På lika villkor!

Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen

Betänkande av Hjälpmedelsutredningen

Stockholm 2017

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2017:43

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

ISBN 978-91-38-24616-0
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Åsa Regnér

Regeringen beslutade den 10 december 2015 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att se över tillgången till och användningen av hjälpmedel och lämna förslag i syfte att öka likvärdigheten och minska skillnaderna i fråga om avgifter och regelverk samt därvid se över frågan om nationell reglering och ett samlat huvudmannaskap (dir. 2015:134, bilaga 1). Förslag skulle också lämnas i syfte att skapa förutsättningar för en effektivt bedriven hjälpmedelsverksamhet hos berörda myndigheter och huvudmän.

Av direktiven framgår ytterligare uppgifter för utredningen. Utredningen skulle bl.a. analysera om kompetensen i fråga om hjälpmedel hos förskrivare och andra relevanta yrkesgrupper är adekvat och tillräcklig, kartlägga skillnader i förskrivning av hjälpmedel (bl.a. mellan könen), överväga hur teknikbaserade stöd kan komplettera det stöd som i dag ges till äldre och personer med funktionsnedsättning, klarlägga hur ansvarsfördelningen mellan skolhuvudmän/lärosäten och sjukvårdshuvudmän ser ut, utvärdera och analysera konsekvenserna av systemet med fritt val av hjälpmedel och analysera arbetsuppgifterna för Myndigheten för delaktighet (MFD) samt lämna förslag till eventuella förändringar. I det sistnämnda sammanhanget skulle även uppdragen för andra myndigheter med uppgifter på hjälpmedelsområdet beskrivas.

Till särskild utredare förordnades kanslichef Gunilla Malmborg den 11 januari 2016. Utredningen har antagit namnet Hjälpmedelsutredningen (S 2015:08).

Som sakkunniga i utredningen förordnade regeringen den 29 februari 2016 kanslirådet Anders Hektor (Näringslivsdepartementet), kanslirådet Andreas Hermansson, (Finansdepartementet) och kanslirådet Anna Brooks (Socialdepartementet). Den 8 juni 2016 förordnades kanslirådet Hedvig Feltelius och kanslirådet Marie Törn (båda från Utbildningsdepartementet). Andreas Hermansson ent-

ledigades från uppdraget per den 12 september 2016 och ersattes av departementssekreteraren Lisa Ståhlberg (Finansdepartementet) per den 3 oktober 2016.

Som experter i utredningen förordnade regeringen den 29 februari 2016 Karin Flyckt (Socialstyrelsen), Lena Hammar (Specialpedagogiska skolmyndigheten), Tomas Lagerwall (Pensionärernas riksorganisation, PRO), Maria Persdotter (Lika Unika), Pelle Kölhed (Handikappförbunden), Annica Blomsten (Sveriges Kommuner och Landsting, SKL), Andreas Richter (MFD) och Gösta Bucht (SPF Seniorerna). Gösta Bucht entledigades den 10 augusti 2016 och ersattes av Hans Ström (SPF Seniorerna). Annica Blomsten entledigades den 5 september 2016 och ersattes samtidigt av Henrik Gouali (SKL). Henrik Gouali entledigades från uppdraget den 28 februari 2017 och ersattes med Emma Everitt (SKL). Andreas Richter entledigades från uppdraget den 31 december 2016 och ersattes av Pedro Landfors (MFD).

Som sekreterare i utredningen förordnades med. dr Erika Dahlin och jur. kand. Anna Ingmanson per den 1 februari 2016. Anna Ingmanson entledigades från uppdraget per den 31 maj 2016. Ett tilläggsdirektiv beslutades den 6 oktober 2016 (dir. 2016:81, bilaga 2), innebärande att tidpunkten för utredningens slutredovisning flyttades fram från den 28 februari 2017 till den 31 maj 2017. Därefter anställdes jur. kand. Marie Stegard Lind som sekreterare i utredningen fr.o.m. den 7 november 2016. Även kanslirådet Linda Gustafsson har deltagit i arbetet.

Utredningen har sammanträtt vid sex tillfällen med utredningens sakkunniga och experter. Experter och sakkunniga har i allt väsentligt ställt sig bakom utredningens överväganden och förslag. Betänkandet har därför formulerats i vi-form.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *På lika villkor – delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen* (SOU 2017:43). Utredningens uppdrag är härmed slutfört.

Stockholm i maj 2017

Gunilla Malmborg

/ Erika Dahlin
Marie Stegard Lind

Innehåll

Sammanfattning **19**

Lättläst sammanfattning **31**

DEL I
Inledning

1 Författningsförslag **47**

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 47

1.2 Förslag till förordning om ändring i förordning (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser 50

2 Utredningsuppdrag och tillvägagångssätt **53**

2.1 Utredningens uppdrag 53

2.2 Avgränsningar av uppdraget 55

2.3 Utredningens arbete 55

2.4 Läsanvisning 57

3 Bakgrund **58**

3.1 Inledning 58

3.2 FN:s konventioner om mänskliga rättigheter 58

3.3 Nationell politik 61

3.4 Vad är hjälpmedel? 63
3.4.1 Olika begrepp beroende på användningssituation 63
3.4.2 Det offentliga åtagandet för hjälpmedel är inte tydligt 66
3.4.3 Det finns en gemensam terminologi 67

3.5 Antalet hjälpmedel som förskrivs 69

3.6 Antalet hjälpmedelsanvändare 70

3.7 Behovet av hjälpmedel ökar 71

3.8 Delat ansvar för hjälpmedel 72

3.9 Kostnaderna för hjälpmedel 75
3.9.1 Samhällets kostnader för hjälpmedel ökar 75
3.9.2 Hjälpmedel kan samtidigt minska de offentliga utgifterna 76

3.10 Förskrivning av hjälpmedel – hur går det till? 78

3.11 Hjälpmedelsverksamhetens organisation 80

3.12 Hjälpmedelsförskrivning i andra nordiska länder 82
3.12.1 Danmark 82
3.12.2 Norge 84
3.12.3 Finland 89
3.12.4 Jämförelser med länder utanför Norden 92

3.13 Statliga myndigheters uppgifter på hjälpmedelsområdet 92

4 Gällande rätt 101

4.1 Lagar för hälso- och sjukvård samt socialtjänst 101

4.2 Lagar m.m. för utbildningsområdet 103

4.3 Produktsäkerhet m.m. 107

4.4 Föreskrifter på hjälpmedelsområdet 109

DEL II
Särskilt granskade områden

5 Kartläggning av hjälpmedelsförsörjningen i Sverige 113

5.1 Inledning 113

5.2 Det saknas statistik 114

5.3 Tillgången påverkas av många faktorer 115

5.4 Majoriteten av användarna är äldre 116

5.5 Förutsättningarna för barn och unga att få hjälpmedel är goda 117
5.5.1 Hjälpmedelsförskrivning till barn 117
5.5.2 Tillgång till hjälpmedel i skolan 118

5.6 Utmaningar att tillgodose behovet av hjälpmedel till nyanlända och asylsökande 122

5.7 Skillnader i tillgång till hjälpmedel över landet 122
5.7.1 Vilka hjälpmedel som tillhandahålls styrs av lokala regelverk 123
5.7.2 Skillnader gällande *vilka* hjälpmedel som förskrivs i olika delar av landet 124
5.7.3 Skillnader i *antalet* hjälpmedel som förskrivs i olika delar av landet 125

5.8 Likvärdig tillgång till hjälpmedel mellan könen? 126
5.8.1 Det förekommer könsskillnader i tillgång till hjälpmedel 126
5.8.2 Det finns också skillnader i behov 130

5.9 Analys och slutsatser 132
5.9.1 Förutsättningarna att få hjälpmedel via hälso- och sjukvården är goda 132
5.9.2 Brister i tillhandahållandet av hjälpmedel i skolan 133
5.9.3 Olika uppfattningar om huruvida behoven tillgodoses eller inte 133
5.9.4 Skillnader mellan könen gällande förskrivna hjälpmedel 135

5.9.5 Förskrivning av hjälpmedel till asylsökande och nyanlända ... 136
5.9.6 Utredningens sammanfattande slutsatser ... 137

6 Avgifter för hjälpmedel ... 139

6.1 Inledning ... 139

6.2 Kartläggning av avgifterna för hjälpmedel ... 139
6.2.1 Avgifter i samband med hjälpmedelsförskrivning i kommunerna ... 140
6.2.2 Avgifter vid hjälpmedelsförskrivning i landstingen ... 142
6.2.3 Högkostnadsskydd och avgiftstak för hjälpmedel i kommuner och landsting ... 145

6.3 Principer för avgiftssättning ... 146

6.4 Konsekvenserna för den enskilde av nuvarande avgiftssystem ... 147

6.5 Analys och slutsatser ... 151

7 Delaktighet och självbestämmande ... 155

7.1 Inledning ... 155

7.2 Delaktighet och självbestämmande i vården ... 156
7.2.1 Lagstiftning ... 156
7.2.2 Tidigare utredningar om delaktighet och självbestämmande ... 159
7.2.3 Andra aktörers uppdrag om delaktighet i vården ... 161

7.3 Delaktiga hjälpmedelsanvändare ... 163

7.4 Fritt val av hjälpmedel ... 171
7.4.1 Allmänt om fritt val av hjälpmedel ... 171
7.4.2 Erfarenheter av fritt val av hjälpmedel ... 174

7.5 Analys och slutsatser ... 187
7.5.1 Många hjälpmedelsanvändare upplever sig delaktiga ... 187

7.5.2 Tillämpningen av fritt val av hjälpmedel är inte tillfredsställande 190
7.5.3 Utredningens sammanfattande slutsatser 194

8 Kompetensförsörjning 197

8.1 Inledning 197

8.2 Efterfrågan på förskrivare ökar mer än tillgången 198

8.3 Kompetensbehoven hos förskrivare 201

8.4 Vård- och omsorgspersonal behöver kompetens att se behov och stödja användning av hjälpmedel 206

8.5 Kompetensförsörjning i skolan 208
8.5.1 Svaga resultat i skolan 208
8.5.2 Brist på kompetens om stöd till elever med funktionsnedsättning 209
8.5.3 Skolpersonal behöver ökad kompetens för att kunna ge stöd 210
8.5.4 Elevhälsans kompetens har betydelse för att eleverna ska få stöd 212

8.6 Analys och slutsatser 213
8.6.1 Ökat behov i framtiden 213
8.6.2 Kompetensförsörjning för relevanta yrkesgrupper 214
8.6.3 Förskrivares kompetens 215
8.6.4 Behov av att se möjligheter med hjälpmedel 216
8.6.5 Behov av ökat stöd till elever med funktionsnedsättning 217
8.6.6 Utredningens sammanfattande slutsatser 219

9 Hjälpmedel och ny teknik 223

9.1 Inledning 223

9.2 Teknikutvecklingen påverkar hjälpmedelsområdet 224

9.3 Nationella insatser för att främja utveckling och innovation 228

9.4 Rättsliga utgångspunkter 235

9.4.1 Välfärdsteknik och hjälpmedel ... 235
9.4.2 Medicintekniska produkter och patientsäkerhet ... 237
9.4.3 Nya upphandlingsregler ... 242

9.5 Teknikbaserade stöd kan komplettera annat stöd ... 243
9.5.1 Teknikbaserade stöd kan komplettera individuella stödinsatser ... 243
9.5.2 Teknikbaserade stöd kan komplettera förskrivning av traditionella hjälpmedel ... 245

9.6 Forskning och utveckling av hjälpmedel ... 251

9.7 Marknaden för hjälpmedel ... 253

9.8 Förutsättningar för utveckling och innovation ... 254
9.8.1 Innovation i vården ... 254
9.8.2 Behov av samverkan som överbrygger ansvarsgränser ... 256
9.8.3 Ersättningssystemens utformning motverkar innovation ... 256
9.8.4 Kunskap om nya lösningar behöver spridas ... 258
9.8.5 Upphandling viktigt verktyg för att främja innovation ... 259
9.8.6 Användare måste få vara delaktiga i förbättringsarbetet ... 260

9.9 Analys och slutsatser ... 261
9.9.1 Allt fler universellt utformade produkter och tjänster ... 261
9.9.2 Förutsättningar för utveckling och innovation på hjälpmedelsområdet ... 262
9.9.3 Teknikbaserade stöd kan komplettera annat stöd ... 263
9.9.4 Utredningens sammanfattande slutsatser ... 265

10 Ansvarsfördelning, samverkan och samordning ... 269

10.1 Inledning ... 269

10.2 Ansvarsfördelningen för hjälpmedel enligt HSL ... 270

10.3 Samverkan och samordning mellan sjukvårdshuvudmännen 273
10.3.1 Samordnad vård och omsorg 273
10.3.2 Många regler om samverkan, samordning och vårdplanering 273
10.3.3 Samordning på hjälpmedelsområdet 280

10.4 Det finns samordningsproblem 284
10.4.1 Sverige uppvisar större brister än andra länder 284
10.4.2 Samordningsproblemen är inget nytt fenomen 285
10.4.3 Samverkansavtal är ingen garanti för fungerande samordning 287
10.4.4 Användare får i praktiken ett alltför stort samordningsansvar 288
10.4.5 Bristande samordning medför lägre patientsäkerhet och ökade kostnader 289
10.4.6 Bristande samordning begränsar tillgången till hjälpmedel 291

10.5 Hjälpmedel och andra typer av stöd 292
10.5.1 Arbetstekniska hjälpmedel 292
10.5.2 Bilstöd 294
10.5.3 Bostadsanpassningsbidrag 298
10.5.4 Insatser enligt socialtjänstlagen och LSS 302
10.5.5 Möjligheter med hjälpmedel och välfärdsteknik 306

10.6 Analys och slutsatser 311
10.6.1 Behov av samordning mellan huvudmännen 311
10.6.2 Gränsdragningen mot andra samhällsstöd 315
10.6.3 Utredningens sammanfattande slutsatser 317

11 Det delade huvudmannaskapet för hjälpmedel i utbildningsväsendet 319

11.1 Inledning 319

11.2 Skyldigheten att tillhandahålla hjälpmedel i utbildning delad mellan huvudmän 320

11.3 Tidigare utredningar inom området 322

11.4 Delat ansvar medför gränsdragningsproblem 323

11.5 Lokala överenskommelser kan underlätta..... 324

11.6 Studerandes tillgång till hjälpmedel vid lärosäten..... 326
11.6.1 Skäliga åtgärder för tillgänglighet ska vidtas 326
11.6.2 Gränsdragningen oklar för studerande vid lärosäten..... 328
11.6.3 Klargörande av ansvarsfördelningen mellan lärosäten och sjukvårdshuvudmän 329

11.7 Analys och slutsatser..... 334
11.7.1 Regleringen av ansvaret är inte tydlig 334
11.7.2 Sjukvårdshuvudmannens ansvar påverkar ansvaret för skolhuvudmän och lärosäten 335
11.7.3 Samverkan och formella överenskommelser mellan huvudmännen är nödvändiga..... 336

DEL III
Överväganden och förslag

12 Allmänna överväganden..... 341

12.1 Hjälpmedel som hälso- och sjukvård 341

12.2 Funktionshinderspolitik och mänskliga rättigheter..... 342

12.3 Hjälpmedelsanvändare en heterogen grupp..... 342

12.4 Delaktighet och självbestämmande 343

12.5 Framtida utmaningar..... 343

12.6 Behov av bra hjälpmedel att välja bland 344

12.7 Olikheter behöver minska 344

12.8 Behov av ökad statlig styrning..... 345

13 Ökad likvärdighet – överväganden och förslag 347

13.1 Inledning..... 347

13.2 Nuvarande ordning..... 348
13.2.1 Kommunal självstyrelse..... 348

13.2.2 Hälso- och sjukvårdens ansvar för hjälpmedel 349

13.3 Behovet av en nationell reglering 352
13.3.1 Tidigare utredningar på hjälpmedelsområdet 352
13.3.2 Aktuella kartläggningar av likvärdigheten på hjälpmedelsområdet 354

13.4 Alternativa modeller för hjälpmedelsförsörjningen 356
13.4.1 Inledning 356
13.4.2 Kommuner som huvudman 357
13.4.3 Landsting som huvudman 358
13.4.4 Staten som huvudman 358
13.4.5 Utredningen gällande ansvarsfördelningen för hjälpmedel i Norge 360
13.4.6 Huvudmannaskapet för hjälpmedel till barn och elever 365
13.4.7 Hjälpmedel som rättighet? 367
13.4.8 Utökad detaljreglering i HSL 378

13.5 Annan nationell styrning 378

13.6 Analys och sammanfattande slutsats 380

13.7 Förslag 383
13.7.1 Definition av hjälpmedel 383
13.7.2 Nationell uppföljning och statistik 390
13.7.3 Jämställdhetsintegrering 391
13.7.4 Bättre möjligheter till aktiv fritid 393

14 Rimliga avgifter – överväganden och förslag 397

14.1 Inledning 397

14.2 Nuvarande ordning 398
14.2.1 Principer för avgifter i landsting och kommun ... 398
14.2.2 Avgifter i landstingen 398
14.2.3 Avgifter i kommunerna 400

14.3 Tidigare utredningar av hjälpmedelsavgifter 402

14.4 Behov av förändring 406
14.4.1 Inledning 406
14.4.2 Dålig privatekonomi ett hinder? 407

14.5 Syften med avgifter på vårdområdet 412

14.6 Högkostnadsskydd 414
14.6.1 Vad betyder högkostnadsskydd? 414
14.6.2 Högkostnadsskydd i landstinget 415
14.6.3 Högkostnadsskydd gällande avgifter i kommuner 416
14.6.4 För- och nackdelar med högkostnadsskydd 417
14.6.5 Gemensamt högkostnadsskydd för flera huvudmän? 423
14.6.6 Avgiftsbefrielse för hjälpmedel 424

14.7 Analys och sammanfattande slutsatser 425
14.7.1 Avgifter för hjälpmedel 425
14.7.2 Högkostnadsskydd 429

14.8 Förslag 431
14.8.1 Inledning 431
14.8.2 En bestämmelse om hjälpmedelsavgifter införs i HSL 432
14.8.3 Avgifter i samband med besök för behovsbedömning och förskrivning inordnas i högkostnadsskyddet för öppenvård 436

15 Verklig valfrihet – överväganden och förslag 439

15.1 Inledning 439

15.2 Regional och lokal information för ökad transparens 442

15.3 Valfrihet och självbestämmande vid förskrivning av hjälpmedel 444

15.4 Förslag 445
15.4.1 Stimulera till upphandling som främjar valfrihet och innovationer 445

16 Kompetens och samordning – överväganden och förslag 449

16.1 Inledning 449

16.2 Förbättringsområden 450

16.2.1 Kompetens ... 450
16.2.2 Samordning ... 452

16.3 Förslag ... 454
16.3.1 Säker och ändamålsenlig rehabilitering inom kommunernas ansvarsområde ... 454
16.3.2 Förslag om uppdrag att samla och tillgängliggöra kunskap om kognitivt stöd ... 459
16.3.3 Förslag att stärka elevhälsan ... 463
16.3.4 Förslag om uppdrag att ta fram stöd kring samordning mellan huvudmännen för hjälpmedel till elever med funktionsnedsättning ... 469

17 Inkluderande teknik – överväganden och förslag ... 473

17.1 Inledning ... 473

17.2 Förbättringsområden ... 476
17.2.1 Ökad utveckling och innovation på hjälpmedelsområdet ... 476
17.2.2 Nationellt stöd och forskning ... 477
17.2.3 Patientsäkerhetsområdet ... 480
17.2.4 Hälso- och sjukvårdens ansvar för produkter som användare köper själv ... 484

17.3 Förslag ... 488
17.3.1 Sammanställa kunskapsöversikter ... 488
17.3.2 Kartlägga förskrivning av icke medicintekniska produkter som hjälpmedel ... 489
17.3.3 Uppdrag om uppföljning till Myndigheten för delaktighet ... 491
17.3.4 Samverkansforum hos Myndigheten för delaktighet ... 493

18 Statligt stöd och styrning – överväganden och förslag .. 497

18.1 Inledning ... 497

18.2 Statliga myndigheters arbete med hjälpmedelsfrågor ... 497

18.3 Behov av tydligare styrning ... 500

18.4 Förslag m.m. 501
18.4.1 Socialstyrelsens roll på hjälpmedelsområdet 501
18.4.2 Styrningen av MFD:s sektorsövergripande arbete 502

DEL IV
Övrigt

19 Konsekvensanalys samt finansiering 511

19.1 Inledning 511

19.2 Sammanfattande konsekvensanalys och uppgift om finansiering 511

19.3 Allmänt om konsekvensanalyser 513

19.4 Problemställning 514

19.5 Förslagen 515
19.5.1 Definitionen lagfästs i hälso- och sjukvårdslagen 515
19.5.2 Avgifterna regleras 521
19.5.3 Besöksavgifter ska alltid ingå i högkostnadsskyddet 530
19.5.4 Det behövs fler MAR i kommunerna 530
19.5.5 Elevhälsan ska stärkas 531
19.5.6 Nationell statistik ska tas fram 532
19.5.7 Förtydligande av Myndighetens för delaktighet (MFD) uppgifter 533
19.5.8 Uppdrag till Myndigheten för delaktighet 533
19.5.9 Uppdrag till Socialstyrelsen 535
19.5.10 Uppdrag till Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) 535
19.5.11 Uppdrag till Upphandlingsmyndigheten 536
19.5.12 Uppdrag till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) 536
19.5.13 Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) 537

19.6 Regleringen i förhållande till Sveriges skyldigheter genom medlemskapet i EU 538

19.7 Ikraftträdande 538
19.8 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 538
19.9 Konsekvenser för brottsligheten 538
19.10 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet 539
19.11 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män 539
19.12 Konsekvenser för små företag m.m. 540
19.13 Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen 541
19.14 Konsekvenser i övrigt 541
19.15 Offentligt åtagande 541

20 Författningskommentar 543

20.1 Förslaget till ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 543

Referenser 547

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2015:134 567
Bilaga 2 Kommittédirektiv 2016:81 583
Bilaga 3 Ett urval av de aktörer som utredningen fört dialog med 585
Bilaga 4 Sammansättning av experter och sakkunniga 589
Bilaga 5 Redovisning av enkät till lärosäten 591

Sammanfattning

Inledning

Hjälpmedel är produkter som används på individnivå för att kompensera för en funktionsnedsättning. Den tekniska utvecklingen medför nya möjligheter till ökad inkludering, delaktighet och självständighet för personer med funktionsnedsättning. Allt fler har tillgång till internetuppkoppling, universellt utformade produkter och digital teknik. Hjälpmedelsområdet förändras därför över tid, inte minst på så sätt att konsumentprodukter i allt större utsträckning kan användas för att kompensera för en funktionsnedsättning. Området är komplext också därför att det är många huvudmän som tillhandahåller hjälpmedel, beroende på användningsområde (t.ex. används pedagogiska hjälpmedel inom utbildningsväsendet). Vissa användare köper också hjälpmedel på egen hand, som vanliga konsumenter.

Hjälpmedel för vård och behandling liksom hjälpmedel för den dagliga livsföringen förskrivs inom hälso- och sjukvården. De flesta hjälpmedel som förskrivs via hälso- och sjukvården är medicintekniska produkter av lägsta riskklass. Hjälpmedelsanvändarens delaktighet i förskrivningen är av avgörande betydelse för att hjälpmedlet ska komma till användning och därmed för en effektiv hjälpmedelsförskrivning.

Utredningen ska enligt direktiven lämna förslag i syfte att öka likvärdigheten i fråga om hjälpmedel och minska skillnaderna över landet. Vidare har utredningen haft i uppdrag att bl.a. kartlägga tillgången till hjälpmedel för enskilda samt analysera ansvarsfördelningen och samordningen mellan huvudmännen. Förslagen ska vara effektiva och bidra till ökad delaktighet.

Får enskilda tillgång till de hjälpmedel de har behov av?

I dag finns det ingen aktör som regelbundet tar fram heltäckande, nationell statistik i fråga om hjälpmedel. Därför är det svårt att veta om enskilda får tillgång till de hjälpmedel de har behov av. Socialstyrelsen har under 2016 gjort en kartläggning där sjukvårdshuvudmännen fått besvara frågor utifrån ett antal fiktiva fallbeskrivningar. Resultaten visar inte annat än att enskilda får tillgång till sådana hjälpmedel som de är i behov av, men vad som kan förskrivas varierar över landet, i likhet med vilka avgifter enskilda måste betala. Störst kostnad för enskilda uppstår då ett hjälpmedel inte kan förskrivas och därför måste inhandlas på egen hand. Förutsättningarna för att barn ska få tillgång till de hjälpmedel de behöver anses goda. Utredningen har inte funnit skäl att ifrågasätta den bild som framkommer i Socialstyrelsens undersökning. När det gäller skillnader mellan män och kvinnor i fråga om förskrivning av hjälpmedel, har sådana kunnat konstateras. Emellertid finns det inget stöd för att skillnaderna inte skulle kunna vara medicinskt motiverade. För att kunna bedöma detta krävs fördjupade studier, bl.a. om förskrivarnas attityder, samt ett ökat fokus på jämställdhetsintegrering.

Inom skolans område visar brukarundersökningar att många elever med funktionsnedsättning saknar tillgång till hjälpmedel. Det skulle kunna bero på brister i personalens kompetens, framför allt gällande kognitiva funktionsnedsättningar och hur de kan yttra sig. Utredningen föreslår därför dels ett uppdrag till Specialpedagogiska skolmyndigheten som syftar till att höja skolors kompetens om kognitivt stöd, dels utökade möjligheter för skolhuvudmännen att erhålla statsbidrag för att förstärka elevhälsan med en arbetsterapeut, fysioterapeut eller logoped.

Hur åstadkommer man en ökad likvärdighet?

Önskemålet om att öka likvärdigheten över landet i fråga om hjälpmedel kommer naturligt i konflikt med den kommunala självstyrelsen. Utredningen har därför i enlighet med direktiven övervägt att förändra huvudmannaskapet för hjälpmedel i något avseende, t.ex. att föra över ansvaret till staten och införa en legal rätt till hjälpmedel. Enligt utredningens mening finns det emellertid tydliga fördelar med att ha kvar kopplingen till hälso- och sjukvården, på grund

av sjukvårdens särskilda medicinska kompetens inom habilitering och rehabilitering. Beslut inom hälso- och sjukvården kan inte överklagas. Att införa en rätt till överklagande i fråga om hjälpmedel skulle innebära ett avsteg från denna princip och utredningen kan inte heller se att domstolsprövning vore ändamålsenligt eller ekonomiskt försvarbart när det inte framkommit egentliga brister i hjälpmedelsförsörjningen. Till saken hör att den statliga styrningen på hjälpmedelsområdet varit i det närmaste obefintlig. Det är högst sannolikt att en ökad nationell styrning och tillsyn skulle öka likvärdigheten över landet. Sammantaget framstår en ändring i huvudmannaskapet därför inte som motiverad, samtidigt som kostnaderna för en sådan reform troligtvis skulle bli betydande. I sammanhanget noteras att utredningens utgångspunkt enligt direktiven varit att det offentliga åtagandet inte får utökas.

Att ha kvar hjälpmedelsansvaret inom hälso- och sjukvården innebär att alla förslag till reglering måste vägas mot den kommunala självstyrelsen. Särskilt gäller detta förslag som rör sjukvårdshuvudmännens organisation och avgiftsmakt. Vidare ska framhållas att hälso- och sjukvårdslagen, även den nya från 2017, är en s.k. ramlag, där man aktivt försökt undvika detaljreglering och i stället lämna mycket utrymme åt den kommunala självstyrelsen.

Hjälpmedel definieras i hälso- och sjukvårdslagen

Utredningen föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska införas en definition av begreppet hjälpmedel, som förtydligar sjukvårdshuvudmännens skyldighet att erbjuda hjälpmedel i 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen. Förslaget till definition bygger på vad som anges i förarbetena till bestämmelserna om skyldigheten att erbjuda hjälpmedel (dvs. prop. 1992/93:159 s. 201). Avsikten är att kodifiera vad som redan kan anses gälla. Bestämmelsen bör därför inte kunna uppfattas som ett avsevärt intrång i den kommunala självstyrelsen. I stort sett tillämpas också dessa principer redan i dag, med undantag för fritidshjälpmedel. Lagtexten i förslagets 2 kap. 8 § hälso- och sjukvårdslagen, som föreslås införas i lagens kapitel med definitioner (2 kap.), lyder:

Med hjälpmedel avses dels hjälpmedel för vård och behandling, dels hjälpmedel för den dagliga livsföringen, vilka fordras för att den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska kunna

1. *tillgodose personliga behov såsom att klä sig, äta, sköta sin hygien,*
2. *förflytta sig,*
3. *kommunicera med omvärlden,*
4. *fungera i hemmet och i närmiljön,*
5. *orientera sig,*
6. *sköta vardagslivets rutiner i hemmet,*
7. *gå i skolan, samt*
8. *delta i sysselsättning och vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet och närmiljön.*

Utanför begreppet hjälpmedel för den dagliga livsföringen faller arbetstekniska hjälpmedel, hjälpmedel som kan behövas för att genomgå yrkesinriktad rehabilitering, särskilda pedagogiska hjälpmedel inom skola, förskola, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet samt förbrukningsartiklar.

Hälso- och sjukvårdslagen är en ramlagstiftning och den nu föreslagna bestämmelsen har en relativt hög detaljeringsgrad. Därför ska framhållas att den aktuella ordalydelsen hämtats från förarbetena för att det ska bli tydligt att någon materiell ändring inte är avsedd och att utredningen ansett det syftet viktigare än att formulera en lagtext som passar i en ramlag. Lagförslaget anger behovsområden, inte hjälpmedelstyper. Bestämmelsen är således inte så detaljerad som den kan ge sken av. Fördelen med att begreppet definieras i själva lagtexten – och inte bara i förarbetsuttalanden – är att det ökar transparensen och möjliggör en förbättrad statlig styrning på hjälpmedelsområdet. För tydlighets skull ska framhållas att utredningen enligt direktiven varit förhindrad att pröva hjälpmedelsdefinitionen som sådan. Definitionen är således inte tänkt att förändra rättsläget, utan att tydliggöra detsamma för huvudmän, myndigheter och enskilda.

Arbetstekniska hjälpmedel faller som tidigare utanför hälso- och sjukvårdens ansvar, liksom sådana särskilda pedagogiska hjälpmedel

som är skolans ansvar och sådana hjälpmedel som behövs för yrkesinriktad rehabilitering, vilka är ett statligt ansvar.

Nationell jämförande statistik och uppföljning

När definitionen lagfästs, så att det blir tydligare vad sjukvårdshuvudmännens ansvar för hjälpmedel är, öppnas möjligheter för att stärka den statliga styrningen på området. Utredningen föreslår följaktligen att Socialstyrelsen regelbundet ska följa upp hjälpmedelsförskrivningen, bl.a. i form av jämförande statistik. Detta kan antas leda till en ökad likvärdighet. Förutsättningarna för statlig tillsyn förbättras också.

Vidare kommer framtida utredningar att få tillgång till bättre beslutsunderlag.

Hjälpmedelsavgifter regleras i hälso- och sjukvårdslagen

Olikheterna över landet är mest påfallande i fråga om avgifter. Utredningen har gjort bedömningen att en lagreglering erfordras för att komma till rätta med de regionala skillnaderna.

Utredningen föreslår för det första en ny bestämmelse om hjälpmedelsavgifter, 17 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdslagen. Genom införandet av en uttrycklig regel om hjälpmedelsavgifter blir det tydligt dels att sådana avgifter *får* tas ut (vilket inte framstår som uppenbart i nuläget), dels under vilka förutsättningar det kan ske. Härigenom ökar transparensen i avgiftssättningen.

Enligt förslaget får skäliga avgifter för hjälpmedel och för besök i samband med behovsbedömning och förskrivning tas ut av den som fyllt 18 år. Avgift får dock inte tas ut av den som tillhör personkretsen enligt 1 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Avgift får heller inte tas ut av den som är 85 år eller äldre.

Bestämmelsen är tvingande till fördel för den enskilde, dvs. avgifter får inte tas ut i strid med lagtexten. Däremot är det inget som hindrar att sjukvårdshuvudmän avstår från att ta ut avgifter helt eller delvis, såsom fallet är i dag på sina håll. De grupper som föreslås åtnjuta avgiftsbefrielse är alltså barn, personer som tillhör personkretsen enligt LSS och personer som är 85 år eller äldre. När det

gäller barn tillämpar sjukvårdshuvudmännen i regel avgiftsfritt redan i dag. För personer som är 85 år eller äldre gäller avgiftsfrihet för vårdavgifter sedan januari 2017. Det framstår som rimligt att även den här typen av vårdavgifter omfattas av avgiftsfriheten. Människor som tillhör personkretsen enligt LSS har ofta stadigvarande dålig ekonomi, med små möjligheter att påverka sin situation. Samtidigt är det angeläget att de inte ser sig tvingade att avstå från hjälpmedel av ekonomiska skäl. Handikappersättning erbjuder inget fullgott skydd i det avseendet.

För övriga hjälpmedelsanvändare ska gälla att avgifterna måste vara *skäliga*. I princip framstår de avgifter som utredningen granskat som skäliga, både till sin typ och till sitt belopp. I denna del torde inte bestämmelsen få så stor praktisk betydelse. I sammanhanget noteras dock att lagligheten i en taxa kan bli föremål för överklagande i enlighet med reglerna om s.k. laglighetsprövning, som finns i 10 kap. kommunallagen (1991:900).

För det andra föreslås en ny punkt i 17 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen som tydliggör att besöksavgifter som tas ut i samband med behovsbedömning och hjälpmedelsförskrivning omfattas av högkostnadsskyddet i öppenvård. Ändringen torde inte medföra några större förändringar jämfört med i dag.

Fritt val av hjälpmedel och ny teknik

Utredningen har haft i uppdrag att utvärdera modellen med fritt val av hjälpmedel. Liksom Socialstyrelsen har utredningen funnit att modellen, som inte är lagreglerad, inte bör ges vidare spridning. Fritt val av hjälpmedel, som bygger på att förskrivaren i förekommande fall beslutar om s.k. egenvård och användaren därefter köper sitt hjälpmedel själv (för allmänna medel), har betydande nackdelar jämfört med vanlig förskrivning. Upplägget leder till ökade kostnader för det allmänna utan att enskilda för den skull upplever en större delaktighet och trygghet.

Det mest fördelaktiga för såväl enskilda som det allmänna är i stället att satsa på breda och moderna sortiment av hjälpmedel som kan förskrivas av hälso- och sjukvården, för att tillgodose de valmöjligheter gällande hjälpmedel som följer av patientlagen (2014:821). För att möjliggöra upphandlade sortiment av god kvalitet är det av

avgörande betydelse att sjukvårdshuvudmännen använder sig av offentlig upphandling på ett bra sätt, innebärande ett stort mått av brukarinflytande redan vid framtagandet av förfrågningsunderlag och sortimentsinnehåll. Upphandlingsmyndigheten har under 2016 tagit fram en vägledning i fråga om upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik, som sjukvårdhuvudmännen kan använda sig av. En viktig förutsättning för att de upphandlade sortimenten ska hålla hög kvalitet är också att ny teknik lätt kan införlivas i sortimenten.

Innovation och teknikutveckling på konsumentmarknaden frambringar också produkter som kan kompensera för funktionsnedsättningar. Det kan finnas fördelar med att förskriva även konsumentprodukter. Från patientsäkerhetssynpunkt är dock nackdelarna påfallande (t.ex. gäller inte patientförsäkringen vid eventuella vårdskador) och svåra att komma till rätta med genom lagstiftning. Därför föreslås Myndigheten för vård- och omsorgsanalys få i uppdrag att kartlägga förskrivning av konsumentprodukter ur ett patient-, brukar- och samhällsperspektiv. Kartläggningen ska ge svar på bl.a. hur vanligt det är att konsumentprodukter förskrivs, nyttan av dessa produkter, ekonomiska effekter för huvudmännen samt omfattningen av de risker som finns med att förskriva icke medicintekniska produkter som hjälpmedel.

Även om konsumentprodukter inte förskrivs i någon större utsträckning, kan enskilda köpa många produkter på egen hand. Det är då svårt att hävda något ansvar för hälso- och sjukvården. Huvudmännen behöver däremot ha en tydlig policy om förskrivares ansvar vid råd och stöd kring användning av produkter som användare nyligen införskaffat på egen hand.

Hjälpmedel i skolan och på lärosäten

Sjukvårdshuvudman och *skolhuvudman* har ett delat ansvar för att elever med funktionsnedsättning får tillgång till de hjälpmedel de har behov av i skolan. Utredningens uppfattning är att på ett övergripande plan är ansvarsfördelningen mellan huvudmännen klar. Med utgångspunkt i gällande lagstiftning och rådande praxis ansvarar sjukvårdshuvudmannen för personliga hjälpmedel och skolhuvudmannen för pedagogiska hjälpmedel, läromedel och utrustning. Beroende på det aktuella syftet med hjälpmedlet kan emellertid en

och samma produkt vara antingen ett personligt eller pedagogiskt hjälpmedel, läromedel eller utrustning, vilket komplicerar gränsdragningen mellan huvudmännen. För att undvika gränsdragningsproblem kan olika åtgärder komma ifråga, t.ex. att en huvudman tar över hela ansvaret för hjälpmedel till elever. Utredningen har dock bedömt att en sådan genomgripande förändring inte står i proportion till problemets art. I stället förordas en ökad lokal samverkan. De som i dag har lokala överenskommelser uppger att det underlättar samarbetet. Vidare föreslås att Socialstyrelsen tar fram stöd till skolhuvudmän och sjukvårdshuvudmän om samordning av hjälpmedel till elever med funktionsnedsättningar, gärna med utgångspunkt i den vägledning som Hjälpmedelsinstitutet (HI) tog fram 2008.

Utredningen har i enlighet med direktiven beskrivit hur ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudman och *lärosäten* ser ut utifrån gällande lagstiftning. Utredningen gör bedömningen att det förtydligande som gjorts bör fungera stödjande om oenighet uppstår om vilken huvudman som ska ansvara i en viss situation.

Samordning mellan huvudmän och mot andra stöd

Det finns många bestämmelser om samordning och samverkan mellan huvudmän på hälso- och sjukvårdsområdet, både på ett allmänt plan och på individnivå. Dessutom har många huvudmän träffat avtal om samverkan med andra verksamheter. Icke desto mindre brister det emellanåt i samordningen gällande enskilda. Såvitt framkommit är inte problemet särskilt uttalat på hjälpmedelsområdet, men genomgående finns det ett framträdande behov av samordning vid utskrivning från sluten vård. I det sammanhanget är det viktigt att behovet av hjälpmedel beaktas. Utredningen har dock inte funnit skäl att föreslå några nya regler.

Det finns möjlighet att använda hjälpmedel och välfärdsteknik i större utsträckning än i dag och därigenom ge enskilda möjlighet till ett mer självständigt liv. Individens möjlighet att själv bestämma om vilken teknik som ska användas är dock av avgörande betydelse. Användningen av ny teknik kan ibland ge upphov till svårlösta problem av såväl rättslig som etisk karaktär.

Utredningen har undersökt reglerna om andra stöd med nära koppling till hjälpmedel, såsom bilstöd och bostadsanpassnings-

bidrag, men inte funnit något behov av förändring i syfte att öka effektiviteten i stödsystemen.

Kompetensbehovet i kommunerna

I kommunernas planering av sin hälso- och sjukvård samt äldreomsorg behöver rehabilitering lyftas fram ytterligare. En medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har inte alltid erforderliga kunskaper om hjälpmedel. Utredningen föreslår att i 11 kap. hälso- och sjukvårdslagen ska införas en ny bestämmelse (5 §) med följande lydelse:

Kommunen ska vid planeringen av sin hälso- och sjukvård och äldreomsorg särskilt beakta verksamheternas behov av kompetens i form av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. På verksamhetsområden som i huvudsak omfattar rehabilitering bör finnas en medicinskt ansvarig arbetsterapeut eller fysioterapeut.

En medicinskt ansvarig arbetsterapeut eller fysioterapeut brukar kallas MAR. Syftet med den föreslagna lagändringen är att öka arbetsterapeuters och fysioterapeuters ansvar för en säker och ändamålsenlig rehabilitering, innefattande tillhandahållandet av bra hjälpmedel, inom kommunens ansvarsområde. Mot bakgrund av att en så stor andel av hjälpmedelsförskrivningen numera sker i kommunerna, gör utredningen bedömningen att MAR egentligen skulle behövas i varje kommun. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har uppmärksammat brister när det gäller att samordna hälso- och sjukvården och socialtjänstens resurser för de mest sjuka äldre och få till stånd fungerande vårdkedjor vid in- och utskrivning från sluten vård.

Utredningen är medveten om att det råder brist på arbetsterapeuter och fysioterapeuter och att förutsättningarna för att anställa sådana varierar över landet. Detta talar än mer för behovet av att dessa kompetenser beaktas särskilt i planeringen.

Myndigheten för delaktighet (MFD)

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet i fråga om hjälpmedel som faller under hälso- och sjukvårdens ansvar. Det behövs dock en nationell aktör med sektorsövergripande ansvar för hjälpmedelsfrågor. Utredningen föreslår att ett förtydligande görs av MFD:s roll samt tre uppdrag till MFD i syfte att förstärka myndighetens

arbete med individstöd; att ta fram underlag för att öka tillgången till individstöd som främjar en aktiv fritid, inrättande av ett samverkansforum för huvudmän och myndigheter om teknik som individstöd och slutligen ett uppdrag om sektorsövergripande uppföljning av teknik.

Övriga uppdrag till statliga myndigheter

Det är ont om vetenskapliga studier på hjälpmedelsområdet. Utredningen föreslår därför att Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) ges i uppdrag att i ett första steg kartlägga befintligt kunskapsläge, inklusive bristande evidens och kunskapsluckor. I ett andra steg kan genomföras systematiska översikter på särskilt angelägna hjälpmedelsområden.

Vidare föreslås Socialstyrelsen få i uppdrag att kartlägga och sprida goda exempel på systematiskt jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet. Kartläggningen bör även fokusera på kompetenssatsningar inom jämställdhet.

Ekonomiska konsekvenser

Enligt vad utredningen erfar förskriver inte sjukvårdshuvudmännen hjälpmedel för fritiden. Det kan diskuteras om förslaget att lagfästa definitionen egentligen utökar det offentliga åtagandet, enbart för att sjukvårdshuvudmännen inte följer förarbetsuttalandena i denna del. Samtidigt kan konstateras att införandet av definitionen i hälso- och sjukvårdslagen kommer att innebära ökade kostnader för sjukvårdshuvudmännen, vilka beräknats till 26,5 miljoner kronor över en treårsperiod. Den årliga kostnaden därefter bedöms vara avsevärt lägre och maximalt cirka 3 miljoner kronor per år. Bedömningen vilar på ett osäkert underlag med flera antaganden, men samtidigt är det inget som talar för högre kostnader än så. Här ska framhållas att hjälpmedel för motions-, sport- och hobbyverksamhet generellt sett inte kan anses ingå i hälso- och sjukvårdens ansvar. De hjälpmedel som kan bli aktuella är som nämnts endast hjälpmedel för ”vardagliga fritidssysselsättningar i hemmet och närmiljön.”

Regleringen av sjukvårdshuvudmännens avgifter beräknas medföra minskade årliga avgiftsintäkter om cirka 118,5 miljoner kronor,

där den enskilt största delen är avgiftsfriheten för personer som är 85 år eller äldre, som beräknats kosta 104 miljoner kronor. Uppdragen till statliga myndigheter kostar cirka 23 miljoner kronor under perioden 2018–2020 om samtliga genomförs i enlighet med förslaget.

Utredningen föreslår att ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen träder ikraft den 1 januari 2019. Förslagen i övrigt är inte avhängiga lagändringarna utan kan genomföras vid valfri tidpunkt.

Lättläst sammanfattning

Inledning

Hjälpmedel är saker
som hjälper en person med funktionsnedsättning.
Till exempel

- en rollator om du har svårt att gå
- en dator som läser upp text
  om du har läs- och skrivsvårigheter
- en surfplatta
  som hjälper dig komma ihåg saker.

Hjälpmedel kan du få
genom sjukvården, skolan eller kommunen.
Det beror på vad du ska använda det till.

I dag kan personer med samma behov
få olika hjälpmedel
om de bor på olika ställen i Sverige.

Vi i Hjälpmedelsutredningen
ska ge förslag
så att det blir mer lika.

Finns det hjälpmedel till alla som behöver?

Socialstyrelsen undersökte 2016
vilka hjälpmedel man kan få
genom sjukvården.

Genom sjukvården
kan man få de hjälpmedel
som man behöver.
Men det är olika
vad man får som hjälpmedel
runt om i Sverige.
Det kan också kosta olika mycket.
Det blir allra dyrast
när man måste köpa sitt hjälpmedel själv.

Barn kan oftast få
de hjälpmedel de behöver.

Det finns skillnader mellan
kvinnor och män.
Äldre kvinnor får mer hjälpmedel
än äldre män.
Det kan bero på att
kvinnorna har större behov.
Det vet vi inte i dag.
Vi föreslår att det ska undersökas.

I skolan
saknar många elever
det stöd och de hjälpmedel de behöver.

Flera av dem behöver
kognitivt stöd.
Det kan vara saker och apparater
som gör det lättare att minnas,
tänka, förstå,
planera, välja
och hantera tid.

Det kan vara särskilda datorprogram.
Det kan också vara färgad tejp
och bilder av olika slag.

Kognitiva hjälpmedel
hjälper eleven att
koncentrera sig och minnas.

De som arbetar i skolan
kanske vet för lite
om detta.

Vi föreslår att
Specialpedagogiska skolmyndigheten
får ett uppdrag
att lära skolor mer om
kognitivt stöd.

Vi föreslår också
att staten ska betala ut pengar
så att en skola kan anställa
arbetsterapeut,
fysioterapeut,
eller logoped.

De kan hjälpa till i skolan
så att elever som behöver hjälpmedel
får sådana.

Hur blir det mer lika?

I dag har kommuner och landsting
olika regler kring hjälpmedel.
Det kan göra att
den som bor i en del av Sverige
inte får något
som en person som bor i en annan del kan få.
Men kommunerna och landstingen har rätt att bestämma olika.

Det kallas för kommunalt självstyre.
Varje kommun styr själv.

Om staten ska bestämma mer om hjälpmedel
får kommunerna och landstingen bestämma mindre.

Hjälpmedelsutredningen föreslår inte
att ansvaret för hjälpmedel flyttas
från kommunerna och landstingen till staten.
Vi i utredningen
vill fortsätta som i dag.
De som arbetar
inom hälso- och sjukvården
i kommunerna och landstingen,
vet mer om hjälpmedel
än de som jobbar i staten.

Lagen ska bli tydligare

Hälso- och sjukvårdslagen ska förtydligas.

Det ska stå i lagen
vad ett hjälpmedel är.
Då blir det tydligare
att kommuner och landsting
måste erbjuda hjälpmedel.

Vi vill göra det tydligare
vad som redan gäller.
Utredningen vill också
att fler får hjälpmedel för fritiden.

I lagen vill vi förklara vad ett hjälpmedel är

Det finns olika hjälpmedel.

- Hjälpmedel som du behöver för din vård och behandling.
- Hjälpmedel som du behöver för att leva,
  på ett så enkelt sätt som möjligt.

Det kallas för
Hjälpmedel för den dagliga livsföringen.

Det kan vara:
saker du behöver för att du själv
eller med hjälp av någon annan
ska kunna:

1. Klä på dig kläder, äta, tvätta kroppen
2. Flytta dig från ett rum till ett annat eller utomhus
3. Prata och kommunicera
4. Fungera hemma och nära ditt hem
5. Hitta bättre
6. Diska, tvätta, laga mat, städa
7. Gå i skolan
8. Delta i sysselsättning
   och i fritidssysselsättning hemma och nära ditt hem.

Hjälpmedel för den dagliga livsföringen är **inte**

- Hjälpmedel som har med en **arbetsplats** att göra.
- Hjälpmedel som används för att lära sig saker
  i **skolan** eller i barnomsorg.
- **Blöjor**.

Detta förändrar inte vad som gäller
Lagen blir bara tydligare.

Socialstyrelsen ska mäta

Vi föreslår
att Socialstyrelsen ska mäta
hur många som får hjälpmedel
och vilka hjälpmedel som delas ut.

Socialstyrelsen
ska presentera sina mätningar,
så att alla kan jämföra
om det blivit mer lika.

Vad ska det kosta?

Hjälpmedel kostar pengar.
Den som behöver hjälpmedel
får ibland betala en avgift.

I dag får man betala olika mycket
för sina hjälpmedel
på olika ställen i Sverige.

Vi vill ändra i lagen,
för att avgifterna för hjälpmedel
ska bli mera lika.

Vi föreslår att det är okej
att ta betalt för hjälpmedel.

Besök inom vården,
kan också få kosta pengar,
när de ska pröva ut rätt hjälpmedel till dig.

Men avgiften måste vara lagom.
Den får inte vara jättemycket dyrare
än andra avgifter på sjukhus.
Avgiften för besöket ska ingå
i samma skydd
som finns i dag:
Högkostnadsskyddet.
Det skyddar dig
mot för höga kostnader i vården.

Vi föreslår att
du kan få hjälpmedel gratis

- om du är yngre än 18 år
- om du har fyllt 85 år
- om du tillhör LSS

(Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)

Fritt val av hjälpmedel fungerar dåligt

Under några år
har vissa som behöver hjälpmedel
kunnat köpa sina hjälpmedel själva.

De har fått pengar för att handla
från den person inom vården,
som sagt att de behöver hjälpmedel.

Vi har undersökt
om det fungerade bra.

De som fick handla sina hjälpmedel själva
blev inte tryggare.
De tyckte inte heller
att de fick vara med och bestämma.

Vi tycker att det är bättre
när vården bestämmer
vilka hjälpmedel man kan välja mellan.
Det blir också billigare för alla.

Det ska finnas mycket att välja på,
även nya moderna, tekniska saker.

Ibland kan en smart mobiltelefon
fungera som hjälpmedel.
Men om du skulle bli skadad av mobilen,
så gäller inte den vanliga vårdförsäkringen.

Vilket ansvar har vården
om du köpt ditt hjälpmedel själv?
Det kan vara svårt att svara på.

De som delar ut hjälpmedel
behöver bestämma
vad som gäller.
De ska veta
vilket ansvar vården har,
när vården ger tips och råd om produkter
som patienten köper själv.

Hjälpmedel i skolan

När en elev med funktionsnedsättning
går i skolan
behövs olika hjälpmedel.

Några hjälpmedel är personliga.
De använder eleven
både hemma och i skolan.
Några hjälpmedel behövs för skolarbetet.

De hjälpmedel som behövs för skolan
får eleven av den som bestämmer på skolan.

De hjälpmedel som är personliga
får eleven genom vården.

Ibland är det svårt att veta
om det är vården eller skolan
som ska betala ett hjälpmedel.

Då är det bra
om skolan och vården samarbetar.

I varje kommun eller område
är det bra
om skolorna och vården
kommer överens om
hur de ska arbeta med hjälpmedel
tillsammans.

Det ska skrivas ner på ett papper,
som alla kan få läsa.

Vi föreslår att
Socialstyrelsen ska ta fram förslag på
hur skola och vård
kan samarbeta.

Om de blir osams
om vem som ska betala,
kan de läsa i vår utredning.

Där har vi tydligt beskrivit
vad lagen säger
om hur ansvaret ska delas upp
mellan skolan
och vården.

Inga nya regler

Utredningen har undersökt
om lagen behöver ändras
på fler ställen.

Till exempel:
när en patient ska flytta från sluten vård.
Det är ofta sjukhus där patienten har bott.

- vid bilstöd
- och vid handikappanpassning
  av en bostad.

Men vi föreslår inga nya regler.

Mer rehabilitering i kommunerna

Kommunerna behöver bli bättre
på att planera
för att din rehabilitering ska fungera.

Rehabilitering behövs
för att du som varit sjuk eller skadad
ska bli bättre.
Arbetsterapeuter och fysioterapeuter är bra på det.
Fysioterapeut och sjukgymnast är samma sak.

Vi vill skriva in i lagen
att alla kommuner bör ha en arbetsterapeut
eller fysioterapeut
som är ansvarig för rehabilitering.
Den personen kallas för MAR
(Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering).

I dag finns MAS
(Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska).

Vi tycker att rehabilitering
och hjälpmedel är så viktigt,
så att en MAR behövs
i varje kommun.

Det är ju i kommunerna
som de flesta hjälpmedel delas ut.

Nya uppdrag till Myndigheten för delaktighet (MFD)

Socialstyrelsen är en myndighet
som arbetar för att vården ska vara säker och bra.

De hjälpmedel som tillhör fritiden
kan du sällan få via vården.

Därför ska en annan myndighet
jobba med hjälpmedel
som tillhör fritiden.
Det blir *Myndigheten för delaktighet* (MFD).

MFD får tre nya uppdrag:

1. Gör en utredning
   som visar hur fler människor
   kan få hjälpmedel för sin fritid.
2. Skapa en grupp för myndigheter
   och de som bestämmer
   över vård och skola.
   Den gruppen
   ska samarbeta för
   att digital teknik
   som kan hjälpa en människa
   ska nå så många som möjligt.

