medicinska sektorn. Strävan att personer med psykiska störningar så långt möjligt skall leva ute i samhället har självfallet också en medicinsk motivering även om huvudskälet är socialpsykologiskt grundat.

Integreringen i samhället av personer med psykiska störningar kräver - förutom de insatser som berör personer med utvecklingsstörning - att så k trygghetslarm finns tillgängliga där de behövs och att kommunikationsmöjligheter öppnas, t ex genom telekommunikation. Behov av trygghetskapande anordningar gör sig framför allt gällande för personer i äldre åldersgrupper.

5.13. Digestion

De inom hjälpmedelssektorn intressanta frågorna när det gäller digestionsområdet är stomihjälpmedlen. För närvarande pågår en intensiv utveckling inom den så k sfinkterbevarande kirurgin. Denna är inriktad på att genom kirurgiska ingrepp skapa sfinkterfunktioner så att patienten inte skall behöva permanent leva med stomier. Utvecklingen inom detta område är lovande. Som en följd av de nya operationsteknikerna kan man räkna med att många patienter på sikt kommer att klara sig utan större stomibandage. Det är f n 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.

6. SAMMANFATTNING

En strikt analys av de "medicinska framstegens inverkan på hjälpmedelsförsörjningen" under de närmaste 5-10 åren kan inte ske utan klara definitioner av begreppen "medicinska framsteg", "behov" och "handikapphjälpmedel". Avgränsningen av begreppen är flytande - och bör vara flytande - med tanke på den utveckling och förändring som sker. Svårigheten att avgränsa begreppet "handikapphjälpmedel" vidlåder också denna rapport. Försök görs inledningsvis att ett mer övergripande sätt få klarlagt grunderna för olika avgränsningar och definitioner.

De medicinska framstegen sker inom såväl förebyggande, terapeutisk som

kompenserande verksamheter. När det gällt handikapphjälpmedel har tyngdpunkten hittills legat på de kompenserande verksamheterna, d v s strävan att genom olika tekniska och andra insatser reducera eller eliminera kvarvarande funktionsnedsättningar. Inom denna verksamhet kommer även i fortsättningen huvuddelen av hjälpmedelsbehovet att ligga.

Inom medicinen är framstegen särskilt stora när det gäller terapeutiska insatser. Även när det gäller hälsovård och andra förebyggande åtgärder sker en stark utveckling. Dessa åtgärder tillsammantagna kan på sikt komma att förändra sjukdomspanoramat i populationen och därmed reducera hjälpmedelsbehovet. Denna utveckling kommer dock att ta tid och beräknas inte få någon större inverkan på hjälpmedelsbehoven under de närmaste fem eller tio åren.

De socialpolitiska strävandena, att personer med funktionsnedsättningar av skilda slag så långt möjligt skall leva ute i samhället, kommer att direkt påverka hjälpmedelsbehovet. Sannolikt kommer det nya livsmönstret också att påverka de medicinska insatserna och därmed också på ett indirekt sätt påverka hjälpmedelsbehovet.

Ändringar i åldersstrukturen i populationen kommer att medföra ändrade - och i viss mån ökade - krav på hjälpmedel. Detta har inte direkt med de medicinska insatserna att göra, men väl indirekt. En längre överlevnadstid för personer med sjukdomar, ålderkrämpor och andra funktionsnedsättningar leder till ökat behov av hjälpmedel.

I den analys som gjorts har jag försökt sammanställa uppgifter från medicinen skilda dicipliner för att ge en översiktlig bild av den förväntade utvecklingen. Uppgifterna har inhämtats genom intervjuer med läkare, hjälpmedelskonsulenter och andra, som befinner sig långt fram i frontlinjen, när det gäller den medicinska utvecklingen. De informationer och kunskaper som dessa förmedlat ger en bild av hur den kommande utvecklingen kan förväntas bli. Det som nu sker på experiment- och forskningsstadiet eller som tillämpas i kliniska förförsök kan i framtiden komma att bli mer generellt accepterat. I analysen har jag bortsett ifrån de politiska ställningstaganden som kan påverka utvecklingen när det gäller samhällets tillhandahållande av handikapphjälpmedel.

I försöken att få en mer samlad bild av de medicinska framstegens inverkan på hjälpmedelsbehoven har jag samlat redovisningen av resultaten med utgångspunkt från de skilda kroppsfunktionerna. Särskilda avsnitt, utöver "övergripande synpunkter" har sålunda ägnats:

Tal	Hud	Ämnesomsättning
Hörsel	Utsöndring	Andning
Syn	Cirkulation	Psyke
Rörelsefunktion	Immunsystem	Digestion

Översiktligt kan konstateras att man inte kan se någon trend i den medicinska utvecklingen som kommer att leda till några förändringar i hjälpmedelsförsörjningen under de närmaste 5-10 åren. Den tekniska utvecklingen, ålderssammansättningen i populationen, förbättrad arbetsmiljö och socialpolitiska ställningstaganden kommer med all sannolikhet att ha betydligt större inflytande på hjälpmedelsförsörjningen än den medicinska ut-

vecklingen. På längre sikt kan man däremot räkna med att den medicinska forskningen kommer att på ett avgörande sätt påverka hjälpmedelssidan. Här är det främst framstegen inom immunologi, transplantationskirurgi och ortopedi som kan förväntas reducera hjälpmedelsbehovet i populationen i stort. De medicinska forskningsresultaten kan, om de tillämpas inom arbetsmiljö och hälsovård, också förväntas ge positiva effekter vad det gäller förhindrande av uppkomsten av funktionsnedsättningar.

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. Storstads trafik 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.
 40. Datorisering av tullrutinerna - slutrapport. Fi.
 41. Samerätt och sameting. Ju.
 42. Det civila försvaret. Del 1.
 - Det civila försvaret. Del 2. Författningstext. Fö.
 43. Storstads trafik 3 - Bilavgifter. K.
 44. Översyn av vapenlagstiftningen. Ju.
 45. Standardiseringens roll i EFTA/EG - samarbetet. I.
 46. Arméns utveckling och försvarets planeringssystem. Fö.
 47. Hjälpmedelsverksamhetens utveckling - Bilagor. S.
-

Statens offentliga utredningar 1989

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Samerätt och sameting. [41]
- Översyn av vapenlagstiftningen. [44]

Utrikesdepartementet

- UD:s presstjänst. [8]

Försvarsdepartementet

- Risker och skydd för befolkningen. [17]
- Det civila försvaret. Del 1. [42]
- Det civila försvaret. Del 2. Författningstext. [42]
- Arméns utveckling och försvarets planeringssystem. [46]

Socialdepartementet

- Hjälpmedelsverksamhetens utveckling - kartläggning och bedömning. [39]
- Hjälpmedelsverksamhetens utveckling - Bilagor. [47]

Kommunikationsdepartementet

- Fasta Öresundsförbindelser. [4]
- Storstadstrafik 2 - Bakgrundsmaterial. [15]
- Storstadstrafik 3 - Bilavgifter. [43]

Finansdepartementet

- Beskatning 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 inkomstbeskatning
 - 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 företagsbeskatning
 - Motiv och lagförslag. Del 1. [34]
 - Expertrapporter. Del 2. [34]
- Reformerad mervärdesskatt m.m.
 - Motiv. Del 1. [35]
 - Lagtext och bilagor. Del 2. [35]
- Inflationskorrigerad inkomstbeskatning. [36]

- Det nya skatteförslaget - sammanfattning av skatteutredningarnas betänkanden. [38]
- Datorisering av tullrutinerna - slutrapport. [40]

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]
- Standardiseringens roll i EFTA/EG - samarbetet. [45]