3. Mät och berätta
   hur tekniska hjälpmedel
   hjälper människor inom olika områden.

Uppdrag till andra myndigheter

Det finns för lite forskning
om hjälpmedel.

Därför föreslår vi att SBU,
Statens beredning för medicinsk och social utvärdering,
tar reda på vilken forskning som finns.
SBU ska också berätta
vad vi behöver veta mer om.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
får i uppdrag att
ta reda på
hur vanligt det är
att en patient får ett hjälpmedel
som vem som helst kan köpa själv.

Det kallas konsumentprodukt
och kan till exempel vara
en smart mobiltelefon
eller en huvudkudde med väckarklocka.

Vi vill veta

- Vilken nytta man kan ha
  av dessa konsumentprodukter?
- Vad de kostar samhället?
- Vilka risker som finns?

Kostnader

Vi tror att våra förslag kommer att kosta
168 miljoner kronor.

I dag delar sällan vården ut hjälpmedel för fritiden,
trots att många menar att de borde göra det.

Vi tror att det kommer kosta
26,5 miljoner kronor
att införa en definition av hjälpmedel
i lagen.
Då blir det tydligare
att hjälpmedel för fritiden
ska delas ut.

Vårt förslag med gratis hjälpmedel
för personer som fyllt 85 år
kostar staten 104 miljoner kronor.

De andra som får gratis hjälpmedel
kostar 14,5 miljoner kronor.

Uppdragen
som vi vill ge olika myndigheter
kostar 23 miljoner kronor.

Den sammanlagda kostnaden
för våra förslag blir ungefär
168 miljoner kronor.

Vi föreslår att våra lagändringar
börjar gälla 1 januari 2019.
……..

Översatt till lättläst svenska av
Ylva Bjelle
Bjelle Media AB
2017-04-22
……..

DEL I
Inledning

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 17 kap. 6 § ska ha följande lydelse,

dels att det i hälso- och sjukvårdslagen ska införas tre nya bestämmelser, 2 kap. 8 §, 11 kap. 5 § och 17 kap. 1 a § av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	8 §
	Med hjälpmedel avses i denna lag dels hjälpmedel för vård och behandling, dels hjälpmedel för den dagliga livsföringen, vilka fordras för att den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska kunna
	1. tillgodose personliga behov såsom att klä sig, äta, sköta sin hygien,
	2. förflytta sig,
	3. kommunicera med omvärlden,
	4. fungera i hemmet och i närmiljön,
	5. orientera sig,
	6. sköta vardagslivets rutiner i hemmet,

7. gå i skolan, samt

8. delta i sysselsättning och vardagliga fritidssysselsättningar i hemmet och närmiljön.

Med begreppet hjälpmedel avses i denna lag inte arbetstekniska hjälpmedel, hjälpmedel som kan behövas för att genomgå yrkesinriktad rehabilitering, särskilda pedagogiska hjälpmedel inom skola, förskola, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet eller förbrukningsartiklar.

11 kap.

5 §

Kommunen ska vid planeringen av sin hälso- och sjukvård och äldreomsorg särskilt beakta verksamheternas behov av kompetens i form av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. På verksamhetsområden som i huvudsak omfattar rehabilitering bör finnas en medicinskt ansvarig arbetsterapeut eller fysioterapeut.

17 kap.

1 a §

Skäliga avgifter för hjälpmedel och för besök i samband med behovsbedömning och förskrivning får tas ut av den som fyllt 18 år. Avgift får inte tas ut av den som tillhör personkretsen enligt 1 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Avgift får heller inte tas ut av den som är 85 år eller äldre.

6 §

För den enskilde får följande poster tillsammans under ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats, uppgå till högst 0,025 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget:

1. vårdavgifter som avser öppen vård enligt denna lag i andra fall än som avses i 8 § första stycket 1,

2. avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §, *och*

3. avgifter för tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125).

2. avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §,

3. *avgifter som tas ut i samband med besök för behovsbedömning och förskrivning av hjälpmedel, och*

4. avgifter för tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125).

Vid beräkning av avgiftsbefrielse enligt första stycket ska även sådana avdrag som har gjorts enligt 7 § andra stycket lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet medräknas.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

1.2 Förslag till förordning om ändring i förordning (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser

Härigenom föreskrivs att 7 § och 16 § förordningen (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 §	
Statsbidrag får lämnas för kostnader för personalförstärkning inom elevhälsan som avser	
1. skolläkare,	1. skolläkare,
2. skolsköterska,	2. skolsköterska,
3. skolkurator, *eller*	3. skolkurator,
4. skolpsykolog.	4. skolpsykolog,
	5. arbetsterapeut,
	6. fysioterapeut, eller
	7. logoped.

Om statsbidrag söks för anställning eller uppdrag som avses i första stycket 1, 2 och 4 lämnas bidrag endast under förutsättning att den som anställs eller ges uppdrag har legitimation och behörighet för det yrke som anställningen eller uppdraget avser.

Om statsbidrag söks för anställning eller uppdrag som avses i första stycket 3, lämnas bidrag endast under förutsättning att den som anställs eller ges uppdrag har tillräcklig utbildning för anställningen eller uppdraget.

16 §

Om det kommer in fler ansökningar om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan enligt 6 § än det finns medel för, beslutar Statens skolverk om urval. Vid urvalet ska ansökningar som avser anställning eller uppdrag som skolpsykolog prioriteras före ansökningar som avser skolläkare, skolsköterska eller skolkurator.

Ansökningar som avser anställning eller uppdrag som arbetsterapeut, fysioterapeut och logoped ska prioriteras lägre än sådana ansökningar som anges i första stycket.

Skolverket ska också vid urvalet

1. prioritera ansökningar från de huvudmän som har störst behov av en förstärkt elevhälsa,
2. beakta geografisk spridning, och
3. beakta att bidrag lämnas till såväl offentliga som fristående huvudmän.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2018.

2 Utredningsuppdrag och tillvägagångssätt

2.1 Utredningens uppdrag

Hjälpmedel och ny teknik har stor betydelse för att personer med funktionsnedsättning ska kunna leva ett självständigt liv. I dag finns ett antal områden där effektiviteten och utnyttjandet av hjälpmedel skulle kunna öka.

Utredningens direktiv (dir. 2015:134) beslutades vid regeringssammanträde den 10 december 2015 (bilaga 1). Enligt direktiven ska utredningen kartlägga tillgång och användning av hjälpmedel. Utredningen ska också analysera regler, ansvarsfördelning och samverkan mellan berörda huvudmän samt bedöma hur detta påverkar effektivitet i förskrivning, utnyttjande av hjälpmedel och ekonomiska resurser, utveckling och innovation. Förslag i syfte att öka likvärdigheten och minska skillnaderna över landet ska lämnas.

Några exempel från direktiven på frågor som behöver ses över är följande:

- avgifter vid hjälpmedelsförskrivning
- samlat huvudmannaskap inom hjälpmedelsområdet
- olika myndigheters uppgifter inom hjälpmedelsområdet
- hur teknikbaserade stöd kan komplettera det stöd som ges i dag
- ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudman och skolhuvudmän samt lärosäten
- tillgång och förskrivning av hjälpmedel till flickor och pojkar, kvinnor och män
- delaktighet för den enskilde vid förskrivning av hjälpmedel

- fritt val av hjälpmedel
- kompetensen hos förskrivare och andra relevanta yrkesgrupper.

Några grundläggande frågor ska genomsyra utredningens hela arbete. Det är likvärdigheten över landet, effektiviteten i förskrivning och utnyttjande av hjälpmedel, samverkan mellan olika aktörer, kostnadseffektivitet samt hög kvalitet inom hjälpmedelsområdet.

Utredningen ska föreslå

- hur tillgången till hjälpmedel kan bli mer likvärdig över landet,
- hur effektiviteten i förskrivning, utnyttjande, utveckling och innovation kan förbättras,
- hur avgiftssättningen kan bli mer likvärdig,
- hur delaktigheten för enskilda kan öka vid förskrivning, och
- hur samverkan mellan kommun och landsting kan bli bättre.

Om kartläggningen visar på skillnader i barns och ungas samt kvinnor och mäns tillgång till hjälpmedel ska utredningen dessutom föreslå

- hur dessa skillnader kan utjämnas.

Utredningen ska säkerställa att förslag som lämnas leder till hög kvalitet inom hjälpmedelsområdet. Vidare ska utredningens förslag vara kostnadseffektiva ur ett samhällsperspektiv och inte öka det samlade offentliga åtagandet på området. Om förslag eventuellt leder till ökade kostnader ska de vara försedda med väl underbyggda finansieringsförslag. Förslagen ska skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling på området.

Ett tilläggsdirektiv om förlängd tid för uppdraget beslutades den 6 oktober 2016 (dir. 2016:81, bilaga 2). Datumet då utredningens uppdrag ska slutredovisas flyttades då fram från 28 februari 2017 till den 31 maj 2017.

2.2 Avgränsningar av uppdraget

Enligt direktiven ingår det inte i utredningens uppdrag att pröva definitionen av hjälpmedel.

Utredningen har valt att i första hand fokusera på personliga hjälpmedel. Sådant som primärt berör användning av teknik för tillsyn, positionering etc. ingår därmed inte. Det handlar bland annat om att utredningen inte beskriver etiska dilemman vid tillsyn samt säkerhetsaspekter vid informationsöverföring från sensorer till servrar. Utredningen belyser heller inte medicintekniska *behandlings*hjälpmedel särskilt.

Enligt direktiven ingår inte området arbetshjälpmedel i utredningens uppdrag. Ansvaret för arbetshjälpmedel är i dag delat mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Förutsättningar och lämplighet i samordning av regelverket om stöd till arbetshjälpmedel har utretts inom ramen för den så kallade FunkA-utredningen (dir. 2012:27). FunkA-utredningen föreslog i betänkandet *Arbetshjälpmedel och försäkringsskydd på lika villkor* (SOU 2012:92) att Försäkringskassans uppgift att ge bidrag till arbetshjälpmedel skulle föras över till Arbetsförmedlingen. FunkA-utredningens förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet.

2.3 Utredningens arbete

Utredningen har bedrivit ett brett och utåtriktat arbete och genomfört möten med en lång rad aktörer (bilaga 3). Utredningen har bland annat träffat företrädare för berörda myndigheter, intresseorganisationer som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), funktionshinderorganisationer och pensionärsorganisationer samt företrädare för olika yrkesgrupper som är verksamma inom hjälpmedelsområdet. Utredningen har träffat de tre referensgrupper Socialstyrelsen har haft för sina hjälpmedelsuppdrag[1] och på så vis inhämtat synpunkter från de brukarorganisationer, verksamhetschefer, yrkesförbund och myndigheter som där funnits representerade. Regeringskansliet (Socialdepartementet) har löpande fått information om arbetet i utredningen.

[1] Uppdrag inom hjälpmedelsområdet (S2014/8959/FST).

Utredningen har gjort studiebesök på ett antal hjälpmedelsverksamheter runt om i landet samt Kommunernas Landsforening, Odense kommun och Digitaliseringsstyrelsen i Danmark. Telefonintervjuer har genomförts med ett antal hjälpmedelschefer, rehabiliteringschefer och socialnämndschefer. Utredningen har också inhämtat uppgifter om avgiftsintäkter och hjälpmedelssortiment från sjukvårdshuvudmännen. De uppgifter som rör övriga nordiska länder har på utredningens uppdrag kvalitetsgranskats av Nordens välfärdscenter, via nätverket av hjälpmedelschefer i Norden samt det nordiska samarbetsrådet kring funktionshinder, en del av det Nordiska ministerrådet.

Utredningen har varit representerad vid ett antal seminarier och konferenser, såsom vid Kungliga tekniska högskolans dag om Ny teknik i äldreomsorgen, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters seminarium om jämlik tillgång till kognitivt stöd, Nationella dagen om dövblindhet, Socialstyrelsens och SKL:s konferens Funktionshinder i tiden, Dialogmöte med ortopedtekniska branschrådet samt Hjälpmedelschefskonferensen.

Utredningen har genomfört en enkätundersökning där samordnare av pedagogiskt stöd vid landets universitet och högskolor fått besvara ett antal frågor. Vidare har en förfrågan om lokala överenskommelser mellan sjukvårdshuvudman och skolhuvudman skickats ut till landets hjälpmedelscentraler. Workshops kring gränsdragningsfrågor mellan sjukvårdshuvudman och lärosäten har genomförts med representanter från tre universitet, tre landsting och Myndigheten för yrkeshögskolan.

Utredningen har haft överläggningar med ett antal statliga utredningar som Kvalitet i utbildningen för elever med vissa funktionsnedsättningar (U 2013:02), Att vända frånvaro till närvaro – en utredning om problematisk elevfrånvaro (U 2015:11), Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03), Utredningen om översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen (S 2016:03), Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (S 2015:07) samt den norska hjälpmedelsutredningen, under ledning av professor Arlid Hervik, vilken stod klar i februari 2017. Vidare har utredningen haft överläggningar med Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar, den Nationella psykiatrisamordnaren samt Samordnaren för life science.

Textunderlag om ny teknik som hjälpmedel har lämnats av konsult Lars Lindberg. Som en del av informationsinhämtandet har utredningen också tagit del av tidigare utredningar, en lång rad rapporter, böcker och artiklar. Många av dessa redovisas som referenser i betänkandet. Utredningen har vidare granskat ett stort antal styrande dokument såsom lokala överenskommelser, policies, riktlinjer och handlingsplaner inom hjälpmedelsområdet.

Utredningen har under utredningstiden haft sex sammanträden med experter och sakkunniga. Vilka som deltog i expert- och sakkunniggruppen finns redovisat i bilaga 4.

2.4 Läsanvisning

Betänkandet är uppdelat i fyra delar. Del I utgör inledning bestående av uppdragsbeskrivning, metod och en bakgrund som beskriver grunderna för hjälpmedelsområdet. Del II utgör en fördjupad beskrivning och analys av särskilt granskade områden. Varje kapitel i denna del avslutas med en punktlista med utredningens sammanfattande slutsatser. Del III innehåller utredningens överväganden och förslag med utgångspunkt i analyserna från del II. Del IV är övrigt. Där återfinns utredningens konsekvensanalys, författningskommentar, referenser samt bilagorna 1–5.

Utredningen har valt att i regel använda begreppet ”landsting” för att beteckna såväl landsting som regioner. För att beskriva de som använder hjälpmedel har vi valt begreppet ”användare” eller ”hjälpmedelsanvändare” i så hög utsträckning som möjligt. I sjukvårdssammanhang är det emellertid ofrånkomligt att ibland använda uttrycket patient. Då utredningen använder begreppet ”personer med funktionsnedsättning” avses en person med nedsatt fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Om personen begränsas i relation till omgivningen används i stället begreppet ”funktionshinder”. Vi vill dock uppmärksamma läsaren att då vi refererar till citat eller lagtext förekommer ibland begrepp som ”funktionshinder” i annan betydelse. Vi har emellertid funnit det olämpligt att göra justeringar av begrepp i citerad text.

3 Bakgrund

3.1 Inledning

I detta kapitel ges en bakgrund till hjälpmedelsområdet. Här beskrivs vad hjälpmedel är, vilka som använder hjälpmedel och hur användare får tillgång till hjälpmedel. Vi vill även ge läsaren en bild av hur hjälpmedelsverksamheten är organiserad i Sverige samt hur hjälpmedelsförskrivning sker i andra nordiska länder. Avslutningsvis anges vilka statliga myndigheter som arbetar med frågor som har anknytning till hjälpmedelsområdet.

Utredningen har tagit avstamp i FN:s internationella konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och FN:s konvention om barnets rättigheter, men också i funktionshinderspolitiken, äldrepolitiken och barnpolitiken. Dessa utgångspunkter behandlas därför kortfattat redan inledningsvis.

3.2 FN:s konventioner om mänskliga rättigheter

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (ICRPD) antogs av FN:s generalförsamling den 13 december 2006. Konventionen slår fast att människor med funktionsnedsättning har samma rättigheter som andra och tydliggör hur dessa rättigheter ska tillgodoses i praktiken. Sverige har ratificerat konventionen och är därmed förpliktat att se till att svensk lagstiftning är i linje med konventionen.

I artikel 4 anges vilka allmänna åtaganden som konventionsstaterna gjort. Här framgår bl.a. att staterna åtar sig att genomföra eller främja forskning och utveckling av, samt främja tillgång till och användning av ny teknik. I det ingår informations- och kommunikationsteknik, samt hjälpmedel som är lämpliga för personer med

funktionsnedsättning, med prioritering av teknik till överkomligt pris (punkt g). Vidare åtar sig staterna att lämna tillgänglig information till personer med funktionsnedsättning om hjälpmedel, innefattande ny teknik och andra former av stöd, service och tjänster (punkt h).

Konventionsstaterna ska vidare vidta effektiva åtgärder för att säkerställa personlig rörlighet med största möjliga oberoende på det sätt, och vid den tid, personen med funktionsnedsättning själv väljer. I detta ingår att underlätta tillgång till hjälpmedel av hög kvalitet genom att göra dem åtkomliga till rimlig kostnad samt uppmuntra tillverkare av hjälpmedel att beakta alla aspekter av förflyttningsbehov för personer med funktionsnedsättning (artikel 20).

I artikel 24 erkänner konventionsstaterna rätten till utbildning för personer med funktionsnedsättning. För att förverkliga denna rätt utan diskriminering och på lika villkor, ska konventionsstaterna säkerställa ett sammanhållet utbildningssystem på alla nivåer och livslångt lärande inriktat på att personer med funktionsnedsättning inte utestängs från det allmänna utbildningssystemet. Barn ska inte på grund av funktionsnedsättning utestängas från kostnadsfri obligatorisk grundutbildning eller från undervisning som följer efter grundutbildning. Konventionsstaterna ska också säkerställa att personer med funktionsnedsättning får tillgång till allmän högre utbildning, yrkesutbildning, vuxenutbildning och livslångt lärande utan diskriminering och på lika villkor som andra. I detta syfte ska konventionsstaterna säkerställa att skälig anpassning erbjuds personer med funktionsnedsättning.

Artikel 25 rör rätten till hälsa. Konventionsstaterna erkänner att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa och utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. I detta ingår att erbjuda sådan hälsoservice som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av deras funktionsnedsättning och service som är avsedd att begränsa och förebygga vidare funktionsnedsättning, bl.a. för barn och äldre (punkt b).

Artikel 26 rör habilitering och rehabilitering. Där framgår bl.a. att effektiva och ändamålsenliga åtgärder ska vidtas för att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att uppnå och vidmakthålla största möjliga oberoende, full fysisk, mental, social och yrkesmässig förmåga samt fullt inkluderande och deltagande i livets alla aspekter. Vidare anges i punkt 3 att staterna ska främja tillgång

till, kännedom om och användning av hjälpmedel och teknik som är utformade för personer med funktionsnedsättning som främjar habilitering och rehabilitering.

Många hjälpmedelsanvändare är barn. Enligt artikel 7 ska vidtas alla nödvändiga åtgärder som behövs för att säkerställa att barn med funktionsnedsättning fullt åtnjuter alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter på lika villkor som andra barn. I detta sammanhang ska också framhållas *FN:s konvention om barnets rättigheter*, från 1989. Sverige ratificerade barnkonventionen 1990.

Barnkonventionen förmedlar ett förhållningssätt till barn där det enskilda barnet och barn som kollektiv ska stå i centrum vid beslut eller åtgärder som rör barnet eller barnen. Enligt artikel 23 erkänner konventionsstaterna att ett barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning bör åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar självförtroende och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället.

Vidare erkänns ”det handikappade” barnets rätt till särskild omvårdnad och staterna ska, inom ramen för tillgängliga resurser, uppmuntra och säkerställa att det berättigade barnet får det bistånd som är lämpligast. Med hänsyn till att ett barn med funktionsnedsättning har särskilda behov ska bistånd som lämnas vara kostnadsfritt då så är möjligt, med beaktande av föräldrarnas ekonomiska tillgångar eller ekonomiska tillgångar hos andra som tar hand om barnet (punkt 3). Biståndet ska syfta till att säkerställa att barnet med funktionsnedsättning har effektiv tillgång till och erhåller undervisning och utbildning, hälso- och sjukvård, habilitering, förberedelser för arbetslivet och möjligheter till rekreation på ett sätt som bidrar till barnets största möjliga integrering i samhället och individuella utveckling, innefattande dess kulturella och andliga utveckling. I artikel 24 erkänner staterna barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering.

Barnrättighetsutredningen har i sitt slutbetänkande *Barnkonventionen blir svensk lag* (SOU 2016:19) lämnat förslag på en lag om inkorporering av barnkonventionen. Förslaget bereds för närvarande i Regeringskansliet. Det förtjänar kanske nämnas här att Sverige redan tidigare, i linje med sin dualistiska tradition, infört lagändringar för att möta konventionens krav, s.k. transformering.

3.3 Nationell politik

Hjälpmedel har koppling till flera olika nationella politikområden. Det funktionshinderspolitiska området är särskilt intressant från ett hjälpmedelsperspektiv. I samband med den nationella handlingsplanen *Från patient till medborgare* (prop. 1999/2000:79) skedde en förskjutning i den nationella politiken mot att verka för generell tillgänglighet i samhället till ett tvärsektoriellt perspektiv på funktionshinderfrågorna. I *Uppföljning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken och grunden för en strategi framåt* (skr. 2009/10:166) tydliggjorde den dåvarande regeringen att generella åtgärder ska gå före individuella insatser. Individuella insatser, som hjälpmedel, ska således komplettera när de generella insatserna inte räcker till. Ett grundläggande mål är att samhället ska utformas så att människor i alla åldrar oavsett funktionsförmåga blir fullt delaktiga i samhällslivet.

I juni 2011 beslutade den dåvarande regeringen om en strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken för åren 2011–2016. Strategin innebär bl.a. att alla statliga myndigheter styrs av förordningen (2001:526) om statliga myndigheters ansvar för genomförande av funktionshinderspolitiken. Enligt förordningen ska alla myndigheter verka för att personer med funktionsnedsättning ges full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor. De ska särskilt verka för att lokaler, verksamhet och information är tillgängliga för alla. FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning ska vara vägledande i detta arbete.

Ett antal myndigheter, bl.a. Socialstyrelsen och Post- och telestyrelsen, har ett särskilt *sektorsansvar*. Det innebär att ha ett samlat ansvar för att genomföra insatser för att nå de funktionshinderspolitiska mål som har anknytning till myndighetens verksamhetsområde. En sektorsansvarig myndighet ska samla, stödja och driva på övriga berörda parter inom sektorn. Utöver detta har regeringen i särskilda regeringsbeslut pekat ut 22 myndigheter som särskilt viktiga för att genomföra politiken under nuvarande strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken[1].

[1] Uppdrag om delmål, uppföljning och redovisning inom ramen för En strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken 2011-2016 (S2011/8810/FST).

År 2016 lämnade Myndigheten för delaktighet (MFD) på regeringens uppdrag förslag på struktur för genomförande, uppföljning och inriktning inom funktionshindersområdet.[2] MFD föreslog bl.a. att ”de nationella målen revideras mot ett mål som tydligare knyter an funktionshinderspolitiken till mänskliga rättigheter och som innehåller dagens terminologi”. Förslaget till reviderad inriktning beskriver fyra olika sätt att arbeta för att förebygga och undanröja funktionshinder i samhället och syftar till att tydliggöra för ansvariga aktörer vad det innebär att arbeta med ett funktionshinderperspektiv:

- att med universell utformning göra rätt från början,
- att identifiera och åtgärda brister i efterhand,
- att med stöd och lösningar kopplat till individen stärka delaktigheten, samt
- att motverka all form av diskriminering.

MFD tydliggör därmed att även om universell utformning förbättrar tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning, kommer det att finnas ett fortsatt behov av stöd och lösningar kopplat till individen, som exempelvis hjälpmedel, ledsagning, färdtjänst, särskilt stöd i skolan och personlig assistans. Regeringen har nyligen presenterat ett förslag till ny funktionshinderspolitik. I skrivande stund har förslaget inte presenterats.

Målen med den s.k. äldrepolitiken är sedan tidigare att äldre ska kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg (jfr prop. 1997/98:113). Den nuvarande regeringen har uttalat följande.

> Äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg. Kvaliteten i äldreomsorgen ska vara hög. Äldre och anhöriga ska kunna

[2] Myndigheten för delaktighet (2016). En funktionshinderspolitik för ett jämlikt och hållbart samhälle – MFD:s förslag på struktur för genomförande, uppföljning och inriktning inom funktionshinderområdet.

> lita på att vården och omsorgen är bra och att det finns tillräckligt med anställda med lämplig utbildning och erfarenhet.[3]

Beträffande barn har den nuvarande regeringen anfört följande.

> Målet för barnrättspolitiken är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande. Målet grundar sig bland annat på de åtaganden som Sverige gjort genom att ratificera barnkonventionen och syftar till att främja och skydda barnets rättigheter och intressen i samhället.
>
> Sverige ska vara ett av de allra bästa länderna att växa upp i. Varje flicka och pojke ska oavsett bakgrund eller funktionsförmåga, kunna känna sig trygg och ges de bästa förutsättningarna för att utveckla sin potential, att växa som en fritt tänkande människa och kunna delta på egna villkor i samhällsutvecklingen. Regeringen vill förbättra uppväxtvillkoren för varje barn, inklusive genom att bekämpa de faror och risker som miljöförstöringen innebär. Rättigheterna och livsvillkoren för barn i Sverige ska uppfylla de krav som barnkonventionen och andra internationella överenskommelser innebär när det gäller barn.[4]

3.4 Vad är hjälpmedel?

3.4.1 Olika begrepp beroende på användningssituation

Enligt Socialstyrelsens definition är hjälpmedel för det dagliga livet en individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning. Exempel på hjälpmedel för det dagliga livet är rollatorer, griptänger, hörapparater, förstoringssystem och applikationer för påminnelser. Hjälpmedel erbjuds ofta som en del av habilitering eller rehabilitering.

Att använda begreppet produkt för att beskriva hjälpmedel för tankarna till fysiska ting, men även tjänster och programvaror kan vara hjälpmedel om de syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera för en funktionsnedsättning.

---

[3] Mål för social omsorg. Tillgänglig online: http://www.regeringen.se/regeringens-politik/social-omsorg/mal-for-social-omsorg/ [2017-04-03].
[4] Mål för barnets rättigheter. Tillgänglig online: http://www.regeringen.se/regeringens-politik/demokrati-och-manskliga-rattigheter/barnets-rattigheter/mal-for-barnets-rattigheter/ [2017-04-03].

Inom hälso- och sjukvården förskrivs hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det finns inte någon definition av begreppet i lagen, men av förarbetena till 8 kap. 7 § HSL (tidigare 3 b §) om landstingens skyldighet att erbjuda hjälpmedel framgår bl.a. följande.[5]

> Med hjälpmedel avses dels hjälpmedel för vård och behandling, dels hjälpmedel för den dagliga livsföringen, vilka fordras för att den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska kunna tillgodose personliga behov såsom att klä sig, äta, sköta sin hygien, förflytta sig, kommunicera med omvärlden, fungera i hemmet och i närmiljön, orientera sig, sköta vardagslivets rutiner i hemmet, gå i skolan, samt delta i sysselsättning och normala fritids- och rekreationsaktiviteter.
>
> Utanför begreppet hjälpmedel för den dagliga livsföringen faller arbetstekniska hjälpmedel, vissa hjälpmedel som kan behövas för att genomgå yrkesinriktad rehabilitering, särskilda pedagogiska hjälpmedel inom barnomsorg och skola samt förbrukningsartiklar.

Arbetstekniska hjälpmedel är hjälpmedel som en anställd behöver för att motverka att arbetsskador uppstår i arbetet. Enligt Arbetsmiljöverket gäller att hjälpmedel som är utpräglade arbetstekniska hjälpmedel i arbetsmoment där inte personen med funktionsnedsättning deltar aktivt på något sätt, inte ingår i sjukvårdshuvudmännens förskrivningsuppdrag. I stället är det arbetsgivaren som har ansvaret för att införskaffa dessa hjälpmedel.[6]

Pedagogiska hjälpmedel är hjälpmedel som kännetecknas av att de huvudsakligen har som syfte att för den enskilde kompensera för en funktionsnedsättning i själva lärandesituationen. Begreppet belyses närmare i kapitel 11.

De flesta hjälpmedel som förskrivs via hälso- och sjukvård är klassade som medicintekniska produkter. För dessa säkerställer tillverkaren att produkten är säker utifrån sitt tänkta användningsområde.

Ett begrepp med nära anknytning till hjälpmedel är *välfärdsteknik*. Enligt Socialstyrelsens definition är välfärdsteknik digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning. Exempel på välfärdsteknik är digitala trygghetslarm, tillsyn via kamera och sensorer för påmin-

[5] Prop. 1992/93:159 s. 201.
[6] Arbetsmiljöverket (2001). Personlig assistans – ett arbetsfält med brukare, ansvar och variation.

nelser. Välfärdsteknik kan användas av personen själv, en närstående, personal eller någon annan i personens närhet. Ett mål med användningen av välfärdsteknik är högre kvalitet och effektivitet i vård och omsorg. Enskilda får ofta tillgång till välfärdsteknik genom bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453).

En tydlig gräns för vad som är välfärdsteknik och vad som är hjälpmedel finns inte. Med utgångspunkt i definitionerna framkommer emellertid att begreppen skiljer sig åt i några avseenden. Välfärdsteknik är digital teknik med ökad trygghet som huvudsakligt syfte. Hjälpmedel behöver inte nödvändigtvis vara i form av digital teknik och det huvudsakliga syftet är att kompensera för en funktionsnedsättning. En annan skillnad mellan begreppen är att hjälpmedel för det dagliga livet är avsedda att användas av en viss person, vilket inte välfärdsteknik behöver vara.

Det finns likväl produkter som klassificeras som välfärdsteknik och som samtidigt kan utgöra hjälpmedel. Hur produkten klassificeras beror i mångt och mycket på av vem, för vad och hur den är tänkt att användas. Ett exempel på produkt som kan vara både välfärdsteknik och hjälpmedel är elektroniska medicinpåminnare, dvs. en digital teknik som både skapar trygghet och kompenserar för nedsatt minne. Ett annat exempel är rollatorer med inbyggd GPS-sändare, vilka både skapar trygghet, genom att rollatorn kan spåras om användaren gått vilse, och kompenserar för nedsatt balans och förmåga att förflytta sig.

Väl fungerande välfärdsteknik kan påverka behovet av hjälpmedel och vice versa. Välfärdsteknik kan också ge individen större frihet i valet av hjälpmedel och minska behovet av omsorg. Det allt större fokus som i dag finns på universell utformning kan också komma att påverka behovet av hjälpmedel i framtiden. I de allra flesta fall minskar behovet av hjälpmedel om produkter, tjänster, miljöer och program utformas så att de kan användas av alla i största möjliga utsträckning, utan behov av anpassning eller specialutformning.

Utredningen har, i enlighet med direktiven, i huvudsak koncentrerat sig på hjälpmedel. Hjälpmedel och välfärdsteknik bör dock inte hanteras som om de vore väsensskilda och oberoende av varandra, varför välfärdsteknik också diskuteras i betänkandet.

3.4.2 Det offentliga åtagandet för hjälpmedel är inte tydligt

Sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att erbjuda hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning enligt 8 kap. 7 § HSL respektive 12 kap. 5 § HSL. Eftersom det inte finns någon lagfäst definition av hjälpmedel, finns dock inga lagliga hinder för landsting och kommuner att besluta om att utöka eller begränsa vilka produkter som de som en del av det offentliga åtagandet tillhandahåller som hjälpmedel även om viss ledning i fråga om begreppsinnehållet som nämnts kan hämtas i förarbetena till tidigare 3 b § HSL (numera 8 kap. 7 § HSL). Innebörden av det offentliga åtagandet i fråga om hjälpmedel är således otydligt.

Rent allmänt kan sägas att ett viktigt skäl till att det offentliga ibland går in och reglerar, finansierar eller själv producerar vissa tjänster är en önskan om att åstadkomma ett effektivare samhällsekonomiskt utfall än vad som annars skulle bli fallet[7]. Det är rimligt att anta att om det offentliga ger personer med funktionsnedsättning tillgång till hjälpmedel ger det ett gott samhällsekonomiskt utfall. En god tillgång till hjälpmedel är ofta en förutsättning för den enskilde användarens habilitering och rehabilitering, vilket skapar mer likvärdiga möjligheter för individer, ger förutsättningar för en jämnare inkomstfördelning i samhället samt ökar förutsättningarna för deltagande i arbete och en bättre hälsa hos personer med funktionsnedsättning. I sammanhanget noteras att Statens medicinsk-etiska råd (SMER) funnit att om en insats har en tydlig medicinsk nytta, ska det offentliga erbjuda den[8]. I hjälpmedelssammanhang innebär det att det offentliga ska erbjuda produkter av tillräckligt hög kvalitet utifrån den enskildes behov.

Dialog med sjukvårdshuvudmännen och granskning av lokala riktlinjer visar dock att huvudmännen själva tycks anse att de hjälpmedel som ska tillhandahållas av det offentliga är produkter som kräver *hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens* för bedömning och utprovning (produkten kan också utgöra en del i en behandling). Konsekvensen av att sjukvårdshuvudmännen bedömer att en produkt ligger utanför det offentliga åtagandet är att användaren hänvisas till att införskaffa produkten på egen hand.

[7] Statskontoret (2012). Den effektiva staten – En antologi från Statskontoret.
[8] Statens medicinsk-etiska råd (2014). Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter.

Lokala beslut om vilka hjälpmedel som får förskrivas, och som därmed blir ett ansvar för det offentliga, utgår från de prioriteringsprinciper som riksdagen fastställt för hälso- och sjukvården (jfr prop. 1996/97:60). Prioriteringsprinciperna är människovärdesprincipen, behovssolidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper eller funktioner i samhället. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurser bör fördelas så att den som har störst behov ska ges företräde framför den som inte har lika stora behov. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att vid val av olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt eftersträvas. Kostnadseffektivitetsprincipen bör användas först sedan behovsprincipen tillämpats.

Vad som anses vara ett hjälpmedel som ska ingå i det offentliga åtagandet förändras över tid. Exakt var gränsen går för när en användare har behov av hälso- och sjukvårdens kompetens är inte heller helt tydligt. Bland annat påverkas detta av hur väl samhället i övrigt är anpassat för personer med funktionsnedsättning, vilka andra stödinsatser som erbjuds samt de prioriteringar som görs. Den tekniska utvecklingen påverkar också innebörden av vad som är ett hjälpmedel och inte. En allt större gråzon finns mellan specialanpassade hjälpmedel som anses ingå i det offentliga åtagandet och produkter som de flesta har tillgång till. En tvättmaskin eller diskmaskin ansågs tidigare vara hjälpmedel som ingick i det offentliga åtagandet, men nu då de flesta har tillgång till sådana är det något man är hänvisad till att köpa på egen hand. Även datorer ansågs tidigare ofta vara hjälpmedel. Det vanliga är numera att endast specialanpassad mjukvara anses vara hjälpmedel.

3.4.3 Det finns en gemensam terminologi

Med den flora av hjälpmedel för olika behov och de många huvudmän, verksamheter och företag som arbetar med hjälpmedel finns behov av en gemensam terminologi. Gemensamma begrepp är en förutsättning för återanvändning, utlåning, statistik och uppföljning. En gemensam terminologi underlättar också vid upphandling samt vid import eller export av hjälpmedel.

En internationell klassifikation av hjälpmedel har utarbetats för att underlätta hanteringen. Europastandarden EN ISO 9999:2016 *Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning – Klassificering och terminologi*[9] gäller som svensk standard. Nu aktuell version ersatte den tidigare standarden[10] i november 2016. Swedish Standards Institute (SIS) arbetar för närvarande med framtagandet av en svensk översättning. Ett arbete med standarden pågår i princip kontinuerligt och uppdateringar sker cirka vart fjärde år.

I den nya versionen av ISO 9999 är rubrikerna harmoniserade med ICF-terminologin, som utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO). ICF är en klassificering av hälsa och hälsorelaterade områden. Områdena beskrivs ur kroppsliga, personliga och sociala perspektiv. ICF förtecknar även omgivningsfaktorer som interagerar med alla dessa begrepp. Omgivningsfaktorer kan antingen underlätta och förbättra genomförandet av olika aktiviteter eller skapa barriärer.[11] Exempel på en omgivningsfaktor som kan förbättra genomförandet är tillhandahållandet av hjälpmedel. En omgivningsfaktor som kan hindra en persons genomförande av en aktivitet är otillgängliga byggnader.

ICF är utvecklad för att tillämpas på olika aspekter av hälsa, vilket möjliggör kommunikation världen över om hälsa och hälsovård inom olika yrkesområden och vetenskaper. Terminologin kan användas i förskrivningsprocessens alla delar och vara en god hjälp vid behovsbedömning.[12]

I Sverige används ISO 9999 av sjukvårdshuvudmännen i arbetet med regelverk och statistik, och vanligen även vid upphandlingar. Den nationella hjälpmedelstjänst som används av sjukvårdshuvudmän och hjälpmedelsleverantörer är uppbyggd kring en hjälpmedelsdatabas som bygger på ISO 9999. Hjälpmedelstjänstens produktinformation finns tillgänglig för potentiella hjälpmedelsanvändare och anhöriga på Tema hjälpmedel 1177 Vårdguiden[13]. Även inter-

[9] Swedish Standards Institute (2016). ISO 9999:2016 – Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning – klassificering och terminologi.
[10] Swedish Standards Institute (2011). ISO 9999:2011 – Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning – klassificering och terminologi.
[11] Socialstyrelsen (2015). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).
[12] Socialstyrelsen (2016). Förskrivning av hjälpmedel – stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning.
[13] Tema hjälpmedel 1177 Vårdguiden. Tillgänglig online: www.1177.se/hjalpmedel [2017-01-19].

nationella hjälpmedelsdatabaser som den europeiska hjälpmedelsportalen EASTIN[14] är uppbyggd enligt ISO 9999. I databasen kan man med hjälp av ISO-koderna söka information i åtta europeiska hjälpmedelsdatabaser. Databasen kan användas på 22 europeiska språk, varav svenska är ett.

3.5 Antalet hjälpmedel som förskrivs

Det förskrevs drygt 676 000 individmärkta[15] och drygt 920 000 icke individmärkta hjälpmedel under 2014 för att kompensera rörelsenedsättning samt kognitiva och kommunikativa funktionsnedsättningar, hörapparater undantaget[16]. Uppdelat per hjälpmedelsområde förskrevs i 18 av landstingen år 2012:[17]

- 100 000 manuella rullstolar,
- 6 000 eldrivna rullstolar,
- 150 000–160 000 gånghjälpmedel,
- 10 000 almanackor, kalendrar och planeringshjälpmedel, samt
- 9 000 sinnesstimulerande hjälpmedel, t.ex. bolltäcken.

Eftersom uppgifterna inte avser samtliga landsting är antalet hjälpmedel som förskrivits i hela landet högre än så.

För kognitiva hjälpmedel ökade antalet förskrivningar mellan åren 2008, 2010 och 2012.[18,19,20] För de undersökta hjälpmedlen i HI:s rapporter var ökningen så stor som 240 procent för det hjälpmedel som ökat mest. Efter 2012 har ingen nationell statistik över förskrivning av kognitiva hjälpmedel sammanställts.

[14] Europeiskt nätverk för hjälpmedelsinformation för personer med funktionsnedsättning. Tillgänglig online: http://www.eastin.eu/sv-se/searches/products/index [2017-01-18].
[15] Hjälpmedel som har ett serienummer och som därmed är spårbara.
[16] Socialstyrelsen (2015). Indikatorer inom hjälpmedelsområdet.
[17] Hjälpmedelsinstitutet (2014). Förflyttnings- och kognitionshjälpmedel.
[18] Hjälpmedelsinstitutet (2008). Kognitiva hjälpmedel – Nationell kartläggning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva nedsättningar.
[19] Hjälpmedelsinstitutet (2010). Kognitiva hjälpmedel – Nationell uppföljning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar.
[20] Hjälpmedelsinstitutet (2012). Kognitiva hjälpmedel – Nationell uppföljning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar.

Inom hörselområdet[21] förskrivs cirka 140 000 hörapparater per år, till ungefär 80 000–85 000 användare. Även förskrivningar inom hörselområdet ökar. Mellan 2002 och 2013 ökade antalet personer som provade ut hörapparat med 63 procent. Samtidigt var befolkningsökningen knappt 8 procent[22].

För övriga hjälpmedelsområden är det oklart hur utvecklingen ser ut över tid.

3.6 Antalet hjälpmedelsanvändare

Ingen vet säkert hur många som använder hjälpmedel i Sverige. En vanligt förekommande siffra är att cirka 10 procent av befolkningen beräknas använda hjälpmedel. Detta skulle innebära att det finns ungefär 1 miljon hjälpmedelsanvändare i Sverige.

De stora grupperna av hjälpmedelsanvändare är dels personer med medfödd funktionsnedsättning, dels personer som fått nedsatt funktionsförmåga först på äldre dagar. Majoriteten av användarna är äldre. Enligt Socialstyrelsen är 70 procent[23] av hjälpmedelsanvändarna inom hjälpmedelscentralens verksamhetsområde över 65 år.

Vid 75 års ålder använder drygt 20 procent av männen och knappt 40 procent av kvinnorna något *förflyttningshjälpmedel*. Användningen ökar med åldern och bland personer som är 85 år och äldre använder 55 procent av männen och 70 procent av kvinnorna förflyttningshjälpmedel.[24]

Cirka 50 procent av alla vuxna med funktionsnedsättning som har insatser enligt socialtjänstlagen eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) använder hjälpmedel.[25] Förflyttningshjälpmedel är vanligast i båda grupperna.

Många av hjälpmedelsanvändarna använder fler än ett hjälpmedel. Bland Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomars medlemmar[26] är det 20 procent av barnen som använder 1–2 hjälpmedel

[21] Nysam (2014). Nyckeltal 2013. Rapport – hörselvård.
[22] Hörselskadades riksförbund (2014). Hörselskadade och hörselvård i siffror.
[23] Socialstyrelen (2016). Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2016.
[24] Statistiska centralbyrån, (2002/03, 2004, 2005, 2006, 2008, 2010, 2011). Undersökningarna av levnadsförhållanden, ULF respektive ULF/SILC.
[25] Socialstyrelsen (2010). Alltjämt ojämlikt! – Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning.
[26] Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (2013). Hjälpmedel – var god dröj!

hemma, 36 procent använder 3–5 hjälpmedel, 25 procent använder 6–10 hjälpmedel och 12 procent använder fler än 10 hjälpmedel. Även personer över 65 år med hemtjänstinsatser har ofta fler än ett hjälpmedel.[27]

3.7 Behovet av hjälpmedel ökar

Enligt SCB kommer Sveriges befolkning att öka varje år fram till 2060. Den beräknade folkmängden 2060 kommer att vara drygt 13 miljoner.[28] Om andelen hjälpmedelsanvändare är densamma som i dag innebär det att ungefär 1,3 miljoner personer kommer att använda hjälpmedel år 2060.

För att mer precist kunna förutsäga behovet av hjälpmedel i framtiden behövs kunskap om förmodad utveckling av antalet presumtiva hjälpmedelsanvändare. Av integritetsskäl är det inte tillåtet att registrera funktionsnedsättningar i Sverige. Därför finns ingen statistik som visar antalet individer med olika funktionsnedsättningar. Det förtjänar att framhållas att personer med funktionsnedsättning inte är någon homogen grupp. Såväl typen som graden av funktionsnedsättning varierar. Detsamma gäller individens svårigheter i vardagen och socioekonomiska faktorer.

De flesta funktionsnedsättningar uppvisar stabilitet eller måttliga förändringar över tid. I fråga om kognitiv funktionsnedsättning och hörselskador räknar man dock med en ökning över tid.[29] Orsaken är mångfasetterad. Dels antas samhällets kommunikations- och kognitiva krav öka, dels antas antalet personer med dessa funktionsnedsättningar öka, bland annat på grund av en allt äldre befolkning.

Sverige har i dag en av världens äldsta befolkningar. Ökningen av antalet personer 80 år eller äldre kommer att bli allt kraftigare under de kommande åren. Enligt SCB:s befolkningsprognos kommer det år 2030 att finnas 150 000 fler kvinnor och 170 000 fler män som är 80 år och äldre. Fram till 2030 väntas antalet personer med demenssjukdom öka med drygt 50 procent[30].

[27] Socialstyrelsen (2014). Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2014.
[28] Statistiska centralbyrån (2016). Sveriges framtida befolkning 2016–2060.
[29] Post- och telestyrelsen (2015). Statistiksammanställning över funktionsnedsättningar.
[30] Socialstyrelsen (2014). Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012.

I takt med en allt effektivare vård och en allt högre andel äldre i befolkningen, kan samsjuklighet av olika slag också förväntas öka.

Utvecklingen mot allt mer universellt utformade produkter och tjänster, som kan användas av alla oavsett funktionsförmåga, påverkar också framtida behov av hjälpmedel. Exempelvis torde fullt tillgängliga bostäder, offentliga lokaler och samhällsfunktioner medföra ett minskat behov av personliga hjälpmedel.

Teoretiskt kan full delaktighet uppnås genom universell utformning och individuella hjälpmedel blir i sådant fall överflödiga. Trots ökad inkludering och tillgänglighet i samhället är det dock fortfarande många personer med funktionsnedsättning som inte kan delta i samhället på lika villkor som andra. Även om utvecklingen går mot en ökad universell utformning, kommer därmed hjälpmedel ändå vara viktiga för att uppnå en ökad självständighet. Enligt Neuroförbundets nyligen publicerade enkätundersökning är det en så stor andel som 87 procent som anger att hjälpmedel är en förutsättning eller har stor betydelse för delaktigheten i samhällslivet[31].

3.8 Delat ansvar för hjälpmedel

Det finns olika vägar för att få tillgång till hjälpmedel. Kommunerna, landstingen och staten har ett delat ansvar för hjälpmedelsförsörjningen. Avgörande är i vilken miljö och situation hjälpmedlet ska användas.

Hjälpmedel för den dagliga livsföringen är sjukvårdshuvudmannens ansvar. Sjukvårdshuvudmännen har lokalt utarbetat rutiner eller riktlinjer som kompletterar och tolkar lagar, förordningar och föreskrifter utifrån verksamhetens förutsättningar. De lokala regler som gäller för förskrivning av hjälpmedel finns dokumenterade i regelverk, handbok, riktlinjer, hjälpmedelsguide etc. Huvudmännens lokala regler styr i stor utsträckning vilka hjälpmedel som huvudmannen faktiskt tillhandahåller. Hjälpmedlen upphandlas vanligen via ramavtals- eller direktupphandlingar enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145). Den enskilde lånar i de flesta fall sitt hjälpmedel från hjälpmedelsverksamheten som, vid behov, sköter

[31] Neuroförbundet (2017). Neurorapporten – Hjälpmedel.

installation och service. När användaren inte längre har behov av hjälpmedlet lämnas det tillbaka till hjälpmedelsverksamheten.

Landstingen har en betydande roll när det gäller hjälpmedelsförskrivning. Sedan Ädelreformen 1992 ansvarar kommunerna för sjukvård upp till läkares nivå i särskilda boendeformer samt för dem som deltar i daglig verksamhet. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar då även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Därtill har kommuner möjlighet att efter överenskommelse ta över s.k. hemsjukvård.

Hälso- och sjukvårdsansvaret i särskilda boendeformer har utökats med bland annat ansvar för vissa delar av psykiatrin och ansvar för personer med utvecklingsstörning. Den kommunalisering av hemsjukvården som nyligen genomförts i samtliga län utom ett har gjort att kommuner på senare tid fått ett större ansvar för hjälpmedelsförsörjningen. Detta gäller främst hjälpmedel inom områdena rörelse, kommunikation och kognition.

Ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting regleras i lokala avtal. Det finns ibland även lokala överenskommelser för att tolka gränsdragningen mellan sjukvården och skolhuvudmän. Hjälpmedel som stöd för utbildning, så kallade pedagogiska hjälpmedel, är skolhuvudmannens ansvar.

Hjälpmedel på arbetsplatsen är Försäkringskassans, Arbetsförmedlingens eller arbetsgivarens ansvar.

I tabell 3.1 nedan redogörs för huvuddragen i samhällets ansvarsfördelning i fråga om hjälpmedel. Ett antal av posterna i tabellen rör arbetshjälpmedel. Regelverket vad gäller stöd till arbetshjälpmedel har utretts inom ramen för den så kallade FunkA-utredningen (dir. 2012:27) och berörs inte närmare här.

Tabell 3.1 Huvuddragen i ansvarsfördelningen av hjälpmedelsverksamheten

Huvudman	Ansvar för	Lagrum
Landsting	Hjälpmedel för den dagliga livsföringen och för vård och behandling. Personliga hjälpmedel förskrivna vid vårdenhet med landstinget som huvudman.	8 kap. 7 § HSL, se prop. 1992/93:159
Kommun (hälso- och sjukvårdshuvudman)	Hjälpmedel för den dagliga livsföringen och för vård och behandling. Personliga hjälpmedel förskrivna vid vårdenhet med kommunen som huvudman.	12 kap. 5 § HSL
Skolhuvudman (kommunal eller privat)	Pedagogiska hjälpmedel och grundutrustning i skolan.	Skollagen (2010:800)
Lärosäten	Pedagogiska hjälpmedel. Skäliga åtgärder för att studerande med funktionsnedsättning inte ska missgynnas. Hjälpmedel för att kunna delta i undervisning.	Diskrimineringslagen (2008:567)
Arbetsförmedlingen	Arbetshjälpmedel och ekonomiskt stöd till arbetsgivare eller annan som har kostnad för köp, hyra eller reparation av arbetshjälpmedel.	Förordning (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga
Arbetsgivare	Arbetstekniskt hjälpmedel, dvs. hjälpmedel som behövs av arbetsmiljöskäl för personal som vårdar.	Arbetsmiljölagen (1977:1160)
Försäkringskassan	Arbetshjälpmedel. Bidrag till inköp av personliga arbetshjälpmedel som behövs som ett led i rehabilitering av en förvärvsarbetande försäkrad.	30 kap. 5 § socialförsäkringsbalken (2010:110), Förordning (1991:1046) om bidrag till arbetshjälpmedel
	Handikappersättning och vårdbidrag. Enskilds merkostnader till följd av funktionsnedsättning.	22 kap. och 50 kap. socialförsäkringsbalken
Den enskilde själv	Egenansvarsprodukt – hjälpmedel som användaren skaffar på egen hand.	Konsumentköplagen (1990:932)

3.9 Kostnaderna för hjälpmedel

3.9.1 Samhällets kostnader för hjälpmedel ökar

Det finns ingen samlad statistik över landstingens och kommunernas totala kostnader för hjälpmedel. I SCB:s räkenskapssammandrag redovisas landstingens utgifter för hjälpmedel och hjälpmedelsverksamhet. Enligt räkenskapssammandraget för landstingen om landstingens kostnader och intäkter för funktionshinder- och hjälpmedelsverksamhet var bruttokostnaden för 2015 nästan 9,6 miljarder kronor. Detta kan jämföras med kostnaden för all hälso- och sjukvård, som 2015 uppgick till nästan 329 miljarder kronor, enligt SCB:s verksamhetsindelade statistik för landsting. Även om uppgiften från räkenskapssammandraget kan anses rimlig, ska framhållas vilken osäkerhet som uppgifterna är behäftade med. I räkenskapssammandraget ingår kostnader för verksamhet vid hjälpmedelscentraler (exempelvis hörcentraler, syncentraler och inkontinenshjälpmedelsfunktionen). Det är oklart huruvida kostnader för ortopedtekniska hjälpmedel ingår i uppgiften. Den uppskattade kostnaden skulle därmed kunna vara en underskattning av den verkliga kostnaden. Samtidigt ingår kostnader för övergripande funktionshinderfrågor, bidrag till organisationer för personer med funktionsnedsättning samt tolkservice till döva och dövblinda i räkenskapssammandraget. Det innebär att den uppskattade kostnaden täcker mer än hjälpmedelskostnaderna. Räkenskapssammandraget visar att kostnaden för funktionshinder- och hjälpmedelsverksamhet har ökat med drygt en miljard kronor de senaste tio åren.

För kommunerna saknas särredovisning av dessa utgifter. Det är dock rimligt att anta att kommunens kostnader för hjälpmedel ökat som en konsekvens av kommunaliseringen av hemsjukvården, detta då fler hjälpmedel förskrivs via kommunen vilka tidigare förskrevs av landstinget. Som exempel kan nämnas att man för hjälpmedel i Stockholms län räknar med en skatteväxling på 209 miljoner kronor[32] till följd av den planerade kommunaliseringen av hemsjukvården.

Det saknas samlade och jämförbara uppgifter om hur kostnader för hjälpmedel fördelas mellan olika hjälpmedelsområden. Efter-

[32] Boman, D. & Bowin, R (2015). Hemsjukvård 2015 – delutredning om hjälpmedel.

som hjälpmedelsverksamheternas uppdrag skiljer sig åt, är det inte möjligt att dra slutsatsen att beräknade kostnader gäller för hela landet. Genom NYSAM-samarbetet har landsting ändå försökt sammanställa kostnader för några olika hjälpmedelsområden. Inom hörselområdet[33] är medelvärden för hjälpmedelskostnad 34 kronor per invånare och kostnaden per förskriven hörapparat är 1 611 kronor. Inom syncentralernas verksamhetsområde[34] är hjälpmedelskostnaden per invånare i genomsnitt 9,7 kronor. För ortopedtekniska hjälpmedel[35] är mediankostnaden per invånare cirka 83 kronor. För hjälpmedelscentralernas verksamhetsområde[36] är den totala kostnaden i genomsnitt 409 kronor per invånare. Kostnader som berör hantering av medicinska behandlingshjälpmedel, ortoser och proteser, synhjälpmedel och inkontinenshjälpmedel är exkluderade. I uppgifter från Örebro läns landsting och Jämtlands läns landsting[37] framkommer att kostnaden för inkontinenshjälpmedel är 500 kronor respektive 420 kronor per person som är 65 år eller äldre.

3.9.2 Hjälpmedel kan samtidigt minska de offentliga utgifterna

Det finns ett antal studier av hjälpmedelsområdet från ett samhällsekonomiskt eller hälsoekonomiskt perspektiv. Sammantaget visar studierna att hjälpmedel är en relativt billig insats som samtidigt medför samhällsekonomiska besparingar.

En genomgång av ett flertal samhällsekonomiska studier kring effekter av hjälpmedel som förskrivs via landsting eller kommun[38] tyder på att hjälpmedel är lönsamma såväl för samhället i stort som för stat, kommun och landsting. Hjälpmedlen bidrar till ökad livskvalitet för hjälpmedelsanvändarna och deras närstående samt lägre kostnader för samhället till följd av minskade behov av hälso- och sjukvård samt omsorg. Det är sannolikt att hjälpmedel som t.ex. eldrivna rullstolar eller medicinpåminnare medför en minskad efter-

[33] Nysam (2016). Nyckeltal 2015. Rapport – hörselvård.
[34] Nysam (2016). Nyckeltal 2015. Rapport – syncentraler.
[35] Nysam (2016). Nyckeltal 2015. Rapport – ortopedteknik.
[36] Nysam (2016). Nyckeltal 2015. Rapport – hjälpmedelsverksamhet.
[37] Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre – En systematisk litteraturöversikt.
[38] Dahlberg, Å (2015). Hjälpmedel utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv – Litteraturgenomgång av samhällsekonomiska studier inom hjälpmedelsområdet.

frågan på personliga hjälpinsatser samtidigt som användarnas möjligheter att självständigt delta i sociala aktiviteter ökar markant. Vidare bidrar användandet av rollatorer sannolikt till minskade vårdkostnader till följd av fallolyckor, utöver att öka individens livskvalitet och möjlighet att förflytta sig. Hjälpmedel som lyftar och höj- och sänkbara sängar kan göra det möjligt för äldre personer med funktionsnedsättning att bo kvar hemma längre och på så sätt minska efterfrågan på särskilt boende.

Konkreta exempel på socioekonomiska vinster av hjälpmedel är att god kostnadseffektivitet påvisats vid förskrivning av hörapparat[39] och nyförskrivning av rollatorer[40]. En annan beräkning visar att även om rollatorer skulle minska antalet fallolyckor med bara en halv procent, så motsvarar det den totala samhällskostnaden för rollatorer varje år[41]. Handikappförbunden (HSO) har gjort en kostnadseffektanalys av hörapparat, rollator och manuell respektive eldriven rullstol[42]. Studiens slutsats är att det i de flesta fall är kostnadseffektivt att förskriva dessa hjälpmedel, även vid en liten uppmätt effekt.

Socioekonomiska studier av användandet i gymnasieskolan av teknikbaserade stöd för elever med kognitiv funktionsnedsättning har också genomförts.[43] Rapporterna visar entydigt att tillhandahållandet av teknikbaserade stöd är relativt billigt från ett samhällsekonomiskt perspektiv. Snittkostnaden för att utreda behov, prova ut och anpassa teknikstöd, utbilda i användandet, följa upp och eventuellt revidera samt införskaffa hjälpmedel uppgick till cirka 21 000 kronor per elev. Detta får anses som en ringa kostnad jämfört med kostnaden för samhället (och individen) om eleven misslyckas i skolan.

[39] Sveriges Kommuner och Landsting (2008). Samhällsekonomisk kostnad och nytta av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter – några illustrativa exempel.
[40] Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (2007). Kostnader och effekter vid förskrivning av rollatorer.
[41] Hjälpmedelsinstitutet (2005). Rollatorns betydelse för äldre kvinnor i ordinärt boende – En treårig studie.
[42] Handikappförbunden (2010). Kostnader och effekter vid hjälpmedelsförskrivning.
[43] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Teknikstöd i skolan – Socioekonomisk analys.

3.10 Förskrivning av hjälpmedel – hur går det till?

Hjälpmedelsförskrivning är en del av de insatser som ges inom habilitering och rehabilitering samt inom äldreomsorg. Hjälpmedel förskrivs av legitimerade yrkesgrupper i hälso- och sjukvården. Vilka grupper som förskriver hjälpmedel varierar beroende på hjälpmedelsområde. Exempel på yrkesgrupper är audionomer, arbetsterapeuter, logopeder, sjukgymnaster, sjuksköterskor, ortopedingenjörer och synpedagoger. Även läkare kan förskriva hjälpmedel som är direkt kopplade till en medicinsk behandling.

Det finns rutiner för hur förskrivning av hjälpmedel går till. Innan förskrivningsprocessen påbörjas görs en utredning av hälsotillstånd och behov. Om denna utredning visar att hjälpmedel ska förskrivas, påbörjas förskrivningsprocessen. Hjälpmedelsinstitutet (HI) tog på sin tid fram en vägledning kring förskrivningsprocessen[44]. Den hade ingen formell status, men fick i praktiken en styrande effekt för förskrivare när det gällde vägledning och tolkning av regelverket vid förskrivning av hjälpmedel.

Socialstyrelsen har vidareutvecklat och uppdaterat vägledningen efter att HI avvecklat sin verksamhet. Enligt Socialstyrelsens nyligen publicerade utbildningsmaterial om förskrivningsprocessen[45] gäller följande. Ett hjälpmedel som förskrivs ska användas av en namngiven hjälpmedelsanvändare, ensam eller med hjälp av någon annan, exempelvis anhörig eller närstående. En god vård och effektiv förskrivning förutsätter att hjälpmedelsanvändaren och eventuellt också annan användare är delaktig i förskrivningen.

Efter behovsbedömningen är faserna i förskrivningsprocessen

- prova ut, anpassa och välja lämplig produkt
- specialanpassa vid behov – initiera och utfärda anvisning
- informera
- instruera och träna
- följa upp och utvärdera funktion och nytta.

[44] Hjälpmedelsinstitutet (2011). Förskrivningsprocessen Fritt val av hjälpmedel Egenansvar – tre olika vägar till hjälpmedel.
[45] Socialstyrelsen (2016). Förskrivning av hjälpmedel – Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning.

Enligt Socialstyrelsens förskrivarstöd är en namngiven förskrivare ansvarig för att alla faser i förskrivningsprocessen genomförs. Vem som är förskrivare ändras inte om vårdansvaret för patienten övergår till en annan vårdgivare. Ansvaret för de följande faserna i förskrivningsprocessen övergår dock till den som övertagit vården, under förutsättning att överrapportering skett. Vid förskrivning av hjälpmedel avropar förskrivaren ur sjukvårdshuvudmannens upphandlade hjälpmedelssortiment utifrån vad som är lämpligt för hjälpmedelsanvändaren. Användarens behov av att fungera i sin miljö och livssituation ska vara avgörande. Om hjälpmedelsanvändaren har behov som inte täcks av upphandlat sortiment finns möjlighet att göra en direktupphandling utifrån den enskildes behov. Användaren ska ha en aktiv roll i förskrivningsprocessen, men det är förskrivaren som i juridisk mening ytterst ansvarar för valet av produkt.

Ett förskrivet hjälpmedel ägs av sjukvårdshuvudmannen som också ansvarar för förebyggande underhåll och eventuella reparationer. Användaren *lånar* alltså hjälpmedlet. Om och när behov hos en hjälpmedelsanvändare förändras kan hjälpmedlet anpassas eller bytas ut mot ett annat hjälpmedel. Om behoven upphör och hjälpmedlet går att återanvända ska hjälpmedlet återlämnas till sjukvårdshuvudmannen. Cirka 60–65 procent av de hjälpmedel som levereras från hjälpmedelscentraler är begagnade hjälpmedel som rekonditionerats innan de lämnas ut igen.

I sex landsting och ett antal kommuner finns möjligheten att förskriva hjälpmedel genom s.k. *fritt val av hjälpmedel*. Det är en alternativ väg att erhålla hjälpmedel där behovsbedömningen genomförs på vanligt sätt. Om förskrivaren bedömer att patienten kan utföra delar av, eller hela, förskrivningsprocessen som *egenvård* enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, kan fritt val tillämpas i stället för traditionell förskrivning. Om användaren då väljer modellen fritt val av hjälpmedel, får han eller hon en rekvisition och köper själv sitt hjälpmedel och äger det. Detta innebär att användaren själv ansvarar för att underhåll och reparationer genomförs. Hur fritt val tillämpas skiljer sig åt över landet. Modellen diskuteras mer utförligt i avsnitt 7.4 och 7.5.

3.11 Hjälpmedelsverksamhetens organisation

Organiserat efter funktionshindersområden

Hjälpmedelsverksamheten är på en övergripande nivå organiserad efter funktionshindersområden. Ansvaret är delat mellan landstingen och kommunerna. Landstingen ansvarar för hjälpmedel till personer i alla åldrar med hörselnedsättning och synnedsättning. Landstingen ansvarar också för ortopedtekniska hjälpmedel oavsett ålder, medicintekniska behandlingshjälpmedel samt i regel för hjälpmedel till barn oavsett funktionsnedsättning.

Landstingen och kommunerna har ett delat ansvar för hjälpmedel till personer med kommunikations- eller kognitiva funktionsnedsättningar och för rörelsenedsättning (förutom ortopedtekniska hjälpmedel och inkontinenshjälpmedel). Ansvarsfördelningen är här olika i alla län.

Hjälpmedelsverksamheterna är ofta organiserade som hörcentraler, syncentraler, ortopedtekniska avdelningar samt hjälpmedelscentraler. Nedan ges en kort beskrivning av hjälpmedelsverksamheterna, som ger intryck av att förhållandena är likartade över landet. Därför är det viktigt att framhålla att det finns skillnader, bl.a. gällande hur hjälpmedelsverksamheten är organiserad, hur gränsdragningen mellan kommun och landsting ser ut samt kring vad som definieras som hjälpmedel och vilka hjälpmedelsområden som prioriteras.

Hörcentraler

Hjälpmedel för att kompensera en hörselnedsättning är ett landstingsansvar. Det vanligaste hjälpmedlet inom hörselområdet är hörapparat. Audionomer utreder behov och förskriver hörapparater. Det finns också tekniker och ingenjörer som installerar hörseltekniska hjälpmedel i hemmet. Det kan till exempel vara lampor som blinkar när telefon eller dörrklocka ringer.

Syncentraler

Personer med mer komplicerade synnedsättningar får sin habilitering, rehabilitering och sina hjälpmedel via syncentralerna.[46] Detta är ett landstingsansvar. I många landsting krävs en remiss från ögonläkare för att komma till en syncentral. Förskrivare av synhjälpmedel är synpedagoger eller arbetsterapeuter. Synpedagoger är inte en legitimerad yrkesgrupp men de kan ha en grundutbildning som sjuksköterska eller arbetsterapeut och har då sin legitimation inom dessa yrken.

Ortopedtekniska avdelningar

Ortopedtekniska hjälpmedel är landstingets ansvar. Exempel på sådana hjälpmedel är proteser, handortoser, frakturortoser, olika skor och skoinlägg. Förskrivare av ortopedtekniska hjälpmedel är läkare och ortopedingenjörer. För att förskriva behöver ortopedingenjören en remiss från läkare för den medicinska bedömningen och sen gör ortopedingenjören en fortsatt funktionell och medicinsk bedömning kring vilket hjälpmedel användaren behöver. Ortopedtekniker och sömmerskor samarbetar med ortopedingenjören för att tillverka produkter efter bedömning. Tillverkningen är numera mer eller mindre digitaliserad.

Hjälpmedelscentraler

Hjälpmedel inom hjälpmedelscentralens område förskrivs av både landstinget och kommuner. Exempel på hjälpmedel inom hjälpmedelscentralernas område är hygienhjälpmedel, hjälpmedel för att kompensera rörelsenedsättning (t.ex. rullstolar, rollatorer och personlyftar) samt hjälpmedel för att kompensera kommunikativa eller kognitiva funktionsnedsättningar (t.ex. samtalsapparater eller påminnelse- och planeringshjälpmedel).

Hjälpmedelscentralernas uppgifter varierar till viss del beroende på vilket uppdrag de har. Oavsett vem som är huvudman för hjälpmedelscentralen beskrivs verksamhetsprocessen som att tillhanda-

[46] De flesta i behov av glasögon uppsöker optiker och inte sjukvården.

hålla hjälpmedel, förskrivning/konsultation/rådgivning, underhåll av hjälpmedel samt utbildning och information.

På hjälpmedelscentralen arbetar bl.a. hjälpmedelstekniker och hjälpmedelskonsulenter. Hjälpmedelstekniker ger service, underhåll och anpassningar av hjälpmedel. Hjälpmedelskonsulenten är expert på olika hjälpmedel och ger råd, utbildning och hjälp till hjälpmedelsförskrivare som arbetar ute i verksamheterna. De största yrkeskategorierna som förskriver inom hjälpmedelscentralernas verksamhetsområde är arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Logopeder och sjuksköterskor finns också med bland förskrivarna och i sällsynta fall läkare. Förskrivare av hjälpmedel inom rörelse-, kognition- och kommunikationsområdena samt behandlingshjälpmedel finns inom både slutenvård och öppenvård, inom landsting och kommun och i privata verksamheter med vårdavtal.

3.12 Hjälpmedelsförskrivning i andra nordiska länder

3.12.1 Danmark

I Danmark är det kommunen som lämnar stöd till personer med varaktigt nedsatt fysisk eller psykisk funktionsförmåga. Stöd beviljas i enlighet med 112 och 113 §§ lagen om social service (serviceloven). Precis som i Sverige finns ingen nationell lista över hjälpmedel och förbrukningsprodukter som kan förskrivas.

Man skiljer på hjälpmedel, som producerats enkom för personer med funktionsnedsättning, och ”forbrugsgoder”, vilka framställts med hela befolkningen som målgrupp (dvs. konsumentprodukter), men som kan kompensera för funktionsnedsättning, t.ex. datorer. Kommunen ska erbjuda gratis rådgivning om hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Handläggaren ska ge råd och vägledning även om användaren tänker köpa hjälpmedel själv.

Precis som i Sverige inleds förskrivningsprocessen med en behovsbedömning. Förskrivaren bedömer tillsammans med användaren om det finns behov av hjälpmedel eller förbrukningsartikel.

Stöd till hjälpmedel kan lämnas antingen som naturalhjelp (utlån från kommunen) eller som ett kontantbidrag. Utlån används för hjälpmedel av standardiserad karaktär, t.ex. sängar och lyftar. Det används också ofta när sökanden har löpande behov av hjälpmedel (förbrukningsartiklar), t.ex. vid inkontinens. Kontantbidrag används

särskilt när den enskilde vill använda sig av möjligheten till fritt val och sålunda anskaffa hjälpmedlet på egen hand från en leverantör. Användaren blir då ägare till produkten.[47] Bidraget till att köpa en konsumentprodukt att använda som hjälpmedel uppgår i regel till 50 procent av priset för en standardprodukt. Om produkten enbart ska användas för att kompensera en funktionsnedsättning, betalar dock kommunen hela kostnaden (eller så kan utlån bli aktuellt). Här kan också nämnas att användaren i stället för att ta emot det erbjudna hjälpmedlet kan köpa något annat på egen hand och få ersättning från kommunen. Ersättningen kan dock inte uppgå till mer än det belopp som kommunen själv hade kunnat införskaffa hjälpmedlet för. För tekniska hjälpmedel och särskilda personliga hjälpmedel (till exempel proteser, ortoser, ortopediska skor och specialanpassade rullstolar) har kommunen rätt att välja leverantör. Det billigaste och mest lämpliga hjälpmedlet ska väljas. Hjälpmedlet är fortfarande i kommunens ägo även om användaren betalar en merkostnad för hjälpmedlet.

Kommunalbestyrelsens beslut enligt serviceloven kan överklagas till Ankestyrelsen, som är den högsta administrativa klagoinstansen i socialrättsliga mål.[48] Processen i Ankestyrelsen regleras av ”Lov om Retssikkerhed og Administration på det sociale område” (retssikkerhedsloven). Vid handläggningen av överklaganden enligt 68 § ska Ankestyrelsen nå ett materiellt riktigt resultat sett till lagens innehåll. Ankestyrelsen ansvarar för att saken är tillräckligt utredd, men är till skillnad från svenska förvaltningsdomstolar inte bunden av vad parterna anfört. Detta medför att Ankestyrelsen kan komma till ett annat resultat än det som parterna önskar och även att klaganden riskerar att hamna i en ”sämre” sits än tidigare. Ankestyrelsen kan också ”efterpröva” beslut (69 §), vilket påminner mer om förfarandet med domstolsprövning i Sverige.

Ankestyrelsen undersöker då om ett beslut lider av *rättsliga brister*. Ankestyrelsen kan således finna att stöd till ett visst hjälpmedel ska utgå, men inte enbart utifrån en rimlighetsbedömning.

[47] Möjligheten till fritt val infördes 2010. Endast 1 procent utnyttjade sig av möjligheten enligt Rambøll (2014). Kortlægning og effektmåling af servicelovens bestemmelser om frit valg af hjælpemidler og boligindretning.
[48] Beskrivningen av processen i Ankestyrelsen har på förfrågan lämnats av ankechef Anne Birgitte Hassing, Social og Beskæftigelse (specialansvarig chef på hjälpmedelområdet i Ankestyrelsen). Inkom hjälpmedelsutredningen 2017-03-07.

Vidare ska framhållas att det är kommunen som avgör om hjälpmedlet ska lämnas ut som naturalhjelp eller om i stället bidrag ska lämnas. Ankestyrelsens prövning rör bara rätten till *stöd* att få ett bestämt hjälpmedel.[49]

I enlighet med den danska grundlagen kan alla administrativa beslut överklagas till domstol. Det är dock sällsynt med mål som rör hjälpmedel, enligt vad utredningen erfar. I sammanhanget noteras att det finns en gråzon mellan vad som anses som ett förvaltningsbeslut (ärendehandläggning) och vad som anses som ett (icke överklagbart) faktiskt handlande när det handlar om hälso- och sjukvård. Upplysningsvis kan här också nämnas Styrelsen för patientssikkerhed, som ersatt Patientombuddet efter oktober 2015. Styrelsen behandlar klagomål som rör patientens rättsställning enligt sundhedsloven (bl.a. samtycke, journalinsyn och tystnadsplikt). Styrelsens beslut får inte överklagas.[50]

Hjälpmedlet ska återlämnas till kommunen efter det att användaren inte längre behöver sitt hjälpmedel. Detta gäller även i de fall användaren har köpt ett dyrare hjälpmedel och därmed själv betalat merkostnaden. Om användarens köp har lett till att användbarheten även har höjts för andra användare, kan ersättning för merkostnaden i särskilda fall betalas ut.

3.12.2 Norge

Allmänt

I Norge är det, till skillnad från i Sverige, i regel inte samma huvudman som bedömer behov och värderar olika möjliga hjälpmedel, som också godkänner och finansierar hjälpmedlet. Kommunerna ansvarar för hälsa och rehabilitering och hjälpmedelsförmedling är en del av detta ansvar. Förmedlingsansvaret omfattar både sådana hjälpmedel som finansieras genom statliga folketrygden för ”väsentliga och varaktiga behov”, dvs. för längre tid än 2 år, och för tillfälliga behov kortare tid än 2 år, där kommunen själv har finansierings-

[49] Ankestyrelsens beslut publiceras i regel inte. Därför är det svårt att få grepp om hur praxis ser ut på hjälpmedelsområdet. Vissa avgöranden publiceras i anonymiserad form såsom varande av principiell betydelse och dessa kan tjäna som rättskälla vid tillämpningen.
[50] Lind, A-S. (2016). Patientens rättigheter – en komparativ analys av Sverige, Danmark, Finland och Norge, s. 32.

ansvaret. För en användare innebär det att han eller hon i första hand ska vända sig till kommunen. Kommunerna löser både enklare och mer komplicerade problem på ”förstalinjenivå”.

Precis som i Sverige inleds förskrivningsprocessen med en behovsbedömning. Efter utprovning och värdering väljs ett eller flera hjälpmedel. Därefter utformas ansökan (kravspecifikation) som skickas till en statlig hjälpmedelscentral för värdering och godkännande. Hjälpmedel är nästan alltid gratis för användaren.

När hjälpmedelscentralen godkänt ansökan får användaren sitt hjälpmedel levererat. Om hjälpmedlet behöver anpassas och justeras gör hjälpmedelscentralen detta. Den som har förskrivit hjälpmedlet ansvarar för vägledning, upplärning, träning i att använda hjälpmedlet samt för uppföljning. Användaren ska även få både muntlig och skriftlig information om var och till vem han eller hon ska vända sig till för att vid behov få service och reparationer.

De statliga hjälpmedelscentralerna har ett överordnat och koordinerande ansvar för hjälpmedelsförmedlingen i sitt fylke (motsvarande län). Hjälpmedelscentralerna är en ”andralinjetjänst” och allmänt resurs- och kompetenscenter för olika partners.[51] Rådgivningsansvaret är inte begränsat till bara sådana hjälpmedel som omfattas av statens ansvar enligt folketrygdloven, utan gäller även mot arbetsgivare, utbildningsväsendet och kommuner. Ofta ger hjälpmedelscentralen råd och vägledning om generella anpassningar i miljöer, både i befintliga lokaler och vid nybygge. Man erbjuder också arbetsinriktade uppföljnings- och vägledningstjänster för brukare med kognitiv svikt eller syn- eller hörselnedsättningar. Till detta kommer förvaltningsansvaret, dvs. inköp, distribution, service, återanvändning och administration i fråga om sådana hjälpmedel som utgör ett statligt ansvar. Personalen består bl.a. av tolkar, hörselpedagoger, optiker, arbetsterapeuter, ingenjörer, tekniker och specialpedagoger. En stor del av resurserna används till utbildning av kommunernas personal inom hälsa och omsorg. Hjälpmedelscentralerna arrangerar ett flertal kurser men erbjuder också e-utbildningar.

Sedan januari 1994 är hjälpmedelscentralerna statliga och ingår numera i NAV Hjelpemidler og tillrettelegging. Där finns en central styrningsenhet och 18 hjälpmedelscentraler. Dessa är olika stora (an-

[51] Deras verksamhet regleras i F15.04.1997 nr. 323 Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar.

talet anställda varierar mellan 32 och 310).[52] Det finns också en annan nationell enhet, NAV Sentral Forsyningsenhet (SFE) som har som huvudsaklig uppgift att beställa alla varor och tjänster till hjälpmedelscentralerna, förvalta alla centrala inköpsavtal på hjälpmedelsområdet och fungera som en kontaktyta mot leverantörerna. Genom ett centralt brukarråd på systemnivå kan kvalitetssäkras och utvecklas utbudet av hjälpmedel.[53] Undersökningar visar att den centrala upphandlingen – med parallella ramavtal – är kostnadseffektiv och välfungerande.[54] Till skillnad från i Sverige finns en nationell lista att förhålla sig till. Det är dock möjligt att ansöka om dispens.

Bestillingsordningen[55] är en förenklad modell för hantering av hjälpmedel som inte kräver några individuella anpassningar. Den gäller för hjälpmedel som kostar mindre än 10 procent av det norska grunnbeloppet (92 576 NOK i maj 2016), t.ex. rollator och duschstol. Det är högfrekventa hjälpmedel som ska lagerföras på hjälpmedelcentralerna och lämnas ut utan beslut. År 2011 uppgick hjälpmedel på bestillingsordningen till 33 procent av alla utlånade hjälpmedel, men 2015 hade det minskat till 19,5 procent. Orsaken till minskningen är åtminstone delvis att en del av de enklaste och billigaste produkterna togs ur sortimentet i samband med statsbudgeten 2012, då de inte längre skulle ses som hjälpmedel i folketrygdlovens mening. År 2014 kom de indirekt tillbaka till statlig finansiering genom att pengar anslogs till en modell där brukare får 2 000 kronor för en fyraårsperiod, som de kan köpa hjälpmedel för.

Närmare om ansvarsfördelningen för hjälpmedel

Hjälpmedel vid varaktiga behov finansieras av staten i enlighet med rättighetslagstiftning i folketrygdloven (socialförsäkringen). Kommunerna har också ett finansieringsansvar för hjälpmedel, men bara för hjälpmedel för tillfälliga behov. Kommunen har däremot alltid ansvaret för att förmedla hjälpmedlen, i princip oavsett vilken arena som berörs; hemmet, skolan, jobbet eller fritiden. Kommunen har

[52] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring„s. 63 f.
[53] Sådana brukarråd finns även vid varje hjälpmedelscentral.
[54] a.a. s. 7.
[55] a.a. s. 69.

såväl utrednings- och finansieringsansvar för pedagogiska hjälpmedel i förskola och skola, inkluderande även uppföljning av hjälpmedel i undervisningen. Kommunen har också ansvar för dem som vistas på institution, med undantag för förflyttningshjälpmedel och syn- och hörselhjälpmedel. Omsorgsboende anses däremot som eget hem och hamnar då under folketrygden. Kommunen har också alltid ett samordningsansvar i att tillse att allt fungerar tillsammans. Mellan kommunen och den statliga hjälpmedelscentralen finns en praktisk arbetsfördelning beroende på sakens komplexitet, som slagits fast i samarbetsavtal på länsnivå. Avtalen reglerar alla delar av förmedlingsprocessen.

Rätten till hjälpmedel framgår av 10 kap. folketrygdloven. Konkret handlar det om en rätt till ”stöd till åtgärder” som är nödvändiga och ändamålsenliga dels för att den försäkrade ska bli i stånd att skaffa sig eller behålla ett arbete, dels för att förbättra den försäkrades funktionsförmåga i det dagliga livet eller för att kunna vårdas i hemmet. Därefter preciseras innebörden av stödet i § 10–7:

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

Stödet enligt folketrygden avser således inte enbart vad vi i Sverige kallar för hjälpmedel utan även bilstöd, bostadsanpassning etc. Till skillnad från i Sverige anges vilka *typer* av hjälpmedel som omfattas av rättigheten, vilket medför att andra hjälpmedelstyper faller utanför. Den valda lagstiftningstekniken medför svårigheter när nya produkter som inte faller inom någon av de angivna typerna ska införas. Vidare ska framhållas att stöd utgår till det ”rimeligste” (billigaste) hjälpmedlet som samtidigt är ändamålsenligt för den enskilde.

Kommunernas ansvar för tilldelning av hjälpmedel följer av 2–3 §§ helse- og omsorgstjenesteloven.[56] Brukarna har en korresponderande rätt till ”helsehjelp”, jfr 2 kap. pasient- og brukerloven. Hjälpmedel

[56] Närmare regler finns i 9 § forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

är ett av flera möjliga sätt att tillförsäkra medborgarna ”nödvändiga helse- och omsorgstjenester”. Detta innebär konkret att brukarna inte kan ställa krav på ett visst hjälpmedel, utan endast på nödvändiga hälso- och omsorgstjänster. Här ska också framhållas att kommunerna har en annan typ av finansiering av sina hjälpmedel än staten eftersom de blir ramfinansierade av staten (de saknar egen beskattningsrätt).

Fylkeskommunerna har ansvar för utbildning på gymnasienivå (16–19 år). Opplaeringsloven kräver att utbildningen ska vara anpassad för elever med funktionsnedsättning. Det innebär att fylkeskommunerna ska finansiera pedagogiska hjälpmedel. *Arbetsgivare* har ansvar för att tillhandahålla sådana hjälpmedel som behövs för att arbetet ska kunna utföras säkert och utan svår belastning samt för anpassning så att människor med funktionsnedsättning av olika slag ska kunna arbeta i verksamheten. *Husägare* har ett ansvar för universell utformning som gränsar mot hjälpmedelsområdet. De statliga, regionala *hälsoföretagen* ska i enlighet med spesialisthelsetjenesteloven sörja för specialistsjukvård även i hemmet, vilket innebär ett finansierings- och förmedlingsansvar för behandlingshjälpmedel.

Överklagande m.m.

Den norska hälso- och sjukvårdens regelverk har alltid varit nära det förvaltningsrättsliga.[57] Regler om mänskliga rättigheter, bl.a. FN:s konventioner och Europakonventionen, finns inkorporerade i den norska grundlagen genom menneskerettsloven. Konventionerna har till skillnad från i Sverige företräde framför annan lag.[58] Sedan 2001 finns en patienträttighetslag, lov om pasient- og brukerrettigheter (PBRL), vilken är klart rättighetsbaserad.[59] Den norska lagstiftaren har, till skillnad från i övriga nordiska länder, uttryckligen föreskrivit att patienter har rätt till ”nödvändig vård”[60]. Häri kan dock inte anses ligga en ovillkorlig rätt till det hjälpmedel som man önskar. De flesta fall som avgjorts i domstol rör rätt till behandling

[57] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring, s. 9.
[58] a.a. s. 10.
[59] a.a. s. 16.
[60] 2 kap. 1 § PBRL.

i utlandet. För patienter som inte fått utlandsvård inom den fastställda tidsfristen, finns dessutom en särskild ”klagenemnd för utenlendssaker”, vars beslut kan överklagas till domstol. Beslut som rör rätten att välja sjukhus, rätten till information m.m. kan patienter klaga på till den s.k. Fylkesmannen (liknande länsstyrelsen). Fylkesmannens beslut kan inte överklagas. Den som anser sig ha blivit felbehandlad kan antingen vända sig till Patientombudsmannen (som har en vägledande roll) eller till den regionala fylkesläkaren, Statens helsetillsyn.[61]

Forvaltningsloven är principiellt tillämplig på beslut som tas enligt 2 kap. pasient- och brukerloven. Här skiljer sig det norska systemet markant från det svenska, där behandlingen av en patient inte ses som myndighetsutövning eller ärendehandläggning utan som ett faktiskt handlande (vilket i sin tur påverkar hur man ser på möjligheterna att överklaga ”beslut” till domstol). Forvaltningslovens regler om utredningsplikt, kommunikation, motivering och överklagandehänvisning gäller inte beslut enligt 2 kap. PBRL. PBRL har dock egna regler om överklagande, vilka hänvisar till forvaltningsloven (7 kap. 6 § PBRL).[62]

Avslutningsvis ska framhållas att en norsk utredning om hjälpmedel lämnat en rapport i februari 2017, *En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelsformidling – for økt deltakelse og mestring. Rapport fra et ekspertutvalg.* Den utredningens slutsatser m.m. kommenteras längre fram i betänkandet, bl.a. i kap. 8 och 13. Här kan kort sägas att utredningen bl.a. övervägt dagens ansvarsfördelning mellan stat och kommun. Majoriteten önskar dock inte göra några större ändringar i dagens modell. Se närmare i avsnitt 13.4.5.

3.12.3 Finland

I Finland är det kommunen som ansvarar för att ordna social- och hälsovård. Staten finansierar delvis kommunernas lagstadgade uppgifter, men kommunerna bestämmer själva hur de arrangerar servicen till invånarna. Den kommunala självstyrelsen är grundlagsstadgad

[61] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring, s. 30 f.
[62] a.a. s. 19.

(121 § grundlagen).[63] I grundlagen finns för övrigt också en individuellt utformad rättighet till socialt och medicinskt stöd (19 §), vilken ytterst ska kunna utkrävas i domstol om en person hamnar ”mellan stolarna”.[64] Redan år 1993 infördes en särskild patienträttighetslag, vilket innebär att Finland var först i världen med en sådan.[65] Finlands juridiska reglering av hälso- och sjukvården påminner annars i stora delar om den svenska.

Inom hälso- och sjukvården är hjälpmedelsverksamheten en del av den medicinska rehabiliteringen. Detta regleras av hälso- och sjukvårdslagen, Social- och hälsovårdsministeriets förordning om utlämning av hjälpmedel för medicinsk rehabilitering samt lagen och förordningen om service och stöd på grund av handikapp.

Dessutom finns särskilda regler för hjälpmedel inom undervisning och träning, hjälpmedel för arbete, krigsinvalider, vid trafikskada, olycksfall i arbete eller yrkessjukdomar.

Kommunernas hälsovårdscentraler är ansvariga för primärvård och så kallade bashjälpmedel (bland annat manuella rullstolar, gång- och hygienhjälpmedel). De största hälsocentralerna har hjälpmedelsenheter, de mindre har hjälpmedelslager som sköts av fysioterapiavdelningen. Kommunernas centralsjukhus har hjälpmedelsenheter som är ansvariga för dyra, tekniska hjälpmedel som eldrivna rullstolar, personlyftar och omgivningskontrollsystem. Gradindelningen mellan olika hjälpmedel i primär- och specialvård varierar mellan olika regioner.

Precis som i Sverige utgår man vid hjälpmedelsförskrivning från en bedömning baserad på ett personligt, medicinskt behov. Vid bedömningen av hjälpmedelsbehovet ska patientens funktionsförmåga, livssituation och de krav som miljön ställer på hjälpmedlets funktionalitet beaktas. I hjälpmedelstjänsterna ingår också träning och undervisning i att använda hjälpmedlen och i att förnya och underhålla dem. Hjälpmedelstjänsterna är avgiftsfria för användaren.

Hjälpmedel för medicinsk rehabilitering lånas ut och är avgiftsfria enligt klientavgiftslagen. De hjälpmedel som inte går att återanvända förblir mottagarens egendom.

[63] Lind, A-S. (2016). Patientens rättigheter – en komparativ analys av Sverige, Danmark, Finland och Norge, s. 10.
[64] a.a. s. 11.
[65] a.a. s. 16.

De största handikapporganisationerna arrangerar hjälpmedelsservice, vägleder sina medlemmar samt arrangerar kurser och seminarier om hjälpmedel. Synskadades Centralförbund och Förbundet Utvecklingsstörning har sina egna hjälpmedelscentraler och säljer sina tjänster (t.ex. för bedömning av hjälpmedelsbehov) och hyr ut eller säljer produkter till bl.a. kommunernas hälso- och sjukvård, försäkringsbolag och Folkpensionsanstalten. De användare som har rätt att få hjälpmedel vänder sig i huvudsak till kommunen, men för användare som vill ha något ”extra” eller inte vill vända sig till kommunen, finns möjlighet att själv köpa tjänster från dessa organisationer.

När det gäller klagomöjligheter kan följande sägas. Vid en verksamhetsenhet ska finnas en patientombudsman som kan ge patienter råd och vägledning (men inte ta ställning till diagnos eller behandling). Vidare kan enligt den finska patientlagen en patient framställa en anmärkning mot vården till den ansvariga chefen vid verksamhetsenheten (10 och 10 a §§). Anmärkningen ska besvaras skriftligt. Om det därvid framkommer brister som kan föranleda skadeståndsansvar, åtal, disciplinärt förfarande eller liknande ska patienten informeras om hur ett sådant ärende kan initieras.

Här ska också nämnas s.k. förvaltningsklagan enligt 8 a kap. förvaltningslagen (434/2003). Var och en kan i en sådan talan göra gällande att en myndighet eller en anställd på myndigheten förfarit lagstridigt eller underlåtit att fullgöra sin skyldighet. En sådan talan ska anhängiggöras hos den övervakande myndigheten, som vidtar de åtgärder som den anser befogade, t.ex. att uppmärksamma myndigheten på vilka kraven på god förvaltning är.[66]

I fråga om tillsyn kan nämnas att Regionförvaltningsverket (RFV) styr och övervakar de hälso- och sjukvårdstjänster som erbjuds i kommunerna. Regionförvaltningsverken handlägger klagomål från patienterna, liknande den svenska Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) styr regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att skapa enhetlighet i bl.a. deras beslutspraxis.

[66] Lind, A-S. (2016). Patientens rättigheter – en komparativ analys av Sverige, Danmark, Finland och Norge, s. 33.

3.12.4 Jämförelser med länder utanför Norden

I de nordiska länderna finansieras förskrivna hjälpmedel vanligtvis via den offentliga sektorn. I andra länder är försäkringar och fonder vanliga finansieringskällor. I Nederländerna finansieras en del hjälpmedel av kommunerna, men en stor del finansieras genom försäkringar och även till en viss del via fonder. I Tyskland finansieras alla hjälpmedel inom hälso- och sjukvården genom försäkringar. I Storbritannien finansieras hjälpmedel ibland även via välgörenhetsorganisationer.

Inom ramen för de ordinarie förmedlingssystemen i de olika länderna tillhandahålls i regel hjälpmedel till användaren enligt ett upphandlat eller avtalat sortiment, ofta utifrån någon eller några listor. Om användaren har särskilda behov går det i regel att få något annat hjälpmedel, men inte enbart för att användaren önskar något annat. Det gäller även i Nederländerna och Tyskland, där man har försäkringslösningar. I några länder har användaren vissa möjligheter att inom ramen för det ordinarie systemet lägga till egna medel för att få något annat (t.ex. Nederländerna och Italien). I Italien har användaren möjlighet att gå ut och välja leverantör såvida inte hjälpmedlet är upphandlat av huvudmannen.

När det gäller ägandefrågan förblir i regel hjälpmedlet i huvudmannens ägo, även om användaren betalat extra. I delar av Spanien blir användaren ägare av hjälpmedlet om det inte är återanvändningsbart. I Italien blir användaren ägare till hjälpmedlet om han eller hon betalat extra.

3.13 Statliga myndigheters uppgifter på hjälpmedelsområdet

Inledning

Tidigare var det framför allt Hjälpmedelsinstitutet (HI) och dess föregångare Handikappinstitutet som hade en nationell roll på hjälpmedelsområdet. Ingen av dessa aktörer var statliga myndigheter. Handikappinstitutet hade trots det vissa normerande uppgifter, och efterföljaren HI hade under en period nationellt ansvar för provning av hjälpmedel och för central upphandling. När den nationella upphandlings- och provningsverksamheten så småningom upphörde

försköts tyngdpunkten i HI:s verksamhet mot teknik- och kunskapsutveckling. Inriktningen förändrades från att ta fram enskilda produkter och tjänster till att se dessa produkter i ett större funktionshinderspolitiskt sammanhang.

År 2013 gjorde regeringen en översyn av formerna för styrningen av HI och inriktning på den verksamhet som bedrevs. Översynen resulterade i en samlad organisation på det funktionshinderspolitiska området (Ds 2013:40). HI:s verksamhet avvecklades och de delar av institutets verksamhet som bedömdes vara ett statligt åtagande inordnades i Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam). Handisam bytte samtidigt namn till Myndigheten för delaktighet (MFD).

Nedan beskrivs nuvarande statliga myndigheters arbete med anknytning till hjälpmedelsområdet. Beskrivningen tar sin utgångspunkt i instruktioner, regleringsbrev, eventuella särskilda uppdrag från regeringen samt årsredovisningar.

Myndigheten för delaktighet (MFD)

MFD startade sin verksamhet den 1 maj 2014. MFD ska enligt sin instruktion[67] bidra till kunskapsutveckling i frågor som rör delaktighet, tillgänglighet, universell utformning, välfärdsteknologi, miljö, levnadsvillkor och rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Myndigheten ska arbeta tvärsektoriellt och sprida kunskap, utbildning, erfarenheter, initiera utvecklingsarbete, följa forskning samt främja innovationer i nationella och internationella sammanhang.

MFD ska inneha samlad kunskap om arbetet för ökad tillgänglighet samt om utvecklingen av levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning. Myndigheten ska även ta fram metoder, riktlinjer och vägledningar till stöd för arbetet med tillgänglighet och delaktighet samt föreslå lämpliga åtgärder för effektiv styrning och samordning av det funktionshinderspolitiska arbetet. Vidare ska MFD främja genomförandet av funktionshinderspolitiken på alla nivåer, följa upp, utvärdera och analysera insatser från statliga myndigheter, landsting, kommuner och andra aktörer. MFD presen-

[67] Förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet.

terar årliga sektorsövergripande utvärderingar och analyser av funktionshinderspolitiken. I dessa framhåller MFD bl.a. brister när det gäller tillgång till hjälpmedel inom olika sektorer.

MFD har enligt sin instruktion i uppgift att utveckla kunskap om hur samspelet mellan generella välfärdsteknologiska lösningar och personligt utformade hjälpmedel fungerar för den enskilde. Myndigheten ska vidare följa och vid behov medverka i strategiskt viktig nationell och internationell standardisering inom välfärdsteknologi och tillgänglighet samt verka för att tillgänglighet och universell utformning inkluderas i relevanta standarder.

MFD har de senaste åren haft flera särskilda regeringsuppdrag med fokus på välfärdsteknologi. Av MFD:s beskrivning av uppdragen framgår att välfärdsteknik beskrivs som trygghetslarm och andra IT-tjänster men att även personligt utformade hjälpmedel kan ingå.

I regleringsbrevet för 2017 ges myndigheten ett fortsatt uppdrag att ta fram och sprida information till kommunerna om hur man använder och implementerar digital teknik och digitala trygghets- och servicetjänster inom socialtjänst och hemsjukvård. Ett 40-tal kommuner har hittills fått stöd från MFD bland annat när det gäller upphandling. Vidare ska myndigheten långsiktigt utveckla, sprida och förvalta kunskapsstöd riktat till kommuner och andra aktörer om hur innovationer, universell utformning och användningen av digital teknik kan bidra till ökad delaktighet, självständighet och jämlikhet i levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning. Ytterligare ett uppdrag handlar om att i samråd med Vinnova, Socialstyrelsen och SKL utveckla sitt arbete med teknik och innovationer som stöd för ökad trygghet, delaktighet och självbestämmande för personer med kognitiv funktionsnedsättning, bland annat personer med demenssjukdom.

Statskontoret har haft regeringens uppdrag att utföra en myndighetsanalys av MFD, som redovisades den 15 juni 2016.[68] Statskontoret bedömer att MFD inte funnit sin roll när det gäller att balansera mellan att vara sektorsövergripande och sektorsspecifik inom vissa välfärdsområden. Vi diskuterar MFD och Statskontorets analys mer ingående i avsnitt 18.4.2.

[68] Statskontoret (2016). Myndighetsanalys av Myndigheten för delaktighet.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är enligt sin instruktion[69] förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Socialstyrelsen ska bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde.

Styrningen med kunskap sker enligt instruktionen genom de icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso– och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den ska vara samordnad och effektiv och anpassad till de behov olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har.

Det framgår inte explicit i Socialstyrelsens instruktion att man har arbetsuppgifter inom hjälpmedelsområdet. Det framgår däremot indirekt genom att hjälpmedel förskrivs inom hälso- och sjukvården, vilket är Socialstyrelsens ansvarsområde. I juni 2014 beslutade regeringen att uppdra till Socialstyrelsen att genomföra ett antal uppdrag (S2014/8959/FST) om att utveckla kunskapsstöd kring hjälpmedelsverksamheten i landsting och kommuner, utveckla statistiken på området, utvärdera bland annat valfriheten av hjälpmedel, kartlägga tillgång och användning till hjälpmedel och de avgifter och regler som finns i landsting och kommuner. Socialstyrelsen har också sett över föreskrifterna om medicintekniska produkter.

Socialstyrelsen beskriver själv sin roll på hjälpmedelsområdet[70] på följande sätt:

> Hjälpmedel kan förbättra livskvaliteten för personer med funktionsnedsättning på många sätt. Därför är individuellt anpassade hjälpmedel en viktig del i rehabiliteringen/habiliteringen och ett stöd för att vardagslivet ska fungera.
>
> Socialstyrelsen arbetar för en jämlik hjälpmedelsförsörjning för medborgare i behov av hjälpmedel över hela landet. Detta gör de bland annat genom

[69] Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[70] Om hjälpmedel på Socialstyrelsens hemsida. Tillgänglig online: socialstyrelsen.se [2015-10-08].

- att ta fram kunskapsstöd och utbildning för yrkesgrupper som förskriver enligt förskrivningsprocessen,
- stödja utvecklingen mot ökat inflytande vid val av hjälpmedel,
- öka kunskap om skillnader i tillgång till och användning av hjälpmedel, och
- följa upp och utvärdera hjälpmedelsområdet på nationell nivå.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

SBU har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården och i den verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen och LSS ur medicinskt perspektiv där så är tillämpligt samt ur ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv[71]. Uppgiften att utvärdera insatser inom socialtjänst och LSS är ny för myndigheten. Myndigheten ska systematiskt identifiera, aktivt föra ut kunskap om och utvärdera behandlingsmetoder i hälso- och sjukvården och socialtjänsten vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om.

Myndigheten ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt samt sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen och tillämpa dem i praktiken.

SBU bistår andra myndigheter med underlag. Exempelvis ska SBU ta fram det vetenskapliga underlaget för Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Man bistår också landsting med stöd, till exempel prioriteringsstöd i syfte att ge hälso- och sjukvården vägledning när det gäller möjligheterna att utmönstra metoder som har ogynnsam effekt, saknar effekt eller inte är evidensbaserade.

Sammanlagt har SBU utvärderat cirka 300 medicintekniska produkter, men endast några av dem faller inom ramen för hjälpmedelsområdet. Bland de sammanställningar som SBU gjort som rör hjälpmedel kan nämnas tester och insatser för barn och ungdomar med dyslexi.

SBU har en omfattande databas där man registrerar vetenskapliga kunskapsluckor i hälso- och sjukvården och numera också inom socialtjänsten. I regleringsbrevet för 2015 fick SBU i uppdrag att

[71] Förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk- och social utvärdering.

redovisa och motivera vilka kunskapsbehov och kunskapsluckor som myndigheten bedömer vara av störst strategisk betydelse. Här lyfts området medicinteknik fram.

Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM)

SPSM är en kunskapsmyndighet. Enligt förordning (2011:130) med instruktion för Specialpedagogiska skolmyndigheten ska myndigheten verka för att alla barn, elever och vuxenstuderande med funktionsnedsättning får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Myndigheten ska bidra till goda förutsättningar för barnens utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna och de vuxenstuderande.

SPSM ska anordna och medverka i kompetensutveckling, bedriva och medverka i specialpedagogisk utvecklingsverksamhet och sammanställa och sprida kunskap om resultat av forskning som är relevant för det specialpedagogiska området. Myndigheten ska också främja och informera om tillgången till läromedel för barn, unga och vuxna med funktionsnedsättning.

SPSM ger stöd till skolans huvudmän bland annat genom rådgivning och kompetensutveckling. Myndigheten ger också ut dokumenterat specialpedagogiskt stöd i olika former som bland annat handlar om att anpassa studiesituationen och hur man kan tillgängliggöra lärmiljön med hänsyn till olika funktionsnedsättningar. Myndigheten sprider forskningsresultat kring pedagogik samt teknik och dess användning i skolan för elever med funktionsnedsättning.

För de målgrupper där den kommersiella marknaden inte tillgodoser behoven av läromedel utvecklar, anpassar och producerar SPSM läromedel.

Post- och telestyrelsen (PTS)

PTS är den myndighet som enligt sin instruktion har i uppgift att bevaka områdena elektronisk kommunikation och post i Sverige. Begreppet elektronisk kommunikation innefattar områdena telekommunikationer, it och radio. Arbetet sker genom tillsyn och beslut utifrån de bestämmelser som reglerar verksamheten. Därutöver bedriver PTS ett främjandearbete genom analys, samverkan

och dialog. PTS arbetar med grundläggande infrastruktur och för allas tillgång till samhällsomfattande tjänster.

Enligt regleringsbrevet har PTS i uppdrag att verka för att personer med funktionsnedsättning ska få ökade förutsättningar att nyttja digitaliseringens möjligheter i det dagliga livet. PTS arbetar för att de generella tjänsterna, till exempel webbplatser, ska kunna användas av alla inklusive personer med funktionsnedsättning.

Myndigheten upphandlar också vissa specialtjänster som används av personer med funktionsnedsättning. Det är till exempel teletal, blindskrift och bildtelefoni. PTS har särskilda regeringsuppdrag vad gäller utveckling av talbaserade tjänster, tekniska system för syntolkning och ljudtexter för användning på digitala biografer. Myndigheten uppger också att man särskilt satsar på innovationsfrämjande aktiviteter.

Verket för innovationssystem (Vinnova)

Enligt sin instruktion har Vinnova i uppgift att främja hållbar tillväxt genom finansiering av behovsmotiverad forskning och utveckling av effektiva innovationssystem. Myndigheten har ett särskilt ansvar inom teknikområdet. Med innovationssystem avses nätverk av offentliga och privata aktörer där ny teknik och kunskap produceras, sprids och används. Myndigheten ska verka för nyttiggörande av forskning för att uppnå hållbar tillväxt och stärka Sveriges konkurrenskraft. Myndighetens kärnuppgift är att finansiera forsknings- och innovationsprojekt.

Enligt regleringsbrevet ska Vinnova utlysa program för strategiska innovationsområden, en satsning där ledande aktörer från näringsliv, akademi och offentlig sektor gör en gemensam kraftsamling inom strategiska områden. Ett av programmen kallas Medtech 4Health och ska lyfta forskning och innovation inom medicinteknik. Målet är förbättringar för patient och hälso- och sjukvård samtidigt som det leder till ökade exportmöjligheter och industriell tillväxt för Sverige.

Upphandlingsmyndigheten

Upphandlingsmyndigheten är en relativt ny myndighet som ger stöd genom att utveckla och förmedla kunskap, verktyg och metoder för offentlig upphandling. Målet är hållbara, innovativa och effektiva upphandlingar.

Upphandlingsmyndigheten (tidigare Konkurrensverket) har haft regeringens uppdrag[72] att förstärka upphandlingskompetensen hos de myndigheter som upphandlar verksamheter som berör äldre och personer med funktionsnedsättning. Inom ramen för regeringsuppdraget gjordes en kartläggning om hur upphandling av välfärdsteknik och hjälpmedel utförs i landet i dag. Uppdraget redovisades till regeringen i januari 2016. Utifrån kartläggningen har myndigheten på eget initiativ tagit fram en vägledning[73] med förslag riktade till kommuner och landsting om hur hjälpmedel och välfärdsteknik bäst upphandlas.

Övriga myndigheter

Hjälpmedel är en del av hälso- och sjukvården och de flesta hjälpmedel är medicintekniska produkter. Därför har i princip samtliga myndigheter med ansvar inom hälso- och sjukvården indirekt uppgifter på hjälpmedelsområdet. Det handlar om Läkemedelsverket, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Myndigheten för vård-och omsorgsanalys (Vårdanalys), E-hälsomyndigheten och Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE). Läkemedelsverket har tillsynsansvar och föreskriftsrätt inom området medicintekniska produkter. IVO har tillsyn inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. FORTE är forskningsfinansiär inom hälso- och sjukvårdsområdet. Vårdanalys gör oberoende uppföljningar av hälso- och sjukvården ur ett brukarperspektiv. Även Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har uppdrag när den gäller medicintekniska produkter. Andra berörda myndigheter är Myndigheten för tillgängliga medier (MTM), som ansvarar bland annat för taltidningar och som enda statliga aktör har förskrivningsrätt för DAISY-spelare, och

[72] Uppdrag att förstärka upphandlingskompetensen hos upphandlande myndigheter som upphandlar verksamhet som berör äldre och personer med funktionsnedsättning (S2015/110FST).
[73] Upphandlingsmyndigheten (2017). Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik.

Konsumentverket, som ansvarar för lagstiftning och tillsyn som rör konsumentskydd.

Rådet för styrning med kunskap

Enligt förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst ska styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst som statliga myndigheter ansvarar för utgöra ett stöd för huvudmän (landsting och kommuner) och olika professioner vilka har ansvar för att patienter och brukare ges en god vård och insatser av god kvalitet (1 §).

Styrningen med kunskap ska bidra till att målen i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och socialtjänstlagen (2001:453) uppfylls. De statliga myndigheter som har i uppdrag att styra med kunskap eller har centrala roller för att bidra till framtagandet av underlag för sådan styrning ska samverka i ett rådgivande organ. Rådets uppgift är att verka för att den statliga styrningen är samordnad och effektiv. Rådet ska vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttogörande av forskning och innovationer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Rådet för styrning med kunskap består av myndighetscheferna för Socialstyrelsen (ordförande), E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, FORTE, IVO, Läkemedelsverket, MFD, SBU och TLV.

4 Gällande rätt

I fråga om hjälpmedel för den dagliga livsföringen och som stöd vid utbildning gäller författningar som riktar sig främst till hälso- och sjukvårdsområdet, utbildningsområdet och författningar som riktar sig till hanteringen av hjälpmedel och medicintekniska produkter. Nedan ges en kortfattad beskrivning av de författningar som kan anses centrala för området. Reglerna beskrivs mer ingående längre fram i betänkandet, i anslutning till sakfrågorna.