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]
-

Statens offentliga utredningar 1989

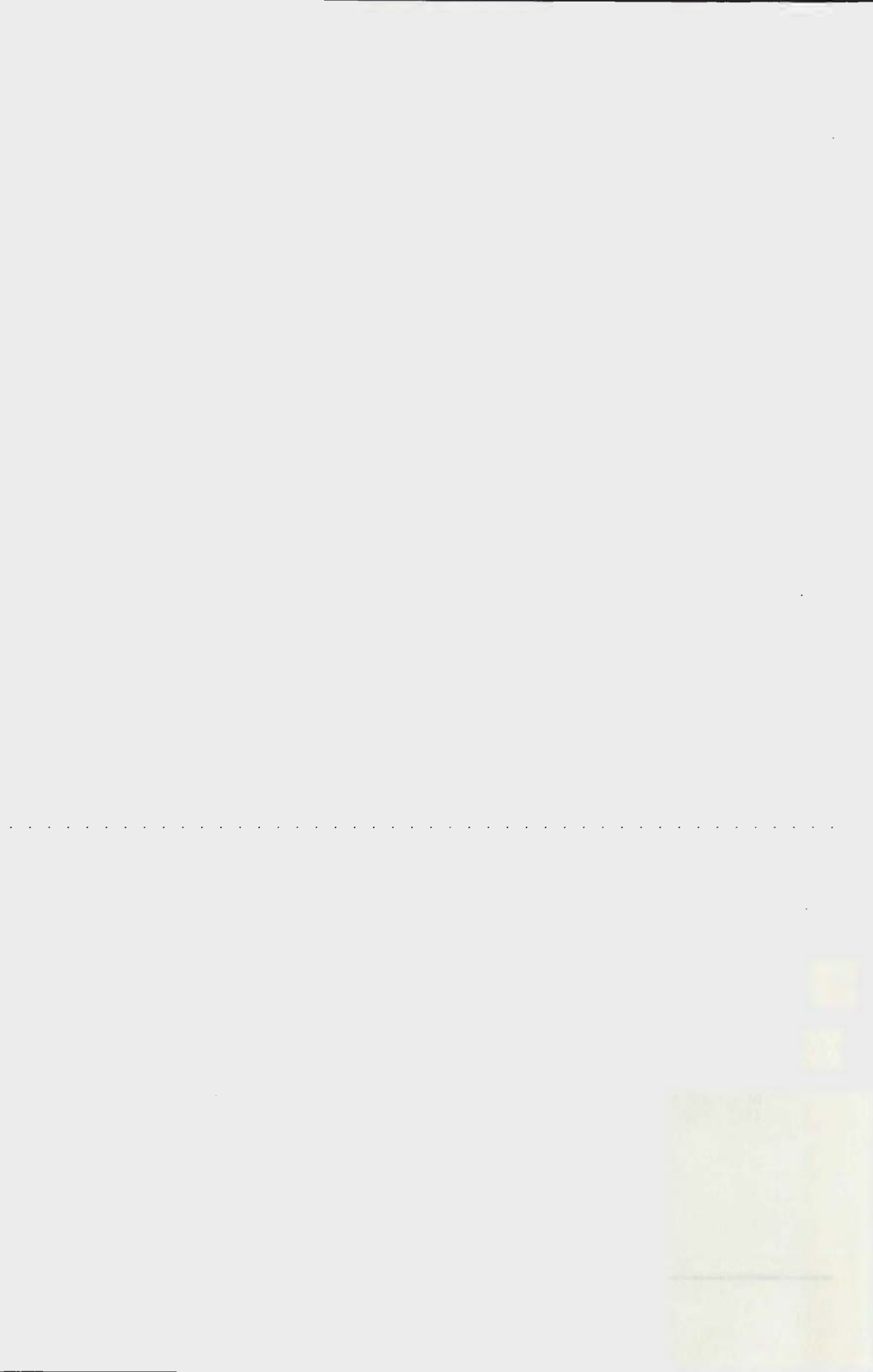
Systematisk förteckning