4.1 Lagar för hälso- och sjukvård samt socialtjänst

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) beskriver de grundläggande regler som gäller för hälso- och sjukvård. Enligt 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § HSL är sjukvårdshuvudmännen skyldiga att erbjuda personer med funktionsnedsättning hjälpmedel. Förskrivningen av hjälpmedel utförs av hälso- och sjukvårdspersonal som en del i en behandling, habilitering eller rehabilitering. Sjukvårdshuvudmannens skyldighet omfattar enligt förarbetena hjälpmedel för det dagliga livet samt hjälpmedel för vård och behandling. I hjälpmedel för det dagliga livet ingår bland annat hjälpmedel för att kunna gå i skola. Sjukvårdshuvudmannen ansvarar därmed för personliga hjälpmedel i skolan, men däremot inte för pedagogiska hjälpmedel.

HSL är en ramlag vilket innebär att sjukvårdshuvudmännen utifrån det kommunala självstyret har viss frihet att utforma insatserna efter lokala och regionala behov. Detta medför bland annat att sjukvårdshuvudmännen själva bestämmer vilka hjälpmedel som ska upphandlas och vilka avgifter som kan tas ut för hjälpmedel.

Vilka hjälpmedel som anses ingå i sjukvårdshuvudmännens ansvar skiljer sig åt över landet. De lokala regelverken ser olika ut och möjligheten att erhålla hjälpmedel varierar. Beslut i fråga om hjälpmedel kan inte överklagas.

Socialtjänstlagen (2001:453) m.m.

Med stöd av socialtjänstlagen (SoL) kan enskilda beviljas bistånd till välfärdsteknik som exempelvis trygghetslarm eller tillsyn via kamera. Rätten till bistånd regleras i 4 kap. 1 § SoL och aktualiseras i de fall den enskilde ansöker om bistånd hos kommunen för behov som denne inte kan tillgodose själv eller på annat sätt, till exempel genom en annan huvudman än kommunen. Bistånd kan lämnas som ekonomiskt stöd eller i form av insatser, t.ex. hemtjänst eller särskilt boende. Rätten till bistånd beskrivs ofta i termer av samhällets ”yttersta skyddsnät” men däri ligger inte att överta ansvar för insatser som åligger andra myndigheter enligt lag (2 kap. 1 §). Kommunen har dock det yttersta ansvaret för att de personer som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Beslut om avslag på ansökan om bistånd kan överklagas till domstol (förvaltningsrätten).

I 5 kap. SoL finns särskilda bestämmelser om kommunens ansvar för vissa grupper i kommunen, bl.a. barn, äldre och människor med funktionsnedsättning. Kommunen ska t.ex. inrätta särskilda bostäder eller boendeformer för äldre och människor med funktionsnedsättning. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Här ska nämnas att kommunen också fattar beslut om insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Insatserna avser stöd och service (t.ex. personlig assistans, ledsagarservice och daglig verksamhet). Med stöd av LSS kan således inte beviljas bistånd till vare sig hjälpmedel eller välfärdsteknik. Alla människor med funktionsnedsättning har heller inte rätt till insatser enligt LSS. I 1 § LSS anges vilka tre grupper som omfattas av lagen (den s.k. personkretsen). Det är personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd (punkt 1), personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld

eller kroppslig sjukdom (punkt 2) samt personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service (punkt 3).

Patientlagen (2014:821)

Patientlagen trädde i kraft den 1 januari 2015. Den innehåller inte så många självständiga bestämmelser utan återger ofta vad som redan framgår i andra lagar, i syfte att göra regelverket tydligare enklare för patienter.

Enligt patientlagen ska patienten bl.a. få information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning. Patienten ska också ges möjlighet att välja det alternativ han eller hon föredrar när det finns flera olika hjälpmedel tillgängliga. Patienten ska få det valda hjälpmedlet om det är rimligt med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet. Valmöjligheten gäller inom det egna landstinget. Patientlagens regler om val av hjälpmedel kommenteras mer utförligt i avsnitt 7.2.1 och avsnitt 13.2.2.

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Vid hjälpmedelsförskrivning har man att förhålla sig till reglerna i patientsäkerhetslagen. I lagen finns bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter, behörighets- och legitimationsfrågor, vårdgivarens skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete samt tillsyn och vissa straffbestämmelser.

4.2 Lagar m.m. för utbildningsområdet

Skollagen (2010:800)

Landsting, kommuner och huvudmän inom skolväsendet har ett delat ansvar för att barn och elever med funktionsnedsättning som har behov av hjälpmedel i sin utbildning får tillgång till det. Skol-

lagen anger vilka ramar som gäller för skolformerna förskoleklass, grundskola, grundsärskola, specialskola, sameskola, gymnasieskola, gymnasiesärskola samt vuxenutbildningar. En utgångspunkt för 2010 års skollag är att regleringen av all offentligt finansierad verksamhet inom skolväsendet i princip är gemensam, oavsett huvudman. Barns och elevers rätt till utveckling, extra anpassningar och särskilt stöd gäller därmed som huvudregel för såväl statliga, kommunala som fristående skolor.

Alla barn och elever ska ges den ledning och stimulans som de behöver i sitt lärande och sin personliga utveckling för att de utifrån sina egna förutsättningar ska kunna utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål. Elever som till följd av funktionsnedsättning har svårt att uppfylla de olika kunskapskrav som finns ska ges stöd som syftar till att så långt som möjligt motverka funktionsnedsättningens konsekvenser (3 kap. 3 § skollagen). Även barn i förskolan som behöver särskilt stöd i sin utveckling ska ges stöd utifrån sina behov (8 kap. 9 § skollagen).

Rättigheterna för elever som behöver stöd och hjälp har stärkts genom att kraven på att skolan utreder elevers behov av särskilt stöd har blivit tydligare. Det framgår också av skollagen att eleven skyndsamt ska ges stöd i form av extra anpassningar om det på något vis framkommer att eleven riskerar att inte nå de kunskapskrav som minst ska uppnås (3 kap. 5 a §). Stöd i form av extra anpassningar kan vara att hjälpa en elev att planera och strukturera sina studier. Det kan också vara enstaka specialpedagogiska insatser under en kortare tid. Likaså kan särskilda läromedel eller digital teknik med anpassade programvaror som huvudregel anses falla inom ramen för stöd i form av extra anpassningar. Exempel på särskilda läromedel eller utrustning med anpassade programvaror kan vara tidsstöd för att förstå och passa tider, programvara som läser upp text eller läromedel i alternativa format som kompenserar för en funktionsnedsättning i lärsituationen (se prop. 2013/14:160 s. 21 och s. 36).

I gymnasieförordningen (2010:2039) finns kompletterande bestämmelser om gymnasieelevers rätt till stöd. Av bestämmelserna framgår att en elev i gymnasieskolan under vissa förutsättningar kan ha rätt att gå om en kurs, få ett individuellt anpassat program, få ett program reducerat, få förlängd undervisning, få gå i specialklass och få studiehandledning på modersmålet.

Vidare finns regler om stöd inom skolväsendet för vuxna i förordningen (2011:1108) om vuxenutbildning samt i förordningen (SKOLFS 2012:101) om läroplan för vuxenutbildningen (Lvux12). För kommunal vuxenutbildning, särskild utbildning för vuxna och utbildning i svenska för invandrare gäller bestämmelserna om extra anpassningar men inte bestämmelserna om särskilt stöd. Med andra ord ska extra anpassningar i form av särskilda läromedel, utrustning eller digital teknik med anpassade programvaror ges även inom vuxenutbildningen om behov finns.

Inga avgifter får tas ut av skolan. I gymnasieskolan får huvudmannen dock besluta att eleverna ska hålla sig med enstaka hjälpmedel. Detta gäller inte gymnasiesärskolan.

Regler för studerande vid lärosäten och yrkeshögskolan

Universitet och högskolor omfattas av högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen (1993:100). Enskilda utbildningsanordnare med tillstånd att utfärda examina omfattas av lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda examina. Yrkeshögskolan regleras av lagen om yrkeshögskolan (2009:128) och förordningen (2009:130) om yrkeshögskolan. I dessa lagar och förordningar finns inga skyldigheter om att anpassa lokaler eller undervisning för att studerande med funktionsnedsättningar ska kunna delta. I frågor om tillgänglighet för studenter med funktionsnedsättningar är det i stället diskrimineringslagen som styr. Lärosäten och utbildningsanordnare inom yrkeshögskolan ska därför aktivt arbeta för att alla studenter ska ha samma rättigheter och förutsättningar oavsett funktionsförmåga.

Diskrimineringslagen (2008:567)

Enligt diskrimineringslagen är bristande tillgänglighet en form av diskriminering. Bristande tillgänglighet innebär att en person med funktionsnedsättning missgynnas genom att en verksamhet inte vidtar skäliga tillgänglighetsåtgärder för att personen ska komma i en jämförbar situation med personer utan funktionsnedsättningen. Tillgänglighetsåtgärder kan vara att genomföra generella anpassningar.

Då de generella anpassningarna inte räcker till kan även individuella hjälpmedel vara aktuellt som tillgänglighetsåtgärd.

Utbildningsanordnare som bedriver utbildning eller annan verksamhet enligt skollagen, högskolelagen eller utbildning som kan leda fram till en examen enligt lagen om tillstånd att utfärda vissa examina ska bedriva ett målinriktat arbete för att aktivt främja lika rättigheter och möjligheter för de barn, elever eller studenter som deltar i eller söker till verksamheten oavsett funktionsnedsättning. Enligt diskrimineringslagen får inte en elev eller student med funktionsnedsättning missgynnas genom att en verksamhet inte vidtar skäliga tillgänglighetsåtgärder för att personen ska komma i en jämförbar situation med elever och studenter utan denna funktionsnedsättning. Utbildningsanordnaren är alltså skyldig att genomföra skäliga åtgärder för att verksamheten ska vara tillgänglig. Detta gäller både åtgärder för undervisning och anpassning av lokaler. Sådana åtgärder kan vara att ta bort trösklar, att installera automatiska dörröppnare eller, då dessa åtgärder inte är tillräckliga, erbjuda hjälpmedel som elev eller student har behov av för att kunna delta i utbildningssituationen.

Förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av funktionshinderspolitiken

De statliga myndigheterna, högskolorna och universiteten omfattas av förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförande av funktionshinderspolitiken. Enligt förordningen ska lokaler, verksamhet och information vara tillgängligt för personer med funktionsnedsättning. Tillgängligheten kan gälla generella anpassningar eller, då det inte räcker, individuella anpassningar för den enskilde. Enskilda utbildningsanordnare med tillstånd att utfärda examina styrs inte av denna förordning.

Förordningen (2009:130) om yrkeshögskolan

Yrkeshögskolan regleras av förordningen om de statliga myndigheternas ansvar för genomförande av funktionshinderspolitiken men också av förordningen om yrkeshögskolan. Lokaler, verksamhet och information ska därmed vara tillgängligt för personer med

funktionsnedsättning. Utbildningsanordnaren ska också se till att de studerande som behöver särskilt pedagogiskt stöd i utbildningen får sådant stöd.

4.3 Produktsäkerhet m.m.

De flesta hjälpmedel som förskrivs i hälso- och sjukvården är klassade som medicintekniska produkter, innebärande en särskild reglering för både tillverkare och verksamheter. Om en hjälpmedelsanvändare köper sitt hjälpmedel på egen hand gäller i stället konsumentköplagen (1990:932). Vanliga konsumentskyddsregler är sämre från patientsäkerhetssynpunkt (se vidare i avsnitt 9.4.2).

Lagen (1993:584) om medicintekniska produkter

För tillverkare av medicintekniska produkter samt de verksamheter som specialanpassar produkter är lagen om medicintekniska produkter, förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter samt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2003:11) om medicintekniska produkter grundläggande. Lagstiftningen bygger på EU-direktiv och de krav och regler som återfinns i den svenska lagstiftningen är desamma som i andra EES-länder.

Med en medicinteknisk produkt avses i lagen en produkt som enligt tillverkarens uppgift ska användas, separat eller i kombination med annat, för att hos människor

1. påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom,
2. påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller en funktionsnedsättning,
3. undersöka, ändra eller ersätta anatomin eller en fysiologisk process, eller
4. kontrollera befruktning.

Lagen innehåller bland annat allmänna bestämmelser om hantering av medicintekniska produkter och krav på att en medicinteknisk produkt ska vara lämplig för sin användning.

Det finns inte något lagkrav på att hjälpmedel ska vara medicintekniska produkter, men de flesta hjälpmedel som förskrivs är klassade som medicintekniska produkter och CE-märkta enligt de medicintekniska direktiven. Nästan alla hjälpmedel som är avsedda för personer med funktionsnedsättning är lågriskprodukter och tillhör riskklass I i det medicintekniska regelverket.

För vårdskador (personskada) som uppstår i samband med användning av medicintekniska produkter kan man få ersättning enligt 6 § 2 patientskadelagen (1996:799).

Konsumentköplagen (1990:932) m.m.

För hjälpmedel som hjälpmedelsanvändaren köper själv eller skaffar via fritt val av hjälpmedel gäller bland annat konsumentköplagen. Lagen bygger på ett europeiskt direktiv och är tvingande till konsumentens fördel. Lagen innehåller bland annat bestämmelser om vad som gäller vid fel på produkten (hjälpmedlet). Här ska dock framhållas att konsumentprodukter till skillnad från medicintekniska produkter inte tagits fram för att användas som hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. För konsumentprodukter gäller produktsäkerhetslagen (2004:451). Varor och tjänster som tillhandahålls av näringsidkare ska vara säkra. En vara eller en tjänst är säker, om den vid normal eller rimligen förutsebar användning och livslängd inte för med sig någon risk för människors hälsa och säkerhet eller bara en låg risk.

En produkt måste ha anvisningar som behövs för dess installation, montering, användning, förvaring och skötsel. Om sådana anvisningar saknas anses produkten vara felaktig. Produkten är också felaktig om den är så bristfällig att dess användning medför påtaglig fara för liv eller hälsa. Om produkten är felaktig kan konsumenten bland annat kräva av säljaren att felet avhjälps, att få en ny produkt eller prisavdrag. Konsumenten har tre år på sig att reklamera köpet. Har den enskilde köpt en produkt via internet, postorder eller telefonförsäljning gäller i stället distans- och hemförsäljningslagen (2005:59). Till skillnad från vad som gäller enligt konsumentköplagen har konsumenten i dessa fall en uttrycklig ångerrätt inom viss tid.

Om hjälpmedlet behöver service eller reparation gäller konsumenttjänstlagen (1985:716). Hälso- och sjukvården har inget ansvar för reparation eller underhåll av produkter som enskilda köpt själv. Tvister med och skadeståndsanspråk mot tillverkare eller försäljare handläggs som tvistemål i allmän domstol.

4.4 Föreskrifter på hjälpmedelsområdet

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

De flesta hjälpmedel som förskrivs via hälso- och sjukvården är som tidigare nämnts klassade som medicintekniska produkter. Verksamheter inom hälso- och sjukvården som använder medicintekniska produkter är skyldiga att se till att endast säkra och medicinskt ändamålsenliga produkter används. I Socialstyrelsens föreskrifter tydliggörs vårdgivarens, verksamhetschefens och hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar när det gäller användningen av medicintekniska produkter.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård

Hälso- och sjukvårdsåtgärder kan om det är patientsäkert överlåtas till patienten att utföra själv eller med hjälp av någon annan. Detta kallas egenvård. I Socialstyrelsens föreskrifter tydliggörs vad som gäller vid sådana bedömningar och beslut. I samband med s.k. fritt val av hjälpmedel kan hjälpmedelsanvändare få eget ansvar för delar av förskrivningsprocessen. Hjälpmedelsanvändaren köper då ofta hjälpmedlet på egen hand, som konsument.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Hjälpmedelsförskrivning är hälso- och sjukvård oavsett om den sker inom kommun eller landsting. Hälso- och sjukvård ska bedrivas så

att den uppfyller kraven på god vård. Detta innebär bland annat den ska vara av god kvalitet samt systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Ledningen ska organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd tydliggörs alla vårdgivares ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet.

Läkemedelsverkets föreskrifter (LFVS 2003:11) om medicintekniska produkter

Föreskriften innehåller krav som ska uppfyllas för att en medicinteknisk produkt ska få CE-märkas och släppas ut på marknaden. Nästan alla hjälpmedel som är avsedda för personer med funktionsnedsättning är som tidigare nämnts lågriskprodukter och tillhör riskklass I i det medicintekniska regelverket. Det är lägre krav på provning av lågriskprodukter än för högriskprodukter, men alla medicintekniska produkter ska ha genomgått en riskanalys innan de får börja säljas eller marknadsföras. Syftet med riskanalysen är att identifiera och bedöma risker samt föreslå olika åtgärder så att en tillfredsställande säkerhet uppnås i samband med användning av medicintekniska produkter. Föreskriften innehåller också bestämmelser om specialanpassning av produkter.

DEL II
Särskilt granskade områden

5 Kartläggning av hjälpmedelsförsörjningen i Sverige

5.1 Inledning

Utredningen har i uppdrag att se över tillgången till hjälpmedel. I det ingår att kartlägga barns och ungas tillgång till hjälpmedel samt om det finns några skillnader i förskrivning av hjälpmedel mellan kvinnor och män respektive mellan flickor och pojkar.

Vi har även valt att belysa hur tillgången till hjälpmedel ser ut över landet. Detta gör vi mot bakgrund av att utredningen enligt direktiven ska lämna förslag med utgångspunkt i hur tillgången till funktionella hjälpmedel, tjänster och metoder kan bli mer likvärdig över landet.

Tillgången till hjälpmedel som är direkt kopplade till användares deltagande i arbetslivet åskådliggörs inte, eftersom arbetshjälpmedel inte ingår i utredningens uppdrag.

I kapitlet har utredningen i huvudsak sammanställt befintlig statistik och uppgifter, om vi inte anger annat i texten. Den statistik som återges gäller företrädesvis hjälpmedel förskrivna som en hälso- och sjukvårdsinsats. Uppgifterna speglar därmed till viss del vilka hjälpmedel som hälso- och sjukvården erbjuder. Regelrätt statistik om vad hjälpmedelsanvändare skaffar på egen hand finns inte att tillgå. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag nyligen gjort en nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning av hjälpmedel. Den ligger i stor utsträckning till grund för det som redovisas i kapitlet.

5.2 Det saknas statistik

Det behövs nationell statistik i fråga om antalet hjälpmedel och antalet hjälpmedelsanvändare om man ska kunna beskriva tillgången till hjälpmedel utifrån aspekter som geografiska skillnader, könsskillnader, skillnader mellan olika typer av funktionsnedsättningar och tillgången till hjälpmedel i skolan.

Hjälpmedelsinstitutet (HI) hade mellan 2008 och 2010 ett uppdrag från Sveriges kommuner och landsting (SKL) att ta fram statistik på hjälpmedelsområdet. Vilka datakällor som då fanns tillgängliga finns beskrivet i uppdragets slutrapport.[1] HI konstaterade att det saknades nationell, heltäckande statistik om hjälpmedel och hjälpmedelsverksamhet. Flera olika myndigheter och organisationer tog fram statistik, men statistiken var fragmentarisk och inte alltid återkommande. Dessutom hade de flesta undersökningar inte som huvudsakligt syfte att beskriva förhållanden kring hjälpmedel. Uppgifterna om hjälpmedel blev därför ofta översiktliga. Av de myndigheter och organisationer som producerade statistik 2010 är det flera som nu slutat samla in uppgifter om hjälpmedel.

Den återkommande nationella statistik som finns att tillgå är SCB:s årliga undersökning av befolkningens levnadsförhållanden (ULF) där ett antal frågor kring rörelse-, syn- och hörselhjälpmedel ingår. Hörselskadades riksförbund (HRF) publicerar också regelbundet statistik om hörselhjälpmedel.

Ett antal privata aktörer tar också fram statistik på hjälpmedelsområdet. Bland annat tar branschorganisationen Swedish Medtech kvartalsvis fram försäljningsstatistik för kategorierna hem och hygien, gånghjälpmedel, manuella rullstolar, elrullstolar, lyftar, dynor, madrasser, sängar med mera. Några av de större företagen har dock lämnat statistikinsamlingen av affärsmässiga skäl och därför kan inte statistiken i nuläget anses tillförlitlig. Konsultföretaget Helseplan AB driver ett antal nätverk för nyckeltalssamverkan (Nysam). I Nysamgruppen för hjälpmedelsverksamheten deltar tio landsting. I grupperna för hörselvård, habilitering och syncentraler deltar cirka hälften av landstingen. Rapporter med samlad statistik från dem som deltar i samarbetet publiceras årligen från 2011. Mycket arbete har fått läggas på att harmonisera ingångsvärdena för att få fram jämförbara

[1] Hjälpmedelsinstitutet (2010). SKL:s statistikuppdrag till Hjälpmedelsinstitutet – Slutrapport.

resultat, trots att majoriteten av deltagarna använder samma datasystem (Sesam) i sina verksamheter.

Det finns också ett antal nationella kvalitetsregister som innehåller uppgifter om hjälpmedel. Exempel på sådana är

- *Nationellt register primär hörselrehabilitering* – Hörselbron, som bl.a. mäter användarens nytta av hörselhjälpmedel
- *Rikshöft*, där uppgifter om gånghjälpmedel (käpp, krycka eller bock, två käppar, rollator, gångbord, rullstol) före och efter fraktur finns med
- *Senior alert* som syftar till att förbättra det förebyggande arbetet och registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att öka säkerheten för patienter och personer inom vård och omsorg
- *Habilitering av barn och ungdomar (HabQ)*, där en av indikatorerna innehåller bl.a. uppföljning av hjälpbehov och hjälpmedel.

5.3 Tillgången påverkas av många faktorer

Hjälpmedelsförskrivningen via hälso- och sjukvården styrs i hög grad av kommuners och landstings lokala regler och prioriteringar. Vilka hjälpmedel som finns att tillgå hos respektive sjukvårdshuvudman påverkas av lokala regler och prioriteringar i kombination med upphandlingskompetens. Tillgången till hjälpmedel påverkas också av om användare har möjlighet att köpa hjälpmedel på egen hand samt av hur, och om, personens behov av hjälpmedel uppmärksammas i primärvården, inom den kommunala vården och omsorgen, av anhöriga, i skolan etc.

Väntetider inom hälso- och sjukvården pekas ofta ut som ett problem och påverkar givetvis tillgången till vård. Enligt Handikappförbunden tycks det dock som att användare uppfattar väntetiderna i samband med hjälpmedelsförskrivning som skäliga.[2] Av användarna i åldersgruppen 0–17 år får 63 procent sina hjälpmedel levererade inom 7 dagar. Motsvarande siffra för användare i åldersgruppen 18–64 år är 65 procent och för användare som är 65 år eller

[2] Handikappförbunden (2010). Brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning.

äldre är siffran 73 procent.[3] En bidragande orsak till skillnaderna mellan olika åldersgrupper kan vara att äldre många gånger har behov av enklare hjälpmedel, som går snabbare att prova ut och förskriva.

5.4 Majoriteten av användarna är äldre

Majoriteten av hjälpmedelsanvändarna är äldre. Enligt Socialstyrelsen är en så stor andel som 70 procent[4] av hjälpmedelsanvändarna inom hjälpmedelscentralens verksamhetsområde 65 år eller äldre. Den uppgiften stämmer väl även för andelen rullstolsanvändare som är 65 år eller äldre[5]. Av dem som provar ut hörapparater är emellertid andelen äldre högre. Enligt nyckeltal från 2013 är drygt 75 procent av hörapparatanvändarna[6] över 65 år. Enligt HRF är siffran närmare 80 procent[7].

I ordinärt boende är det 20 procent av alla 70-åringar och något färre än varannan 76-åring som använder ADL-hjälpmedel för att kompensera för rörelsehinder (t.ex. rollator, badbräda eller duschpall).[8] Användningen ökar med åldern. Bland 85-åringar i ordinärt boende använder 75 procent ADL-hjälpmedel och bland 90-åringarna är det 90 procent. Det rör sig framför allt om hjälpmedel i samband med bad och förflyttning.[9,10]

Cirka 75 000 personer i gruppen 65 år och äldre använder någon typ av synhjälpmedel, som till exempel lupp/förstoringsglas, specialbelysning eller markeringskäpp.[11]

För att fördjupa bilden av hur hjälpmedelsförskrivning sker i relation till ålder har utredningen tittat närmare på tre förflytt-

[3] Socialstyrelsen (2015). Indikatorer inom hjälpmedelsområdet.
[4] Socialstyrelen (2016). Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2016.
[5] Hjälpmedelsinstitutet (2014). Äldrestatistik 2013/2014 – Sammanställning.
[6] Nysam (2014). Nyckeltal 2013. Rapport – hörselvård.
[7] Hörselskadades riksförbund (2014). Hörselskadade och hörselvård i siffror.
[8] Hjälpmedelsinstitutet (2000). Att leva och bo hemma: äldre personers erfarenhet av hjälpmedel.
[9] Dahlin Ivanoff. S & Sonn. U (2004). Assistive devices among 85-year-olds living at home focusing especially on the visually impaired.
[10] Dahlin Ivanoff, S & Sonn, U (2005) Changes in the use of assistive devices among 90-year-old persons.
[11] Hjälpmedelsinstitutet (2014). Äldrestatistik 2013/2014 – Sammanställning.

ningshjälpmedel[12]. Resultaten visar att en stor andel av hjälpmedelsanvändarna är äldre (i linje med det som rapporterats ovan). Hela 91,3 procent (161 784 st.) av de förflyttningshjälpmedel som förskrevs var till äldre över 65 år. Motsvarande för vuxna under 65 år och barn var 5,1 procent (9 125 st.) respektive 3,6 procent (6 380 st.).

Att majoriteten av hjälpmedelsanvändarna är äldre säger ingenting om huruvida äldres behov av hjälpmedel tillgodoses eller inte. Det finns uppgifter som tyder på ett ökat behov av hjälpmedel hos äldre. Exempelvis har endast 8 procent av respondenterna i kvalitetsregistret Senior alert angivit att hjälpmedel används för att förebygga fallskador[13]. Vidare är det 2,5 procent av de äldre med risk för undernäring som har en planerad förskrivning av hjälpmedel som bedöms bidra till ett ökat matintag.

5.5 Förutsättningarna för barn och unga att få hjälpmedel är goda

5.5.1 Hjälpmedelsförskrivning till barn

I Socialstyrelsens kartläggning av landstingens regelverk framkommer att flertalet landsting särskilt lyfter fram barnperspektivet och att barn med funktionsnedsättning ska ges samma möjlighet att leka och utvecklas som andra barn. Det saknas dock, precis som för vuxna, återkommande nationell statistik som beskriver barns och ungas tillgång till hjälpmedel. Socialstyrelsen har nyligen kartlagt barns tillgång till hjälpmedel i relation till behoven, med utgångspunkt i de olika lokala regelverkens tillämpning.[14] För att göra detta användes tre fallbeskrivningar omfattande totalt tio olika hjälpmedel. Av de hjälpmedel som undersöktes kunde hälften förskrivas i samtliga landsting. Fyra av hjälpmedlen kunde förskrivas i 80–95 procent av alla landsting. Ett hjälpmedel kunde förskrivas i 68 procent av landstingen. Resultaten visade därmed att tillämpningen av regel-

[12] Analysen är gjord med utgångspunkt i material Socialstyrelsen samlat in från 11 landsting under perioden 2015-11-27 till 2016-01-08 . Hjälpmedel förskrivna av både kommuner och landsting ingår.
[13] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.
[14] a. a.

verken möjliggjorde att barn och ungdomar fick de efterfrågade hjälpmedlen i de flesta landsting.

5.5.2 Tillgång till hjälpmedel i skolan

Brister i stödet till elever med funktionsnedsättning

Det finns ingen statistik som utvisar hur många elever som har en funktionsnedsättning. Enligt Skolverket går de flesta barn och elever med funktionsnedsättning i ordinarie för-, grund- och gymnasieskola, ibland i ordinarie klasser, ibland helt eller delvis i särskilda grupper. Cirka 40 procent av alla skolbarn får särskilt stöd någon gång under sin skoltid.[15]

I Myndighetens för delaktighet (MFD) samlade uppföljning av funktionshinderspolitiken[16] konstateras att skolorna brister i att ge elever med funktionsnedsättning det särskilda stöd de har rätt till. Vidare framkommer att många lärare inte har möjlighet att ge det stöd som behövs eftersom de saknar kompetens, stöd från speciallärare och lämpliga hjälpmedel.

En rapport från Myndigheten för skolutveckling visar att ungefär 17 procent av eleverna som ingick i deras undersökning år 2000 fick särskilt stöd i skolan, medan 21 procent bedömdes vara i behov av detta.[17]

Flera brukarorganisationer har framfört att många elever som behöver hjälpmedel inte uppmärksammas eller får fel sorts stöd i skolan. Elever som uppfattas som tysta, tillbakadragna och blyga är ofta i riskzonen för att få för lite stöd. Även barn som upplevs som bråkiga kan vara svåra att möta på ett bra sätt, vilket kan leda till att de får fel sorts stöd.[18]

Via frågor till sina medlemmar har flera av brukarorganisationerna kartlagt tillgång till hjälpmedel och annat stöd i skolan. Sammanfattningsvis framkommer i brukarorganisationernas kartläggningar (som redovisas nedan) att mellan 24 och 39 procent av elev-

[15] Skolverket (2015). Att planera för barn och elever med funktionsnedsättning – En sammanställning av forskning, utvärdering och inspektion 1994–2014.
[16] Myndigheten för delaktighet (2015). Samlad uppföljning av funktionshinderspolitiken – Hur är läget 2015?
[17] Myndigheten för skolutveckling (2005). Elever som behöver stöd men som får för lite.
[18] a. a.

erna med funktionsnedsättning saknar hjälpmedel i skolan. Störst andel tycks finnas på kognitionsområdet och minst på hörsel- och rörelseområdena. Utredningen har inte funnit några uppgifter om hur många barn med synskador som har tillgång till hjälpmedel i skolan.

Bilden bekräftas i en rapport från Barnombudsmannen[19] där intervjuer med barn och föräldrar visar att det tar lång tid att få stöd i skolan och att barnen själva och deras föräldrar fått kämpa mycket för att få hjälp. De barn och föräldrar som intervjuas beskriver att de saknar information om möjligheterna till stöd och barnen själva tycker inte att de får sina behov tillgodosedda.

Barn med hörselnedsättning

Enligt HRF[20] har ungefär två tredjedelar av landets hörselskadade och döva barn stora behov när det gäller habilitering och anpassningar i förskolan och skolan. Det är barn med hörapparat/cochleaimplantat (CI) samt döva barn. Det rör sig om totalt cirka 8 300 barn i åldersgruppen 0–20 år. Den största gruppen är barn med hörapparat, vilka är 4 587 barn.

På hörselområdet finns uppgifter om att ungefär en fjärdedel av eleverna med grav hörselnedsättning aldrig provat hörteknik i skolan.[21] Av dem som använder hörteknik fick drygt var tionde elev hörteknik för förskole- eller skolbruk samma år som hörselnedsättningen diagnostiserades. Resterande fick vänta längre än ett år.

Det tycks vara fler pojkar än flickor som är inskrivna på hörselhabiliteringen men pojkar och flickor har inte samma typ av hjälpmedel. För flickor är det lika vanligt att ha ett fast som ett portabelt hörhjälpmedel i förskola eller skola, medan det för pojkar är vanligare med fasta än portabla hjälpmedel.[22]

Svensk Teknisk Audiologisk Förening har via en enkätundersökning kartlagt hörselvårdens resurser till barn i förskola och skola.[23] Våren 2009 var det 4 262 barn som förskrivits hörapparat/CI medan

[19] Barnombudsmannen (2016). Respekt – Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd.
[20] Hörselskadades riksförbund (2014). Hörselskadade och hörselvård i siffror.
[21] Specialpedagogiska skolmyndigheten (2014). Hörteknik och dess användning i skolan – HODA.
[22] a. a.
[23] Svensk Teknisk Audiologisk Förening (2010). Tekniskt stöd till barn med hörselnedsättning – en enkätundersökning av hörselvårdens resurser till barn i förskola och skola.

2 401 barn hade fått hörseltekniska kommunikationshjälpmedel förskrivet primärt för användning i förskola eller skola. Det förefaller finnas skillnader över landet om hälso- och sjukvården förser skolorna med hörhjälpmedel eller inte. I en opublicerad undersökning av HRF konstateras att 14 av 21 landsting förser skolorna med hörhjälpmedel.

Barn med en kognitiv funktionsnedsättning

Specialpedagogiska skolmyndigheten redovisar att antalet rådgivningsärenden som rör neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ökar, bl.a. till följd av en ökad diagnostisering. De beskriver att det finns en överrepresentation när det gäller frågeställningar gällande pojkar.[24]

I Autism- och Aspergerförbundets senaste undersökning[25] framkommer att de tillfrågade pojkarna och flickorna har större behov av anpassade läromedel, hjälpmedel och utrustning än de har tillgång till. Av föräldrarna är det 65 procent som uppger att deras barn med diagnosen autism eller Aspergers syndrom behöver anpassade läromedel, hjälpmedel och utrustning. Av dessa barn är 68 procent pojkar och 64 procent flickor. Störst behov uppges för grundsärskolan (75 procent) och lägst behov i gymnasieskolan (50 procent). Det är 39 procent av föräldrarna som uppger att deras barn har tillgång till anpassade läromedel, hjälpmedel och utrustning. Andelen pojkar (42 procent) som har tillgång är större än andelen flickor (34 procent). Tillgången är störst i grundsärskolan, där 66 procent anger att de har tillgång till anpassade läromedel, hjälpmedel och utrustning. Tillgången är lägst i gymnasieskolan (23 procent).

Riksförbundet Attentions[26] enkät visar att 95 procent av föräldrarna anser att deras barn behöver extra anpassningar eller särskilt stöd i skolan. Av de svarande uppger 73 procent att barnet fått extra anpassningar eller särskilt stöd. De vanligaste insatserna är genomtänkt möblering och placering (49 procent), färre uppgifter (45 pro-

[24] Specialpedagogiska skolmyndigheten (2017). Årsredovisning 2016 – Specialpedagogiska skolmyndigheten.
[25] Autism- och Aspergerförbundet (2016). Medlemsundersökning om skolgången.
[26] Riksförbundet Attention (2016). Fortfarande svår skolgång för många elever med NPF – en undersökning om hur barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har det i skolan och hur det påverkar familjen.

cent) samt pedagogiska eller tekniska hjälpmedel (42 procent). Det går inte att utläsa från enkäten om det finns några skillnader i insatser mellan pojkar och flickor. En majoritet (72 procent) av de svarande uppger att insatserna fungerat mycket eller ganska bra. Detta är en förbättring jämfört med resultatet från en enkät från 2013.

Barn med rörelsehinder

För barn med rörelsehinder har Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar (RBU) skickat ut enkäter till sina medlemmar som berör hjälpmedel i skolan[27,28]. Resultaten visar att 2011 saknade 25 procent av eleverna tillgång till anpassade läromedel och andra lärverktyg utifrån sina behov. År 2015 var motsvarande siffra 24 procent. Resultaten från RBU visar också att föräldrar upplever att de måste kämpa hårt för att barnet ska få tillgång till hjälpmedel i skolan.

Resultat från ytterligare en enkät[29] till RBU:s medlemmar visar att drygt hälften av barnen använder samma typ av hjälpmedel i förskolan/skolan som i hemmet.

Barn med synskada

Utredningen har haft svårt att hitta statistik om hjälpmedel i utbildning till barn med synskada. I en rapport från 2008[30] framkom att det fanns drygt 2 800 barn med synskada, varav 560 barn var gravt synskadade. I en enkät som besvarades av föräldrar till nästan 60 procent i målgruppen framkom att en tredjedel av barnen gick i förskola eller skola där personalen fått fortbildning om synskador. Endast 5 procent av föräldrarna uppgav att de inte har behövt ta en aktiv roll. Föräldrarna har varit pådrivande för att deras barn ska få de anpassningar, hjälpmedel, läromedel och särskilt stöd som de har behov av i skolan.

[27] Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (2011). Skolad eller spolad.
[28] Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (2015) År efter år av väntan.
[29] Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (2013). Hjälpmedel – var god dröj!
[30] Handu (2008). Det blir mer stöd till barn och unga med synskador när kommun, landsting och stat samverkar!

5.6 Utmaningar att tillgodose behovet av hjälpmedel till nyanlända och asylsökande

Antalet asylsökande och nyanlända[31] med funktionsnedsättning som får olika typer av stödinsatser har enligt Socialstyrelsen ökat märkbart. För hjälpmedelsområdet uppger 58 procent av verksamheterna att deras förskrivning av hjälpmedel till nyanlända och asylsökande ökat 2015–2016. Många uppger att ökningen framför allt handlar om förskrivning till barn. En något lägre andel anger att de anpassat sin verksamhet för att möta behoven hos denna målgrupp. Vanligast är mer tolktjänster och utökad översättning av information. Av hjälpmedelsverksamheterna är det 55 procent som anger särskilda utmaningar när det gäller behoven av hjälpmedel hos nyanlända och asylsökande. Det handlar bl.a. om att det är svårt att identifiera akuta behov av hjälpmedel. Många har svårt att få till stånd en fungerande samverkan med t.ex. svenska för invandrare (SFI) och skola. Uppföljningen av hjälpmedelsförskrivning försvåras av att nyanlända och asylsökande många gånger flyttar och att en del har behov av hjälpmedel på grund av utebliven behandling i tidig ålder.[32]

5.7 Skillnader i tillgång till hjälpmedel över landet

Ett grundläggande mål för all hälso- och sjukvård är att alla ska få en god vård på lika villkor. Det betyder att medborgare i behov av habilitering, rehabilitering och hjälpmedel ska ha samma möjligheter att få vård och bli likvärdigt behandlade oavsett ålder, kön, bostadsort, utbildning och ekonomi.

[31] Med nyanländ avses person som är mottagen i en kommun och har beviljats uppehållstillstånd. En person är nyanländ i två år. Med asylsökande avses en person som uppgivit sig behöva skydd, dvs. asyl, och som har rätt att stanna i landet tills ansökan har prövats slutligt.
[32] Socialstyrelsen (2017). Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2017.

5.7.1 Vilka hjälpmedel som tillhandahålls styrs av lokala regelverk

Socialstyrelsen har nyligen kartlagt de regionala regelverken som styr hjälpmedelsförskrivning i syfte att beskriva hur regelverken är utformade. Av de 21 regelverken framkommer att tio är gemensamma för alla funktionshinderområden (rörelse, syn, hörsel, kommunikation, kognition samt vård och behandling). De övriga 11 regelverken är delvis gemensamma. I flera regelverk ingår dock inte ortopedteknik. Även syn- och hörselverksamheten har separata regelverk.

I de län där landsting och kommuner har gemensamt regelverk är intentionerna och viljan med hjälpmedelsverksamheten lika och ger förutsättningar till jämlik hjälpmedelsförskrivning inom länet.

Vid en jämförelse av regelverken mellan länen framkommer många likheter. Flertalet lyfter exempelvis barnperspektivet och att barn med funktionsnedsättning ska ges samma möjligheter att leka och utvecklas som andra barn. Även för dubbelförskrivning och förskrivning av sport- och fritidshjälpmedel finns likheter mellan huvudmännens regelverk. Grundprincipen är oftast att landstingen eller kommunerna *inte* ansvarar för sport- och fritidshjälpmedel samt att enbart ett hjälpmedel förskrivs om inte särskilda behov finns för att förskriva flera hjälpmedel. Konkret innebär detta att användare i behov av hjälpmedel på fritiden eller i behov av mer än ett hjälpmedel för samma behov (t.ex. en rollator för inomhusbruk och en för utomhusbruk) sällan får tillgång till dessa.

De stora olikheterna mellan regelverken som identifierats är att åldersgränsen för när unga betraktas som vuxna varierar mellan 17 och 24 år. Socialstyrelsens kartläggning visar även på skillnader kring om regelverket endast tillåter förskrivning av medicintekniska produkter, om det finns krav på förskrivarutbildning, om regelverken innehåller tydliga prioriteringar eller inte samt om det finns beslutsstöd för prioriteringar på individnivå eller inte.

Socialstyrelsens kartläggning visar att det i nästan alla landsting och kommuner finns möjlighet att få hjälpmedel förskrivna som inte ingår i upphandlade hjälpmedelssortiment. Vid möten med förskrivare och användare som utredningen haft har dock framkommit att tillämpningen av detta skiljer sig åt över landet. Inom vissa landsting och kommuner beskrivs processen att förskriva utanför upphandlat hjälpmedelssortiment som administrativt komplicerad vilket

innebär att det ibland förskrivs hjälpmedel från upphandlat sortiment trots att de inte möter hjälpmedelsanvändarens behov lika bra som en annan produkt, som dock inte finns med i upphandlat sortiment.

5.7.2 Skillnader gällande *vilka* hjälpmedel som förskrivs i olika delar av landet

Brukarorganisationerna har under lång tid påtalat att det finns skillnader över landet när det gäller vilka hjälpmedel som tillhandahålls av hälso- och sjukvården. Frågan har också uppmärksammats av SKL samt av olika statliga myndigheter.

Både HI och Socialstyrelsen har undersökt vilka konsekvenser olikheterna i hjälpmedelssortimenten får för enskilda hjälpmedelsanvändare.

HI gjorde 2012 en kartläggning[33] för att konkret undersöka vad olikheterna i hjälpmedelssortimentet kan få för konsekvenser för hjälpmedelsanvändare. I kartläggningen ingick två fallbeskrivningar och resultatet visade att drygt hälften av landstingen kunde förskriva de flesta av hjälpmedlen som personerna i fallbeskrivningarna hade behov av. I övriga landsting var det inte möjligt att förskriva något eller några av hjälpmedlen. Resultatet från en undersökning om kognitiva hjälpmedel[34] visar också att det 2012 fanns regionala skillnader i utbudet av kognitiva hjälpmedel.

I sin kartläggning från 2016 utgick Socialstyrelsen från fem fiktiva fallbeskrivningar för att beskriva tillgången till hjälpmedel och tillämpning av lokala regelverk över landet.[35]

För samtliga fallbeskrivningar efterfrågades totalt 19 hjälpmedel. Av de landsting som inkommit med svar kunde nio hjälpmedel förskrivas i samtliga landsting. Sju hjälpmedel kunde förskrivas i mellan 89 till 94 procent av landstingen. Resterande kunde förskrivas i 56 till 72 procent av landstingen.

[33] Hjälpmedelsinstitutet (2012). Hjälpmedel på lika villkor – Kartläggning av landstingens och regionernas tillhandahållande av hjälpmedel.
[34] Hjälpmedelsinstitutet (2012). Kognitiva hjälpmedel – Nationell uppföljning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar.
[35] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.

5.7.3 Skillnader i *antalet* hjälpmedel som förskrivs i olika delar av landet

Det skiljer mycket i antalet hjälpmedel som förskrivs i olika delar av landet. Utredningen har analyserat tillgången till tre förflyttningshjälpmedel[36] och resultaten visar att det finns skillnader i hur många hjälpmedel per 100 000 invånare som förskrivs i de 11 deltagande landstingen och kommunerna inom landstinget (tabell 5.1).

Örebro läns landsting är det landsting som förskriver flest förflyttningshjälpmedel per 100 000 invånare i samtliga ålderskategorier medan Dalarna är den region som förskriver minst antal förflyttningshjälpmedel per 100 000 invånare i alla ålderskategorier. Blekinge och Gävleborg förskriver i relation till de andra landstingen få förflyttningshjälpmedel för vuxna och äldre, samtidigt som de förskriver fler till barn.

Tabell 5.1 Rangordning av antalet förskrivna förflyttningshjälpmedel per 100 000 invånare mellan 11 landsting och kommuner inom landstinget

1 = få hjälpmedel, 11 = många hjälpmedel

	Barn 0–17 år	Vuxna 18–65 år	Äldre 65+ år
Blekinge	9	1	2
Dalarna	2	2	3
Jämtland	7	5	10
Jönköpings län	3	7	9
Södermanland	5	9	6
Västerbotten	6	8	7
Västernorrland	10	10	8
Västmanland	4	4	5
Örebro län	11	11	11
Gävleborg	8	3	1
Halland	1	6	4

[36] Materialet insamlat av Socialstyrelsen under perioden 2015-11-27 till 2016-01-08. I materialet ingår hjälpmedel förskrivna av både kommuner och landsting. Det var 13 hjälpmedelscentraler som deltog. Två hjälpmedelscentraler hade ingen eller bristfällig information om kommunernas förskrivning och exkluderades.

Det finns även andra studier som rapporterat regionala skillnader i antalet förskrivna hjälpmedel.

I en datainsamling kring förflyttningshjälpmedel och kognitionshjälpmedel[37] redovisas regionala skillnader för planeringshjälpmedel som kalendrar och almanackor samt hjälpmedel för sinnesstimulering, t.ex. tyngdtäcken. De landsting som rapporterade högst antal förskrivna kognitiva hjälpmedel uppgav 10 gånger fler hjälpmedel än de som rapporterat lägst antal. Inom förflyttningsområdet var skillnaderna inte lika stora. För manuella rullstolar var siffran 3 gånger högre, för gånghjälpmedel 5 och för eldrivna rullstolar 6.

Även på synområdet tycks regionala skillnader förekomma i antalet personer som fått insats från syncentraler.[38] Det finns en variation från 270 insatser per 100 000 invånare till 990 insatser per 100 000 invånare.

HRF tar regelbundet fram statistik om svensk hörselvård. I rapporten från 2014[39] framkommer att andelen hörapparatanvändare varierar mellan landstingen. De med störst förekomst är Blekinge, Stockholm och Dalarna, där andelen hörapparatanvändare är 41–42 procent av dem med hörselskada. I andra änden av skalan finns Jämtlands län och Gotland, där andelen uppgår till 20–21 procent.

5.8 Likvärdig tillgång till hjälpmedel mellan könen?

5.8.1 Det förekommer könsskillnader i tillgång till hjälpmedel

Flera studier visar att det förekommer skillnader mellan könen i tillgång till hjälpmedel. I Socialstyrelsens kartläggning[40] av hjälpmedelsförskrivning i relation till ålder och kön fann man att 61 procent av pojkar i åldern 0–17 år fått förskrivna hjälpmedel, medan motsvarande siffra för flickor var 39 procent. Att andelen pojkar var högre än andelen flickor gäller för alla landsting som besvarat kartläggningen.

[37] Hjälpmedelsinstitutet (2014). Förflyttnings- och kognitionshjälpmedel – metodbeskrivning, statistik.
[38] Hjälpmedelsinstitutet (2009). Statistik om hjälpmedel – En översikt av nationella undersökningar 2009.
[39] Hörselskadades riksförbund (2014). Hörselskadade och hörselvård i siffror.
[40] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.

I åldersgrupperna 18–64 år och 65 år och äldre är förhållandet det omvända. För dessa grupper är det större andel kvinnor som har tillgång till hjälpmedel än män. Detta mönster gäller för alla landsting med undantag för ett. Störst skillnad mellan könen i andel förskrivna hjälpmedel finns i åldersgruppen 65 år och äldre. I en jämförelse mellan olika hjälpmedelsområden fann man att antalet hjälpmedel som förskrevs till kvinnor respektive män skilde sig åt beroende på hjälpmedelsområde. För medicinsk behandling, personlig vård och skydd samt förflyttning var det en större andel kvinnor som fick hjälpmedel. Däremot fanns en relativt jämn fördelning mellan kvinnor och män i antalet förskrivna hjälpmedel för kommunikation och information.

Nedan redovisas tillgängliga uppgifter uppdelat per hjälpmedelsområde.

Hjälpmedel för förflyttning

Ungefär 150 000 personer i Sverige är rullstolsanvändare[41]. Av dessa är 60 procent kvinnor och 40 procent män. Könsfördelningen skiljer sig något åt beroende på ålder. Kvinnliga rullstolsanvändare är i majoritet särskilt i de högre åldrarna.

Även resultat från Statistiska centralbyrån (ULF/SILC)[42] visar att fler kvinnor än män över 65 år (andel 18,8 respektive 13,2) använder hjälpmedel för att förflytta sig.

När det gäller *eldrivna* rullstolar ser det lite annorlunda ut. En högre andel män har sådana i nästan alla åldersgrupper[43].

[41] Hjälpmedelsinstitutet (2014). Förflyttnings- och kognitionshjälpmedel – metodbeskrivning statistik.
[42] Statistiska centralbyrån (2016). Undersökningarna av levnadsförhållandena ULF/SILC, personer 18 år eller äldre.
[43] Hjälpmedelsinstitutet (2010). Statistik om hjälpmedel för förflyttning och kognition – Inköpskostnader och förskrivningar.

Ortopedtekniska hjälpmedel

Även inom området ortopedtekniska hjälpmedel finns redovisade könsskillnader. Då HI undersökte kostnader och antal levererade ortopedtekniska hjälpmedel[44] framkom att i de elva landsting som lämnat underlag hade 135 622 personer levererats ett nytt ortopedtekniskt hjälpmedel,[45] varav 56 procent kvinnor. Könsfördelningen var likartad i alla de aktuella landstingen.

Uppgifterna stämmer väl överens med statistik från Stockholms läns landsting.[46] Totalt förskrevs under perioden juni 2015 till maj 2016 81 751 hjälpmedel till 52 301 personer. Fördelningen av förskrivna hjälpmedel mellan kvinnor och män var även i detta urval 56 respektive 44 procent. Män fick marginellt fler hjälpmedel förskrivna per person (1,5 hjälpmedel per kvinna och 1,6 hjälpmedel per man) och män fick i genomsnitt hjälpmedel förskrivna för drygt 1 000 kronor mer än vad kvinnor fick (cirka 3 700 kronor per kvinna och cirka 4 800 kronor per man).

Kognitiva hjälpmedel

Samma mönster kan utläsas för kognitiva hjälpmedel. Resultaten från en enkät som HI genomfört visar att 48 procent av de undersökta hjälpmedlen förskrevs till kvinnor medan 42 procent förskrevs till män (för den resterande andelen har inte angivitis om de förskrevs till kvinnor eller män)[47].

Även för barn finns rapporterade skillnader mellan könen i antalet förskrivna kognitiva hjälpmedel. Av de undersökta kognitiva hjälpmedlen förskrevs 34 procent till flickor och 62 procent till pojkar (för 6 procent av hjälpmedlen har inte kön angivits).

Vidare visar en kartläggning från Centrum för Hjälpmedel i region Örebro län[48] att äldre får dyrare kognitiva hjälpmedel än yngre, äldre

[44] Hjälpmedelsinstitutet (2011). Kostnader och levererade hjälpmedel inom ortopedteknisk verksamhet 2009.
[45] Sex av landstingen redovisade könsuppdelning.
[46] Statistik av förskrivna ortopedtekniska hjälpmedel under perioden 1 juni 2015 till 31 maj 2016 (inkom hjälpmedelsutredningen 2016-07-04).
[47] Hjälpmedelsinstitutet (2012). Kognitiva hjälpmedel – Nationell uppföljning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar.
[48] Region Örebro län – Centrum för hjälpmedel (2015). Jämställda hjälpmedel – Kartläggning av hjälpmedel i relation till kön, bostadsort och ålder.

kvinnor får fler hjälpmedel än äldre män samt att pojkar får fler hjälpmedel än flickor inom alla inkluderade hjälpmedelsområden (ISO-kodsgrupper: kognition, alternativ och kompletterande kommunikation, talflytshjälpmedel, styrsätt och läs och skriv).

Synhjälpmedel

Enligt en kartläggning av antalet personer per 100 000 invånare som fått insats vid syncentral under 2006 är det fler kvinnor än män som fått sådan insats[49]. Detta gäller i alla landsting som lämnat uppgifter. I uppgifter från undersökningarna av levnadsförhållandena (ULF/SILC) från SCB[50] framkommer också att fler kvinnor än män som är 65 år eller äldre och använder synhjälpmedel (andel 6,5 respektive 3,6).

Hörselhjälpmedel

Hörselområdet är det hjälpmedelsområde där det redovisas minst könsskillnader. SCB:s årliga undersökning av levnadsförhållandena (ULF)[51] visar att andelen män över 16 år som använder hörapparat är 5,6 och andelen kvinnor över 16 år som använder hörapparat är 4,2. För dem över 65 år är det fler män än kvinnor som använder hörapparat (andel 12,2 respektive 20,3), men även andelen män över 65 år som har nedsatt hörsel är större än andelen kvinnor (andel 32,7 respektive 45,8).

HRF tar också regelbundet fram statistik om svensk hörselvård. I rapporten från 2014[52] finns ingen könsuppdelad statistik. Andra uppgifter från HRF som utredningen tagit del av tyder på en relativt jämn könsfördelning när det gäller hörapparater.

[49] Hjälpmedelsinstitutet (2009). Statistik om hjälpmedel – En översikt av nationella undersökningar 2009.
[50] Statistiska centralbyrån (2016). Undersökningarna av levnadsförhållanden ULF/SILC, personer 18 år eller äldre.
[51] a.a.
[52] Hörselskadades riksförbund (2014). Hörselskadade och hörselvård i siffror.

5.8.2 Det finns också skillnader i behov

Äldre kvinnor har tillgång till fler hjälpmedel än män – men har också större behov

Som framkommit ovan är det fler hjälpmedel som förskrivs till kvinnor än till män inom hjälpmedelsområdena förflyttning, ortopedteknik, kognition och syn. Detta kan åtminstone delvis förklaras av att kvinnor lever längre än män och därmed kan antas ha ett större hjälpmedelsbehov vid hög ålder. Att äldre kvinnor dessutom lever ensamma i högre utstäckning innebär att de inte kan få stöd från sammanboende anhörig, vilket också sannolikt ökar kvinnors behov av hjälpmedel.

SCB har på utredningens uppdrag analyserat uppgifter från undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) i olika grupper.[53] Resultaten visar att en större andel kvinnor (13,9) än män (9,7) som är 65 år eller äldre har stora svårigheter att gå i trappor. Det är också en större andel kvinnor än män som är 65 år eller äldre som har synsvårigheter eller är blinda (andel 14,5 respektive 7,4). Fler kvinnor än män drabbas av demenssjukdom, vilket inte bara beror på att kvinnor lever längre[54]. Orsakerna till att behöva ortopedtekniska hjälpmedel kan vara många. En orsak är artros vilket efter menopaus är vanligare hos kvinnor än hos män[55]. Mot bakgrund av ovanstående tycks kvinnor ha hälsoproblem som leder till större behov av förflyttningshjälpmedel, kognitiva hjälpmedel, ortopedtekniska hjälpmedel och synhjälpmedel än vad män har.

Ett område där endast marginella könsskillnader i tillgång till hjälpmedel rapporteras är hörsel, men enligt ULF/SILC[56] är det fler män än kvinnor som har nedsatt hörsel. Detta stämmer också överens med uppgifter från HRF om att hörselskador är vanligast bland män[57]. Det borde innebära att det finns män med behov av

[53] Statistiska centralbyrån (2016). Undersökningarna av levnadsförhållanden ULF/SILC, personer 18 år eller äldre.
[54] Socialstyrelsen (2013). Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014.
[55] Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, et al. (2013). Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints.
[56] Statistiska centralbyrån (2016). Undersökningarna av levnadsförhållandena ULF/SILC, personer 18 år eller äldre.
[57] Hörselskadades riksförbund (2014). Hörselskadade och hörselvård i siffror.

hörselhjälpmedel som av någon anledning inte använder eller har tillgång till det.

Pojkar har tillgång till fler kognitiva hjälpmedel än flickor – pojkars behov uppmärksammas i högre utsträckning

För barn och unga framkommer i ULF/SILC att en marginellt större andel pojkar än flickor har dyslexi och hörselnedsättning medan en marginellt större andel flickor har synnedsättning och rörelsenedsättning, men på det stora hela är könsskillnaderna inte så stora för dessa funktionsnedsättningar[58].

För barn och unga med ett förväntat behov av kognitiva hjälpmedel finns större könsskillnader. Uppgifterna från SCB visar att andelen pojkar som har neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som ADHD och autism är större än andelen flickor (7,3 respektive 2,5)[59]. Detta är också i linje med konstaterandet att fler pojkar än flickor diagnostiseras med neuropsykiatriska diagnoser. De stora könsskillnaderna i fråga om tillgång till kognitiva hjälpmedel kan därmed troligtvis förklaras av att fler pojkar diagnostiseras med neuropsykiatriska diagnoser.

Att fler pojkar än flickor diagnostiseras kan enligt rapporter från bl.a. MFD bero på att flickor oftare lyckas dölja sin funktionsnedsättning för omgivningen.[60,61] En annan orsak som Barnombudsmannen pekar på är att vissa diagnoser är formade utifrån en pojknorm.[62] Som ett konkret exempel nämns att när det gäller diagosen ADHD visar pojkar oftare ett mer vedertaget agerande med hyperaktivitet och impulsivitet som gör det lättare att se och diagnostisera dem. Flickor däremot kan oftare uppvisa ett mindre utagerande, impulsivt och hyperaktivt beteende, vilket kan göra det svårare att upptäcka deras behov av stöd.

[58] Statistiska centralbyrån (2016). Undersökningarna av levnadsförhållandena ULF/SILC, personer 18 år eller äldre.
[59] Statistiska centralbyrån (2016). Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC), barn mellan 7–18 år.
[60] Region Örebro län – Centrum för hjälpmedel (2015). Jämställda hjälpmedel – Kartläggning av hjälpmedel i relation till kön, bostadsort och ålder.
[61] Myndigheten för delaktighet (2016). En jämställdhetsanalys av levnadsvillkor och delaktighetsmöjligheter.
[62] Barnombudsmannen (2016). Respekt – Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd.

5.9 Analys och slutsatser

5.9.1 Förutsättningarna att få hjälpmedel via hälso- och sjukvården är goda

Tillgången till regelbundet insamlad statistik på nationell nivå, som skulle kunna göra det möjligt att göra tillförlitliga bedömningar i fråga om enskildas tillgång till hjälpmedel över landet, är begränsad. Ingen nationell analys av arbetssätt och utnyttjande av tillgängliga resurser sker heller i samma utsträckning som för övrig hälso- och sjukvård.

De undersökningar som ändå finns visar i huvudsak att förutsättningarna för att få tillgång till hjälpmedel är goda. Merparten av befolkningen har nära till hälso- och sjukvård där förskrivning av hjälpmedel sker. När hälso- och sjukvård överförts till kommunerna, kan förskrivning av hjälpmedel ofta ske närmare användarna. Det borde därför finnas goda möjligheter att uppmärksamma behoven av hjälpmedel hos äldre och personer med funktionsnedsättning i hemsjukvård, äldreomsorg och LSS-verksamheter. Sverige ligger långt fram på hjälpmedelsområdet i jämförelse med många andra länder, enligt WHO.[63]

Det finns några hjälpmedelsområden där förskrivningen ökat markant de senaste åren. Ett sådant är kognitionsområdet. Eftersom det är ett relativt nytt hjälpmedelsområde kan man med fog anta att ökningen åtminstone delvis kan förklaras av en ökad medvetenhet om att hjälpmedlen finns. Att allt fler människor har en kognitiv funktionsnedsättning, t.ex. till följd av demenssjukdom, bidrar troligtvis också till förskrivningsökningen. Hjälpmedel verkar icke desto mindre vara en underutnyttjad resurs. Många äldre borde kunna använda hjälpmedel i högre utsträckning än vad de gör i dag. Vad underutnyttjandet beror på går det endast att spekulera kring. En begränsad medvetenhet om möjligheterna med hjälpmedel samt att hjälpmedel inte alla gånger ses som en integrerad del av hälso- och sjukvård respektive omsorg påverkar troligtvis. Många hjälpmedel är möjliga att förskriva över hela landet om behov finns. Det finns dock vissa hjälpmedel där det är olika över landet om de är förskrivningsbara eller inte. Det är också skillnader över landet i fråga

[63] Intervju med Mr Chapal Khasnabis, WHO 2016-11-18.

om hur frekvent hjälpmedel förskrivs. Från ett brukarperspektiv kan olikheterna upplevas som orättvisa.

Det har också framkommit att äldre personer inte får hjälpmedelsbehov tillgodosedda om de anses bero på ”naturligt åldrande”. Att man generellt utesluter vissa typer av behov kan varken anses effektivt eller förenligt med en god vård enligt HSL.

5.9.2 Brister i tillhandahållandet av hjälpmedel i skolan

Underlaget tyder också på att många barn i behov av hjälpmedel i skolan saknar tillgång till dessa. Detta tycks vara vanligast för barn med en kognitiv funktionsnedsättning. Det finns inga uppgifter som visar vad bristerna i tillgång till hjälpmedel kan bero på. Det kan handla om okunskap om funktionsnedsättningar och hjälpmedel i skolan, men även oklara ansvarsgränser mellan sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän. Avsaknaden av hjälpmedel innebär en risk att barnen begränsas och hämmas i sin utveckling. För att elever ska kunna tillgodogöra sig hela sin utbildning är det viktigt att hjälpmedel finns på plats redan då utbildningen startar samt att man får tillgång till nya hjälpmedel om behoven förändras under utbildningens gång. Att lyckas i skolan har ett starkt samband med framtida möjligheter att etablera sig i arbets- och samhällslivet. Personer som saknar gymnasieutbildning är kraftigt överrepresenterade bland arbetslösa, försörjningsstödsberoende och dem med sjukersättning[64]. Erforderligt stöd, t.ex. i form av hjälpmedel, är därmed angeläget både på kort och lång sikt.

5.9.3 Olika uppfattningar om huruvida behoven tillgodoses eller inte

Den primära frågeställningen som utredningen har att ta ställning till är om det finns skillnader över landet i om *behoven* av hjälpmedel tillgodoses.

En viktig utgångspunkt för utredningens analys därvidlag är Socialstyrelsens nyligen genomförda kartläggning av tillgång till och

[64] Olofsson, J, Lundahl, L med flera (2012). Ungas övergångar mellan skola och arbete. Förutsättningar, strategier och åtgärder.

användning av hjälpmedel. Utifrån den kartläggningen av landstingens regelverk, intervjuer med brukare samt ett antal fallstudier där man undersökt möjligheten att förskriva de vanligaste hjälpmedlen, har Socialstyrelsen dragit slutsatsen att förutsättningarna för att få förskrivna hjälpmedel är goda och jämlika över landet.

Den dialog som utredningen har haft med brukarorganisationer, hjälpmedelscentraler, företrädare för yrkesorganisationer etc. ger delvis en annan bild av hur behov tillgodoses och av olikheterna över landet. Många menar att utbudet av hjälpmedel är alltför begränsat på sina håll. Sjukvårdshuvudmännen har olika regler om vilka produkter som kan tillhandahållas som hjälpmedel och vad användare blir hänvisad till att köpa på egen hand. Några sjukvårdshuvudmän begränsar sig genom att endast tillhandahålla medicintekniska produkter som hjälpmedel. Möjligheten att få hjälp med anpassning av produkter som man köper själv kan också variera. De lokala reglerna hindrar ofta dubbelförskrivning, t.ex. förskrivning av en rollator för inomhusbruk och en för utomhusbruk. De lokala regelverken begränsar således i viss mån möjligheten för användare att får sina behov tillgodosedda.

Sammantaget kan konstateras att de likheter och olikheter som förekommer över landet kring vilka hjälpmedel som tillhandahålls av hälso- och sjukvården är svåra att värdera i termer vad som är acceptabelt och vad som är så stora skillnader att de uppfattas som ojämlika. Det är också vanskligt att bryta ut olika typer av hjälpmedel och jämföra dem med varandra utan att se till helheten runt omkring. Behoven av hjälpmedel kan skilja sig åt beroende på vilka andra stödinsatser som erbjuds. Att olika hjälpmedel förskrivs över landet behöver därför inte vara ett problem, så länge de olikheter kring vilka behov som tillgodoses kan anses acceptabla. Det kan dock ifrågasättas om tillgången till viktiga hjälpmedel, av stor betydelse för individens delaktighet, ska vara beroende av var man bor. Hjälpmedel är en central insats för livskvaliteten för många människor. Det kan därför inte anses rimligt att en del användare får uppenbart sämre service än andra, t.ex. vad gäller möjligheten att få ny teknik som kompensatoriskt stöd förskriven.

De skillnader som finns över landet i fråga om vilka hjälpmedel som tillhandahålls av hälso- och sjukvården är såvitt utredningen kan bedöma resultat av olika skeenden och styrmekanismer. I viss utsträckning ligger politiska prioriteringar bakom besluten. Det

förekommer också att man på klinik- eller verksamhetsnivå funnit skäl att ta bort eller lägga till en viss produkt eller tjänst. Det går inte alltid att se vilka motiv som varit avgörande när huvudmannen valt att ta bort eller lägga till en produkt eller tjänst.

5.9.4 Skillnader mellan könen gällande förskrivna hjälpmedel

Som framkommit ovan finns också skillnader i tillgång till hjälpmedel, vilka tycks bero på hjälpmedelsanvändarens kön. Det förskrivs fler hjälpmedel till pojkar än till flickor och äldre kvinnor förskrivs fler hjälpmedel än äldre män. Det finns också skillnader i *vilka* hjälpmedel som förskrivs till män och kvinnor.

Könsskillnader i fråga om stödinsatser vid funktionsnedsättning tycks inte vara unikt för hjälpmedelsområdet. Exempelvis finns uppgifter att andelen män som får LSS-insatser är högre än andelen kvinnor. Skillnaden mellan könen är störst för barn och unga. Socialstyrelsen har analyserat orsakerna bakom skillnaderna och konstaterar att de delvis kan förklaras av att fler män än kvinnor diagnostiseras med sådana diagnoser och funktionsnedsättningar som är vanliga bland personer med insatser enligt LSS.[65] Troligtvis kan även de könsskillnader som förekommer inom hjälpmedelsområdet också delvis förklaras av att det finns skillnader i användarnas behov eller preferenser. Om så är fallet kan skillnaderna således anses sakligt betingade. Utredningens bild är att ytterligare en orsak till skillnaderna är att pojkars behov uppmärksammas i större utsträckning än flickors. Detta avspeglas i att det inte bara finns skillnader i tillgång till hjälpmedel utan också – på vissa områden – i fråga om diagnostisering och habilitering.

För äldre kan könsskillnaderna åtminstone delvis förklaras av att äldre kvinnor tycks ha större behov av hjälpmedel än äldre män.

Mäns och kvinnors behov av insatser påverkas av flera faktorer i samhället. Det kan vara så att traditionella könsmönster och förutfattade meningar påverkar *vilket* hjälpmedel som tillhandahålls, snarare än bedömningen av behovet som sådant. Enligt forskning om genus- och normteorier påverkar normer och generaliseringar

[65] Socialstyrelsen (2016). Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2016.

hur vi tänker och resonerar på så vis att genus ständigt finns närvarande och inverkar på vårt sätt att tolka tillvaron. Att det är vanligare att hushållsnära hjälpmedel förskrivs till kvinnor och att fler män än kvinnor tycks ha tillgång till eldrivna rullstolar skulle kunna vara exempel på hur genus och normer påverkar förskrivningen av hjälpmedel. Att män är mer intresserade av tekniskt avancerade produkter och kvinnor mer intresserade av hemmet är en mycket stark kategorisering som ofta görs omedvetet. Personal som förskriver hjälpmedel har en viktig uppgift i att uppmärksamma och medvetandegöra sina oönskade och omedvetna beteenden. I fokusintervjuer som Handikappförbunden[66] genomfört framkommer att förskrivarna inte reflekterat speciellt mycket över betydelsen av genus i hjälpmedelssammanhang. Många tycker det är svårt att se något samband mellan genus och hjälpmedelsbehov. Om genus- och normstrukturer inte uppmärksammas, kan de leda till sakligt ogrundade skillnader i förskrivningen av hjälpmedel.

5.9.5 Förskrivning av hjälpmedel till asylsökande och nyanlända

Andelen asylsökande och nyanlända som förskrivs hjälpmedel ökar, men det finns inget i den kartläggning som Socialstyrelsen gjort som visar att behoven inte tillgodoses. Många av de utmaningar som verksamheterna redogör för överensstämmer med utmaningarna som resten av hälso- och sjukvården möter, till exempel ökat behov av tolk och översättning av information. Det finns dock några skillnader mellan verksamheter inom hjälpmedelsområdet och övriga hälso- och sjukvården. Behoven som asylsökande och nyanlända uppvisar skiljer sig många gånger från de som andra hjälpmedelsanvändare uppvisar. Det handlar till exempel om behov av hjälpmedel på grund av utebliven behandling i tidig ålder och obehandlade funktionsnedsättningar.

Eftersom antalet asylsökande generellt har minskat, jämfört med år 2015, så kommer troligen behoven hos denna grupp också att minska. Behoven hos nyanlända är emellertid av mer långsiktig karak-

[66] Handikappförbunden (2010). Hjälpmedel – regelverk – livskvalitet – kön. En fokusgruppstudie med förskrivare och brukare utifrån ett genusperspektiv.

tär, och det är utredningens bedömning att dessa behov behöver uppmärksammas i högre utsträckning.

5.9.6 Utredningens sammanfattande slutsatser

- Utredningens uppfattning är att tillgången till hjälpmedel överlag är god i Sverige. Många människor har nära till hälso- och sjukvård, där merparten av hjälpmedelsförskrivningen sker, vilket ger förutsättningar för en god hjälpmedelsförsörjning. Det finns även en privat marknad där användaren kan köpa hjälpmedel på egen hand.
- För ett antal hjälpmedel förekommer olikheter över Sverige i fråga om de är förskrivningsbara eller inte. Att olikheter uppstår är inte konstigt eftersom kommuner och landsting inom uppsatta ramar har möjlighet att själva besluta om hur de vill bedriva sin verksamhet. Bristen på definitioner, statistik, beslutsstöd och statlig tillsyn har sannolikt bidragit till de olikheter i tillgång till hjälpmedel som utvecklats. Olikheterna kan ur ett brukarperspektiv upplevas som orättvisa.
- De olikheter som identifierats mellan könen i de hjälpmedel som förskrivs tros ha sitt ursprung i att det finns olikheter i behov och ibland i omgivningens förmåga att uppmärksamma behov. Det är dock omöjligt att säkerställa om det är hela förklaringen till skillnaderna. De genusstrukturer som finns i samhället i stort medför en risk för förutfattade meningar hos förskrivare, vård och omsorgspersonal etc. i fråga om vad en person vill och kan utföra på egen hand. Detta är inte unikt för hjälpmedelsområdet. Utredningen bedömer att ett ökat synliggörande av könsskillnaderna på hjälpmedelsområdet på sikt kan leda till ett utjämnande av omotiverade skillnader.
- Hjälpmedel är en underutnyttjad resurs. Det finns en potential i att äldre i högre utsträckning än idag använder hjälpmedel för att förhindra fallskador, minska behovet andra stödinsatser, ge förutsättningar för ett aktivt liv och göra det möjligt att bo kvar hemma längre upp i åldrarna. För det ökande antalet personer med demenssjukdom kan en ökad användning av kognitiva hjälp-

medel medverka till ökad delaktighet samtidigt som behovet av stöd från anhöriga och personal minskar.

- Många barn med funktionsnedsättning saknar tillgång till hjälpmedel i skolan. En högre tillgång till hjälpmedel i skolan skulle ge bättre förutsättningar för elever med funktionsnedsättning att lyckas på både kort och lång sikt och bör därför ses som en samhällsekonomisk investering.

6 Avgifter för hjälpmedel

6.1 Inledning

Enligt direktiven ska utredningen bl.a. kartlägga och analysera kommunernas och landstingens avgiftssystem med syfte att beskriva olika typer av avgifter, variationen i nivåer samt konsekvenser av denna variation. I avsnitt 6.2 lämnas en redogörelse för resultaten av den kartläggning som gjorts av avgifter på hjälpmedelsområdet. I avsnitt 6.3 diskuteras grunderna för avgiftssättningen. I avsnitt 6.4 belyses den ekonomiska situationen för olika grupper av hjälpmedelsanvändare. Det avslutande avsnittet 6.5 innehåller en analys av kartläggningens resultat samt utredningens slutsatser. Överväganden och förslag om avgifter lämnas i kapitel 14.

6.2 Kartläggning av avgifterna för hjälpmedel

Nedan redovisas resultatet av Socialstyrelsens kartläggning av avgifter för hjälpmedel i landsting och kommuner. Landstingens avgifter har kartlags genom fallbeskrivningar, information på deras egna webbsidor och på 1177 Vårdguiden. Kommunernas avgifter har kartlagts med en enkätundersökning.

Sammanfattningsvis visar kartläggningen att avgifter för hjälpmedel förekommer i alla landsting och i drygt hälften av kommunerna. På en övergripande nivå kan man kategorisera avgifterna som *besöksavgifter* i samband med bedömning, förskrivning, utprovning och uppföljning av hjälpmedel, *hjälpmedelsavgifter* som är kopplade till ett specifikt hjälpmedel och *serviceavgifter* som avser reparationer m.m. Det finns dock ingen enhetlighet i fråga om avgiftens storlek eller hur de tas ut.

Området är svåröverskådligt, men fallstudierna visar att enskilda hjälpmedelsanvändare i landstingen kan få betala avgifter som varie-

rar mellan 100 kronor och 1 700 kronor vid första besöket och första året.[1] Avgifter för hjälpmedel till barn förekommer i mindre omfattning, men åldersgränsen för när man räknas som vuxen varierar.

Det finns övergripande regelverk för hjälpmedelsförskrivning i samtliga län utom fyra. Drygt hälften av de kommuner som anger att de tar ut hjälpmedelsavgifter har samma avgifter som ”sitt” landsting. Dessa 41 kommuner är fördelade på åtta landsting. De landsting där flest kommuner angett sig ha samma hjälpmedelsavgifter är Norrbottens läns landsting och Dalarnas läns landsting, där 84,6 respektive 73,3 procent av länets alla kommuner angett att de har samma hjälpmedelavgifter. En stor andel av kommunerna i Södermanlands läns landsting (44,4 procent), Västerbottens läns landsting (40 procent) och Blekinge läns landsting (40 procent) har också angett att de har samma hjälpmedelsavgifter som landstinget. Av de kommuner som svarat att de inte har samma avgifter som landstinget, har några angett att det beror på att kommuner och landsting är ansvariga för olika hjälpmedel, vilket regleras i lokala avtal.[2]

6.2.1 Avgifter i samband med hjälpmedelsförskrivning i kommunerna

Drygt hälften av kommunerna tar ut besöksavgifter

Med *besöks- eller hembesöksavgift* avses en avgift som tas ut vid hembesök eller besök hos hälso- och sjukvårdspersonal i samband med behovsbedömning eller hjälpmedelsförskrivning. Enligt Socialstyrelsens kartläggning tas denna typ av avgift ut av 143 kommuner, dvs. 52 procent av kommunerna. Av dem som tar ut denna typ av avgift är det 87 procent som tar ut en avgift för besök kopplade till bedömning av hjälpmedelsbehov, 68 procent tar ut en avgift för besök kopplade till träning med hjälpmedlet och 67 procent tar ut en avgift för besök kopplade till uppföljning av hjälpmedlet.

[1] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.
[2] Baseras på statistik från Socialstyrelsen (inkom utredningen 2016-10-14). Utredningen har bearbetat inkomna uppgifter vidare.

Av de 120 kommuner som tar ut avgift i samband med besök för bedömning av hjälpmedelsbehov varierar avgiften från 0 kronor till 400 kronor (median 140 kronor). För de 92 kommuner som tar ut en avgift för träning med hjälpmedlet tar man som högst ut 400 kronor (median 150 kronor). För de 65 kommuner som tar ut avgift för uppföljning av hjälpmedlet är den maximala avgiften 307 kronor (median 125 kronor). Det saknas uppgifter om antalet besök en användare normalt gör i samband med att hjälpmedel förskrivs och därför finns ingen uppgift om den totala avgiftskostnaden för användare i samband med olika besök då hjälpmedel förskrivs.

Få kommuner tar ut hjälpmedelsavgifter

En *hjälpmedelsavgift* är en avgift kopplad till det hjälpmedel som förskrivs. Avgiften kan vara kopplad till en viss typ av hjälpmedel eller gälla generellt för alla hjälpmedel som förskrivs av kommunen. Avgiften kan tas ut vid ett tillfälle, per månad, halvårsvis eller årsvis. Socialstyrelsens kartläggning visar att denna avgift tas ut av 81 kommuner, dvs. 30 procent av kommunerna.

I de kommuner som angett att de tar ut en avgift för förskrivna hjälpmedel är avgiften konstruerad på olika sätt. Det är 60 procent av kommunerna som tar ut en fast avgift för vissa hjälpmedel (t.ex. rullstolar) och 40 procent av kommunerna som tar ut en fast engångsavgift per förskrivet hjälpmedel oavsett typ. Det är 3 procent som inte har en fast avgift utan i stället rörliga avgifter, ofta motsvarande en andel av inköpskostnaden för hjälpmedlet.

Socialstyrelsen har jämfört avgiftsstorlek för rollator, manuell rullstol och eldriven rullstol. Det är 23 av kommunerna som har en fast engångsavgift för rollator. Avgiften varierar mellan 100 och 304 kronor (median 300 kronor). Det är sex kommuner som tar ut en fast engångsavgift för manuell rullstol. Avgiften varierar mellan 142 kronor och 416 kronor (median 250 kronor). De som inte har en fast engångsavgift tar ut månatliga avgifter, halvårsavgifter eller årsavgifter. I sju kommuner finns en månadsavgift för eldriven rullstol som varierar mellan 67 kronor och 205 kronor (median 110 kronor). I 19 kommuner används en årsavgift för eldriven rullstol, som varierar mellan 500 kronor och 1 200 kronor (median 500 kronor).

Serviceavgifter och andra avgifter som kan förekomma

Serviceavgift tas ut för t.ex. reparation, hemleverans eller hämtning av hjälpmedel. Någon form av serviceavgift tas ut i 37 kommuner, dvs. i 14 procent av kommunerna. Kartläggningen visar emellertid att det förekommer en rad andra avgifter, t.ex. avgifter för hyra av hjälpmedel vid tillfällig vistelse på annan ort, avgifter för flytt av hjälpmedel till ny bostad samt avgifter för borttappade hjälpmedel.

6.2.2 Avgifter vid hjälpmedelsförskrivning i landstingen

Synskadades riksförbund (SRF) och Hörselskadades riksförbund har gjort kartläggningar av avgifterna för syn- och hörselhjälpmedel. Tillsammans med Socialstyrelsens kartläggning[3] täcker studierna i princip alla hjälpmedelsområden som landstingen ansvarar för. Nedan redovisas resultaten från kartläggningarna.

Samtliga landsting tar ut besöksavgifter, men inte för barn

Samtliga landsting tar ut besöksavgift inom något område. Besöksavgift tas ut vid besök hos hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. hos läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjuksköterska. Sådana besöksavgifter omfattas enligt Socialstyrelsen[4] oftast av landstingens högkostnadsskydd för hälso- och sjukvård. Det ser dock olika ut om landstingen tar ut någon besöksavgift vid förskrivningen av hjälpmedel och om avgiften tas ut vid ett tillfälle, per förskrivet hjälpmedel eller per besök i förskrivningsprocessen.

I kartläggningen har sex län angett att de tar en enhetlig besöksavgift på 100 till 200 kronor (Dalarna, Halland, Västernorrland, Västerbotten, Gävleborg och Norrbotten). Jämtlands län har inga besöksavgifter. Jönköpings län tar ut besöksavgifter endast för ortopedtekniska hjälpmedel och Västmanland enbart för hörselhjälpmedel. Besöksavgifterna som tas ut varierar vanligtvis mellan 50 och 300 kronor, men besöksavgifter på upp till 800 kronor förekommer. Besöksavgifter för barn tas inte ut av något landsting.

[3] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.
[4] a.a.

Besöksavgifterna kan variera beroende på om besöket sker i hemmet. Västra Götaland tar t.ex. ut en ordinarie besöksavgift på 50 kronor och en avgift för hembesök på 80 kronor.

Värmlands län har ett unikt system för avgifter inom hjälpmedelsområdet, enligt Socialstyrelsen. Det är enhetligt för hjälpmedel inom hjälpmedelscentrals-, syncentrals- och hörcentralsområdena, liksom på det ortopedtekniska området, och innebär en besöksavgift på 200 kronor plus 20 procent i avgift på inköpskostnaden för hjälpmedel och dessutom en årlig serviceavgift för vissa hjälpmedel, t.ex. elrullstolar. Samtliga avgifter ingår i ett högkostnadsskydd som är 2 200 kronor för 12 månader.

Socialstyrelsens kartläggning visar vidare att det finns vissa oklarheter, t.ex. om hjälpmedelscentralerna tar ut en besöksavgift eller om det är förskrivaren (t.ex. arbetsterapeuter eller fysioterapeuter) som tar ut avgiften. När det gäller syn-, hörsel- och ortopedtekniska hjälpmedel förskrivs de inom den egna verksamheten, varför inga oklarheter uppstår kring dessa avgifter. Besöksavgifter inom det ortopedtekniska området förekommer oftare och är generellt sett högre än på övriga områden.

SRF har funnit variationer i avgifter kring erhållandet av vit käpp och käppträning[5]. Enligt en enkätundersökning till samtliga syncentraler tar 14 landsting ut avgift för besök i samband med träning. Avgifterna för käppträning varierar från kostnadsfritt till 200 kronor per besök. Hur många besök en användare kan behöva för käppträning varierar.

Hjälpmedelsavgifter förekommer i alla landsting

Hjälpmedelsavgifter förekommer i alla landsting. Avgiften kan vara kopplad till en viss typ av hjälpmedel eller gälla generellt för alla hjälpmedel som förskrivs i landstinget eller regionen. Avgiften kan tas ut en gång, per månad, halvårsvis eller årsvis.

I landstingen är det vanligt med hjälpmedelsavgifter för nya hjälpmedelstyper, som kognitiva hjälpmedel, samt för ortopedtekniska hjälpmedel och hörselhjälpmedel. Enligt SRF:s undersökning tar endast fyra landsting ut hjälpmedelsavgift för den vita käppen,

[5] Synskadades riksförbund (2013). Enkät om avgifter för vita käppen och käppträning.

medan 17 inte gör det. Avgifterna för den vita käppen varierar mellan 0 kronor och 300 kronor.

För den fallbeskrivning i Socialstyrelsens undersökning där minst antal landsting tar ut hjälpmedelsavgift är det cirka 13 procent som tar ut avgift. För den fallbeskrivning där flest landsting tar ut hjälpmedelsavgift är motsvarande uppgift 89 procent. Utifrån fallbeskrivningarna tycks engångsavgift vara vanligast. Engångsavgifterna i fallbeskrivningarna varierar från 80 till 900 kronor. Månadsavgifter är inte lika vanligt, men kan variera mellan 100 och 150 kronor per månad, vilket ger en årsavgift på upp till 1 800 kronor. Årliga avgifter är vanligast för elrullstol. Det är sex landsting (Sörmland, Blekinge, Värmland, Västerbotten, Kronoberg och Skåne) som har en sådan avgift och den uppgår till 500–600 kronor.

Hjälpmedelsavgifter för barn är ovanliga. Samtidigt är det på detta område som skillnaderna är störst. Den största variationen i undersökningen gäller egenkostnaden för en trehjulig cykel, där landstingen har redovisat olika sätt att beräkna engångsavgiften. Kostnaden för en hjälpmedelsanvändare som får en trehjulig cykel förskriven kan variera mellan 500 kronor till cirka 4 000 kronor beroende på i vilket landsting man bor. För den som inte kan få en trehjulig cykel förskriven (i 4 av 20 län) uppskattas kostnaden till mellan 10 000 och 15 000 kronor.

Serviceavgifter förekommer

Avgifter för *service* förekommer, men det vanliga är att användaren själv svarar för kostnaderna för så kallade förbrukningsartiklar till hjälpmedel, t.ex. däck och slangar till rullstolar eller batterier till hörapparater. Generellt förekommer också få serviceavgifter för hjälpmedel till barn och ungdomar. Tre landsting uppger att de tar ut en serviceavgift för något eller några av hjälpmedlen rollator, surfplatta med applikationsprogram och trehjulig cykel, där den högsta avgiften uppgår till 200 kronor.

6.2.3 Högkostnadsskydd och avgiftstak för hjälpmedel i kommuner och landsting

Landsting och kommuner har olika system för högkostnadsskydd och avgiftstak för hjälpmedel. I landstingen finns ett högkostnadsskydd för hälso- och sjukvården som för 2016 uppgår till 1 100 kronor per 12 månader. Högkostnadsskyddet omfattar besök i öppenvården och där ingår de flesta besöksavgifterna. Det är dock inte klarlagt om samtliga besöksavgifter som tas ut i samband med hjälpmedelsförskrivning omfattas av högkostnadsskyddet.

I SRF:s undersökning ingår käppträningen i högkostnadsskyddet för öppen sjukvård i sex av de 14 landsting som tar ut avgift för käppträning. Ett landsting har ett separat kostnadstak för käppträningen.

Alla landsting tar ut någon form av hjälpmedelsavgift för t.ex. eldriven rullstol, hörapparat och ortopediska skor. Avgifter för själva hjälpmedlet omfattas i regel inte av högkostnadsskyddet för den öppna hälso- och sjukvården. I fyra landsting finns det högkostnadsskydd kopplade till hjälpmedelsavgifter. I Stockholm är högkostnadsskyddet 2 000 kronor per år, i Uppsala 1 100 kronor per år och i Värmland 2 200 kronor per år. I Halland finns ett system där månadshyran på 100 kronor för TENS-apparat ingår i hälso- och sjukvårdens ordinarie högkostnadsskydd. I Värmland ingår serviceavgifter på 600 kronor per år i högkostnadsskyddet. Övriga landsting som tillämpar ett separat högkostnadsskydd för hjälpmedel tar inte ut avgift i samband med service av hjälpmedel.

Av de 52 procent av kommunerna som tar ut avgifter för hjälpmedel uppger 86 procent att de har ett avgifts- eller högkostnadstak för besöks- eller hembesöksavgifter. När avgiftstak förekommer, varierar det från 100 kronor upp till 1 790 kronor och medelvärdet är 1 095 kronor (median 1 150 kronor).

Av de kommuner som kommenterat avgiftstaket eller högkostnadsskyddet hänvisar flera till maxtaxan för äldreomsorgen. Det finns också exempel på att besöksavgifterna ingår i avgiften för hemsjukvård. Staten beslutar om avgiftstaken, som för närvarande är 1 780 kronor i månaden.

6.3 Principer för avgiftssättning

Av kartläggningen framkommer ingen uttalad systematik när det gäller på vilket sätt avgifterna tillkommer eller sätts. Utredningens intryck är att avgifterna ibland kan sägas vara ett uttryck för en politisk prioritering, men inte alltid. Vissa avgifter som tas ut är tänkta att motsvara ”normalkostnaden” för en produkt. Det gäller t.ex. ortopediska skor och cyklar. Avgift kan också debiteras återkommande för att uppmuntra användarna att lämna tillbaka hjälpmedel de inte längre behöver. Avgiften tjänar dessutom som ”påminnelse” om att landstinget fortfarande äger produkten. När vissa hjälpmedel ökar i förskrivning förekommer att avgifter används för att dämpa efterfrågan, vilket framstår som ett tveksamt motiv när det gäller hjälpmedel som en förskrivare bedömt att personen har ett medicinskt behov av. Avgifter kan också motiveras med att de ökar möjligheten att införa nya hjälpmedel. Inom kognitionsområdet, som är ett ”nytt” hjälpmedelsområde, är följaktligen avgifter vanliga.

Finansieringssyftet är mindre framträdande. Enligt Vårdavgiftsutredningen[6] spelar avgifterna inom hälso- och sjukvården en relativt liten roll som finansieringskälla i dag (och även historiskt sett). Egenavgifterna motsvarar i genomsnitt 16–17 procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader, men det finns variationer mellan olika vårdområden. Som exempel kan nämnas att andelen för tandvård är 60 procent, för läkemedel 22–23 procent och för öppenvård 13–14 procent. Dessa siffror har varit konstanta under de senaste decennierna. Enligt SCB:s räkenskapssammandrag om landstingens kostnader och intäkter för funktionshinder- och hjälpmedelsverksamhet 2015 var bruttokostnaderna 9 570 miljoner kronor och intäkterna i form av patientavgifter 96 miljoner kronor. Patientavgifterna motsvarade därmed cirka 1 procent. Det finns inga uppgifter om hur stor andel egenavgifterna motsvarar av den totala kostnaden för både kommuner och landsting på hjälpmedelsområdet.

Av ovanstående uppgifter kan slutsatsen dras att avgifter inte primärt är en finansieringskälla för hälso- och sjukvård. I stället framhåller man ofta syften som att styra vårdefterfrågan till rätt nivå (t.ex. primärvården snarare än specialistvården) och att öka kost-

[6] SOU 2012:2.

nadsmedvetenheten hos patienter. Syftet kan också vara att påverka efterfrågan så att den mest angelägna vården prioriteras.

Genom att jämföra hur förändringar i avgifter påverkar vårdefterfrågan har man funnit att det inte finns något entydigt samband mellan avgiftsnivå och besöksvolym.[7] Landsting med höga patientavgifter har inte lägre besöksfrekvens än de med låga avgifter. Undantag finns. När avgiftsfrihet infördes för barn och ungdomar för läkarbesök i öppenvård ledde det till 15–17 procents ökad besöksfrekvens. Effekten kvarstod även två år efter reformen och var således inte bara temporär. Det går dock inte att dra någon slutsats om ökningen avspeglar onödig vårdkonsumtion eller ej. Det går heller inte att med rimlig säkerhet avgöra vilka effekter avgiftsstruktur och -nivå har på efterfrågan på just hjälpmedel.

6.4 Konsekvenserna för den enskilde av nuvarande avgiftssystem

Kostnader för hjälpmedel kan vara kännbara för enskilda

Det kan vara svårt att överblicka vad man som hjälpmedelsanvändare måste betala i samband med att hjälpmedel förskrivs. Information om den totala kostnaden för att få ett hjälpmedel förskrivet finns inte att tillgå i förväg. Vissa hjälpmedel tillhandahålls dessutom överhuvudtaget inte av hälso- och sjukvården och den enskilde får då stå för hela kostnaden själv.

I den kartläggning som genomförts av Socialstyrelsen finns variationer i avgifterna på mellan 100 kronor och 1 700 kronor i olika landsting[8]. Det finns exempel på att en avgift för ett hjälpmedel kan uppgå till nästan 2 500 kronor. Ju fler hjälpmedel en person har behov av, desto högre totalavgift får han eller hon betala.

Det är ovisst om avgifterna medför att enskilda undviker att skaffa hjälpmedel för att de inte har råd. Enligt en rapport från

[7] SOU 2012:2, se närmare i kapitlet om överväganden och förslag på avgiftsområdet (avsnitt 14.5).
[8] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.

Socialstyrelsen[9] är det cirka 1–2 procent av befolkningen som avstår från att söka vård på grund av dålig ekonomi. Det är dubbelt så vanligt att personer med funktionsnedsättning avstår från hälso- och sjukvård, tandvård och läkemedel jämfört med övriga befolkningen. Den uppgivna orsaken är oftast dålig ekonomi.

I statistik från SCB:s undersökning Hushållens ekonomi[10,11] beskrivs den ekonomiska situationen för cirka 2 700 personer i yrkesverksam ålder som själva angivit att de har en funktionsnedsättning som hindrar dem i vardagen. Resultatet visar att det är vanligt att personer med funktionsnedsättning har utgifter för hjälpmedel som inte förskrivits. De som har merutgifter för vård har angivit att de betalar mest för tandvård, därnäst för icke förskrivna hjälpmedel och för läkemedel.

Det finns inga specifika uppgifter om inkomster för personer som använder hjälpmedel. Gruppen som använder hjälpmedel är inte homogen. Däremot finns inkomstuppgifter om grupper i befolkningen som via socialförsäkringen tar emot ersättningar kopplade till nedsatt arbetsförmåga och/eller funktionsnedsättning. Av dessa är troligen en relativt stor andel personer hjälpmedelsanvändare, men självfallet gäller det inte alla.

Antalet personer med enbart sjuk- eller aktivitetsersättning uppgår till 335 700 st. Personer med enbart handikappersättning uppgår till 30 300 st. De som uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning *och* handikappersättning är 35 200 personer.[12]

Ekonomisk standard för personer med aktivitets- eller sjukersättning och handikappersättning

Den ekonomiska standarden för personer som uppbär både sjuk- eller aktivitetsersättning och handikappersättning är betydligt lägre jämfört med den ekonomiska standarden för personer som inte uppbär sådana stöd[13]. Även i gruppen personer med enbart sjuk-

[9] Socialstyrelsen (2010). Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar.
[10] Statistiska centralbyrån (2005). Hushållens ekonomi.
[11] Statistiska centralbyrån (2006). Hushållens ekonomi.
[12] Uppgifterna är hämtade från SCB 2014 och har bearbetats av Socialdepartementet.
[13] Med ekonomisk standard avses disponibel inkomst per konsumtionsenhet vilket innebär att samtliga inkomster i hushållet fördelas lika så att alla i hushållet får samma standard. Hänsyn tas också till stordriftsfördelar med att dela hushåll.

eller aktivitetsersättning och bland dem med enbart handikappersättning är den ekonomiska standarden lägre än för genomsnittet. Sedan slutet av 1990-talet har utvecklingen av den ekonomiska standarden för dessa grupper varit långsammare än vad den varit för den övriga befolkningen.

Drygt 35 procent av personer med både sjuk- eller aktivitetsersättning och handikappersättning lever i hushåll med låg ekonomisk standard.[14] Det kan jämföras med knappt 15 procent för personer utan sådana ersättningar. Andelen med enbart sjuk- eller aktivitetsersättning eller enbart handikappersättning uppgår till drygt 30 respektive 20 procent. Dessutom är andelen som mottar ekonomiskt bistånd cirka dubbelt så hög i alla dessa grupper som för befolkningen för övrigt.

Inkomster bland personer som tillhör personkretsen enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

En grupp med särskilt svår ekonomisk situation bland personer med aktivitetsersättning är vuxna i LSS-boenden. Den genomsnittliga disponibla inkomsten för personer med LSS-insatser i personkrets 1 var cirka 120 000 kronor 2014, vilket motsvarar 10 000 kronor per månad. Inkomsterna är inte tillräckliga för att täcka kostnader motsvarande skälig levnadsnivå samt kostnader för hyra, se typfall nedan. Det saknas statistik om hyresnivåerna för LSS-boenden, men hyran för ett rum och kokvrå uppgår vanligen till 8 000 kronor enligt uppgifter i en riksdagsmotion från 2014.[15] Nedan anges ett exempel i form av en fallbeskrivning (tabell 6.1). Om vi i fallbeskrivningen utgår från en hyra på 6 000 kronor, uppstår en brist varje månad på 2 283 kronor. Med en hyra på 8 000 kronor skulle bristen öka till 4 283 kronor varje månad, vilken kanske får täckas av anhöriga eller genom ekonomiskt bistånd.

[14] Med relativ fattigdom (eller låg ekonomisk standard) avses inkomster som understiger den inkomst som motsvarar 60 procent av medianinkomsten för hela befolkningen. Under 2014 var gränsen för relativ fattigdom 10 800 kronor/mån.
[15] Skydd mot merkostnader för boende i LSS-bostäder (2014/15:1869).

Tabell 6.1 Typfall ensamstående man 24 år i LSS-boende i kommun utan habiliteringsersättning

Inkomster		Utgifter utom merkostnader	
Aktivitets/sjukersättning	8 309	Hyra för boende	6 000
Bostadstillägg, staten	4 750	Mat	1 860
Bostadstillägg, kommunen	0	Lunch vardagar	1 230
Löneinkomst	0	Personlig hygien inkl. tandvård	390
Habiliteringsersättning	0	Kläder och skor	580
		Fritid och lek	640
		Mobiltelefon	250
		Förbrukningsvaror	100
		Hemutrustning	370
		Medier	940
		Hemförsäkring	90
		Hushållsel	200
Summa efter skatt	**10 367**	**Summa utgifter**	**12 650**

Merkostnader kopplade till funktionsnedsättningen, såsom kostnader för läkemedel, sjukvård, besöksavgifter för provning av hjälpmedel, hjälpmedelsavgifter, färdtjänst, god man m.m. kan ersättas med handikappersättning om de anses betydande, dvs. uppgår till minst 28,5 procent av prisbasbeloppet per år[16].

Enligt Socialstyrelsen betalar 87 procent av kommunerna habiliteringsersättning i samband med daglig verksamhet. Medelersättningen uppgick till 34 kronor/dag under 2008. I exemplet ovan betalade kommunen inte ut någon habiliteringsersättning. Cirka 18 procent av kommunerna anger att personer med funktionsnedsättning som beviljats särskilt boende hänvisas till ekonomiskt bistånd.[17]

Den genomsnittliga inkomsten för personer i personkrets 1 med insatser enligt LSS och/eller med assistansersättning uppgick till cirka 123 000 kronor per år under 2014. Nivån understiger gränsen för relativ fattigdom, som då var 129 600 kronor. Den genomsnittliga disponibla inkomsten för hela befolkningen var 265 000 kronor, dvs. mer än dubbelt så stor.

[16] Jfr 50 kap. 4 § socialförsäkringsbalken och RAR 2002:9.
[17] Sveriges Kommuner och Landsting (2013). Hyresnivåer i särskilda boenden.

Ekonomisk standard för pensionärer

Majoriteten av hjälpmedelsanvändare är ålderspensionärer. Enligt SCB:s statistik för 2004/2005 använder 70 procent av kvinnorna och 55 procent av männen i åldersgruppen 85 år och äldre något förflyttningshjälpmedel[18]. Vidare är syn- respektive hörselhjälpmedel vanliga i denna grupp.

Den ekonomiska standarden är generellt sett lägre för pensionärer än för övriga. Nivån varierar dock efter ålder och hushållstyp.[19] Risken för låg ekonomisk standard är högst för äldre ensamstående kvinnliga pensionärer. Andelen med låg ekonomisk standard är närmare 35 procent bland ensamstående kvinnor som är 75 år och äldre, medan motsvarande andel bland sammanboende i åldern 65–74 år är knappt fem procent.

Mer än 60 procent av alla personer som är 85 år och äldre får hemtjänst eller bor i särskilt boende, vilket innebär att de omfattas av maxtaxan i äldreomsorgen.[20]

6.5 Analys och slutsatser

Den flora av avgifter som tas ut av sjukvårdshuvudmännen gör det svårt att ta fram jämförande statistik. Vid en översiktlig jämförelse med de avgifter som redovisades i LSS- och hjälpmedelsutredningens betänkande från 2004[21] framgår dock att både landsting och kommuner tar ut fler avgifter i dag. Den utredningen visade på stora variationer när det gäller landstingens avgifter, särskilt i fråga om hörselhjälpmedel, men konstaterade samtidigt att majoriteten av alla hjälpmedel erbjöds utan avgift. De flesta kommuner tog inte ut några avgifter alls. Den nu aktuella ökningen för kommunernas del beror sannolikt på att de flesta tagit över ansvaret för hemsjukvården. Trots det är det långtifrån alla kommuner som tar ut avgifter för hjälpmedel.

Kartläggningen visar att det är ungefär samma typer av avgifter som tas ut för hjälpmedel i kommuner och landsting. Det befintliga

[18] Hjälpmedelsinstitutet (2014). Äldrestatistik 2013/2014 – Sammanställning.
[19] Prop. 2016/17:1. Fördelningspolitisk redogörelse, bilaga 2.
[20] Socialstyrelsen (2016). Statistik om socialtjänstinsatser för äldre 2015.
[21] SOU 2004:83.

högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård används ofta för besöksavgifter i landstingen. Den s.k. maxtaxan i äldreomsorgen fungerar också som ett högkostnadsskydd för vissa hjälpmedelsanvändare i kommunerna. Likväl finns stora skillnader inom och mellan kommuner och landsting när det gäller avgifternas storlek, vilket leder till ojämlikhet. Det stora antalet avgifter gör att det blir svårt att på förhand överblicka vad den totala kostnaden kommer att bli för den enskilde användaren. Socialstyrelsen konstaterar att det är svårt, eller i det närmaste omöjligt, att få en överblick över vilka avgifter som tas ut när man är vuxen hjälpmedelsanvändare med behov av hjälpmedel från både landsting och kommun och dessutom har behov av hjälpmedel för olika funktionsnedsättningar, som nedsatt rörelseförmåga, nedsatt syn eller hörsel. Kostnader för hjälpmedel är också det som får lägst betyg i Handikappförbundens kartläggning av brukarnas erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning.[22] En av sju i studien betalade mer än 1 500 kronor för hjälpmedel per år och 17 procent sade sig ha avstått från att köpa hjälpmedel för att de inte hade råd.

Utredningen har inte funnit någon uttalad systematik när det gäller på vilket sätt avgifterna tillkommer eller sätts. Avgifterna tycks dock alltjämt ha en begränsad funktion som finansieringskälla. Avgiftsuttag motiveras t.ex. med att ge hjälpmedelsanvändare ekonomiska incitament att lämna tillbaka onödiga hjälpmedel eller önskan om att dämpa efterfrågan.

Hjälpmedelsanvändare är ingen homogen grupp, men det finns en stor grupp hjälpmedelsanvändare som har betydligt lägre inkomster än befolkningen i övrigt. I många fall understiger inkomsterna gränsen för relativ fattigdom. Det handlar om personer med aktivitetsersättning, sjukersättning och handikappersättning samt kvinnor över 85 år. Till en del kan vissa grupper skyddas från höga avgifter genom bl.a. handikappersättning och maxtaxan i äldreomsorgen. En förutsättning för rätten till handikappersättning är dock att den försäkrade har fått sin funktionsförmåga nedsatt för avsevärd tid redan innan han eller hon har fyllt 65 år[23] (det krävs också att nedsättningen är av en viss omfattning). Härigenom kan handikappersättningen troligtvis inte kompensera äldre hjälpmedels-

[22] Handikappförbunden (2010). Brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning.
[23] 50 kap. 4 § socialförsäkringsbalken.

användare i någon större utsträckning. Genom en lagändring den 1 januari 2017, som nu framgår av 17 kap. 3 § HSL, har införts ett förbud mot att ta ut vårdavgifter och andra avgifter för sådan vård och s.k. förbrukningsartiklar för dem som är 85 år eller äldre (avgiftsfriheten gäller dock enligt uppgift bara sådana avgifter som omfattas av högkostnadsskyddet, dvs. inte för hjälpmedelsavgifter). Icke desto mindre riskerar vissa människor att drabbas av höga avgifter för vård och omsorg, där hjälpmedel är en del. De har rimligtvis också små möjligheter att köpa hjälpmedel på egen hand.

Det finns konsumentprodukter som fungerar som ersättning för eller komplement till de hjälpmedel som förskrivs. Det handlar om datorer, mobiltelefoner med eller utan specialanpassade applikationer, fritidshjälpmedel m.m. som ger många användare helt nya möjligheter till delaktighet i samhället. Utredningen har inte funnit några data rörande sådana hjälpmedel som den enskilde köper själv. Gränsen för vad som kan förskrivas och produkter som man är hänvisad till att köpa själv varierar över tid och över landet. Det är vanligt att fritidshjälpmedel och datorer inte anses kunna förskrivas som hjälpmedel och således måste införskaffas av den enskilde själv. Det förekommer också att man måste inhandla mer traditionella hjälpmedel, t.ex. rollatorer, på egen hand. För hjälpmedelsanvändare med låg disponibel inkomst är därför frågan om vad man själv har råd att betala ibland avgörande för tillgången.

7 Delaktighet och självbestämmande

7.1 Inledning

Enligt direktiven ska utredningens förslag ta sin utgångspunkt i hur *delaktigheten* för den enskilde vid förskrivning av hjälpmedel kan öka och utveckling, rådgivning och konsultation förbättras så att insatserna blir bättre anpassade för den enskilde.

Vidare ska utredningen utvärdera och analysera systemet med fritt val av hjälpmedel, med en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling för staten, kommuner och landsting som utgångspunkt.

Utifrån direktiven har vi i följande avsnitt fokuserat på delaktighet och självbestämmande i samband med att hjälpmedel *förskrivs*. Begreppen delaktighet och självbestämmande kan i hjälpmedelssammanhang också ha en vidare betydelse. Hjälpmedel möjliggör att personer med funktionsnedsättning inkluderas och deltar i samhället på lika villkor som andra. I artikel 3 i FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning slås bland annat fast individens rätt till självbestämmande innefattande möjlighet att göra egna val.

I det följande behandlas delaktighet allmänt i avsnitt 7.2 och 7.3. I avsnitt 7.4 behandlas s.k. fritt val av hjälpmedel och i avsnitt 7.5 presenteras utredningens analys och slutsatser i dessa frågor.

7.2 Delaktighet och självbestämmande i vården

7.2.1 Lagstiftning

Enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvård bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande (punkt 3). Vården och behandlingen ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Av förarbetena framgår att bestämmelsen ska bidra till att ge patienterna möjlighet att påverka hälso- och sjukvårdsinsatserna. Patienten kan dock inte själv få bestämma vilken vård som ska ges och patientens medverkan kan aldrig innebära att kraven på att vården och behandlingen ska ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet eftersätts (se prop. 1981/82:97 s. 50).

Sedan HSL trädde i kraft har ändringar skett vid flera tillfällen i syfte att öka patientinflytandet i vården. Sålunda har införts regler om val av behandling, en skyldighet för landstingen att erbjuda en fast vårdkontakt och en rätt till förnyad medicinsk bedömning. Reglerna i HSL riktar sig emellertid till vårdgivaren och innebär inga ”legala” patienträttigheter, vilka går att utkräva i domstol.

Patientlagen trädde i kraft den 1 januari 2015. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen innehåller bestämmelser om bl.a. information (3 kap.), samtycke (4 kap.), delaktighet (5 kap.), val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (7 kap.), ny medicinsk bedömning (8 kap.), val av utförare (9 kap.) samt synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.).

Även om patientlagen i flera avseenden inte innebär några större förändringar mot vad som gällde tidigare, bör det finnas fördelar med att ha samlat alla lagregler om patientens rättsställning i en lag.

Enligt 3 kap. 1 § ska patienten få information bl.a. om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning (punkt 3). Enligt 2 § ska patienten få information om bl.a. möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård, vidare om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt. När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information (3 §). Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt det är möjligt, bl.a. med hänsyn till

sekretess, lämnas till en närstående (4–5 §§). Enligt 6 § ska informationen anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det (7 §). På s. 23–24 i prop. 1998/99:4 *Stärkt patientinflytande* anges att rätten till information är av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården och bör därför genomsyra hela hälso- och sjukvården. Informationen får inte ges slentrianmässigt utan måste anpassas efter den aktuella patientens förutsättningar och behov.