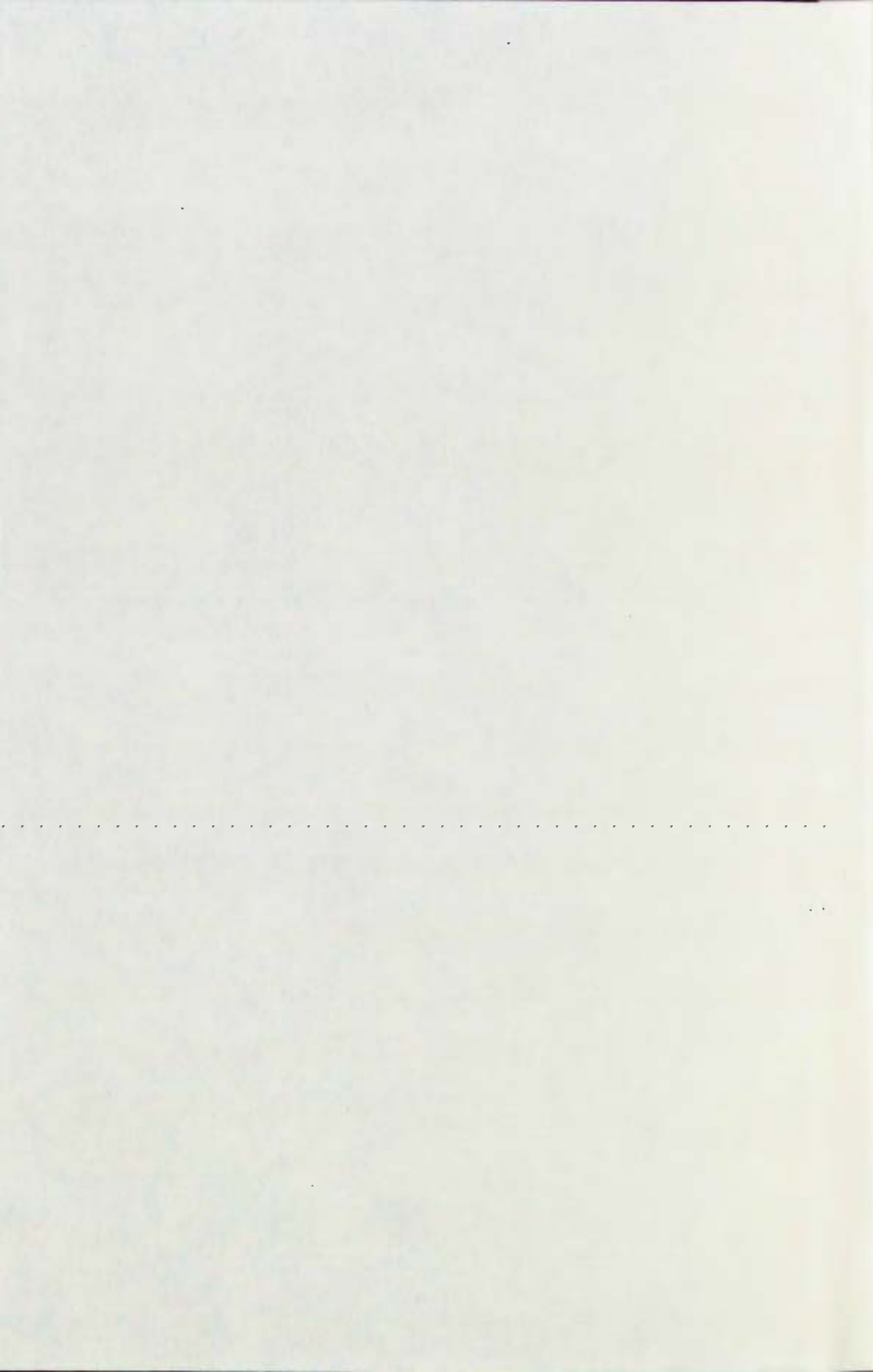
Miljö- och energidepartementet

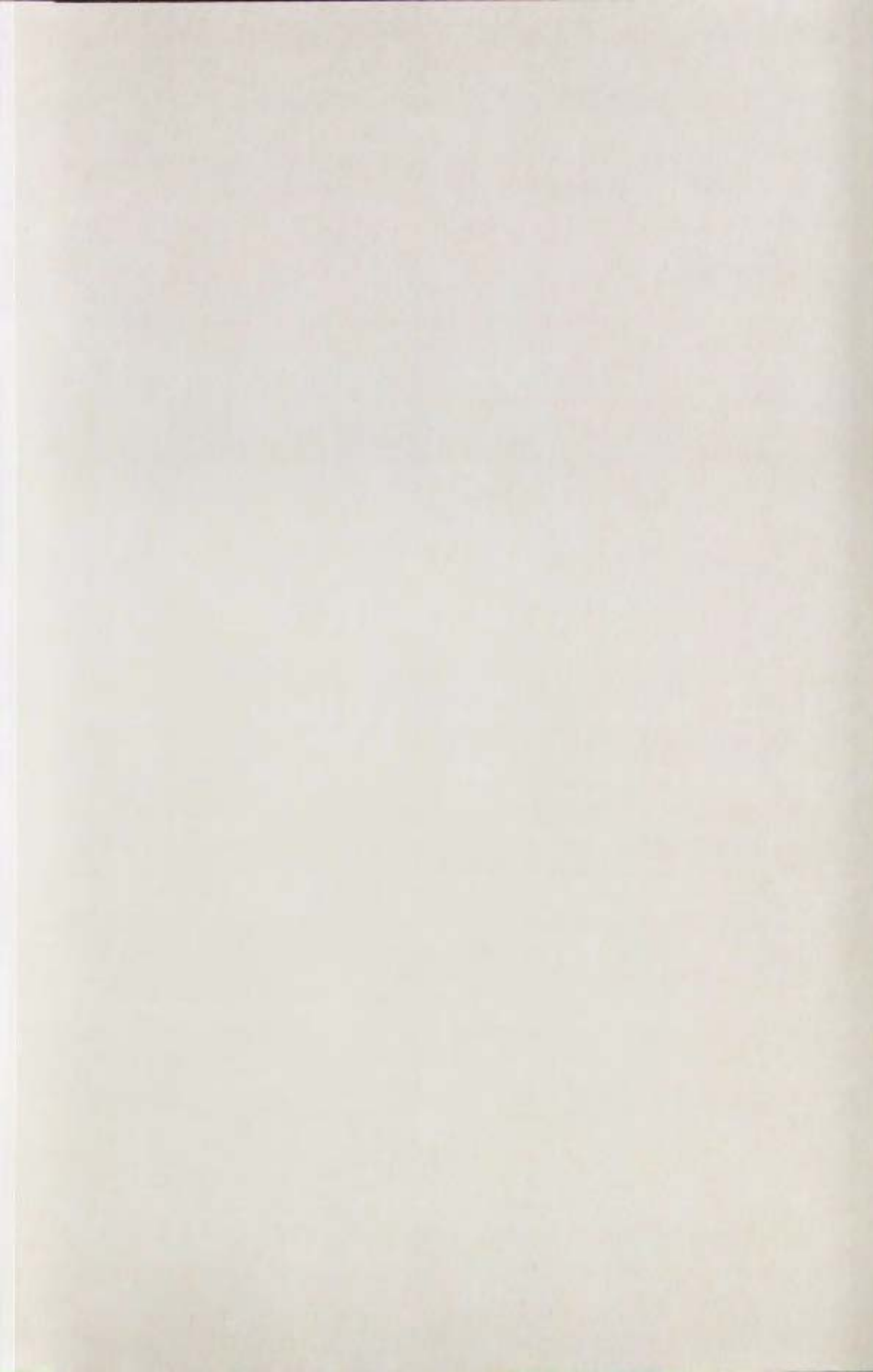
Sätt värde på miljön - miljöavgifter på svavel och klor.

[21]

Miljöprojekt Göteborg - för ett renare Hisingen. [32]







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.