Utöver detta infördes genom patientlagen bestämmelser om barns inflytande över sin vård. Vidare ges patienter möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård (men inte hjälpmedel) i hela landet. Hemlandstinget ska bekosta vård som en patient får i ett annat landsting, under förutsättning att det förstnämnda landstingets remissregler följs. I övrigt innehåller patientlagen motsvarigheter till tidigare regler om exempelvis vårdgaranti, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, individuell planering samt val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.

I 7 kap. 2 § patientlagen anges att när det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga, ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat. Att landstinget ska ge den enskilde möjlighet att välja hjälpmedel enligt vad som anges i 7 kap. 2 § patientlagen framgår också av 10 kap. 2 § HSL (tidigare 3 b § sista stycket HSL).[1]

När det gäller landstingets skyldighet att ge patienten möjlighet att välja hjälpmedel följde av 3 b § första stycket HSL att denna möjlighet enbart gäller dem som är bosatta i eller som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget, jfr författningskommentaren till 7 kap. 2 § patientlagen i prop. 2013/14:106 (s. 123):

[1] Jfr prop. 2013/14:67.

> När det gäller landstingets skyldighet att ge patienten möjlighet att välja hjälpmedel följer det av 3 b § första stycket HSL att denna möjlighet enbart gäller dem som är bosatta i eller som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget.

Den begränsningen framgår numera inte direkt av bestämmelsen om val, dvs. 10 kap. 2 § HSL. Någon materiell förändring är dock inte avsedd (prop. 2016/17:43 s. 140). I sammanhanget noteras att skyldigheten att erbjuda hjälpmedel i 8 kap. 7 § HSL uttryckligen är begränsad till den krets som anges i 8 kap. 1 § HSL, dvs. endast till dem som är bosatta eller kvarskrivna i landstinget och som stadigvarande vistas inom landstinget.

En möjlighet att få hjälpmedel förskrivet av annat landsting än hemlandstinget erbjuder det s.k. riksavtalet. För hjälpmedel gäller att ett hemlandsting ersätter ett vårdlandsting som förskriver och utlämnar hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning, men hjälpmedel som kräver installation, som måste anpassas med hänsyn till berörd persons bostadsförhållanden eller vardagliga miljö eller som fordrar avancerad service och underhåll ska förskrivas av hemlandstinget. Dessutom ska förskrivningen ske i samråd med hemlandstinget i de fall hjälpmedel, inklusive tillbehör, till en utomlänspatient beräknas överstiga 10 000 kronor.

Patientnämndernas verksamhet regleras i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. I varje landsting och kommun ska finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter. Patientnämnderna, eller förtroendenämnderna som de först benämndes, inrättades 1980. Nämnderna ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter samt bidra till kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården genom att bl.a. hjälpa patienter att få information, främja kontakter mellan patienter och vårdpersonal och att rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vården. Patientnämnderna kan användas för att öka brukarmedverkan och i någon mån kompensera för bristen på rätten att överklaga.

7.2.2 Tidigare utredningar om delaktighet och självbestämmande

Under årens lopp har tillsatts ett stort antal utredningar i syfte att på olika sätt stärka patientens ställning och inflytande i vården. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) hade bl.a. i uppdrag att överväga åtgärder som skulle kunna vidtas för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. I november 1997 lade kommittén fram delbetänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154). Utredningar inom området från senare tid är Frittvalutredningen (S 2007:04), Patientsäkerhetsutredningen (S 2007:06), Patientens rätt i vården (S 2007:07), Statens vård- och omsorgsutredning (S 2011:01), Utredningen om rätt information i vård och omsorg (S 2011:13) och Patientmaktsutredningen (S 2011:03).

I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) lyftes patientens delaktighet fram som ett led i att uppnå ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Den självklara utgångspunkten är patientens perspektiv (se s. 71 f). Vården ska vara organiserad och bedrivas på ett sätt som passar patienternas behov. Vården ska kort sagt vara patientcentrerad. Utredningens uppfattning är att en förbättrad effektivitet inom hälso- och sjukvården endast kan åstadkommas genom åtgärder som påverkar mikronivån, dvs. förslag som påverkar förutsättningarna för mötet eller interaktionen mellan patienten och vården (s. 116). En avgörande faktor för den effektivitet på mikronivån som nämnts är att patienten får träffa en medarbetare eller ett team som känner patienten. Den personliga kontinuiteten eller det personliga ansvarstagandet för ”min patient” är en nyckelfråga i detta sammanhang. Det är särskilt ”vårdens storkonsumenter”, t.ex. patienter med kronisk sjukdom, som efterfrågar kontinuitet i vårdtjänsterna. Att få träffa samma person är en starkt trygghetsskapande åtgärd för patienten och minskar frustrationen i att behöva berätta sin sjukdomshistoria om igen. Bristande kontinuitet är också en väsentlig källa till ineffektivitet i vården. Ett stort problem är därför att vårdens arbetssätt inte utgår från kontinuitet och varken ersättningssystem eller sättet att organisera arbetet i vården stödjer kontinuitet (s. 134).

Utredningen konstaterade vidare att kulturer i vården, med informella makthierarkier, påverkar bemötandet av patienten;

> Så länge patienten betraktas som ett objekt för de professionellas yrkeskunnande tycks det som att det endast marginellt finns naturliga dragkrafter att tillvarata patientens resurser i vården. De professionellas makt över vården förblir ohotad så länge patienten kulturellt betraktas som föremål för de professionellas insatser, dvs. är ett objekt i vårdmötet. Uttrycket ”patienten i centrum” är vanligt förekommande i vården, oklart vad som egentligen avses. Kanske är det en metafor för att vårdens professionella samlas runt patienten och patientens behov ska vara i fokus. Så långt är begreppet oproblematiskt. Men om patienten verkligen ska kunna bidra och ansvarara för hela eller delar av sin vård räcker inte ett sådant förhållningssätt.

Verkligt effektiva verksamheter har enligt *Effektiv vård* ett annat förhållningssätt till patienten, där patienten ses som en del i teamet, vilket medför att arbetsuppgifter och ansvar för moment som rör den enskildes vård naturligt ”delegeras” till patienten efter hans eller hennes kompetens och förmåga. Att vårdens professionella har ett ”kulturellt vi” med patienten, att förhållningssättet innebär att vården bedrivs tillsammans med patienten och inte för honom eller henne, är avgörande för möjligheten att patienten ska bli en del av teamet.[2]

Samma betänkande nämner också tjänster och teknik för att patienten själv ska bli både mer delaktig i sin vård och hjälpa vården att bli mer effektiv. Enligt utredningen ifråga finns redan gott om tjänster (t.ex. applikationsprogram) och tekniska hjälpmedel för att patienten ska kunna ta prover, monitorera sitt hälsotillstånd och samla data om detta. Den svenska vården är ännu långt ifrån att dra nytta av digitaliseringens möjligheter när det gäller vad patienten själv kan bidra med i form av egenvård, administration av bokningar/kallelser etc. Avslutningsvis ska nämnas att utredningen ansåg att dåvarande lagstiftning var tillräcklig för att åstadkomma de förändrade arbetssätt som krävdes (se s. 516).

I *Hjälpmedel – ökad delaktighet och valfrihet* (SOU 2011:77) föreslogs att valfrihet gällande hjälpmedel skulle införas genom en ny lag om valfrihetssystem för hjälpmedel. Förslaget var att ge användare möjlighet att välja leverantör av hjälpmedel i de fall kostnaden för tjänsten (utprovning och service) var större än kostnaden för varan. För hjälpmedel vars kostnad främst bestod av kostnad för varan skulle en ny form av tilldelning, varukoncession, tilllämpas.

[2] SOU 2016:2 s. 142.

Utredningens förslag ledde inte till någon ny lagstiftning bl.a. eftersom det inte ansågs finnas behov av ytterligare en lag om valfrihetssystem och varukoncessioner inte bedömdes tillåtna utifrån EU-direktiven. Utredningen ledde dock till dagens regel om val av hjälpmedel i 7 kap. 2 § patientlagen.

7.2.3 Andra aktörers uppdrag om delaktighet i vården

Den 1 januari 2011 inrättades *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)*, som har i uppdrag att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamhet och förhållanden inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheten har konstaterat att den kunnige, kapable och villige patientens förmåga och arbete inte tas tillvara i tillräcklig utsträckning i dag.[3]

I rapporten *Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017*[4] anför Vårdanalys bl.a. följande. Inget tyder på att patientens ställning har förbättrats sedan patientlagen infördes. Före- och eftermätningen, som utgår från patienternas erfarenheter, visar att patientens faktiska ställning är oförändrad eller t.o.m. försvagad. I synnerhet gäller detta tillgänglighet, information och delaktighet. En delförklaring till bristerna är att patientens *rättsliga* ställning fortsatt är svag. Det finns inga legala patienträttigheter[5] och sjukvårdshuvudmannens skyldigheter är otydliga i lagen, både till sitt innehåll och i fråga om vem som är ansvarig. Den nya HSL bidrar inte till ökad tydlighet. Myndigheten anför att tiden visserligen kan upplevas för kort för att se positiva resultat. Många av skyldigheterna har dock funnits en längre tid, varför patientlagen i vart fall borde ha bidragit till en positiv trend, anser myndigheten. Vårdanalys föreslår en samlad strategi för att stärka patientens ställning, bl.a. innefattande en förstärkning av patientens rättsliga ställning, genom förtydligade skyldigheter, ändamålsenlig tillsyn och någon form av klagomålshantering. Om inte den föreslagna strategin ger resultat, anser myndigheten att man bör överväga att på sikt införa

[3] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.
[4] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017.
[5] Endast i två avseenden kan man tala om legala rättigheter; rätten att avstå från behandling och rätten att ta del av patientjournal, vilka båda utgår från grundlagsskyddade rättigheter.

ett rättighetsbegrepp och vissa legala rättigheter. Här ska framhållas att val av hjälpmedel exkluderats från undersökningen (s. 9). I stället är det Socialstyrelsen som följer upp patientlagens genomslag på hjälpmedelsområdet. Resultat ska redovisas i december 2017.

Socialstyrelsen har sedan 2010 publicerat en handbok, riktad till vårdgivare, verksamhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal och andra som ansvarar för och arbetar med information och kommunikation till patienter och närstående[6]. Handboken ger en samlad beskrivning av lagstiftningen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt andra regelverk som gäller patienters ställning och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet. I handboken ges bl.a. tips till vårdpersonalen om hur de på enkelt sätt kan utveckla sin kommunikation med patienterna.

Socialstyrelsen har även haft i uppdrag att ta fram ett utbildningspaket för fortbildning av vårdpersonal om olika aspekter av värdigt och professionellt bemötande och agerande i vården. Utbildningspaketet förmedlar bland annat kunskap om aktuell lagstiftning, sambanden mellan diskriminering eller social utsatthet och ohälsa, vikten av att uppmärksamma patientens egna önskemål och kunskap samt metoder för att systematiskt arbeta med bemötande såväl som tillgänglighetsaspekter i den egna organisationen. Uppdraget har genomförts bl.a. i samverkan med Diskrimineringsombudsmannen och redovisades till Regeringskansliet (Socialdepartementet) i september 2013.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har, bl.a. som ett led i att förbättra patientsäkerheten, utarbetat handböcker och råd för bättre kommunikation mellan patient och vårdpersonal. I samband med införandet av patientsäkerhetslagen den 1 januari 2011, beslutade regeringen att ge SKL ett finansiellt bidrag för att utveckla metoder eller modeller för hur patienter och närstående dels ska kunna bidra till vårdgivarnas löpande patientsäkerhetsarbete, dels bemötas och informeras i samband med att en vårdskada har inträffat. I detta sammanhang ska också nämnas utvecklingen av en nationellt samordnad och kvalitetssäkrad sjukvårdsrådgivning per telefon och webb, 1177 Vårdguiden, vilken syftar till att stärka

[6] Socialstyrelsen (2015). Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal.

patientens ställning i vården genom att vara en naturlig och samlad ingång till det som rör den egna hälsan eller närståendes hälsa.

Slutligen ska framhållas att det finns ett antal exempel på innovationsprojekt där nya arbetssätt testas inom vården. Ett sådant är Flippen, som drivs av SKL i samverkan med landstingen. Syftet är att utveckla nya patientcentrerade arbetssätt inom primärvården. Ordet Flippen kommer från ”flipping health care”. Det handlar om att vända på perspektiven och utgå från vad patienten kan och vill själv, med sjukvården som stöd, och om att utforma arbetssätt utifrån behov i stället för att försöka möta behov med de arbetssätt man redan har. Grundidén är att utforma vården mer systematiskt utifrån patienternas behov. En enkätundersökning som genomförts inom ramen för projektet visar att förutsättningarna för delaktighet varierar väldigt mellan olika patienter[7]. Om vården och omsorgen inte tar hänsyn till olika patienters varierande förmågor finns en risk att det uppstår ojämlikhet.

I Institutets för framtidsstudier rapport *Bortom IT – om hälsa i en digital tid* används ett nytt begrepp; spetspatient. En spetspatient beskrivs som en patient eller anhörig som upplevt ett hälsoproblem på nära håll och agerat aktivt för att lösa det. Enligt rapporten finns en potential i att ta till vara spetspatienters kompetens på ett strukturerat sätt inom vård, omsorg och forskning, för att uppnå hälsoförbättringar och resursbesparingar. Institutet föreslår till och med att spetspatienter som gått speciella kurser och blivit certifierade/legitimerade skulle kunna få mandat att göra en rad insatser utan inblandning av vården. En sådan insats som nämns är tillgång till medicinteknik och hjälpmedel.

7.3 Delaktiga hjälpmedelsanvändare

Tillgång till information och möjlighet att påverka är förutsättningar för delaktighet

För att uppleva delaktighet i samband med att hjälpmedel tillhandahålls krävs att användaren har möjlighet att påverka och välja. An-

[7] Sveriges Kommuner och Landsting (2016). Nationell patientenkät.

vändaren måste också uppleva förskrivningen som meningsfull och få tillgång till information om vilka möjligheter som finns. Att involvera och göra användare delaktiga ställer krav på förskrivarens förmåga att beskriva syftet med förskrivningen på ett begripligt sätt. Särskilt barn, personer med en kognitiv funktionsnedsättning och användare som får hjälpmedel förskrivna för första gången kan behöva tillgång till anpassad information för att kunna vara delaktiga. Om ett hjälpmedel inte är möjligt att förskriva, måste också detta förklaras på ett för användaren begripligt sätt. Användare måste få sådan information att denne förstår varför förskrivaren bedömer att just det hjälpmedel som förskrivits är lämpligast utifrån de individuella behoven. Informationen till användarna är således av största betydelse.

Det ingår i förskrivarens ansvar att informera om sjukvårdshuvudmannens regelverk i samband med hjälpmedelsförskrivning. Åtta av landstingen har angivit hjälpmedelsanvändare och/eller anhöriga som en av målgrupperna för sina lokala regelverk enligt Socialstyrelsens kartläggning av hjälpmedel i kommuner och landsting[8].

Nationella initiativ för att stärka informationen till hjälpmedelsanvändare har också gjorts. För att hjälpmedelsanvändare och anhöriga ska få tillgång till information om olika tillgängliga hjälpmedel pågick från slutet av 2012 till början av 2015 projektet *Hitta och jämför hjälpmedel*. Projektet finansierades av statliga medel och drevs av Stockholms läns landsting i samverkan med dåvarande Hjälpmedelsinstitutet (HI), sjukvårdshuvudmän, leverantörer av hjälpmedel, utvecklingsleverantörer, förvaltningsorganisationer samt andra berörda intressenter. Inom ramen för projektet skulle man utveckla och införa en ny hjälpmedelsdatabas samt utveckla och informera om en ny invånartjänst om hjälpmedel på 1177.se. Syftet med invånartjänsten var att stärka hjälpmedelsanvändare och anhöriga genom ökad information. Man ville också öka delaktighet och patientinflytande i samband med val av hjälpmedel samt göra det lättare att hitta och jämföra olika hjälpmedel. Som ett resultat av projektet finns nu tjänsten tillgänglig på 1177.se, där det sedan tidigare redan fanns information och tjänster inom hälsa och vård. Mer om Tema Hjälpmedel på 1177.se i avsnitt 15.2.

[8] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.

Delaktighet är en förutsättning för effektivitet

Att hjälpmedelsanvändaren känner sig delaktig i förskrivningen av hjälpmedlet är centralt för att hjälpmedlet sedan ska användas. Socialstyrelsens kartläggningar visar att det finns en korrelation mellan hur delaktig hjälpmedelsanvändaren varit i valet av hjälpmedel och hur mycket denne upplever att hjälpmedlet påverkar vardagen positivt. Av dem mellan 16 och 64 år[9] var det

- 80 procent av de som skattade sig delaktiga i valet av hjälpmedel som upplevde att hjälpmedlet underlättade i vardagen och
- 60 procent av de som *inte* skattade sig delaktiga i valet av hjälpmedel som upplevde att hjälpmedlet underlättade i vardagen.

Av de som var 65 år eller äldre[10] var det

- 85 procent av de som skattade sig delaktiga i valet av hjälpmedel som upplevde att hjälpmedlet underlättade i vardagen och
- 60 procent av de som *inte* skattade sig delaktiga i valet av hjälpmedel som upplevde att hjälpmedlet underlättade i vardagen.

Även de vetenskapliga studierna som ingår i Socialstyrelsens kartläggning av förskrivningsprocessen visar att delaktighet i förskrivningsprocessen bidrar till ökad användning av hjälpmedlet.[11] Studierna visar att en tredjedel av förskrivna hjälpmedel inte används. Uppgifterna är från utländska studier. Motsvarande svenska siffror tros, enligt uppgift från landstingen, ligga på ungefär 10 procent, men enligt en enkätundersökning bland Riksförbundets för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (RBU) medlemmar[12] är siffran högre. Cirka 36 procent uppgav att de har 1–2 hjälpmedel hemma som inte används. Cirka 8 procent uppgav att de har minst tre hjälpmedel hemma som inte används.

[9] Socialstyrelsen (2017). Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2017.
[10] Socialstyrelsen (2015). Uppdrag inom hjälpmedelsområdet – Del- och slutredovisning av vissa uppdrag 1 oktober 2015.
[11] Socialstyrelsen (2015). Kartläggning av vetenskapliga studier kring förskrivningsprocessen.
[12] Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (2013). Hjälpmedel – var god dröj!

De flesta upplever sig delaktiga

De flesta mellan 16 och 64 år som förskrivs hjälpmedel upplever att de får ett gott bemötande, enligt resultat från en brukarundersökning som Socialstyrelsen genomfört[13]. Drygt 40 procent av dem som ingick i undersökningen uppgav att de fått välja sitt hjälpmedel och cirka 65 procent angav att de fått möjlighet att vara delaktiga i valet. Uppgifterna kan jämföras med resultaten som Vårdanalys publicerat, som visar att 52 procent av dem i åldern 18 år och uppåt som har hjälpmedel anger att de varit delaktiga i val av hjälpmedel, medan 9 procent svarar att de inte varit det[14]. Vidare visar resultaten att av dem som var i behov av hjälpmedel har cirka 10 procent angett att alternativa hjälpmedel presenterades, men att de inte upplevde sig delaktiga i beslutet. Samtidigt har 10 procent angett att inga alternativa hjälpmedel diskuterades i samband med förskrivningen, trots att det funnits olika alternativ. Resultat från Neuroförbundets medlemsenkät visar att drygt 10 procent inte upplevt sig vara delaktiga i valet av hjälpmedel och inte erbjudits individuell anpassning eller träning trots ett upplevt behov av det[15].

Socialstyrelsens brukarundersökning visar att upplevd delaktighet vid val av hjälpmedel skiljer sig åt beroende på vilket hjälpmedel som förskrivits. Personer som förskrivits ur/klockor samt rygg- och benstöd uppgav högst delaktighet. De som förskrivits vårdmanövrerad rullstol uppgav lägst delaktighet (tabell 7.1).

Det finns även skillnader mellan olika hälsotillstånd. Av de hjälpmedelsanvändare som skattade sitt hälsotillstånd som mycket gott uppgav 75 procent att de varit delaktiga vid val av hjälpmedel och 57 procent att de fick välja hjälpmedel. Av de som skattat sitt hälsotillstånd som mycket dåligt var delaktigheten lägre. Det var 62 procent som uppgav sig ha varit delaktiga vid valet av hjälpmedel och 38 procent att de fått välja hjälpmedel.

[13] Socialstyrelsen (2017). Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2017.
[14] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). Patientlagen i praktiken – En baslinjemätning.
[15] Neuroförbundet (2017). Neurorapporten – Hjälpmedel.

Tabell 7.1 Delaktighet vid hjälpmedelsförskrivning 16–64 år

Enskildas upplevelse av delaktighet vid val av hjälpmedel uppdelat efter hjälpmedelstyp (i procent)

Hjälpmedelstyp	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
Eldriven rullstol	68	25	6	1
Gåbord	68	10	20	2
Hjälpmedel för planering	70	25	2	3
Manuell rullstol	63	21	13	3
Respirator	64	20	14	2
Rullstol vårdmanövrerad	52	31	13	4
Rygg- eller benstöd	74	13	9	4
Samtalsapparat	61	26	13	-
Stimulator för smärtlindring	71	19	10	-
Stol	66	20	14	-
Ur/klocka	79	14	3	4

Källa: Socialstyrelsens brukarundersökning inom hjälpmedelsområdet (2016).

Även de som är 65 år eller äldre upplever hög delaktighet i samband med att hjälpmedel förskrivs. I Socialstyrelsens enkät till alla som är 65 år eller äldre och har hemtjänst är det 63 procent som angivit att de upplevde sig delaktiga i valet av hjälpmedel medan 8 procent upplevde att de inte varit delaktiga.[16]

När det gäller hjälpmedel till barn visar en enkätundersökning till hjälpmedelskonsulenter[17] att ambitionen hos konsulenterna är att barnen alltid ska vara delaktiga och medverka vid diskussioner om val av sina hjälpmedel. Det framkommer också att tiden för att kartlägga, analysera, utprova och träna på hjälpmedlet en viktig faktor som ibland begränsar möjligheten till delaktighet. Enligt Barnombudmannens rapport *Respekt*[18] önskar barn många gånger mer information om sin funktionsnedsättning och olika stöd än vad de faktiskt får. Där framkommer även att barn visserligen erbjuds att framföra sina synpunkter och förslag, men de upplever inte att synpunkterna beaktas.

[16] Socialstyrelsen (2014). Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?
[17] Handu (2005). Barns och ungas delaktighet vid tillhandahållandet av IT-hjälpmedel – en enkätundersökning till hjälpmedelskonsulenter.
[18] Barnombudsmannen (2016). Respekt – Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd.

I en studie av delaktighet vid förskrivning av hjälpmedel till personer med lindrig utvecklingsstörning[19] framkom att delaktigheten i förskrivningsprocessen varierade. Generellt var upplevelsen av delaktighet störst inledningsvis, varefter delaktigheten successivt minskade ju längre man kommit i förskrivningsprocessen. Hjälpmedelsanvändarna upplevde sig delaktiga i samband med att de fick berätta om och beskriva sina behov av hjälpmedel, men färre kände sig delaktiga i valet av hjälpmedlet. Få fick prova något hjälpmedel innan de fick det förskrivet, vilket gjorde valet abstrakt. Även om man fick muntlig information om möjligheterna med hjälpmedlet, kunde det vara svårt för användaren att förstå innebörden av sitt val. När hjälpmedlet sedan skulle introduceras för hjälpmedelsanvändaren var det få som upplevde sig delaktiga. Ofta visade förskrivaren hur man skulle göra, men man fick inte möjlighet att prova själv.

Även kvalitetsregistret Hörselbron[20] har undersökt olika aspekter av delaktighet. Resultaten visar att användare känner sig mest delaktiga i Kalmar, medan användare känner sig minst delaktiga i Stockholm. Vidare framgår att på nationell nivå finns inga stora skillnader mellan män och kvinnor när det gäller patientens upplevelse av kontakt, information och delaktighet.

Delaktighet kan också handla om möjligheten att påverka valet av hjälpmedel. I Neuroförbundets enkätundersökning till sina medlemmar framkommer att 88 procent upplever att de själva har kunnat påverka valet av hjälpmedel.[21]

I sammanhanget bör även nämnas att även anhöriga kan behöva känna sig delaktiga i samband med att hjälpmedel förskrivs. Det är inte ovanligt att anhöriga behöver förstå hjälpmedlets tänkta användningsområde för att kunna ge stöd i användandet. Kunskapssammanställningar från Nationellt kompetenscentrum anhöriga visar att det finns brister vad gäller anhörigas delaktighet vid förskrivning av hjälpmedel[22,23].

[19] Wennberg, B. (2007). Delaktighet för personer med lindrig utvecklingsstörning vid förskrivning och användning av kognitiva hjälpmedel.
[20] Hörselbron (2014). Kvalitetsregister hörselrehabilitering för vuxna.
[21] Neuroförbundet (2015). Medlemsundersökning – Hjälpmedel.
[22] Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2013). Information om praktisk hjälp till anhöriga.
[23] Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2013). Anhöriga till personer med funktionsnedsättning.

Delaktigheten ökar med en tydlig struktur i förskrivningen

Delaktigheten i förskrivning av hjälpmedel underlättas om förskrivaren arbetar utifrån en tydlig struktur.[24] Den svenska förskrivningsprocessen är framtagen för att vara ett sådant stöd. Förskrivningsprocessen är inte tvingande, men väl etablerad ute i landet. Socialstyrelsen har nyligen publicerat ett utbildningsmaterial kring förskrivningsprocessen där särskilt fokus på delaktighet finns med.

Inom andra områden har man sett att användandet av bedömningsinstrument underlättar behovsbedömningen och användarens delaktighet i processen. Inom den sociala barn- och ungdomsvården har t.ex. bedömningsinstrumentet *Barns behov i centrum* (BBIC) underlättat behovsbedömningen och upplevd delaktighet.[25]

Uppföljning är ofta en förutsättning för att upptäcka om hjälpmedlet inte används som det är tänkt. Bristande uppföljning medför att ändrade behov eller behov av mer träning i användandet inte uppmärksammas och åtgärdas. Tysta eller mindre aktiva hjälpmedelsanvändare riskerar att drabbas av att anpassningar och reparationer av deras hjälpmedel uteblir. I flera av de studier som ingick i Socialstyrelsens kartläggning av förskrivningsprocessen framgår att uppföljning ofta prioriteras bort och inte genomförs.[26]

Hjälpmedelsverksamheten har anpassat sig efter patientlagens ikraftträdande

Det är av stor vikt att förskrivarna är medvetna om patientlagens regler i fråga om information och delaktighet. Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp patientlagen efter ikraftträdandet.[27] Våren 2015 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning som hade karaktären av en baslinjemätning vars resultat kommer att följas upp i en senare mätning. Resultaten visade att inom 88 procent av verksamheterna hade förskrivare alternativt hjälpmedelskonsulenter (vid hjälpmedelcentralerna) fått information om patientlagen vad gäller de bestämmelser som berör hjälpmedel. Information hade bland

[24] Socialstyrelsen (2015). Kartläggning av vetenskapliga studier kring förskrivningsprocessen.
[25] Socialstyrelsen (2016). Om bedömningsinstrumentet barns behov i centrum.
[26] Socialstyrelsen (2015). Kartläggning av vetenskapliga studier kring förskrivningsprocessen.
[27] Socialstyrelsen (2015). Uppdrag inom hjälpmedelsområdet – Del- och slutredovisning av vissa uppdrag 1 oktober 2015.

annat spridits via arbetsplatsträffar, konferenser och e-post. I sammanhanget påpekade många verksamhetschefer att de fortfarande tyckte att det finns oklarheter kring hur patientlagen ska tolkas, men att man informerat översiktligt om patientlagen.

Närmare 70 procent av verksamheterna använde sig av nya eller uppdaterade styrdokument för att säkerställa tillämpningen av patientlagens bestämmelser om hjälpmedel. Dessa styrdokument kan vara framtagna av huvudmannen centralt eller av verksamheterna själva.

I Socialstyrelsens enkätundersökning undersöktes bl.a. om hjälpmedelsförskrivarna fått utbildning om patientlagen. Cirka 40 procent av verksamheterna svarade att personalen fått utbildning i samtliga delar som rör hjälpmedel.

Hur valfrihet och delaktighet i hjälpmedelsförskrivning utvecklar sig på sikt mot bakgrund av införandet av patientlagen, är det för tidigt att säga något om. Socialstyrelsens uppdrag kommer att återrapporteras senast i december 2017.

Upphandlingsförfaranden kan påverka möjlighet till delaktighet

I detta sammanhang ska även betydelsen av väl utförda offentliga upphandlingar uppmärksammas. Upphandlingsförfarandet kan påverka graden av användares delaktighet och självbestämmande. I dag är det vanligt att huvudmännen använder sig av ramavtalsupphandlingar där ett förstahandsalternativ som uppfyller användarens behov måste presenteras. I praktiken medför detta att hjälpmedelsanvändare blir presenterade *ett* hjälpmedel, som utifrån behovsbedömningen uppfyller de individuella behoven. Om hjälpmedlet inte passar efter en tids användning finns möjlighet att testa ett nytt hjälpmedel. I de nya reglerna[28] för ramavtal med flera leverantörer, förtydligas att de objektiva villkoren för tilldelning av kontrakt i ramavtal får innefatta berörda personers behov eller val. En fördelningsnyckel i ett ramavtal för exempelvis varor eller tjänster som ska användas av fysiska personer får alltså ta hänsyn till enskilda personers behov eller val. Detta möjliggör ramavtalsupphandlingar som främjar delaktighet och självbestämmande i valet av hjälpmedel.

[28] Jfr Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG.

En upphandling som medför att användare presenteras *flera* alternativa hjälpmedel som uppfyller de individuella behoven torde medföra en effektivare hjälpmedelsförskrivning där användare snabbare får tillgång till hjälpmedel som de själva tror kommer kunna kompensera för deras funktionsnedsättning i vardagen.

7.4 Fritt val av hjälpmedel

7.4.1 Allmänt om fritt val av hjälpmedel

I augusti 2007 gav regeringen Hjälpmedelsinstitutet (HI) i uppdrag att samordna genomförandet av en försöksverksamhet för fritt val av hjälpmedel. Syftet var att pröva hur den enskilde kunde ges möjlighet att själv välja hjälpmedel, vilket antogs kunna leda till ökad konkurrens mellan företag och bidra till en förbättring av kvaliteten och utbudet av hjälpmedel, liksom lägre kostnader.[29] Under åren 2007 till 2009 bedrevs försöksverksamhet med fritt val av hjälpmedel i landstingen i Kronobergs län, Stockholms län och Södermanlands län. Ett antal kommuner inom Kronobergs och Södermanlands län ingick också i försöksverksamheten. Ambitionen var att prova systemet med fritt val av hjälpmedel så brett som det var juridiskt och praktiskt möjligt.[30] Efter omfattande juridiska utredningar gjordes bedömningen att s.k. eget ägande var den enda möjligheten att prova konceptet inom ramen för gällande lagstiftning.[31]

Den samlade bedömningen av de utvärderingar av försöksverksamheten som gjordes på HI:s initiativ var att fritt val är ett bra komplement för den som vill och kan påverka valet av produkt. HI betonade dock vikten av att förskrivningsprocessen skulle finnas kvar som huvudalternativ. Gällande kostnaderna för verksamheterna hade dessa inte påverkats i någon större utsträckning, men HI framhöll samtidigt att det rörde sig om en kort försöksperiod med ett lågt nyttjande av fritt val.[32]

Försöksverksamheterna resulterade i ett system med fritt val av hjälpmedel som i dag tillämpas i sex landsting och ett antal kom-

[29] Socialstyrelsen (2016). Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel, s. 12.
[30] Prop. 2013/14:67 s. 15.
[31] a. prop. s. 16.
[32] Hjälpmedelsinstitutet (2010). Större inflytande och delaktighet – Slutrapport från försöksverksamheten Fritt val av hjälpmedel.

muner. Det är Kronobergs läns landsting, Region Skåne, Landstinget i Sörmland, Region Jönköpings län, Stockholms läns landsting och Uppsala läns landsting samt fem kommuner i Kronobergs län och sju kommuner i Södermanlands län.

Fritt val av hjälpmedel är tänkt att fungera som komplement till traditionell förskrivning av hjälpmedel, för att ge hjälpmedelsanvändare större möjligheter att välja hjälpmedel och inte enbart vara hänvisad till det upphandlade sortimentet. Den nuvarande modellen innebär att hjälpmedelsanvändaren vänder sig till en förskrivare, där en behovsbedömning sker. Om hjälpmedel ska förskrivas, beslutar förskrivaren i samråd med användaren om traditionell hjälpmedelsförskrivning ska ske eller om man ska tillämpa fritt val av hjälpmedel. Fritt val ska bara tillämpas om användaren själv vill få sitt hjälpmedel förskrivet på detta sätt. Om man beslutar att tillämpa fritt val av hjälpmedel, överlåter förskrivaren till användaren att utföra hela eller delar av förskrivningsprocessen som *egenvård*. Med egenvård menas en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad förskrivare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra. Bedömningen av om hela eller delar av förskrivningsprocessen kan utföras som egenvård är förskrivarens uppgift och ska beslutas i enlighet med vad som föreskrivs i Socialstyrelsens föreskrift *Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård* (SOSFS 2009:6). Egenvård är inte sjukvård enligt HSL. Om ansvar för vårdskador, bl.a. ersättning från patientförsäkringen, ska kunna göras gällande mot förskrivaren, krävs här att egenvårdsbedömningen är felaktig.

Efter beslut om egenvård får användaren en rekvisition på ett belopp och hjälpmedel. Rekvisitionen används som hel- eller delbetalning vid köp av hjälpmedlet. Hjälpmedelsanvändaren inhandlar, äger och ansvarar därefter själv för hjälpmedlet. Hälso- och sjukvården har inget ansvar för hjälpmedlet eller för vilket hjälpmedel användaren valt. Däremot har hälso- och sjukvården kvar sitt uppföljningsansvar för patientens habilitering och rehabilitering.

Här ska framhållas att även inom ramen för den ordinarie förskrivningsprocessen kan ett s.k. enskilt ärende initieras när det befintliga sortimentet inte tillgodoser patientens behov. Ett särskilt beslut fattas då om varför det är nödvändigt att gå utanför det upphandlade sortimentet. I dessa fall är det sjukvårdshuvudmannen som äger hjälpmedlet och det kan följaktligen återanvändas om behovet

skulle upphöra. Dessutom gäller patientförsäkringen vid eventuella vårdskador. Det är intressant att notera att enligt Socialstyrelsen finns det ingen gemensam bild bland förskrivarna av vad som skiljer fritt val från möjligheten att via särskilt beslut gå utanför sortimentet för att tillgodose användarens behov.[33]

De sjukvårdshuvudmän som i dag använder fritt val av hjälpmedel har valt att tillämpa systemet inom olika hjälpmedelsområden. Hur systemet med fritt val av hjälpmedel tillämpas skiljer sig också åt mellan huvudmännen. Man har även valt att lösa frågan om service på olika sätt. Servicekonto eller servicecheck kan lämnas för vissa hjälpmedel. Dessa är tänkta att användas av användaren för att finansiera reparationer och reservdelar under hjälpmedlets beräknade livstid.

Enligt Socialstyrelsen har målgruppen för fritt val varierat över tid sedan starten 2007.[34] I regeringens ursprungliga uppdragsbeskrivning angavs att försöksverksamheten skulle omfatta *personer som bedömts ha ett behov av insats i form av hjälpmedel* och vidare *att verksamheten skulle riktas till personer med ett långvarigt behov av hjälpmedel*. I HI:s slutrapport 2010 anges att det ska finnas ett hjälpmedelbehov som förskrivaren har bedömt och utöver det ska användaren ha tillräcklig insikt i och erfarenhet av sin funktionsnedsättning, rehabilitering/habilitering och hjälpmedelsbehov för att kunna göra ett bra val. Vidare sågs det som en förutsättning att användaren skulle kunna använda sitt hjälpmedel utan risk för sig själv eller andra. I HI:s förskrivarstöd från 2011 anges emellertid endast att om förutsättningarna för förskrivning av hjälpmedel är uppfyllda, beslutar förskrivare och patient i samråd att tillämpa fritt val. I praktiken har verksamheterna utarbetat lokala kriterier för vilka målgrupper som kan vara aktuella. Dessa skiljer sig åt med avseende på bl.a. ålder, funktionsnedsättning och hjälpmedelsbehov. Enligt Socialstyrelsen är modellen otydlig i sin konstruktion. Det finns ingen tydlig och samlad bild av vilken den avsedda målgruppen är, till vilka information ska ges eller på vilka grunder fritt val ska tillämpas.[35]

[33] Socialstyrelsen (2016). Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel, s. 16.
[34] a.a. s. 15.
[35] a.a. s. 16.

Under 2011 tillkallades en särskild utredare med uppgift att lämna förslag om hur ett system med fritt val av hjälpmedel kan utformas samt tydliggöra vissa frågor för att stödja, underlätta och främja införandet av fritt val av hjälpmedel i kommuner och landsting. Utredningen lämnade betänkandet *Hjälpmedel – ökad delaktighet och valfrihet* (SOU 2011:77). Utredningen föreslog en ny lag om valfrihetssystem inom hjälpmedelsförsörjningen, som skulle tillämpas när kommuner och landsting beslutar införa valfrihetssystem. Förslaget innebar att den enskilde skulle få välja leverantör och produkt och ersättningen för hjälpmedlen skulle vara bestämd utifrån olika behovsnivåer. Flertalet remissinstanser avstyrkte förslaget eller uttryckte tveksamhet. Förslaget genomfördes inte.

I prop. 2013/14:67 *Mer inflytande för den enskilde i valet av hjälpmedel* föreslogs i stället att HSL och patientsäkerhetslagen skulle ändras så att det tydligare framgår att sjukvårdshuvudmannen ska erbjuda den enskilde att välja hjälpmedel när det finns olika hjälpmedel tillgängliga, dvs. om tillhandahållandet är förenligt med gällande upphandlingslagstiftning. Den enskildes val ska tillgodoses om det med hänsyn till den enskildes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstod som befogat. Vidare anfördes bl.a. följande (s. 1).

> Genom propositionen vill regeringen betona att landsting och kommuner inom ramen för gällande lagstiftning kan välja att erbjuda förskrivning genom fritt val av hjälpmedel med s.k. eget ägande. Den enskilde ges då möjlighet att välja hjälpmedel utanför det ordinarie sortimentet. I de landsting och kommuner där förskrivningsmöjligheten med fritt val har införts är även detta, förutom de olika hjälpmedel som finns i det ordinarie sortimentet, ett tillgängligt alternativ för tillhandahållandet av hjälpmedel, förutsatt att det för den enskilde är lämpligt med fritt val.

En orsak till att en lag om valfrihetssystem inte ansågs böra införas var den s.k. Upphandlingsutredningens slutsatser (SOU 2013:12).

7.4.2 Erfarenheter av fritt val av hjälpmedel

Socialstyrelsen har nyligen haft i uppdrag av regeringen att utvärdera och göra en konsekvensanalys av systemet med fritt val av hjälpmedel.[36] Bland annat skulle det undersökas hur sjukvårds-

[36] Uppdrag inom hjälpmedelsområdet (S2014/8959/FST).

huvudmännens kostnader skulle komma att påverkas om fritt val av hjälpmedel skulle ges en vidare spridning, varmed avses både att antalet fria val skulle öka men också att modellen skulle gälla för fler hjälpmedelsområden och patientgrupper. Vidare skulle konsekvenserna för den enskilde undersökas och belysas, liksom hur tillhandahållandet av hjälpmedel som en integrerad del av habilitering/rehabilitering påverkas om hjälpmedel i stor utsträckning förskrivs genom s.k. egenvårdsbeslut. I december 2016 lämnade Socialstyrelsen sin rapport där de utvärderat fritt val av hjälpmedel; *Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel.*[37]

Intentionen med fritt val av hjälpmedel var ursprungligen att verksamheterna skulle erbjuda en stor grupp hjälpmedelsanvändare möjlighet att friare välja hjälpmedel. Enligt Socialstyrelsens kartläggning har den målsättningen inte realiserats. Med undantag för hörselområdet omfattar förskrivningar via fritt val mindre än 1 procent av alla hjälpmedel som förskrivs i de aktuella landstingen och kommunerna. Fritt val omfattade 2015 ungefär 800 hjälpmedel på alla hjälpmedelsområden utom hörselområdet. Denna volym har varit oförändrat låg sedan verksamheten startade. Som en jämförelse förskrevs drygt 676 000 individmärkta och drygt 920 000 icke individmärkta hjälpmedel under 2014 för att kompensera rörelsenedsättningar samt kognitiva och kommunikativa funktionsnedsättningar, hörapparater undantaget.[38] Samtidigt kan konstateras att få förskrivare informerar om fritt val och att de som informerar endast gör det sporadiskt. Ingen systematisk informationsgivning sker utom på hörselområdet (s. 16). Enligt utredningens mening ligger det nära till hands att anta att volymerna skulle öka om informationen om fritt val blev bättre och att den låga användningsgraden således inte utgör ett tillförlitligt mått på hur användarna ser på möjligheten till fritt val.

Inom hörselområdet har fritt val av hjälpmedel fått större spridning. Där sker också en systematisk informationsspridning till användare gällande möjligheterna att få hörapparat förskriven på traditionellt sätt eller tillhandahållen via fritt val av hjälpmedel. Årligen förskrivs hörapparater till drygt 85 000 personer i Sverige.[39] I

[37] Socialstyrelsen (2016). Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel.
[38] Socialstyrelsen (2015). Indikatorer inom hjälpmedelsområdet.
[39] Hörselskadades riksförbund (2014). Myternas marknad, Svensk hörselvård – från behov till business, s. 70.

Stockholm är det drygt 80 procent av hörapparaterna som förskrivs med fritt val. I Skåne var det 65 procent (2014), men efter en upphandling som breddade sortimentet vid förskrivning har andelen sjunkit till 38 procent (2015).[40] Det är endast Stockholm och Skåne som tillämpar fritt val inom hörselområdet.[41] Hälften av alla rekvisitioner gäller kvinnor och hälften män.

Användares delaktighet ökar inte genom fritt val av hjälpmedel

Den viktigaste datakällan som Socialstyrelsen planerade lägga till grund för sin utvärdering var en brukarundersökning riktad till samtliga hjälpmedelsanvändare som nyttjat fritt val under 2015. Stockholms läns landsting önskade dock inte delta i en sådan undersökning. Eftersom det landstinget står för 70 procent av de hjälpmedel som erhållits med fritt val, avstod Socialstyrelsen från den planerade undersökningen. I stället inhämtades uppgifter från bl.a. Myndigheten för delaktighets brukarundersökning *Rivkraft*, en panel med cirka 1 400 personer med olika typer av funktionsnedsättningar. Av 1 226 svarande som uppgav att de använder hjälpmedel uppgav 303 st. att de kände till fritt val. Av dessa var det 68 st. som hade använt sig av fritt val. Av dessa svarade 40 st. att de tyckte det var bra att få välja själv.

Socialstyrelsens kartläggning av hjälpmedelsanvändarnas erfarenheter och synpunkter kring fritt val av hjälpmedel visar att fritt val av hjälpmedel i sin nuvarande form inte resulterat i en ökad upplevd delaktighet. Tillgängliga patientdata inom hörselområdet visar till och med att i Skåne är delaktigheten signifikant högre om hörapparaten valts utifrån regionens sortiment än via fritt val.

Förskrivares erfarenhet av fritt val av hjälpmedel

Socialstyrelsen genomförde också sex fokusgruppintervjuer med 36 förskrivare från län som tillämpar fritt val. Många hade reservationer gällande dagens modell för fritt val.[42] De flesta förskrivare

[40] Socialstyrelsen (2016). Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel, s. 19 och 21.
[41] a.a. s. 7.
[42] a.a. s. 31 f.

tyckte att det är positivt att kunna gå utanför det upphandlade sortimentet för att bättre tillgodose användarens behov. Många ansåg dock att det var bättre att fatta s.k. enskilt beslut när användarens behov inte kan tillgodoses inom ramen för det upphandlade sortimentet, eftersom man då kan undvika de negativa följderna av fritt val (t.ex. i fråga om service). Fritt val ansågs säga mer om det upphandlade sortimentets brister än om önskan hos användaren att verkligen äga sitt hjälpmedel.

I intervjuerna med förskrivarna framkommer vidare tydligt att förskrivare är väldigt återhållsamma med information om fritt val. Detta synes bero bl.a. på tveksamhet om det i det enskilda fallet finns förutsättningar för ett beslut om egenvård. Om man är osäker på om patienten klarar av att informera sig om utbudet och köpa och använda ett hjälpmedel på egen hand, väljer man att inte informera alls om fritt val. Det kan vara ”svårt att motivera för patienten att den inte är kapabel att välja hjälpmedel”. Många förskrivare uppgav att de hellre förskriver ett hjälpmedel än skriver en rekvisition. De värnar sin roll som förskrivare. Vidare ansågs det problematiskt att patienten kan köpa ett hjälpmedel som inte skulle ha förskrivits med hänsyn till patientsäkerheten. Som ett exempel nämns små elmopeder, vilka har fördelen från användarens synpunkt att de går in i hissen, men brister från patientsäkerhetssynpunkt. I fall där hjälpmedelanvändaren själv finner att det valda hjälpmedlet inte fungerar som det var tänkt, kan man bli tvungen att förskriva ett nytt hjälpmedel samtidigt som ingen annan kan ta över det hjälpmedel som införskaffats genom fritt val och inte blev bra. Majoriteten av förskrivarna ansåg att de flesta användare inte vill äga sina hjälpmedel eftersom de inte vill ansvara för service och underhåll. Detta sågs som en avgörande förklaring till det låga utnyttjandet av fritt val. Ett exempel är att rollatorer förekommer inom fritt val, men inget landsting eller kommun har något servicekonto för detta. Om rollatorn går sönder måste alltså användaren bekosta reparationerna själv. Vid tydlig information i detta avseende, väljer många användare att få hjälpmedel förskrivna på traditionellt sätt i stället. Många användare med fritt val verkar få problem med att hitta reservdelar och någon som reparerar hjälpmedlet. Ett problem som lyftes fram är att många vänder sig till förskrivaren i tron att hjälpmedelscentralen ska hjälpa till med service, även om man varit tydlig med att detta inte gäller vid fritt val. Det kan också hända

att hjälpmedelsanvändaren kommer tillbaka när det är tomt på servicekontot och vill ha en ny förskriven rullstol, även om den gamla inte är ”slut”. Att en leverantör bedömer rullstolen som uttjänt, kan inte ses som liktydigt med en objektiv bedömning. Detta ”slöseri” med användbara hjälpmedel beskrivs i Socialstyrelsens kartläggning som problematiskt även från miljösynpunkt.

Ett exempel på när det fungerar bra med fritt val enligt förskrivarnas mening är när hjälpmedelsanvändaren vill ha en annan färg på sitt hjälpmedel än som finns i sortimentet, t.ex. en röd kryckkäpp i stället för en grå. Särskilt för barn är det viktigt att kunna välja ett ”mindre stigmatiserande alternativ” som inte ser ut som om det kommer från hjälpmedelscentralen. Andra exempel på när fritt val fyller en funktion är när användare vill ha ett nyproducerat hjälpmedel i stället för rekonditionerat, t.ex. ett tyngdtäcke. Ett rimligt antagande är att fritt valda hjälpmedel också torde användas mer, eftersom användaren är mer aktiv i valet och vill prova och använda hjälpmedlet. Vidare ska fritt val ha medfört att det upphandlade sortimentet breddats i vissa landsting. En annan fördel är att det kan ta tid innan nya produkter kommit in i sortimentet och fritt val möjliggör då en snabbare tillgång till nya, bra produkter på marknaden.

De audionomer som deltog i intervjuerna var övervägande positiva till fritt val.[43] Samtliga uppgav att de informerar objektivt om fritt val. Många ifrågasatte emellertid om alla patienter verkligen tar in all information vid besöket (dock ska framhållas att patienterna även får skriftlig information). Om audionomen får indikationer på att patienten har kognitiv svikt, tonas det fria valet ned. Flera poängterade dock att man vill att patienten ska välja fritt val, för att ”företaget ska gå runt”. Den avtalsenliga ersättningen för rehabiliteringen som mottagningarna har hand om anses nämligen för låg. Servicekontot används ofta för att teckna en serviceförsäkring, vilket rapporteras fungera väl.

[43] Socialstyrelsen (2016). Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel, s. 42.

Marknaden för fritt val av hjälpmedel

Det finns mycket som tyder på att användares valfrihet inte ökar med fritt val av hjälpmedel, som modellen är utformad i dag. Det beror på att fritt val av hjälpmedel förutsätter att det finns en mångfald av hjälpmedelsleverantörer som agerar på konsumentmarknaden, vilket inte är fallet i dag. Socialstyrelsen bedömer att modellen inte har lett till någon ökning av antalet aktörer på marknaden. Inom hörselområdet har utvecklingen gått åt motsatt håll, med färre och större koncerner. I dag äger två koncerner 90 procent av hörselmottagningarna i Stockholm och Skåne, William Demant Holding A/S och Sonova Holding AG.[44] HRF:s undersökningar visar att hjälpmedelsanvändare i hög utsträckning väljer hörapparat från hörselmottagningens eget märke. Hos de tre största vårdgivarna i Stockholm är andelen som väljer hörapparat från vårdgivarnas sortiment, i stället för landstingets upphandlade sortiment, så hög som 90 procent[45].

På övriga hjälpmedelsområden är Socialstyrelsens bedömning att det finns för få hjälpmedelsleverantörer som riktar sig till den privata marknaden, vilket är en grundpremiss för att fritt val av hjälpmedel ska fungera som det är tänkt. I den mån det finns en marknad är den begränsad till storstadsregionerna (s. 70). Vidare anses modellen förutsätta att hjälpmedelsanvändaren har tillgång till oberoende konsumentrådgivning, vilket i stor utsträckning saknas. Detta försvårar för användare att göra ett informerat val.

Inom hörselområdet finns särskilda problem som lyfts fram av bl.a. brukarorganisationerna vid ett flertal tillfällen. Marknaden domineras som nämnts av ett fåtal aktörer vilka både äger hörselmottagningar och tillverkar hörapparater. Det finns således ekonomiska incitament för mottagningarna att rekommendera de hörapparater man säljer. Detta begränsar användarnas möjlighet till, eller i vart fall känslan av att få saklig och oberoende information. Det finns alldeles uppenbart en oro bland personer med hörselnedsättning för att audionomen agerar mer försäljare än hälso- och sjukvårdspersonal vid utprovningen av en hörapparat. HRF:s inställning

[44] Se även Hörselskadades riksförbund (2014). Myternas marknad, Svensk hörselvård – från behov till business, s. 46 f.
[45] Hörselskadades riksförbund (2017). Primär hörselrehabilitering i Stockholms län – En kartläggning av organisation och styrning, verksamhetens utförande samt uppföljning.

är att hörselcheckarna och fritt val av hjälpmedel måste avskaffas. Den som vill köpa hörapparat privat ska givetvis kunna göra det, men köpet ska inte subventioneras med allmänna medel. I stället ska landstingets sortiment vara breda och hålla hög kvalitet.[46]

Användares kostnader kan bli högre vid fritt val av hjälpmedel

I fråga om avgifter som användare måste betala i samband med tillhandahållandet av hjälpmedel i form av besöksavgifter, hjälpmedelsavgifter och serviceavgifter konstaterar Socialstyrelsen att det inte finns några systematiska skillnader beroende på om hjälpmedlet är förskrivet via fritt val eller ej. Däremot kan kostnaderna för service och reparationer bli påtagliga för hjälpmedelsanvändare om hjälpmedel tillhandahållits via fritt val av hjälpmedel och det saknas servicekonto kopplat till hjälpmedlet, liksom när servicekontot tömts. Det område där fritt val tillämpats i högst omfattning är som tidigare nämnts hörselområdet, men det saknas uppgifter om hur mycket användare som väljer fritt val av hörapparat betalar själva. I Stockholms län görs ingen uppföljning av hur många patienter som betalar ur egen ficka utöver de 600 kronor som alla betalar i utprovningsavgift (oavsett om fritt val tillämpas eller förskrivning sker ur landstingets sortiment). De audionomer som intervjuades uppskattade att 15 till 20 procent av dem som väljer fritt val i Stockholm också lägger ut egna pengar för att få en dyrare hörapparat. I Skåne följer man upp hur många användare som lägger till egna pengar. För 2015 var det 12 procent av de som valde fritt val som betalade extra. Inte heller för Skåne finns uppgifter om hur mycket extra användarna erlagt.

HRF har länge uppmärksammat kostnader som hörselskadade kan ha i samband med att hörapparater förskrivs via fritt val av hjälpmedel. De beskriver exempelvis att hörapparater som förskrivs via fritt val har ett inköpspris för användaren som är 15 gånger dyrare än då samma hörapparat[47] finns med i annat landstings upphandlade hjälpmedelssortiment. När Västra Götalandsregionen upphandlade hörapparaten Siemens Pure Micon 7 blev inköpspriset

[46] Hörselskadades riksförbund (2014). Myternas marknad, Svensk hörselvård – från behov till business, s. 56.
[47] a.a. s. 38 f.

1 100 kronor. Patienter där betalar inget för hörapparaten. Samma hörapparat fanns med på prislistan hos Audionomerna Stockholm, men då till priset *16 640 kronor*, dvs. 15 ggr så mycket. Efter att landstingets hörselcheck dragits av (3 040 kronor) måste den enskilde betala 13 600 kronor ur egen ficka. De flesta patienter behöver dessutom två hörapparater. Detta kan innebära att en användare som får två hörapparater förskrivna via fritt val av hjälpmedel i ett landsting, får betala drygt 27 000 kronor mer, än en användare som får samma apparater förskrivna på traditionellt sätt i annat landsting.[48] Exemplet visar för övrigt också att *landstinget* får betala mer för samma hörapparat än när den upphandlas.

Kostnaderna för det allmänna kan komma att öka vid fritt val

I rapporten från Socialstyrelsen framkommer att hjälpmedelsanvändare, förskrivare och andra aktörer befarar att fritt val av hjälpmedel kan innebära ökade kostnader för det allmänna. Den största potentiella merkostnaden beror på att hjälpmedlen inte kan återanvändas med den nuvarande modellen. En rollator återanvänds i genomsnitt 4 ggr och en manuell rullstol återanvänds noll till 8 ggr beroende på typ. Även elrullstolar återanvänds i viss omfattning. För att teoretiskt belysa kostnadsskillnaderna mellan förskrivning och fritt val har Socialstyrelsen valt några hjälpmedel som exempel och beräknat landstingets kostnad för dessa. Enligt Socialstyrelsens beräkningsmodell blir landstingets kostnad för en rollator som tillhandahålls via fritt val av hjälpmedel mellan 595 och 2 175 kronor högre än vid vanlig förskrivning. En allround-rullstol blir mellan 7 600 och 11 500 kronor dyrare för landstinget via fritt val och en aktiv-rullstol mellan 16 000 och 17 100 kronor dyrare. Vidare framkommer att en elrullstol med manuell styrning blir mellan 21 770 till 27 510 kronor dyrare för landstinget om den tillhandahålls via fritt val av hjälpmedel och en elrullstol med motoriserad styrning mellan 50 950 till 69 410 kronor dyrare.

Enligt Socialstyrelsen är kostnaderna för landstinget mer likvärdiga när det gäller hörapparater och påverkas inte nämnvärt av om

[48] Hörselskadades riksförbund (2014). Myternas marknad, Svensk hörselvård – från behov till business.

hörapparaten tillhandahålls via fritt val av hjälpmedel eller traditionell förskrivning. Den bedömningen beror på att det inte är några större skillnader mellan rekvisitionsbeloppet och inköpspriset. Detta är en dock iakttagelse som är värd att fundera över. De ”vanliga” förskrivarna i Socialstyrelsens undersökning har tyckt sig kunna se att leverantörerna anpassar sina priser uppåt så att hela rekvisitionsbeloppet går åt. Enligt HRF:s undersökning är en rekvisition för en hörapparat i Stockholm *tre gånger högre* än kostnaden för de flesta upphandlade hörapparaterna.[49] I det tidigare nämnda exemplet Siemens Micon 7, som upphandlades till priset 1 100 kronor, blir kostnaden för landstinget vid fritt val i stället 3 040 kronor (dvs. hörselcheckens belopp). Samma hörapparater som finns i de privata sortimenten finns också i olika landstings upphandlade sortiment, men till en betydligt lägre kostnad för skattebetalarna.

Socialstyrelsen bedömer i sin konsekvensanalys att det kan bli kostsamt för samhället om modellen med fritt val av hjälpmedel, i sin nuvarande form, ges en vidare spridning. Om fritt val av hjälpmedel implementeras för samtliga typer av *förflyttnings*hjälpmedel i alla regioner och landsting, och användningen skulle vara 1 procent, uppskattas kostnaderna för huvudmännen öka med 56–89 miljoner kronor totalt. Redan vid en blygsam spridning av fritt val av hjälpmedel skulle kostnaderna för det allmänna komma att öka. Utredningen noterar att Socialstyrelsen inte gjort någon bedömning av kostnaderna för det allmänna om fritt val skulle utökas till alla hjälpmedelsområden, troligtvis i brist på tillförlitliga underlag.

Socialstyrelsen bedömer vidare att de som framför allt kan antas tjäna på fritt val är de företag som levererar, provar ut, servar och reparerar hjälpmedel.[50] På en fri marknad bestäms priset av utbud och efterfrågan. Här bestäms priset i praktiken av vilken ersättning som betalas av sjukvårdshuvudmännen, vilket inte behöver leda till ett marknadsmässigt pris. Till skillnad från vad som gäller vid fritt val, pressas priserna vid offentlig upphandling. Det kan vara så att företags intresse av att lämna bud vid offentliga upphandlingar minskar för att fritt val är mer lönsamt. I så fall försämras möjligheterna till breda upphandlade sortiment.

[49] Hörselskadades riksförbund (2014). Myternas marknad. Svensk hörselvård – från behov till business, s. 39.
[50] Socialstyrelsen (2016). Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel.

Principiella invändningar mot fritt val av hjälpmedel

HRF har lyft fram problemet med att audionomerna sitter på två stolar. Å ena sidan ska audionomen bedöma patientens behov, förskriva hjälpmedel och ge objektiv information och vårdrådgivning, på uppdrag av landstinget. Å andra sidan ska audionomen sälja hjälpmedel och dra in intäkter till sin arbetsgivare, hörselvårdsföretaget. Enligt HRF är dessa roller oförenliga och strider mot grundläggande vårdetiska principer.[51] Enligt HRF är det ”väldigt, väldigt många av de patienter som HRF har talat med som berättar samma historia”, att audionomen plockar fram en låda med en klumpig, ful hörapparat som ger intryck av att vara gammal och som påstås vara typisk för landstingets sortiment.[52] I själva verket innehåller de upphandlade sortimenten en rad olika hörapparater av god kvalitet och för olika behov, och skiljer sig inte utseendemässigt från hörapparater utanför sortimenten. Inställningarna har också stor betydelse. En del hörselskadade betalar tiotusentals kronor ur egen ficka utan att inse att de kan få en bra hörapparat från landstingets sortiment. HRF skulle önska att man gjorde en analys av hur audionomens beroendeställning påverkar utfallet av egenvårdsbeslutet. På andra hjälpmedelsområden, där den som fattar beslut om egenvård är en oberoende legitimerad förskrivare, har andelen förskrivningar varit mycket låg. Enligt HRF vore det angeläget att regelverket kring egenvård föreskriver att förskrivaren ska ha en *oberoende* ställning. HRF lyfter fram att både HRF:s egna erfarenheter och Socialstyrelsens utvärdering tyder på att förskrivarna önskar att patienten ska välja fritt val av hjälpmedel och ”deras” hörapparat, för att det gynnar arbetsgivaren. HRF anser att den som fattar egenvårdsbeslutet ska vara oberoende. Detta skulle kunna regleras i Socialstyrelsens föreskrift om egenvård, anser HRF.

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) har uttryckt principiell kritik mot medfinansiering av hjälpmedel.[53] Rådets resonemang berör i första hand medfinansiering av hörapparater, där hjälpmedelsanvändaren kan lägga till egna pengar för att få en förmodat bättre hörapparat. Enligt SMER är det främsta argumentet för att införa medfinan-

[51] Hörselskadades riksförbund (2014). Myternas marknad. Svensk hörselvård – från behov till business, s. 27.
[52] a.a. s. 30.
[53] Statens medicinsk-etiska råd (2014). Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter.

siering att patientens valmöjligheter ökar. Från ett etiskt perspektiv anses dock fler argument tala emot än för medfinansiering. Medfinansiering anses strida mot intentionerna i HSL och den etiska plattformen för prioriteringsbeslut. Att köpa sig till en bättre vårdkvalitet eller tillgänglighet inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är inte förenligt med principen om vård på lika villkor. Enligt SMER skulle medfinansiering på sikt kunna leda till att man frångår tanken om vård av hög kvalitet till alla och att offentlig hälso- och sjukvård i stället ska stå för en låg basnivå. Egenfinansiering anses däremot i princip som oproblematiskt under förutsättning att det inte leder till undanträngningseffekter (s. 18). Man får bedöma möjligheterna till med- eller egenfinansiering efter granskning av varje produkt/tjänst för sig, varvid medfinansiering i syfte att nå en högre kvalitet inte anses etiskt godtagbart. Det anses angeläget att landstingen når en samsyn i dessa frågor, eftersom för stora skillnader mellan landstingen strider mot likavårdsprincipen (s. 20).

Socialstyrelsen pekar på att det faktum att marknaden för hörapparater numera domineras av två stora koncerner, tillsammans med det fria vårdvalet och den låga rehabiliteringsersättningen till audionommottagningarna, medför ett ekonomiskt incitament för de auktoriserade hörselmottagningarna att fokusera på försäljning av det ”egna” utbudet. Audionomernas dubbla roller som vårdgivare och säljare av hörselhjälpmedel står i konflikt med varandra, framhåller Socialstyrelsen (s. 70). Principerna om vårdetik blir då svåra att upprätthålla. På andra hjälpmedelsområden finns det för få hjälpmedelsleverantörer för att fritt val ska kunna fungera som det är tänkt. I sammanhanget noteras att det inte finns någon konkurrensneutral konsumentrådgivning och dessutom ont om butiker där användare kan få hjälp att välja och prova ut ett hjälpmedel. I den mån det finns en marknad är den koncentrerad till storstadsregionerna.

Fritt val kan därför i någon mening sägas bidra till ojämlika villkor över landet vad gäller tillgången till vård. Bristande likvärdighet över landet är problematiskt, enligt utredningens direktiv. Utredningen ska lämna förslag som motverkar detta.

Andra sätt att uppnå ökad valfrihet och delaktighet

Vi har fört en dialog med ett flertal brukarorganisationer i fråga om delaktighet och självbestämmande. Både Neuroförbundet och HRF har framfört att de kvaliteter som upplevs som positiva inom fritt val bör fångas upp och erbjudas inom det generella hjälpmedelssystemet. Professionellt stöd kan behövas i olika faser då behov och förutsättningar förändras. Service och underhåll för hjälpmedel som tillhandahållits via fritt val bör gå att bygga upp inom den ordinarie hjälpmedelsverksamheten. Brukarorganisationerna anser vidare att patientens valfrihet och inflytande bör främjas genom återkommande upphandlingar av sortiment som är breda, flexibla och av hög kvalitet, så att alla patienter kan få sina individuella behov tillgodosedda inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvården. Vid särskilda behov ska det finnas möjlighet att gå utanför det upphandlade sortimentet.

Socialstyrelsen framhåller också att andra satsningar på ökad delaktighet och valfrihet, såsom patientlagen och Upphandlingsmyndighetens vägledning för upphandling av hjälpmedel, kan främja delaktighet och valfrihet till rimlig kostnad med bibehållen patientsäkerhet.[54]

Ett hypotetiskt alternativ till patientlagens val av hjälpmedel är att ge hjälpmedelsanvändaren fullt ansvar för sitt hjälpmedelsbehov och en egen budget för detta. Detta är något som inte tillämpas någonstans i Sverige. Under 2011 hade Hjälpmedelsinstitutet i uppdrag från dåvarande regering att ta fram ett underlag för en försöksverksamhet med så kallad personlig hjälpmedelsbudget. Underlaget ledde till slutsatsen att en personlig hjälpmedelsbudget skulle kunna vara ett alternativ för användare som behöver använda sig av många hjälpmedel samtidigt, men man konstaterade också att modellen fritt val av hjälpmedel torde vara en mer framkomlig väg för att utveckla valfriheten i hjälpmedelsförsörjningen.

I det här sammanhanget kan nämnas den norska modellen med *brukerpass*[55], som tillkom 2005. År 2016 fanns det 1 600 brukerpass i Norge. Modellen innebär att ett avtal träffas mellan en viss brukare och en hjälpmedelscentral som ger brukaren större inflytande och

[54] Socialstyrelsen (2016). Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel, s. 72.
[55] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelsformidling – for økt deltakelse og mestring, s. 64 och 122.

ansvar i egen sak. De kan vända sig direkt till hjälpmedelscentralen eller en hjälpmedelsfirma, utan att behöva ta omvägen via kommunens handläggare. Undersökningar visar emellertid att modellens utformning varierar över landet och att många brukare inte får någon information om brukerpass (många vet heller inte om de har brukerpass eller ej). Det anses stå klart att modellen inte använts i den utsträckning som man kunnat förvänta sig. Det antas bero på att flera hjälpmedelscentraler undviker att informera om brukerpass. Flera förhållanden, både vad gäller ramvillkor och ordningen som sådan, gör att det inte fungerar optimalt. Vissa hjälpmedelscentraler har uppgivit att brukerpass driver upp kostnaderna, då brukarna genererar oförutsägbara kostnader i leverantörsledet. Detta sker ofta i samband med underhåll och service, som hade kunnat göras billigare om hjälpmedelscentralen gjort det själv. Brukerpass anses inte heller ligga i brukarnas intresse, eftersom de kan gå miste om viktig vägledning, stöd och kvalitetssäkring. En del hjälpmedelscentraler angav att brukare redan är delaktiga i hjälpmedelsförmedlingen och att brukerpassen således är överflödiga. Slutligen har Riksrevisionen kritiserat modellen, eftersom brukarna inte ska ha möjlighet att själva utlösa kostnader för det allmänna. Detta har man försökt lösa genom att brukarna måste kontakta hjälpmedelscentralen först, för att få ett beställningsnummer att användas vid kontakten med leverantören.[56]

Liksom i Sverige är det vanliga i Norge att hjälpmedel lånas ut snarare än att ersättning lämnas för egna inköp. I dag ges ”tilskudd” till individuella ombyggnationer på arbetsplatsen, viss bostadsanpassning, bil, körkortsutbildning, PC till elever i grundskola vid specifika läs- och skrivsvårigheter samt enklare hjälpmedel. Staten är då som regel inte ansvarig för underhåll, försäkring, reparation och service. Den norska hjälpmedelsutredningen pekar på vissa administrativa fördelar med kontantbidrag, bl.a. att kostnaderna för att hålla lager minskar, liksom behovet av offentlig upphandling.[57] Samtidigt anses det som en nackdel att hjälpmedlen inte återanvänds. En minskad användning av offentlig upphandling leder också till

[56] Vidare har Direktoratet fra samfunnssikkerhet og beredskap infört regler 2014 om utbildning av brukare när det gäller elektromedicinsk utrustning (t.ex. elrullstol), vilket medfört att brukare inte tillåts köpa sådana hjälpmedel på egen hand.
[57] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelsformidling – for økt deltakelse og mestring, s. 90.

högre priser för den som ska bekosta hjälpmedlet. Utan offentlig upphandling finns heller ingen garanti för hjälpmedlets kvalitet. Enskilda kanske inte väljer en ändamålsenlig lösning när de inte får hjälp av hjälpmedelscentralen. Nödvändigt underhåll kan utebli, vilket i förlängningen kan leda till att hjälpmedlet inte kan användas. En ökad användning av egenfinansiering kan leda till ojämlikheter.

Utredningens majoritet lyfte fram vissa hjälpmedelsområden som skulle kunna lämpa sig för ”tilskudd.” Det gäller bostadsanpassning, hjälpmedel som inte kan återanvändas (t.ex. glasögon och specialsydda kläder), enklare småhjälpmedel som inte kräver någon kunskap för att hantera och som är allmänt tillgängliga på marknaden, produkter med snabb produktutveckling (t.ex. viss välfärdsteknologi) och produkter som många är i behov av (konsumentprodukter). Utredningens minoritet motsatte sig ”tilskudd” av principiella skäl. En nationell utlånsordning ger de bästa förutsättningarna för en brukarorienterad hjälpmedelsförmedling, ansåg minoriteten. Kontantbidrag ansågs öka risken för felköp och gynnar mest människor med god ekonomi och goda kognitiva förutsättningar, liksom de som bor där det finns en bra marknad.

Även majoriteten ville behålla utlån som förstahandslösning. I sammanhanget framhölls de erfarenheter av ”fritt val” som gjorts i Sverige och Danmark, som visar att modellen används mycket lite (cirka 1 procent i båda länderna). Utredningen från Danmark visade även att det är de mest resursstarka brukarna, med god ekonomi, nätverk och kognitiva resurser som primärt utnyttjar möjligheten till fritt val. Även yngre och föräldrar till barn med funktionsnedsättning förekommer, men däremot få äldre. Den norska utredningen ansåg att man bör undvika parallella ordningar. Därför övervägde man inte att införa en modell med fritt val (s. 94).

7.5 Analys och slutsatser

7.5.1 Många hjälpmedelsanvändare upplever sig delaktiga

Delaktighet är ett inte alldeles lättfångat begrepp som dessutom används i många olika sammanhang. Exempelvis är ett grundläggande mål för funktionshinderspolitiken att samhället utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhället. Delaktighet är också ett centralt begrepp inom

hälso- och sjukvård. Trots goda medicinska resultat har svensk hälso- och sjukvård länge uppvisat vissa brister när det gäller tillgänglighet, patienttillfredsställelse och delaktighet.[58,59] Successivt har delaktighet och självbestämmande blivit alltmer prioriterade områden. Olika insatser har gjorts på nationell nivå, bl.a. i fråga om val av vårdgivare och olika behandlingsinsatser. Vikten av hög delaktighet och självbestämmande gäller även vid hjälpmedelsförskrivning.

Att utgå från *individens* behov och livssituation är många gånger avgörande för att hjälpmedlet ska fungera i vardagen och ge det kompensatoriska stöd som det är tänkt. Man kan med fog hävda att just på hjälpmedelsområdet är delaktighet och självbestämmande ännu viktigare än annars, eftersom ett hjälpmedel följer användaren dagligen och ofta blir en del av användarens identitet. Att vara nöjd (och kanske till och med stolt) över sitt hjälpmedel ökar självfallet användandegraden och därmed också effektiviteten av hjälpmedlet.

De studier som utredningen refererar till i avsnitt 7.3 visar att många hjälpmedelsanvändare känner sig delaktiga då hjälpmedel förskrivs. Studierna belyser dock inte graden av upplevd delaktighet och inte heller om det finns skillnader i upplevd delaktighet mellan olika grupper av hjälpmedelsanvändare.

När olika sätt att öka den enskildes delaktighet och självbestämmande övervägs, måste utgångspunkten vara att hjälpmedelsanvändare är olika. Vana hjälpmedelsanvändare mitt i livet har ofta kunskap om sina behov och vet vilka hjälpmedel som finns att tillgå. Multisjuka med komplexa behov kan däremot ha stort behov av specialistkunskap vid behovsbedömning och val av hjälpmedel. När det gäller barn finns ett stort behov av specialistkunskap om barns utveckling för att rätt hjälpmedel ska kunna förskrivas med hänsyn till barnets individuella utveckling. Eftersom hjälpmedelsanvändare är olika vill och kan många användare lösa sina hjälpmedelsbehov på egen hand, medan andra vill och behöver hälso- och sjukvårdens stöd. De som är i stort behov av hälso- och sjukvårdens kompetens i val och användning av hjälpmedel ska ha möjlighet att få behovsanpassat stöd av hög kvalitet. Samtidigt behöver sannolikt inte alla människor hälso- och sjukvårdens stöd och kompetens för att få tillgång till hjälpmedel.

[58] Health Consumer Powerhouse (2016). Euro health consumer index 2015.
[59] Sveriges Kommuner och Landsting (2015). Svensk sjukvård i internationell jämförelse.

Ännu en synpunkt är att hjälpmedel förefaller att kopplas till enbart medicinska behov, medan behov utifrån individens livssituation inte prioriteras lika högt. Många hjälpmedelsanvändare är aktiva i samhället och ska kunna vara det på samma villkor som andra. Det förefaller som om vården ofta utgår ifrån att hjälpmedelsanvändare mest befinner sig i sitt hem och följaktligen provas hjälpmedlen ut i och för hemmet. Socialstyrelsens kartläggning[60] visar att kompetensen kring bemötandet av hjälpmedelsanvändare ”mitt i livet” behöver öka.

Förskrivning av hjälpmedel kan göras med större eller mindre grad av delaktighet beroende på bl.a. arbetsrutiner, personalens kompetens samt användarens intresse och förmåga att ställa krav. Av Socialstyrelsens kartläggning av förskrivares erfarenhet av fritt val framgår att förskrivare är återhållsamma med att informera om möjligheten till fritt val av hjälpmedel framför allt i fall då patienten inte bedöms kunna köpa rätt hjälpmedel på egen hand, trots att lagen föreskriver att patienter har rätt till individanpassad information om de hjälpmedel som finns. Stödmaterial om delaktighet med bäring på arbetsrutiner och personalens kompetens har nyligen publicerats av Socialstyrelsen.[61,62]Det är dock för tidigt att säga något om vad materialen får för effekter i fråga om information till och delaktighet för hjälpmedelsanvändare.

Inom hälso- och sjukvården har det under årtionden förts en diskussion om att juridiskt stärka patientens ställning på olika sätt.[63] Man har övervägt en renodlad rättighetslagstiftning, att samla befintliga bestämmelser kring patientens ställning och på så vis tillgängliggöra patientfokuserad information, att tydliggöra eller utveckla utförarens och personalens skyldigheter mot patienten samt att stärka patientens möjligheter att till exempel lämna klagomål eller få kompensation i efterhand. Den nya patientlagen innebär att patientens rätt till delaktighet och självbestämmande stärkts. Hjälpmedelsanvändare ska ha möjlighet att välja det alternativ han eller hon föredrar när det finns flera olika hjälpmedel tillgängliga, och

[60] Socialstyrelsen (2015) Förstudie – Stöd vid förskrivning av hjälpmedel. Grund för ett stöd riktat till förskrivare och andra relevanta yrkesgrupper.
[61] Socialstyrelsen (2016). Delaktighet vid förskrivning av hjälpmedel - Stödmaterial till chefer.
[62] Socialstyrelsen (2016). Förskrivning av hjälpmedel – Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning.
[63] Rynning, E. (2011). Still no Patients' Act in Sweden – Reasons and implication.

patienten ska få det valda hjälpmedlet om det är rimligt med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet. Många verksamheter har redan anpassat sin information och använder sig av nya eller uppdaterade styrdokument för att säkerställa tillämpningen av patientlagens bestämmelser om bl.a. val av hjälpmedel. Vårdanalys uppföljning (rapport 2017:2) tyder på att lagen inte påverkat patientens ställning på något avgörande sätt. Enligt utredningens mening är det dock för tidigt att säga något om patientlagens inverkan för hjälpmedelsanvändarna. Socialstyrelsen följer utvecklingen efter patientlagens ikraftträdande särskilt och beräknas redovisa sina resultat i december 2017.

7.5.2 Tillämpningen av fritt val av hjälpmedel är inte tillfredsställande

Nuvarande modell för fritt val av hjälpmedel bygger på att hjälpmedelsanvändaren *äger* sitt hjälpmedel, till skillnad från vid förskrivning i allmänhet. Det förefaller troligt att reglerna om offentlig upphandling varit avgörande vid valet av modell för fritt val av hjälpmedel. Brukaren köper själv sitt hjälpmedel av en leverantör som säljer hjälpmedlet inom sin näringsverksamhet. Köpet är i och med det att betrakta som ett konsumentköp. Mellan leverantören och sjukvårdshuvudmannen föreligger inte något avtalsförhållande. Någon offentlig upphandling behöver inte ske, trots att leverantören (i huvudsak) betalas med allmänna medel.

Dagens modell har dock flera nackdelar jämfört med traditionell förskrivning. Den leder till ett reducerat förskrivaransvar i förhållande till den traditionella förskrivningsprocessen. Förskrivarens yrkesansvar gäller bara behovsbedömningen och beslutet om överlämning till egenvård. Om hjälpmedlet kan överlämnas till egenvård, är det inte längre fråga om hälso- och sjukvård, vilket bl.a. innebär att patientförsäkringen inte gäller. Vidare kan konstateras att hjälpmedelsanvändaren måste vända sig till marknaden vid behov av service eller support, i stället för till sjukvården. Eftersom föreskriften om medicintekniska produkter (SOSFS 2008:1) inte torde vara tillämplig annat än i hälso- och sjukvård, faller de skyldigheter som kommuner och landsting har enligt den föreskriften bort. Spårbarheten går inte att upprätthålla.

De negativa erfarenheter av fritt val av hjälpmedel som framförts av bl.a. HRF handlar om att marknaden domineras av ett fåtal aktörer som både äger hörselmottagningar och tillverkar hörapparater. Detta leder till en situation där opartiskheten hos den person som utför behovsbedömning, och eventuellt tar beslut om egenvård och förskrivning via fritt val av hjälpmedel, kan ifrågasättas. Inom hörselområdet finns ekonomiska incitament för mottagningarna att rekommendera de hörapparater man också säljer, vilket medför att användare inte känner sig säkra på att den information de får grundar sig i patientens individuella behov. Individen upplever sig som kund snarare än patient. De erfarenheter som HRF lyft fram tyder på att patienter inte alltid får saklig information utan att de påverkas till att köpa något de inte behöver. En dyrare hörapparat behöver inte alls vara bättre.[64] Man kan hävda att problemen borde kunna åtgärdas genom tillsyn. Emellertid är det i det närmaste ogörligt att kontrollera vilken information som lämnas vid personliga möten mellan användare och förskrivare. Detsamma gäller egenvårdbeslutet som sådant.

Vidare finns en risk för att checksystemet medför att *det allmänna* får betala ett överpris för hörapparater. Exemplet med en modell som kunde upphandlas för 1 100 kronor och som såldes till kund för drygt 16 000 kronor, varav landstinget får stå för 3 040 kronor, visar tydligt att modellen företrädesvis gynnar företagen och ingen annan.

Eftersom modellen inte är lagreglerad, är det inte enkelt att lagstiftningsvägen inskärpa vikten av en opartisk och saklig information. HRF har framkastat att Socialstyrelsens föreskrift om egenvård skulle kunna kompletteras med ett krav på att den förskrivare som beslutar om egenvård ska vara oberoende. Regler på föreskriftsnivå bör dock enligt utredningens mening ha uttryckligt stöd i lag. Någon bestämmelse i HSL, patientsäkerhetslagen eller patientsäkerhetsförordningen som uttryckligen förbjuder närvaron av ekonomiska incitament och/eller beroendeställning för förskrivaren finns inte. [65]

[64] Hörselskadades riksförbund (2014). Myternas marknad. Svensk hörselvård – från behov till business, s. 11.

[65] Vid sidan av lagregler finns andra etiska regler som vårdpersonal har att förhålla sig till. Exempelvis innehåller Läkarförbundets etiska regler grundläggande värderingar inom den medicinska etiken. I punkt 18 anges bl.a. att läkaren inte får låta sig påverkas av otillbörligt förvärvsbegär och inte utföra annan undersökning och behandling än vad som är medicinskt motiverat. Läkaren ska dessutom avhålla sig från påträngande marknadsföring (punkt 19).

I sak har dock utredningen ingen annan uppfattning än HRF, dvs. att audionomens ekonomiska beroendeställning är ägnad att i viss utsträckning rubba tilltron till rådgivningen (därmed inte sagt att alla privatanställda audionomer ger bristfällig information). Det är självklart att patienter förväntar sig objektiv information från en förskrivare som jobbar på en av landstinget auktoriserad hörselmottagning. Som HRF:s egen rapport visar finns det dock exempel på att rådgivningen inte varit saklig och objektiv, vilket medfört ekonomisk skada för patienten. Det är svårt att se några fördelar med modellen från användarsynpunkt när samma möjligheter till val av hörapparat bör finnas hos landstinget.

Om man skulle vilja utvidga möjligheten till fritt val är det bara möjligt i den utsträckning som det går att överlämna hjälpmedel till egenvård, en avgränsning som är principiellt omöjlig att göra på någon övergripande nivå. Den kan bara göras på individnivå, jfr SOSFS 2009:6. En hälso- och sjukvårdsåtgärd får inte bedömas som egenvård, om det finns en risk för att patienten skadas (7 §). Tillämpningsområdet för modellen är således diffust, precis som Socialstyrelsen framhållit. Det är individens kompetens som avgör.

Fritt val av hjälpmedel fungerar bäst för vana hjälpmedelsanvändare med stabila behov, men medför svårigheter dels för nya användare som inte vet vad de behöver, dels för användare med progredierande sjukdom (med föränderliga behov). Vissa användare med en kognitiv funktionsnedsättning kan ha svårt att välja och behöver mycket stöd. För dessa grupper är traditionell förskrivning troligtvis mer lämplig, eftersom egenvård inte framstår som ett alternativ av patientsäkerhetsskäl.

Fritt val av hjälpmedel tycks inte heller fungera väl för alla typer av hjälpmedel. Den samlade bedömningen som Socialstyrelsen gör är att specialanpassade produkter och medicinska behandlingshjälpmedel inte går att lämna över till egenvård med bibehållen patientsäkerhet. Hjälpmedel som kräver mycket service och underhåll innebär också en ökad risk. Myndigheten poängterar också att många användare trots erhållen information inte är medvetna om vilka konsekvenser modellen får när det gäller t.ex. service. Socialstyrelsens bedömning är att det kan bli svårt att bibehålla en patientsäker, jämlik, individanpassad och kunskapsbaserad habilitering och rehabilitering om fritt val av hjälpmedel med egenvård skulle ges en

väsentligt större spridning omfattande fler patientgrupper och hjälpmedelsområden (s. 71).

Den ekonomiska konsekvensanalys Socialstyrelsen gjort visar på betydande kostnader för samhället då fritt val av hjälpmedel tillämpas för produkter som annars brukar kunna återanvändas av vården. Samtidigt finns det hjälpmedelsområden där fritt val av hjälpmedel inte medför lika stora kostnadsökningar med Socialstyrelsens synsätt, eftersom hjälpmedlen inte kan återanvändas. Frågan är emellertid om inte priset per produkt blir högre även i dessa fall, beroende på en dysfunktionell marknad med få aktörer och obefintlig tillsyn. Återigen ska framhållas hur priset för en viss hörapparat steg från upphandlade 1 100 kronor till drygt 16 000 kronor (dvs. 15 ggr), varav cirka 3 000 kronor drabbade landstinget. Fritt val framstår därmed inte som en effektiv lösning för samhället.

Att fritt val tillämpas på ett begränsat antal platser medför vidare en ojämlikhet över landet i fråga om möjligheten att få hjälpmedel på detta sätt och därmed minskad likvärdighet i vården. Bristande likvärdighet över landet beskrivs som ett problem av vården och i utredningens direktiv. Det förhållandet att modellen bara tillämpas på vissa hjälpmedelsområden, skapar dessutom en ojämlikhet i vården mellan medborgarna i ett och samma landsting, utan uttryckligt stöd i vare sig lag eller i den etiska plattformen för prioriteringar. För övrigt likabehandlas inte heller individer, beroende på om ett beslut om egenvård kan anses säkert eller ej. Modellen rimmar således på flera sätt illa med önskan om tillgång till vård på lika villkor över landet.

Rent principiellt borde alla hjälpmedelsanvändare oavsett typ av funktionsnedsättning likabehandlas och erbjudas möjlighet till fritt val om sjukvårdshuvudmannen alls vill använda sig av möjligheten. Detta framstår dock som omöjligt, av bl.a. patientsäkerhetsskäl. Dessutom skulle en utvidgning troligtvis medföra kraftigt ökade kostnader för det allmänna. De kostnadsberäkningar som Socialstyrelsen använt sig av har som nämnts enbart utgått från kostnader för förflyttningshjälpmedel. Vid en ökad spridning (från 1 procent till 5 procent) av fritt val av samtliga sådana hjälpmedel, skulle kostnaderna öka med 93–366 miljoner kronor bara i Stockholms läns landsting[66]. Om fritt val skulle användas i hela landet i samma om-

[66] Socialstyrelsen (2016). Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel, s. 64.

fattning som i dag, dvs. 1 procent, skulle totalkostnaderna enbart för detta hjälpmedelsområde öka med 56–89 miljoner kronor. Dessa förväntade kostnadsökningar motsvaras inte av en bättre vård för enskilda.

Vid en samlad bedömning av ovanstående anser utredningen att önskemålen om delaktighet och valmöjligheter bättre kan tillgodoses genom reglerna om valmöjligheter i den nya patientlagen – i förening med breda upphandlade sortiment – än genom fritt val av hjälpmedel-modellen i sin nuvarande form, som inger betänkligheter från såväl ekonomisk som etisk synpunkt. Den som så önskar kan ändå skaffa sig en hörapparat på privat klinik, utan inblandning av den offentliga vården.

Möjligheten att åka till ett annat landsting eller kommun för att få hjälpmedel förskrivet (i enlighet med riksavtalet) kan öka självbestämmandet för hjälpmedelsanvändare, men troligtvis är inte möjligheten relevant för det stora flertalet användare. Den stora vinsten om den möjligheten skulle utökas, skulle snarare vara att hjälpmedelsverksamheten tvingas bli mer likvärdig över landet, då landstingens system och vårdutbud indirekt sammanlänkas.

Som nämnts ovan finns en nationellt samordnad och kvalitetssäkrad sjukvårdsrådgivning per telefon och webb, 1177 Vårdguiden, vilken syftar till att stärka patientens ställning i vården genom att vara en naturlig och samlad ingång till det som rör den egna hälsan eller närståendes hälsa. Som också konstaterats ovan är informationen av yttersta betydelse för utövandet av delaktighet i vården. Utredningen har uppmärksammat att inte alla sjukvårdshuvudmän lagt ut sina lokala regler i fråga om hjälpmedel och förskrivning på 1177 Vårdguiden, vilket får ses som en brist. För att öka jämförbarheten och transparensen bör samtliga landsting presentera sina lokala policydokument och rutiner m.m. på 1177 Vårdguiden.

7.5.3 Utredningens sammanfattande slutsatser

- Förskrivning av hjälpmedel kan göras med större eller mindre grad av delaktighet beroende på bl.a. arbetsrutiner, personalens kompetens samt användarens intresse och förmåga att ställa krav. Det finns starka traditioner och kulturer inom hälso- och sjukvård som också påverkar möjlighet till delaktighet. Ett sådant

exempel är förhållningssättet till den presumtiva hjälpmedelsanvändaren. En kultur där hjälpmedelsanvändaren ses som en resurs främjar givetvis hög delaktighet, men även effektivitet.

- Den nyligen införda patientlagen har inneburit att möjligheterna till delaktighet och självbestämmande stärkts. Det är för tidigt att uttala sig om vilka förändringar patientlagens införande kommer att leda till när det gäller delaktighet och självbestämmande för hjälpmedelsanvändare. Det framstår inte som motiverat att inleda en rättslig översyn så nära inpå ikraftträdandet utan att först avvakta dess effekter på lite sikt. I sammanhanget noteras att Socialstyrelsen fått i uppdrag av regeringen att följa upp patientlagen i de delar som rör hjälpmedel, vilket ska redovisas i december 2017.[67]
- Patientlagens införande innebär i fråga om hjälpmedel att när det finns olika hjälpmedel tillgängliga, ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. För att möjliggöra valfriheten finns behov av att huvudmännen har breda upphandlade hjälpmedelssortiment. För att kunna välja bör det finnas mer än ett hjälpmedel som uppfyller samma behov.
- Det finns utrymme för förbättringar när det gäller hjälpmedelsanvändares upplevda delaktighet, i synnerhet i uppföljningsfasen. Socialstyrelsen har nyligen publicerat stödmaterial om delaktighet med bäring på arbetsrutiner och personalens kompetens. Även i detta avseende anser utredningen att det är för tidigt att uttala sig om långsiktiga effekter för hjälpmedelsanvändare. Utredningen anser att man bör avvakta och utvärdera effekterna av dessa och andra insatser, bl.a. kompetenshöjande åtgärder, innan några andra åtgärder bör vidtas på myndighetsnivå.
- Några påfallande brister på hjälpmedelsområdet jämfört med vården i övrigt framgår inte av det material som utredningen har haft tillgång till. Bristerna bedöms kunna avhjälpas inom ramen för nu gällande lagstiftning, men med förändrade arbetssätt.
- Informationen på Tema hjälpmedel 1177 Vårdguiden bör omfatta gällande regelverk och sortiment för samtliga landsting, inte

[67] Uppdrag inom hjälpmedelsområdet (S2014/8959/FST), deluppdrag 6.

bara vissa. Sjukvårdshuvudmännen bör snarast uppdatera informationen och tillse att denna fortsättningsvis hålls aktuell.

- Utredningen gör, mot bakgrund av den kritik som framkommit i flera sammanhang, bedömningen att den ökade möjligheten till val som införts genom patientlagen – i förening med breda upphandlade sortiment – är ett bättre sätt att tillgodose önskemål om delaktighet och valfrihet än fritt val av hjälpmedel i sin nuvarande form. Reformen kan vid en utvidgning antas bli mycket kostsam för samhället, utan att man för den skull ser några tydliga fördelar med modellen för enskilda. Tvärtom finns tecken på att människor påverkas till att betala mer än nödvändigt. För vana hjälpmedelsanvändare, som är väl insatta i sina behov och inte behöver så mycket stöd, kan fritt val av hjälpmedel fungera bättre än för andra. Helt avgörande för att fritt val av hjälpmedel ska fungera är dock att alla användares rätt till saklig och oberoende information säkerställs inför valet av hjälpmedel, något som inte verkar vara fallet i dag (i vart fall på hörselområdet). Det kan vidare ifrågasättas om förskrivare likabehandlar sina patienter i fråga om deras rätt till information om fritt val, även om detta torde sammanhänga med kopplingen till beslutet om egenvård, som är en nödvändig förutsättning för att modellen alls ska kunna tillämpas i det enskilda fallet. Från likabehandlingssynpunkt kan också ifrågasättas lämpligheten av att landsting/kommun erbjuder möjligheten att välja hjälpmedel bara på vissa hjälpmedelsområden. Inte heller bidrar den nuvarande ordningen till att skapa en ökad likvärdighet över landet. Utredningen ifrågasätter om sjukvårdshuvudmännen överhuvudtaget bör erbjuda fritt val av hjälpmedel med tanke på den kommunala likabehandlingsprincipen, de potentiellt höga kostnaderna samt användares låga tilltro och upplevelse av delaktighet. Utredningen har inte funnit något enkelt sätt att reformera modellen[68] för att komma till rätta med bristerna.

[68] Dvs. eget ägande och beslut om egenvård i det enskilda fallet som två nödvändiga förutsättningar för tillämpningen.

8 Kompetensförsörjning

8.1 Inledning

En fungerande kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården är en förutsättning för en god, patientcentrerad och jämlik vård över hela landet. På samma sätt är det en förutsättning för att skolan ska kunna möta behoven hos elever med funktionsnedsättning. En hög kompetens hos inblandade professioner är avgörande för att samhällets tillhandahållande av hjälpmedel ska hålla god kvalitet.

I utredningens uppdrag ingår att kartlägga hur kompetensförsörjningen för relevanta yrkesgrupper ser ut samt att analysera om kompetensen gällande hjälpmedel hos förskrivare och andra relevanta yrkesgrupper är adekvat och tillräcklig.

Kompetensförsörjningen i fråga om förskrivare, vård- och omsorgspersonal samt personal som arbetar i skolan har därför analyserats. Analysen bygger på Statistiska centralbyråns (SCB) prognoser, huvudmännens bedömningar samt Socialstyrelsens och yrkesförbundens kompetenskartläggningar.

I avsnitt 8.2 redovisas fakta om kompetensförsörjningen i fråga om förskrivare av hjälpmedel. I avsnitt 8.3 behandlas kompetensen hos förskrivare och i avsnitt 8.4 kompetensen hos vård- och omsorgspersonal. Därefter behandlas kompetensen på skolans område (avsnitt 8.5). Slutligen presenteras utredningens analys och slutsatser (avsnitt 8.6).

8.2 Efterfrågan på förskrivare ökar mer än tillgången

I 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, anges de 21 yrken som i dag är legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården. Vad som krävs för legitimation inom respektive yrke anges också.[1] Enligt 4 kap. 10 § PSL prövas ansökningar om legitimation av Socialstyrelsen. Beteckningen legitimerad får enligt 6 kap. 3 § PSL användas endast av den som fått legitimation.

Legitimerade yrkesgrupper som arbetsterapeuter, fysioterapeuter, audionomer, logopeder, distriktssköterskor, sjuksköterskor, optiker, ortopedingenjörer, dietister och läkare förskriver hjälpmedel inom hälso- och sjukvården. Det finns även förskrivargrupper som inte är legitimerade, såsom synpedagoger, uroterapeuter och lymfterapeuter. Dessa är dock ofta legitimerade via sin grundutbildning.

Yrkesgruppernas storlek skiljer sig åt, liksom hur mycket de arbetar med förskrivning av hjälpmedel. Grupper som förskriver hjälpmedel i hög omfattning är arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Arbetsterapeuten bedömer hur personer med skada eller sjukdom har förmåga och förutsättningar att utföra dagliga aktiviteter i samspel med förhållanden i omgivningen. Åtgärderna bygger på resultatet av bedömningen och syftar till att personen ska bli delaktig i de dagliga aktiviteterna och på så sätt uppnå hälsa och välbefinnande. En viktig del i arbetsterapeutens arbete är att prova ut och anpassa olika tekniska hjälpmedel som kan underlätta tillvaron för patienten. Arbetsterapeuten arbetar med patienten individuellt eller i grupp. Ofta sker arbetet i team med andra yrkesgrupper, så som fysioterapeuter, psykologer, sjuksköterskor, logopeder och läkare (se prop. 2012/13:175 s. 74).

Sjukgymnastisk behandling inriktas mot funktionsnedsättningar i andnings- och cirkulationssystemet och i neuromuskuloskelettala system samt mot psykiska och psykosomatiska problem. De största målgrupperna som fysioterapeuter (tidigare sjukgymnast) behandlar inom hälso- och sjukvården är personer med hjärt- och kärlsjukdomar, lungsjukdomar, neurologiska, psykiska och reumatologiska sjukdomar samt tumörsjukdomar. Det hälsofrämjande arbetet innefattar folkhälsoarbete i vid mening, både inom och utom hälso- och

[1] Fram till den 1 januari 2011, då PSL trädde ikraft, fanns motsvarande regler i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

sjukvården, som t.ex. undervisning rörande hälso- och levnadsvanor i skola, arbete och fritid, undervisning i kropps- och rörelsemedvetande samt om fysisk aktivitet och motion (se prop. 2012/13:175 s. 69).

I bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100), dvs. examensordningen, anges arbetsterapeutexamen och fysioterapeutexamen bland olika yrkesexamina.

Andra stora grupper som förskriver hjälpmedel är logopeder och audionomer. Läkare och sjuksköterskor förskriver hjälpmedel mer sällan.

Tillgången på de legitimerade yrkeskategorier som förskriver hjälpmedel har i förhållande till befolkningen i övrigt ökat över tid mellan åren 2007 till 2014 (Se tabell 8.1). När det gäller de grupper som förskriver hjälpmedel i hög omfattning kan nämnas att tillgången till logopeder ökat med 50,3 procent, audionomer med 20,6 procent, arbetsterapeuter med 9,6 procent och fysioterapeuter med 3,1 procent per 100 000 invånare.

Att tillgången till legitimerad personal i förhållande till befolkningen ökar är en trend som gäller även för andra yrken inom hälso- och sjukvården[2]. Trots detta ökar efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal generellt.

Tabell 8.1 Antal legitimerade i yrkesverksam ålder (under 65 år) per 100 000 den sista december 2007 till 2014

	Arbets-terapeut	Audio-nom	Dietist	Fysio-terapeut	Logoped	Läkare	Ortoped - ingenjör	Sjuk-sköterska
2007	114,1	10,2	11,7	179,9	14,5	428,6	4,2	1 470,7
2008	117,0	10,5	12,8	182,2	15,3	441,6	4,4	1 492,9
2009	117,3	10,9	13,6	180,6	16,3	441,2	4,5	1 468,3
2010	119,2	11,2	14,5	180,7	17,0	445,3	4,5	1 465,6
2011	120,6	11,4	15,2	181,1	18,2	449,9	4,6	1 466,4
2012	121,7	11,6	15,9	181,3	18,7	153,8	4,7	1 458,7
2013	121,9	11,8	16,7	181,6	20,0	458,2	4,8	1 448,3
2014	125,1	12,3	18,1	185,5	21,8	471,8	4,9	1 464,8

Källa: Socialstyrelsen (2015). Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2014 & SCB (2016) Befolkningsstatistik.

[2] Socialstyrelsen (2015). Nationella planeringsstödet 2016 – Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

De största yrkesgrupperna som förskriver hjälpmedel är som nämnts arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Yrkesförbunden konstaterar att efterfrågan på både arbetsterapeuter och fysioterapeuter tycks öka mer än tillgången. I Arbetsförmedlingens framtidsutsikter för yrken 2016[3] har både arbetsterapeuter och fysioterapeuter goda möjligheter till arbete det närmaste året. I ett lite längre perspektiv, på fem och tio års sikt, bedömer Arbetsförmedlingen att det för arbetsterapeuter kommer vara goda möjligheter till arbete. För fysioterapeuter väntas arbetsmarknaden vara i balans.

År 2012 fanns det cirka 10 100 förvärvsarbetande med en arbetsterapeututbildning och cirka 13 000 förvärvsarbetande med en sjukgymnastutbildning[4]. Enligt arbetsgivarnas bedömning i Arbetskraftsbarometern 2014 rådde vid den tidpunkten relativ balans för nyutexaminerade arbetsterapeuter och en god tillgång på nyutexaminerade sjukgymnaster.

Antalet nya studenter på programmet mot arbetsterapeutexamen beräknas till cirka 530 per år fram till 2035. Under samma period beräknas examensfrekvensen för kvinnor till 73 procent och för män till 56 procent. Tillsammans ger detta på sikt cirka 370 nyutexaminerade arbetsterapeuter per år. Antalet nya studenter på programmet mot fysioterapeutexamen (tidigare sjukgymnastexamen) beräknas till cirka 670 per år fram till 2035. Under samma period beräknas examensfrekvensen för kvinnor till 81 procent och för män till 72 procent. Tillsammans ger detta på sikt cirka 520 nyutexaminerade fysioterapeuter per år.

För både arbetsterapeuter och fysioterapeuter gäller att hälften av dem som är i arbetskraften i dag är 45 år eller äldre. Det innebär att pensionsavgångarna förväntas bli medelstora fram till 2035. Då examinationen är större än de förväntade pensionsavgångarna, beräknas tillgången på utbildade arbetsterapeuter och fysioterapeuter öka med nära 15 procent fram till 2035. Samtidigt beräknas efterfrågan på utbildade arbetsterapeuter samt fysioterapeuter öka med cirka 30 procent fram till 2035.[5]

[3] Arbetsförmedlingen (2016). Var finns jobben? Bedömning till och med första halvåret 2017 och en långsiktig utblick.
[4] Statistiska centralbyrån (2014). Trender och prognoser 2014 – befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden med sikte på 2035.
[5] a.a.

SCB konstaterar i sin prognos med sikte på 2035 att då tillgången inte väntas öka i samma omfattning som efterfrågan, finns på sikt en risk för en viss brist på arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter. Orsaken till den förmodat ökade efterfrågan på arbetsterapeuter och fysioterapeuter är främst en åldrande befolkning, vilken skapar större behov av förebyggande och rehabiliterande insatser. Även den generella befolkningstillväxten ökar efterfrågan. Slutligen antas efterfrågan på arbetsterapeuter och fysioterapeuter öka på nya områden än inom vården, exempelvis inom elevhälsan.

8.3 Kompetensbehoven hos förskrivare

Kompetenskrav för att få förskriva hjälpmedel

Socialstyrelsen hade tidigare allmänna råd om kompetenskrav för de vanligaste yrkeskategorierna som förskriver hjälpmedel, men sedan 2013 ingår det inte i myndighetens ansvar att upprätthålla och utveckla dem. Många yrkesförbund har därför själva tagit fram kompetenskrav och etiska regler som gäller för yrkesgrupperna. Exempel på detta är fysioterapeuternas etiska regler[6] och kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter[7].

Mål för kunskaper och kompetens har formulerats som ett led i arbetet med den förskrivarutbildning Socialstyrelsen tagit fram under 2016. Förskrivare ska enligt målen:

- kunna bedöma behov och kunna förskrivningsprocessen
- ha kunskap om regelverk vid förskrivning
- ha kunskap om vetenskapligt förhållningssätt och evidensbaserad praktik
- vara medveten om betydelsen av kommunikation, samarbete och bemötande vid förskrivning
- ha kunskap om etiska perspektiv och faktorer vid förskrivning.

[6] Fysioterapeuterna (2017). Stadgar – gäller från 2017, s. 31.
[7] Sveriges Arbetsterapeuter (2016). Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter.

Förskrivare ska förutom dessa kompetensmål ha yrkesspecifik kompetens och kunskap om de olika hjälpmedel som finns och kan förskrivas.

Ungefär hälften av landstingen har lokala regelverk med krav på kompetens hos förskrivare. Det framkommer att förskrivarna ska ha gått en förskrivarutbildning för att få förskrivningsrätt och i några regelverk framkommer att nyanställda ska genomgå förskrivarutbildning inom viss tid. Nio landsting och regioner har regelverk utan tydliga krav på förskrivarutbildning, men det framkommer att alla ska erbjudas förskrivarutbildning eller att det finns en målsättning att alla ska gå sådan utbildning.

Cirka 20 procent av hjälpmedelsverksamheterna har under 2015–2016 genomfört någon form av kompetensutveckling gällande hjälpmedel för nyanlända[8]. Det ökade antalet nyanlända som förskrivs hjälpmedel medför att kompetensen hos verksamheter inom hjälpmedelsområdet behöver stärkas. Det gäller dels interkulturell kompetens, men också kompetens kring de speciella behov som dessa personer många gånger uppvisar, exempelvis behov som kan relateras till bristande tillgång till hjälpmedel och habilitering i hemlandet.

Det är en viktig uppgift för arbetsgivare att skapa goda förutsättningar för kompetensutveckling. Ändå saknas ofta handlingsplaner för kompetensutveckling. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser finns en samlad kompetensutvecklingsplan för LSS-verksamheten[9] i 26 procent av kommunerna. Motsvarande uppgift för kommunernas verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning är 28 procent.[10]

Förskrivares kompetens varierar

För att utreda om aktuella yrkesgrupper har tillräcklig kunskap och kompetens inom hjälpmedelsområdet har Socialstyrelsen genomfört en enkätundersökning bland verksamhetschefer och hjälp-

[8] Socialstyrelsen (2017). Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2017.
[9] LSS är lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
[10] Socialstyrelsen (2016). Öppna jämförelser 2016 – Stöd till personer med funktionsnedsättning.

medelsanvändare samt fokusintervjuer med förskrivare, vårdpersonal och användare[11].

Resultaten visar att hjälpmedelsanvändare har förtroende för förskrivarens kompetens om hjälpmedel, men att förskrivare behöver utveckla ett mer individanpassat bemötande. Särskilt yrkesverksamma hjälpmedelsanvändare ”mitt i livet” upplever att förskrivarna brister i kompetens gällande deras situation. I fokusintervjuerna framkom att vård- och omsorgspersonal anser att förskrivarna behöver mer specialistkunskap om hjälpmedel. Förskrivarna beskrivs som kunniga om fysiska hjälpmedel som förflyttningshjälpmedel, men behöver mer kunskap om kognitiva hjälpmedel. Detta är något som förskrivarna också själv bekräftar i en enkät[12] där 14 procent anger att de inte förskriver kognitivt stöd eftersom de saknar rätt kompetens, detta trots att de kommer i kontakt med personer i behov av kognitivt stöd.

Förskrivarna själva efterfrågar mer kunskap och utbildning om förskrivning av konsumentprodukter, olika diagnoser och hur man kan hantera olika hjälpmedelsanvändares inställning till hjälpmedlet, enligt Socialstyrelsens kartläggning. Vidare framkommer att cheferna ser störst behov av kompetensutveckling hos förskrivare inom frågor som rör regelverket, specialkunskaper inom det egna verksamhetsområdet, produktkunskap samt kring konsumentprodukter. Minst behov av kompetensutveckling bedömer verksamhetscheferna att det finns kring bemötande av hjälpmedelsanvändare. Samtidigt visar resultat från fokusgrupperna med hjälpmedelsanvändare och anhöriga att dessa anser att förskrivare behöver mer kompetens kring just bemötande och delaktighet. Användare beskriver vidare att förskrivare behöver mer kunskap om träning och uppföljning av hjälpmedlet, så det fungerar som det är tänkt.

Enligt Socialstyrelsens kartläggning varierar förskrivarnas baskunskaper kring förskrivningsprocessen beroende på var de läst sin universitetsutbildning. Vilken kunskap de har avgörs ofta av var de har gjort sin praktik. Liknande resultat framkommer i en enkät[13] till hjälpmedelskonsulenter vilka besvarat frågor om kompetens vid

[11] Socialstyrelsen (2015). Förstudie – stöd vid förskrivning av hjälpmedel. Grund för ett stöd riktat till förskrivare och andra relevanta yrkesgrupper.
[12] Sveriges Arbetsterapeuter (2016). Kognitiva hjälpmedel – Sammanställning av enkätsvar.
[13] Hjälpmedelsinstitutet (2012). Kognitiva hjälpmedel – Nationell uppföljning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar.

förskrivning av kognitiva hjälpmedel. Resultaten visar att kompetensen om förskrivningsprocessen är god, men att den varierar beroende på verksamhet. Förskrivare för barn och vuxna med psykiska och neuropsykiatriska diagnoser hade lägst kompetens om förskrivningsprocessen, enligt resultaten. De som arbetar inom specialistvård, habilitering och rehabilitering hade bättre kompetens om förskrivningsprocessen än de som arbetar inom primärvården och psykiatrin.

Svårt att upprätthålla kompetens

Förskrivares förutsättningar att upprätthålla sin kompetens tycks variera mellan olika verksamhetsområden. Kommunalt anställda fysioterapeuter tycks ha sämre möjlighet att upprätthålla sin kompetens i jämförelse med sina kollegor inom primär- och slutenvård. De förstnämnda saknar i stor utsträckning möjlighet till fortbildning, kollegialt utbyte och de har inte tillgång till databaser där de kan ta del av aktuell forskning, enligt en undersökning från Sveriges Fysioterapeuter.[14]

I förbundet Sveriges Arbetsterapeuters undersökning framkommer att andelen arbetsterapeuter som är mindre nöjda med sin fortbildning över tid är större för anställda inom privat verksamhet (från 36 procent mindre nöjda 2009 till 54 procent mindre nöjda 2013) samt inom kommunerna (från 42 procent mindre nöjda 2009 till 48 procent 2013).[15]

Socialstyrelsen har samlat statistik om antalet hjälpmedelsförskrivningar per år och förskrivare (tabell 8.2). Det framkommer att vissa yrkeskategorier förskriver relativt få hjälpmedel, vilket kan medföra svårigheter att upprätthålla kompetensen. De som förskriver flest hjälpmedel per år är optiker och arbetsterapeuter. Dessa yrkeskategorier förskriver i genomsnitt 2,2 respektive 1,8 hjälpmedel per vecka.

[14] Fysioterapeuterna (2016). Fysioterapeuters förutsättningar för livslångt lärande samt tillgång till kunskaps- och beslutsstöd.
[15] Sveriges Arbetsterapeuter (2014). Fortbildningsläget för arbetsterapeuter – en enkätundersökning 2009–2013.

Tabell 8.2 Antal förskrivare och antal förskrivna hjälpmedel per år

Yrke	Antal förskrivare	Antal förskrivna hjälpmedel per år i medel per förskrivare
Sjukgymnaster	1 985	29
Arbetsterapeuter	1 740	95
Sjuksköterskor	909	20
Distriktssköterska	591	11
Logoped	361	30
Dietist	126	4
Audionom	160	
Läkare	46	65
Ortopedingenjör	50	
Synpedagog	37	55
Lymfterapeut	8	12
Optiker	1	115

Källa: Socialstyrelsen (2015). Förstudie – stöd vid förskrivning av hjälpmedel.

Att förskrivare har svårt att upprätthålla kompetensen innebär många gånger att de är tvungna att förlita sig på hjälpmedelsföretagens detaljkunskaper om enskilda produkter. Det kan medföra risker för partisk information samt att helhetsbilden av användarens situation och behov lätt går förlorad.[16]

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (RBU) har i en enkät till sina medlemmar[17] ställt frågor om hjälpmedelscentralens kompetens om hjälpmedel för barn. Majoriteten av dem som besvarade enkäten var föräldrar till barn med funktionsnedsättning i behov av hjälpmedel. Det var 39,5 procent som ansåg att personalen på hjälpmedelscentralen har tillräcklig kompetens om hjälpmedel för barnet. Det var 25,1 procent som tyckte att personalen inte hade tillräcklig kompetens och 35,4 procent som angav att de inte vet om personalen har tillräcklig kompetens.

[16] Svensk Teknisk Audiologisk Förening (2010). Tekniskt stöd till barn med hörselnedsättning – En enkätundersökning av hörselvårdens resurser till barn i förskola och skola.
[17] Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (2013). Hjälpmedel – var god dröj!

8.4 Vård- och omsorgspersonal behöver kompetens att se behov och stödja användning av hjälpmedel

En viktig förutsättning för att hjälpmedel ska fungera väl i den dagliga livsföringen är ofta att det finns vård- och omsorgspersonal (eller andra personer, exempelvis anhöriga) med kompetens och möjlighet att ge stöd i användandet. Tillgång till stöd i användandet är ofta särskilt viktigt för barn och användare som har någon form av kognitiv funktionsnedsättning. För att kunna ge ett sådant stöd måste personal och anhöriga förstå hjälpmedlets betydelse och tänkta användning.

I november 2016 var 199 847 personer anställda inom vård och omsorg i kommunerna[18]. Av dessa var 15 084 sjuksköterskor, 104 804 undersköterskor eller skötare, 64 777 vårdbiträden eller vårdare, 13 544 personliga assistenter och 1 638 övrig vård- och omsorgspersonal.

Socialstyrelsen har gett ut allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt socialtjänstlagen och LSS till personer med funktionsnedsättning. Personalen ska enligt de allmänna råden ha kunskap om alternativa kommunikationssätt och hjälpmedel för kommunikation samt kunskap om hur hjälpmedel och en anpassad miljö kan bidra till ökad självständighet och självbestämmande för den enskilde.

Motsvarande allmänna råd (SOSFS 2011:12) finns när det gäller grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. Personalen ska enligt Socialstyrelsen ha kunskap om hur hjälpmedel och anpassad miljö kan underlätta äldre personers tillvaro.

Brukarorganisationer har vid möten med utredningen framfört uppfattningen att det finns ett behov av ökad kunskap om hjälpmedel hos vård- och omsorgspersonal som möter hjälpmedelsanvändare. Vård- och omsorgspersonalen uppmärksammar inte behov av hjälpmedel i tillräckligt hög omfattning och har inte alltid kompetens att ge nödvändigt stöd i användningen av hjälpmedel. Detta bekräftas också av resultatet från en enkät till drygt 2 500 arbets-

[18] Sveriges Kommuner och Landsting (2017). Kommunal personal 2016.

terapeuter,[19] där det framkommer att 58 procent av arbetsterapeuterna anser att övrig personal inte har tillräcklig kompetens om kognitiva hjälpmedel.

I Socialstyrelsens fokusgrupper framkom att vårdpersonal behöver regelbunden utbildning i hur hjälpmedel ska användas och kunskap om vart de ska vända sig om inte hjälpmedel fungerar[20].

I en kvantitativ kartläggning genomförd i en kommun framkom att majoriteten av hemtjänstpersonalen inte fått någon utbildning om hjälpmedel det senaste året, trots intresse och ett kontinuerligt behov av utbildning inom förflyttningsteknik och hjälpmedel.[21]

I en studie om hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning[22] framkom att det inte var självklart inom vård och omsorg att få träffa personal med kunskap om kognitiva funktionsnedsättningar och kognitiva hjälpmedel. Dessutom förekom sällan information om hjälpmedel vid vårdbesöket.

Vidare finns en kartläggning från 2011 som visade att en stor andel av baspersonalen saknar kunskaper om kognitiva hjälpmedel till personer med psykisk ohälsa. Bland personliga ombud var det 40 procent som hade god eller mycket god kunskap, bland boendestödjare var det 35 procent som hade det och bland biståndshandläggare endast 21 procent[23].

Nationella initiativ har tagits för att höja kompetensen hos vård- och omsorgspersonal. Socialstyrelsen har i uppdrag att fördela medel för en kunskapssatsning för baspersonal i verksamheter inom äldreomsorgen och funktionshindersområdet[24]. I uppdraget ingick att utveckla och sprida relevant kunskapsstöd riktat till kommunerna med syfte att stödja effektiv verksamhetsutveckling. En del av satsningen har också använts för att utveckla Kunskapsguiden. Kunskapsguiden är en nationell plattform som samlar kunskap inom evidensbaserad praktik, missbruk och beroende, psykisk ohälsa och vård och omsorg om äldre. Plattformen riktar sig till personal på

[19] Sveriges Arbetsterapeuter (2016). Kognitiva hjälpmedel – Sammanställning av enkätsvar.
[20] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.
[21] Brännmark, L. & Åslin, U. (2010). Hemtjänstpersonalens erfarenheter av tekniska hjälpmedel och förflyttningsteknik.
[22] FoU Välfärd Värmland (2010). Tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning – En fallstudie och brukarundersökning i Värmland.
[23] Hjälpmedelsinstitutet (2012). Hjälpmedel i fokus – Effekter av en treårig satsning.
[24] Uppdrag att utforma en kunskapssatsning för baspersonal i verksamheter inom äldre och funktionshindersområdet (S2015/08191/FST).

alla nivåer som arbetar med hälsa, vård och omsorg och där ingår Socialstyrelsens kunskapsstöd om hjälpmedel.

Förskrivarna har också en viktig roll i att informera inte bara användarna, utan även närstående och vård- och omsorgspersonal, om hjälpmedlet och dess användning. Som en del i hjälpmedelsförskrivningen ingår att förskrivaren ska involvera stödpersoner, så att de kan ge adekvat stöd. Samverkan mellan förskrivare och t.ex. personliga assistenter, personal på särskilda boenden, LSS-boenden eller daglig verksamhet samt personal inom hemtjänst och på skolor är alltså ofta en förutsättning för att hjälpmedel ska fungera i vardagen.

8.5 Kompetensförsörjning i skolan

8.5.1 Svaga resultat i skolan

Under de senaste åren har den svenska skolan fått mycket uppmärksamhet på grund av fallande resultat i fråga om elevernas kunskaper. Bakgrunden är bl.a. resultat från PISA-undersökningen, en internationell studie som mäter 15-åringars kunskaper i läsförståelse, matematik och naturvetenskap. Mellan den första PISA-studien 2000 och studien 2012 hade Sverige den största resultatförsämringen av alla länder. I den senaste undersökningen 2015 har den trenden dock brutits och resultaten är nu tillbaka på samma nivå som 2009.[25]

De flesta skolforskare är överens om att läraren spelar en stor roll för lärandet. Under perioden från 2000 till i dag har lärartätheten inte förändrats dramatiskt i svenska skolor. Jämfört med andra länder har vi ovanligt många lärare. Enligt SCB:s senast publicerade trender och prognoser om arbetsmarknaden och inom utbildningsområdet[26] är det brist på nyutexaminerade förskollärare, nyutexaminerade med grundskollärarutbildning tidigare år, nyutexaminerade grundskollärare inom matematik/naturvetenskap samt språk/samhällskunskap. Vad gäller gymnasielärare är det brist på

[25] Skolverket (2016). Pisa 2015 – 15-åringars kunskaper i naturvetenskap, läsförståelse och matematik.
[26] Statistiska centralbyrån (2014). Trender och prognoser 2014 – befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden med sikte på år 2035.

nyutexaminerade inom matematik/naturvetenskap, men god tillgång på nyutexaminerade inom historia/samhällsvetenskap. Det är också brist på nyutexaminerade speciallärare/specialpedagoger. Prognosen fram till 2035 är att det, med nuvarande dimensionering av utbildningarna, finns en risk för fortsatt brist på utbildade förskollärare, grundskollärare tidigare år, grundskollärare senare år, gymnasielärare, speciallärare och specialpedagoger.

8.5.2 Brist på kompetens om stöd till elever med funktionsnedsättning

När vi träffat företrädare för brukarorganisationerna har de framhållit att elever med funktionsnedsättning ofta upplever att skolpersonal inte uppmärksammar deras behov och att de saknar kunskap om möjligheterna med hjälpmedel av olika slag.

Myndigheten för delaktighet (MFD) konstaterar i sin samlade uppföljning av funktionshinderspolitiken 2015[27] att skolorna brister i att ge elever det särskilda stöd som de har rätt till och vidare att många lärare saknar möjlighet att ge det stöd som behövs, detta då de saknar kompetens, erforderligt stöd från speciallärare och tillgång till lämpliga hjälpmedel.

Även Barnombudsmannen framhåller i sin rapport[28] att de vuxna som finns runt barn med funktionsnedsättning, både professionella och föräldrar, saknar den kunskap som behövs för att tillgodose de behov barnen har.

Kompetensbrister i fråga om stöd till elever med rörelse-, syn- och hörselnedsättningar i grund[29]- och gymnasieskolan[30] har konstaterats av Skolinspektionen. När det gäller elever med dövhet eller hörselnedsättning ger också HODA-rapporten[31] inblick i vilken kompetens lärarna som undervisar elevgruppen har. I rapporten framgår att bara drygt hälften av lärarna har tidigare erfarenhet av att under-

[27] Myndigheten för delaktighet (2015). Samlad uppföljning av funktionshinderspolitiken – Hur är läget 2015?
[28] Barnombudsmannen (2016). Respekt – Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd.
[29] Skolinspektionen (2009). Skolsituationen för elever med funktionsnedsättning i grundskolan 2009.
[30] Skolinspektionen (2010) Skolsituationen för elever med funktionsnedsättning i gymnasieskolan.
[31] Specialpedagogiska skolmyndigheten (2014). Hörteknik och dess användning i skolan – HODA.

visa elever med hörselnedsättning. Vidare framgår att för närmare 40 procent av eleverna saknas hörselpedagog medan cirka 20 procent av eleverna har fått stöd av en kommunal hörselpedagog. Lärare uppger också själva att de har begränsade kunskaper om elever med hörselnedsättning[32].

Enligt Skolverkets allmänna råd (SKOLFS 2014:40)[33] för arbete med extra anpassningar, särskilt stöd och åtgärdsprogram ansvarar rektor för att ge lärare och övrig skolpersonal på skolenheten förutsättningar för att arbeta med extra anpassningar och särskilt stöd. Där framgår också att lärare och övrig skolpersonal bör uppmärksamma tecken på att en elev kan vara i behov av extra anpassningar eller annat stöd, skyndsamt identifiera behoven och påbörja arbetet med anpassningar i olika lärmiljöer inom verksamheten.

8.5.3 Skolpersonal behöver ökad kompetens för att kunna ge stöd

För att lärare och övrig skolpersonal ska kunna uppmärksamma behov av extra anpassningar och särskilt stöd, krävs kompetens om att behov kan uttryckas olika av olika individer samt att behoven ofta uttrycks olika av individer av olika kön. Kunskap om att identifiera olika hinder som elever med funktionsnedsättning möter måste också finnas.

I förskollärarutbildningen, yrkeslärarutbildningen, grundlärarutbildningen och ämneslärarutbildningen ingår ett specialpedagogiskt perspektiv som ett obligatoriskt inslag. Handikappförbunden har i detta sammanhang framhållit att dagens lärarstudenter läser 7,5 obligatoriska högskolepoäng med specialpedagogik av utbildningens totala 240 poäng.

På senare år har en rad statliga initiativ tagits för att stärka kompetensen i skolan. Bland annat har lärarlegitimationer och karriärtjänster införts. Det finns också statsbidrag som förmedlas av Skolverket för fortbildning av lärare och förskollärare i syfte att uppmuntra till speciallärar- eller specialpedagogexamen, för att utveckla alla lärares specialpedagogiska kompetens samt för att anställa eller ge uppdrag till personal inom elevhälsan och specialpedagogik.

[32] Specialpedagogiska skolmyndigheten (2008). Om elever med hörselskada i skolan.
[33] Skolverket (2014). Arbete med extra anpassningar, särskilt stöd och åtgärdsprogram.

SCB bedömer[34] att om de planerade satsningarna på speciallärarutbildningen genomförs, kommer tillgången på speciallärare och specialpedagoger väl motsvara efterfrågan 2035.

Utredningen gjorde i februari 2017 en genomgång av högskolornas kursutbud. Genomgången visade att speciallärarprogrammet med inriktning utvecklingsstörning finns vid åtta lärosäten, speciallärarprogrammet med inriktning dövhet eller hörselskada finns vid två lärosäten, speciallärarprogrammet med inriktning grav språkstörning finns vid ett lärosäte och speciallärarprogrammet med inriktningen synskada finns vid ett lärosäte. Det finns även ett begränsat antal fristående specialpedagogiska kurser med bäring på området funktionsnedsättning. Dessa förefaller främst vara inriktade för att möta behov hos barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som ADHD och autism.

Det finns olika sätt för lärare och annan skolpersonal som arbetar med elever med funktionsnedsättning att öka kompetensen inom området, t.ex. specialpedagogiska högskolekurser och handledning som huvudmännen anordnar. Lärare och annan skolpersonal erbjuds också kompetenshöjande åtgärder via Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM). Det handlar om bl.a. specialpedagogisk rådgivning till pedagoger, arbetslag, elevhälsa, resursteam, rektorer, förskolechefer, förskoleförvaltningar och skolförvaltningar. SPSM anordnar också kursverksamhet och aktiviteter inom många funktionshinderområden.

För att stödja skolpersonal som undervisar elever i behov av särskilt stöd finns i många kommuner verksamhet med fokus på it-möjligheter och specialpedagogik. Ett sådant exempel är Skoldatatek, en typ av kompetenscentrum som vänder sig till skolpersonal som undervisar elever i behov av särskilt stöd, främst med fokus på koncentrationssvårigheter och läs- och skrivsvårigheter/dyslexi. Det är en pedagogisk verksamhet inom specialpedagogik där it-kompetens sätts i centrum. REDAH-centren är ett annat exempel på kunskapscenter inom området. Dessa är regionala centra för fördjupad kompetens inom området datorbaserade hjälpmedel. Initialt skulle de utgöra ett stöd för yrkesverksamma inom habilitering och rehabilitering samt som pedagogisk/teknisk resurs vid utprovning

[34] Statistiska centralbyrån (2014). Trender och prognoser 2014 – befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden med sikte på år 2035.

av hjälpmedel för elever i skolan. I dag har REDAH-centren olika resurser, arbetssätt och organisation över landet. Många fokuserar på kognitiva och/eller kommunikativa funktionsnedsättningar. Ibland är de en del av hjälpmedelsverksamheten i länet, medan andra är organiserade under habilitering eller i något enstaka fall en rehabiliteringsenhet.

8.5.4 Elevhälsans kompetens har betydelse för att eleverna ska få stöd

Elevhälsans kompetens och tvärprofessionella samarbete har också stor betydelse för att skapa en god miljö för elevernas kunskapsutveckling och personliga utveckling. Enligt Skolverkets allmänna råd för arbete med extra anpassningar, särskilt stöd och åtgärdsprogram bör rektorn se till att elevhälsans kompetens tas tillvara i ett tidigt skede i arbetet med extra anpassningar, dels för att identifiera en elevs behov, dels för att stödja lärare och övrig skolpersonal i arbetet.

Elevhälsans uppgift är att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål samt att bidra till att skapa miljöer som främjar elevernas lärande, utveckling och hälsa[35]. I 2 kap. 25 § skollagen anges att elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser och att elevhälsans arbete i så stor utsträckning som möjligt bör vara förebyggande och ha en hälsofrämjande inriktning[36]. Det ska finnas tillgång till personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses[37]. I den specialpedagogiska yrkesrollen ingår att stödja lärarna och medverka i det förebyggande arbetet med att undanröja hinder och svårigheter i olika lärmiljöer inom verksamheten[38].

[35] 2 kap. 25 § skollagen samt prop. 2009/10:165 s. 656.
[36] Prop. 2009/10:165 s. 276.
[37] 2 kap. 25 § skollagen.
[38] Prop. 2013/14:160 s. 22.

8.6 Analys och slutsatser

8.6.1 Ökat behov i framtiden

Det finns faktorer och händelser i omvärlden som påverkar kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården samt skolan. Bland annat förväntas folkmängden i Sverige öka med över en miljon personer de kommande tio åren. Gruppen äldre kommer i framtiden öka kraftigt samt troligtvis vara mindre homogen än i dag vad gäller yrkesbakgrund och ekonomisk situation. Betydligt fler äldre kommer också troligtvis att ha invandrarbakgrund än bland dagens pensionärer. I takt med att fler blir äldre kommer allt fler hinna utveckla demenssjukdomar och kognitiv svikt, vilket medför särskilda behov av kompetens hos personalen.

En genomsnittligt sett stigande utbildningsnivå och mer lättillgänglig medicinsk information medför vidare att vården och omsorgen i allt större utsträckning kommer att möta mer kunniga patienter och användare som tydligare kan formulera sina förväntningar och krav. De vill ha information om kvalitet, resultat samt om alternativa behandlingar. De vill också ha förslag om individuellt anpassade insatser, kunna själva välja bland alternativa behandlingar och ta ett ökat ansvar för den egna hälsan och sin livssituation. Den tekniska utvecklingen, där vardagsteknik i ökande utsträckning kan användas som kompensatoriskt stöd, ställer nya krav på personalens kompetens. Traditionellt vårdande yrken får ett allt större fokus på teknik, it och moderna lösningar.

Medarbetare med rätt kompetens är vårdens viktigaste resurs och en förutsättning för en god och säker hälso- och sjukvård.

I detta sammanhang noteras slutsatserna i den norska hjälpmedelsutredning som lämnade sin rapport i februari 2017.[39] Utredningen lyfter fram bristen på arbetsterapeuter och fysioterapeuter i enskilda kommuner och framhåller att utmaningarna i den delen förväntas öka i takt med en åldrande befolkning. Hur stora resurser som avsatts på hjälpmedelsområdet varierar mellan kommunerna. Statistisk Sentralbyrå har konstaterat att 110 kommuner i Norge saknar arbetsterapeut 2016 (det verkliga talet kan vara något lägre, eftersom de som har anställning i flera kommuner bara blir regist-

[39] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelsformidling – for økt deltakelse og mestring, s. 7 och 59 f.

rerade i en kommun). Norsk Ergoterapeutforbund rapporterar också om stora skillnader mellan kommunerna, vilka till stor del kan förklaras med bristen på arbetsterapeuter. Stortinget har bett regeringen att lämna förslag på en lagändring om att arbetsterapeutkompetens måste finnas i varje kommun från 2020. Utredningen nämner också en annan statlig norsk utredning, NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg (det s.k. Hagen-utvalget), som föreslog en *tredubbling* av antalet arbetsterapeuter i kommunen för att stärka arbetet med aktiv omsorg, rehabilitering, bruk av välfärdsteknologi och hjälpmedel.

Den nu aktuella utredningen i Norge understryker också vikten av att kommunerna prioriterar detta, i egenskap av förstalinjen mot användarna. I statsbudgeten 2017 beslutades ett kommunalt stimuleringsbidrag på 91 miljoner NOK som ska bidra till att kommunerna skaffar sig rätt kompetens, särskilt arbetsterapeuter.

8.6.2 Kompetensförsörjning för relevanta yrkesgrupper

Som framkommit tidigare antas tillgången på de legitimerade yrkeskategorier som förskriver hjälpmedel öka i förhållande till befolkningen. Trots detta har utredningen i dialog med företrädare för hjälpmedelsverksamheter och brukarorganisationer vid upprepade tillfällen fått höra att det är för få förskrivare i hälso- och sjukvården.

Den demografiska utvecklingen medför ett större behov av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En naturlig åtgärd för att möta behovet skulle kunna vara att öka antalet utbildningsplatser på vård- och omsorgsinriktade utbildningar. Det är också angeläget att tillse att den legitimerade personalens tid används effektivt. I betänkandet *Effektiv vård*[40] konstateras att Sverige har ett strukturellt problem avseende kompetensmixen i vården och att det finns en stor potential i att personal med lägre formell kompetens tar över arbetsuppgifter från dem med högre formell kompetens. Ett exempel är att sjuksköterskor inte ska användas för rent omvårdande uppgifter. Det är oklart om det skulle kunna vara en framkomlig väg just på hjälpmedelsområdet, som naturligtvis kräver en viss specialisering. I sammanhanget är det dock angeläget att ref-

[40] SOU 2016:2 s. 273.

lektera över om det finns situationer eller moment som skulle kunna överlåtas till vård- och omsorgspersonal i högre utsträckning än i dag. Med rätt handledning skulle vård- och omsorgspersonalen kanske kunna utföra mer anpassningar av en produkt som redan förskrivits? Det finns också andra situationer i hjälpmedelssammanhang där det kan ifrågasättas om personalgrupper utnyttjas mest effektivt. För tekniskt avancerade hjälpmedel är det troligtvis mer effektivt om en tekniker i samråd med förskrivare utför anpassningar, i stället för att förskrivaren ska fördjupa sig i tekniska detaljer och utföra anpassningen på egen hand.

Utredningen har inte fördjupat sig i om det förekommer regionala skillnader i tillgång till legitimerad personal som förskriver hjälpmedel. Regionala variationer skulle kunna förklara varför användare kan uppleva en dålig tillgång till personal trots att ett tillräckligt antal legitimerade yrkesutövare utbildas. Det kan också vara så att vissa sjukvårdshuvudmän av olika skäl har svårt att locka till sig personal i tillräckligt stor utsträckning.

8.6.3 Förskrivares kompetens

Att förskrivare har hög kompetens är avgörande för att uppnå en effektiv och bra hjälpmedelsförsörjning. Förutom att förskrivaren ska ha kunskap om regler och styrdokument, kunna bedöma behov och förskrivningsprocessen och vara medveten om betydelsen av kommunikation, samarbete och bemötande, ställs i dag allt större krav på teknisk kompetens. Ny och modern teknik utnyttjas som hjälpmedel i allt högre utsträckning. Teknikutvecklingen går snabbt och tusentals nya produkter kommer varje år. Samtidigt saknas ofta strukturer och rutiner kring hur professionen ska hålla sig uppdaterad kring ny teknik. Det finns förskrivargrupper som sällan förskriver hjälpmedel vilket kan leda till svårigheter att upprätthålla sin kompetens, speciellt gällande tekniskt avancerade hjälpmedel. Vid dialog med arbetsgivare inom vården har framkommit att många är väl medvetna om denna utmaning. Det finns flera goda exempel där arbete pågår för att skapa goda förutsättningar att upprätthålla en hög kompetens om ny teknik, t.ex. genom nationella kompetenscentrum. Det förekommer också att hjälpmedelstekniker

och hjälpmedelskonsulenter arbetar i team på hjälpmedelscentraler för att bygga upp spetskompetens.

Kartläggningen visar att hjälpmedelsanvändare har förtroende för förskrivarnas kompetens, men att förskrivare bedöms behöva utveckla sitt individanpassade bemötande samt sina specialistkunskaper om olika hjälpmedel både inom och utanför upphandlade hjälpmedelssortiment. Kompetensen sägs behöva öka vad gäller delaktighet i förskrivningen samt behovsbedömning och prioriteringar på individnivå. I detta sammanhang noteras emellertid att Socialstyrelsens nyligen publicerade utbildningsmaterial kring förskrivningsprocessen bör ge bättre förutsättningar för förskrivare i dessa avseenden.

Utredningens kartläggning tyder på att förskrivare anställda inom kommunerna, och på privata företag anlitade av kommunerna, har större svårigheter än andra att upprätthålla hög kompetens. Detta medför att utsatta grupper, i synnerhet multisjuka äldre, inte får tillgång till den hälso- och sjukvård de har behov av. I detta sammanhang förtjänar att framhållas att den kommunala vården är det verksamhetsområde som har störst andel klagomål i fråga om medicinsk utrustning och hjälpmedel, enligt en sammanställning av patientnämndernas statistik till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)[41].

8.6.4 Behov av att se möjligheter med hjälpmedel

En avgörande faktor för en likvärdig tillgång till hjälpmedel är att vård- och omsorgspersonal har kompetens att uppmärksamma behov och se möjligheter med hjälpmedel. Saknas kunskapen finns risk att ojämlikhet uppstår då resursstarka och väl insatta användare får högre tillgång till hjälpmedel, och därmed en bättre vård, än resurssvaga användare.

Förskrivare får ofta kompetensutveckling genom hjälpmedelscentralerna, men för biståndshandläggare och vård- och omsorgspersonal i kommunerna finns vanligen inget sådant forum. En ökad kunskap hos kommunalt anställd vård- och omsorgspersonal skulle

[41] Inspektionen för vård och omsorg (2016). Tillsynsrapport – De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015.

troligtvis medföra ett ökat utnyttjande av hjälpmedel som komplement till andra stödinsatser, vilket från ett samhällsekonomiskt perspektiv framstår som effektivt. På grund av en hög personalomsättning i kommunernas verksamheter, inte minst i verksamheter som riktar sig till äldre, är det en betydande utmaning att upprätthålla kontinuitet och kompetens där.

Varje år sker ett antal dödsfall i samband med användning av hjälpmedel. Läkemedelsverket bedömer att dödsfallen beror på felhantering eller olyckliga omständigheter. En av förutsättningarna för att kunna hantera hjälpmedlen på ett korrekt och säkert sätt är att arbetsgivaren tillser att personalens kompetens är tillräckligt hög. Hjälpmedel är en viktig del i en väl fungerande vårdkedja.

Medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) är en viktig övervakningsfunktion för att tillse att personalens kompetens inom rehabilitering och hjälpmedel är tillräcklig inom kommunerna. Den MAS som måste finnas i kommunen enligt HSL har inte samma yrkeskompetens som exempelvis en arbetsterapeut när det gäller användningen av personliga hjälpmedel.

8.6.5 Behov av ökat stöd till elever med funktionsnedsättning

Skolverket har konstaterat att många skolhuvudmän strävar efter en inkluderande lärmiljö. Samtidigt ger alltför många skolor i realiteten inte tillräckliga förutsättningar för att lärmiljön ska vara pedagogiskt, socialt och fysiskt tillgänglig för alla elever med funktionsnedsättning[42].

Lärare saknar många gånger nödvändig erfarenhet, kompetens och pedagogiska redskap för att kunna identifiera behov och ge ett gott stöd till elever med funktionsnedsättning. En av orsakerna till detta är troligtvis den begränsade tillgången till vidareutbildning inom området. Lärare och annan skolpersonal måste naturligtvis ha relevant utbildning för att möta elever med funktionsnedsättning. Mot bakgrund av den påfallande ökningen av elever med en kognitiv funktionsnedsättning, ser utredningen överlag ett behov av att öka kompetensen om kognitivt stöd i skolorna. Då Skolinspek-

[42] Skolverket (2016). Tillgängliga lärmiljöer? En nationell studie av skolhuvudmännens arbete för grundskoleelever med funktionsnedsättning.

tionen tillsammans med SPSM har genomfört granskningar av skolor har konstaterats att skolorna misslyckats med att identifiera elevers individuella behov.[43]

Utredningen har också funnit att kompetensen brister hos skolpersonalen i fråga om stöd till elever med rörelse-, syn- och hörselnedsättningar i grund[44]- och gymnasieskolan[45]. Det är angeläget att lärare, i de fall de undervisar elever med någon av dessa funktionsnedsättningar, erbjuds stöd och adekvat utbildning och goda möjligheter att stödja eleverna att nå uppsatta mål.

Det är upp till varje skolhuvudman att tillse att de lärare som undervisar elever med funktionsnedsättning vid behov erbjuds stöd från SPSM, lokala kompetenscentrum som Skoldatatek, hälso- och sjukvården och elevhälsan, i syfte att skapa goda förutsättningar för väl fungerande lärmiljöer för elever med funktionsnedsättningar.

I en av Skolinspektionens kvalitetsgranskningsrapporter för 2016 framkommer att lärarna inte tar hjälp av skolans elevhälsa i sådan utsträckning att passande extra anpassningar kan erbjudas. I de granskade skolor där elevhälsans kompetens inte användes, tycks detta främst bero på att det inte ingår i skolans rutiner[46].

En rad statliga initiativ har tagits för att stärka den specialpedagogiska kompetensen i skolan. I utredningens genomgång av universitetsutbildningar framkommer att specialpedagogiska utbildningar och kurser som möter de flesta funktionsnedsättningar finns att tillgå. Antalet utbildningar och kurser som finns att tillgå varierar dock beroende på inriktning på funktionsnedsättning. Det är också oklart i vilken grad utbildning gällande hjälpmedel ingår som en del i kurserna.

Utredningens utgångspunkt är att elevhälsans kompetens om hjälpmedel måste säkerställas. De yrkesgrupper som har kompetens om, och arbetar med, hjälpmedel och kompensatoriska förebyggande insatser inom hälso- och sjukvård återfinns sällan inom elevhälsoteamen. Det är inte förvånande eftersom elevhälsan enligt skol-

[43] Skolinspektionen (2016). Skolans arbete med extra anpassningar – Kvalitetsgranskningsrapport.
[44] Skolinspektionen (2009). Skolsituationen för elever med funktionsnedsättning i grundskolan 2009.
[45] Skolinspektionen (2010) Skolsituationen för elever med funktionsnedsättning i gymnasieskolan.
[46] Skolinspektionen (2016). Skolans arbete med extra anpassningar – Kvalitetsgranskningsrapport.

lagen inte behöver omfatta dessa yrkeskategorier. Ett exempel är arbetsterapeuter, vars kompetens i hög utsträckning kan bidra till att skapa en mer tillgänglig skolmiljö och därmed ett mer jämlikt lärande[47,48]. Studier visar att arbetsterapeuter kan bidra till att skapa en mer tillgänglig och inkluderande skola för barn med funktionsnedsättning genom insatser på individ-, grupp- och organisationsnivå[49]. Internationellt sett, t.ex. i Australien, Nya Zeeland och USA, är arbetsterapeuter ofta en naturlig del i skolans arbete med att skapa förutsättningar för ett jämlikt lärande[50]. Arbetsterapeuter som en inkluderad del av elevhälsan kan också antas förenkla samverkan med hälso- och sjukvårdens hjälpmedelsverksamhet, vilket ofta är nödvändigt för att finna fungerande hjälpmedelslösningar för elever med funktionsnedsättning.

Vad gäller elevhälsans kompetens bör också framhållas att i betänkandet *Samordning, ansvar och kommunikation – vägen till ökad kvalitet i utbildningen för elever med vissa funktionsnedsättningar* (SOU 2016:46) görs bedömningen att i regeringens satsningar på specialpedagogik bör ingå tydliga satsningar på speciallärare med specialisering mot dövhet eller hörselnedsättning respektive grav språkstörning. I detta sammanhang vill utredningen särskilt framhålla att inte bara elever med dessa funktionsnedsättningar behöver få tillgång till specialiserad kompetens gällande hjälpmedel.

8.6.6 Utredningens sammanfattande slutsatser

- De legitimerade yrkesgrupper som vanligtvis förskriver hjälpmedel har de senaste åren ökat i förhållande till befolkningen. Detta är inte unikt just för dessa personalgrupper, utan övrig hälso- och sjukvårdspersonal följer samma mönster. Trots ökningen upplever användare m.fl. en brist på förskrivande personal. För att klara de utmaningar som bl.a. den demografiska utveck-

[47] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Teknikstöd i skolan – slutrapport.
[48] Carlbom, M. & Nordström, S (2010). Utvärdering av projektet Arbetsterapi i skolan.
[49] Hemmingsson, H., Gustavsson, A. & Townsend, E. (2007). Students with disabilities participating in mainstream schools: Policies that promote and limit teachers and therapists cooperation.
[50] World Federation of Occupational Therapist (2016). Position statement on Occupational Therapy Services in School-Based Practice for Children and Youth.

lingen medför, är det angeläget att den legitimerade personalens tid används effektivt.

- Kompetensen hos förskrivare beskrivs överlag som god, även om användare ibland upplever att förskrivare behöver öka sin kompetens när det gäller ett individuellt bemötande och specialistkunskaper kring specifika hjälpmedel. Särskilt yrkesverksamma hjälpmedelsanvändare ”mitt i livet” upplever att det saknas kompetens om deras situation. För dem krävs ofta samordning mellan exempelvis arbetshjälpmedel, fritidshjälpmedel och personliga hjälpmedel för att uppnå full delaktighet och självständighet.
- Ett hjälpmedelsområde där behovet av kompetens bedöms öka är kognitiva hjälpmedel. Den snabba tekniska utvecklingen ställer också särskilda krav på kompetensutveckling och omvärldsbevakning. Det är dock inte helt klarlagt vilken kompetens förskrivare och andra relevanta yrkeskategorier kan förväntas ha kring nya tekniska lösningar. Utredningen för ett resonemang kring detta i avsnitt 17.2.4. Att det finns förskrivargrupper som sällan förskriver hjälpmedel medför också särskilda svårigheter att upprätthålla kompetensen. Socialstyrelsen har nyligen publicerat stödmaterial om förskrivningsprocessen riktat till förskrivare av hjälpmedel. Det är för tidigt att uttala sig om vad materialet får för långsiktiga effekter på förskrivares kompetens.
- Vård- och omsorgspersonal i kommunen förefaller ha behov av en större kunskap om hjälpmedel. Varje år sker ett antal dödsfall till följd av att hjälpmedel inte hanteras korrekt. Det är grupper med stor personalomsättning, vilket innebär att en avgränsad kompetenssatsning för målgruppen inte bedöms effektiv på sikt. Däremot bör anställda MAR kunna bidra till en större, långsiktig kompetens om hjälpmedel och rehabilitering inom kommunernas verksamheter. Det tycks vara svårare för personal inom kommuner, och privata företag anlitade av kommuner, att upprätthålla hög hjälpmedelskompetens. Möjligheterna till kompetensutveckling är inte lika god där som för anställda inom landsting. För att säkerställa en hög kvalitet och god vård ser utredningen behov av att stärka kommunerna med fler MAR.

- Många elever i skolan har en kognitiv funktionsnedsättning och behov av stöd för att klara uppsatta mål. I princip varje lärare torde möta sådana elever dagligen, även om inte alla har en diagnos. Utredningen anser att det finns behov av ett samlat kompetenshöjande material kring kognitivt stöd, riktat till lärare. Ett kompetenshöjande material ökar möjligheterna för skolhuvudmännen att inom ramen för sitt arbetsgivaransvar tillse att lärare erbjuds kompetensutveckling för att bättre kunna möta och stödja elever med en kognitiv funktionsnedsättning.
- Elevhälsan ska stödja lärarna och medverka i det förebyggande arbetet med att undanröja hinder och svårigheter i olika lärmiljöer. Därför är det problematiskt att de yrkesgrupper som arbetar med hjälpmedel och kompensatoriska förebyggande insatser i hälso- och sjukvården sällan ingår i elevhälsan. Utredningen ser en tydlig förbättringspotential i att stärka elevhälsan med dessa yrkesgrupper.

9 Hjälpmedel och ny teknik

9.1 Inledning

I artikel 4 konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning anges att konventionsstaterna bland annat åtar sig att genomföra eller främja forskning och utveckling av samt främja tillgång till och användning av ny teknik. Det innefattar informations- och kommunikationsteknik samt hjälpmedel lämpliga för personer med funktionsnedsättning, med prioritering av teknik till överkomligt pris.

I utredningens direktiv framhålls att den snabba teknikutvecklingen leder till nya möjligheter som på bästa sätt bör tas till vara hos myndigheter och huvudmän med ansvar inom hjälpmedels- och välfärdsteknikområdet. I uppdraget ingår att överväga hur teknikbaserade stöd kan komplettera det stöd som i dag ges till äldre och personer med funktionsnedsättning och höja stödets kvalitet.

I detta kapitel behandlas först hur teknikutvecklingen påverkar hjälpmedelsområdet (9.2) och vilka insatser som gjorts på nationell nivå för att främja utveckling och innovation (9.3). Därefter följer ett avsnitt med juridiska aspekter på ny teknik inom hjälpmedelsområdet (9.4). Där behandlas relationen till välfärdsteknik (9.4.1), medicinteknik och patientsäkerhet (9.4.2) samt regler om offentlig upphandling (9.4.3).

I avsnitt 9.5. diskuteras om och hur teknikbaserade stöd kan användas för att komplettera annat stöd: dels för att förbättra individuella stödinsatser (9.5.1), dels i form av konsumentprodukter som alternativ till traditionell förskrivning (9.5.2).

I avsnitt 9.6 behandlas forskning och utveckling av hjälpmedel och avsnitt 9.7 rör hjälpmedelsmarknaden. I avsnitt 9.8 diskuteras förutsättningarna för utveckling och innovation i vården (bl.a. i

fråga om ersättningsmodeller, upphandling, samverkan, kunskapsspridning och delaktighet).

Utredningens slutsatser presenteras i avsnitt 9.9.

9.2 Teknikutvecklingen påverkar hjälpmedelsområdet

Teknikutvecklingen medför möjligheter

Hjälpmedel har historiskt sett varit specialanpassade produkter särskilt avsedda att användas av personer med funktionsnedsättning.

Innovationer och den tekniska utvecklingen har inneburit att hjälpmedelsområdet förändrats[1]. Sålunda har:

- mindre och allt billigare hårdvara gjort det möjligt att utveckla små och kompakta produkter och bärbar teknik,
- en effektivare strömförsörjning och tillgång till billigare och mindre batterier lett till fler bärbara och kraftfulla produkter,
- förbättringen av internettillgång på offentliga platser och i mobiltelefoninätet möjliggjort enklare uppkoppling, och
- nya användargränssnitt som pekskärmar, rörelseigenkänning, haptisk (taktil) återkoppling och hjärngränssnitt (tankestyrning) gett nya möjligheter att använda teknik.

Teknikutvecklingen innebär nya möjligheter med bl.a. kroppsnära teknik, s.k. *wearable technology*, som kan användas som kompensatoriskt stöd. Det finns skor som ger sensorisk återkoppling till synskadade, kläder som hjälper synskadade att navigera, glasögon som hjälper synskadade att ”se” samt kläder som mäter stressreaktioner hos personer med autism eller känner av när en person med epilepsi ska få ett anfall[2].

Teknikutvecklingen kan dessutom bidra till effektivisering och ökad användarnytta. Ett exempel är när alla taltidningar teknik-

[1] Crossland, A. Ruedel, K. Gray, T, Wellington, D, Reynolds, J. & Perrot, M. (2016). Future Ready Assistive Technology: Fostering State Supports for Students With Disabilities.
[2] a.a.

skiftades från CD- och radiotidningar till onlinedistribuerade Daisytidningar. Före teknikskiftet 2013 var det hundratals dagstidningar som lästes in av mänsklig röst och därefter distribuerades till användaren via radio eller CD-tidningar skickade med post. Användaren kunde få delar av dagstidningen inläst. Samhällets kostnad för detta var 125 miljoner kronor per år. Numera används talsyntes i stället. Det innebär att användaren nu har möjlighet att få en oavkortad version av papperstidningen, vilket leder till ökad delaktighet och valfrihet. Det har inte skett någon märkbar förändring av antalet prenumeranter och det totala antalet som har tjänsten är fortsättningsvis cirka 5 000 personer. Samhällets kostnad efter teknikskiftet har minskat med 75 miljoner kronor per år och är nu 50 miljoner kronor per år.

Svårt att ta ställning till nya produkter

Den tekniska utvecklingen ställer krav på hjälpmedelsverksamheten när det gäller att bedöma vilka innovationer och nya produkter som ska tillhandahållas som hjälpmedel eller inte. För att innovationer ska införas som hjälpmedel krävs att de är väl utvärderade. Om det redan finns hjälpmedel som uppfyller samma behov, saknas delvis incitament för hjälpmedelsverksamheten att införa innovationer, även om dessa visar hög användarnytta och patientsäkerhet.

Det är inte ovanligt att innovationer är utformade så att de uppfyller mer än ett behov. Då kan enligt vad utredningen erfarit en sådan elementär sak som att det saknas naturlig ISO-kod för produkten medföra att innovationen inte blir klassad som ett hjälpmedel. Sammantaget kan konstateras att det inte är helt enkelt att ”få in” innovationer och ny teknik som hjälpmedel. I praktiken tycks det många gånger vara mindre komplicerat om innovationerna kallas för välfärdsteknik. Gränsen för vad som är hjälpmedel och vad som är välfärdsteknik är inte helt tydlig (se avsnitt 3.4.1). I takt med att teknikutvecklingen går framåt kommer troligtvis gränsen att suddas ut allt mer.

Vad som anses vara hjälpmedel förändras över tid

Den tekniska utvecklingen medför också att relationen mellan hjälpmedel och produkter utformade för konsumenter förändras[3]. En tvättmaskin eller diskmaskin ansågs tidigare vara hjälpmedel, men i dag, då de flesta har tillgång till dessa produkter, betraktas de inte längre som hjälpmedel. Datorn var också tidigare ofta betraktad som hjälpmedel. Nu är det vanligt att specialanpassad mjukvara till datorn bedöms vara hjälpmedel, medan själva datorn inte är det. Olikheter över landet förekommer emellertid.

Utvecklingen går mot att produkter som finns tillgängliga på konsumentmarknaden i allt högre grad kan fungera som hjälpmedel. De främsta exemplen är smarta telefoner och surfplattor. Tillgänglighetsfunktioner som förstoring, skärmläsare, text till tal/tal till text, som tidigare enbart fanns i särskilda hjälpmedel, är numera del av smarta telefoner, surfplattor och datorer. Detta har lett till att betydligt fler har tillgång till tillgängliga produkter än tidigare samt att kostnaderna för produkterna har sjunkit kraftigt. Utvecklingen har lett till ett ökat utbud av produkter som kan användas av alla, s.k. universell utformning. Detta upplevs många gånger som särskilt positivt av barn och unga, som inte längre behöver använda särskilda produkter, utan i stället kan använda samma produkter som ”alla andra”.

En vinst med universell utformning är att personer med funktionsnedsättning kan ta del av den snabba utvecklingen inom it-området, något som inte är möjligt med enskilda traditionella hjälpmedel[4]. Samtidigt finns det också utmaningar och risker med teknikutveckling, som lyfts fram i olika forskningsrapporter. Exempelvis kan gränssnittsutvecklingen fungera utestängande om gränssnittet inte är universellt utformat och tillgängligt för särskilda grupper t.ex. döva. Svårigheter att säkerställa den personliga integriteten kan också uppstå då allt mer i samhället blir digitaliserat och uppkopplat. Vidare kan produkterna bli alltför små för att vara användbara av personer med funktionsnedsättning. Från en mer allmän synpunkt kan framhållas riskerna med att enbart förlita sig på tillgången till en trygg strömförsörjning och internet.

[3] Raja, D. S. (2016). Bridging the disability divide through digital technologies.
[4] Wise, P. H. (2012). Emerging Technologies and Their Impact on Disability.

Hjälpmedelstillverkare möter konkurrens

Utvecklingen har också lett till att de traditionella hjälpmedelstillverkarna mött konkurrens och marknaden för deras produkter minskat. Konkurrens är ofta positivt för konsumenter, inte minst från prissynpunkt. För vissa hjälpmedelskonsumenter kan dock den allmänna utvecklingen leda till negativa konsekvenser. Det gäller dem med större behov av anpassning än vad som är möjligt i produkter avsedda för den stora allmänheten. De universellt utformade produkterna kan i dag i praktiken inte ge fullgott kompensatoriskt stöd för alla, i synnerhet inte för dem med flera och komplexa funktionsnedsättningar. Hjälpmedelsbranschen har framhållit att den ökade användningen av konsumentprodukter som hjälpmedel innebär en risk för att användarna nöjer sig med en acceptabel lösning, även om den inte är den bästa lösningen för dem på grund av bristande information och support[5].

Hjälpmedelsmarknaden är begränsad i den meningen att antalet presumtiva användare är få jämfört med många andra marknader. Detta innebär att hjälpmedel oftast tillverkas i relativt små upplagor, vilket påverkar såväl styckkostnad som produktutvecklingen. Innovationer och teknikutveckling kan förväntas påverka även tillverkningen av hjälpmedel. Exempelvis används 3D-skrivare i allt högre utsträckning för att ta fram prototyper och mallar i samband med att hjälpmedel tillverkas. Ett sådant exempel är 3D-modeller för att utvärdera och optimera befintliga medicinska produkter såsom proteser och ortoser.[6] I takt med 3D-skrivarnas utveckling och fallande priser, kan möjligheten komma att öka även för enskilda att ta fram egna lösningar och produkter. I dag används 3D-skrivarna framför allt för forskning och utveckling. Forskare menar att det som hindrar enskilda individer att nyttja tekniken för att tillverka sina egna hjälpmedel är bristande medvetenhet och kunskap om hur skrivarna kan användas[7].

Det finns globala nätverk som samlar idéer och guider för att möjliggöra framtagandet av nya produkter där bland annat 3D-

[5] British Assistive Technology Association (2013). Assistive technology in the UK - Baseline review 2013.
[6] Delarosa, E., Lax-Vanek, A., & Davies, TC. (2016). How can emerging technologies be leveraged to benefit Canadians? The impact of emerging technology on developing and accessing assistive technology.
[7] a.a.

skrivare används[8]. Det finns också de som använder sig av olika typer av hårdvara och verktyg för att förstå och utveckla idéer och innovationer. De använder verktyg som tidigare varit reserverade för industrin, men som genom särskilda ”makerspace” görs tillgängliga för enskilda. Syftet är att skapa en verkstadsliknande miljö som uppmuntrar till delning av kunskap, verktyg och idéer. Ett exempel från Stockholms Makerspace är framtagandet av en prototyp på en lätt larmklocka för äldre. Initiativtagaren ansåg att befintliga larmklockor var för tunga och fula. Internationellt finns särskilda webbplatser och makerspace som är inriktade på att utveckla hjälpmedel (t.ex. diyability.org, lifekludger.net, aduino.cc och enabledbydesign.org).

Ett liknande fenomen som vuxit fram är Hackathon, dvs. evenemang där team under en begränsad tid tillsammans utvecklar och hittar lösningar för ett problem. Det kan handla om att ta fram en produkt eller programvara. Hackathon som är inriktade på hjälpmedel benämns som ATHack (Assistive Technology Hackathon). Ett sätt att arrangera ett Hackaton är att be enskilda personer med funktionsnedsättning presentera ett problem de vill ha löst med ett hjälpmedel. Ett sådant exempel är när Massachusetts Institute of Technology (MIT) arrangerade ett Hackathon där 70 studenter i 17 team arbetade för att ta fram olika hjälpmedel.

9.3 Nationella insatser för att främja utveckling och innovation

En mängd nationella insatser har genomförts för att främja utveckling och innovation. Huvuddragen redovisas nedan.

Initiativ på regeringsnivå

Det *Nationella innovationsrådet* har i uppdrag att identifiera utmaningar och samverkansområden av strategisk betydelse för utvecklingen av innovationspolitiken samt föreslå initiativ för att stärka Sveriges innovations- och utvecklingskraft. Ett särskilt program med anknyt-

[8] Enabling The Future - A Global Network Of Passionate Volunteers Using 3D Printing To Give The World A "Helping Hand". Tillgänglig online: www.enablingthefuture.org [2017-01-25].

ning till hjälpmedel rör life science. Det finns även en nationell samordnare för life science (dir. 2015:105).

I en gemensam *Vision för e-hälsa 2025* uttrycker regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en gemensam önskan om att understödja arbetet med att ta tillvara digitaliseringens möjligheter i socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Riksdagen har med anledning av prop. 2016/17:50 *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft* beslutat om en rad forskningssatsningar som har anknytning till hjälpmedelsområdet. En sådan är den tioåriga satsningen på klient- och praktiknära forskning i socialtjänsten, inklusive interventionsforskning (s. 90). Ett annat exempel är satsningen på klinisk forskning, som beskrivs kunna bidra till att utveckla tematiska forsknings- och innovationssamarbeten mellan hälso- och sjukvården, högskolesektorn och näringslivet (s. 98). Även forsknings- och innovationssatsningen om tillgänglighetsdesign, inom ramen för det tioåriga nationella forskningsprogrammet för hållbart samhällsbyggande (s. 87), bör indirekt ha koppling till hjälpmedelsområdet. Satsningen vill uppmuntra till innovationsarbete mellan universitet och högskolor, offentlig sektor, näringsliv och andra relevanta aktörer. Målet är ett samhälle som är inkluderande och tillgängligt för alla vilket skapar förutsättningar för delaktighet och självständighet samtidigt som det troligtvis minskar behovet av individuella hjälpmedel.

Vidare har regeringen, som ett led i arbetet med att utveckla de offentliga upphandlingarna, tagit fram en *nationell upphandlingsstrategi* med råd om hur upphandlande myndigheter kan arbeta för att utveckla sitt strategiska arbete med inköp.

Den dåvarande regeringen inledde 2007 satsningen *Teknik för äldre*. Syftet var att stödja utvecklingsprocesser med målet att ge äldre personer bättre tillgång till funktionella och säkra produkter och tjänster där teknik underlättar olika aktiviteter i vardagen. Hjälpmedelsinstitutet (HI) redovisade som de viktigaste resultaten att satsningen förstärkt samverkan över sektors- och förvaltningsgränser och med brukarorganisationer, men även bekräftat nyttan av välfärdsteknologi[9].

[9] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Teknik för äldre II – Slutrapport.

Statliga utredningar

Digitaliseringskommissionen tillsattes 2012 i syfte att främja digitaliseringen i Sverige och verka för att uppnå det it-politiska målet att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter.[10] Under 2012–2015 bestod uppdraget i att göra en omvärldsanalys, att identifiera strategiska områden som bör beaktas i politiken för digitaliseringen, att utreda behov av främjande på nationell nivå samt att följa upp arbetet med de regionala digitala agendorna. Under 2016 hade Digitaliseringskommissionen i uppdrag att redovisa kunskapssammanställningar om digitaliseringens effekter på individ och samhälle samt att stödja regeringens arbete i digitaliseringsfrämjande frågor. Digitaliseringskommissionen skriver i sitt slutbetänkande[11] att kvaliteten på omsorg förbättras med teknikens hjälp, tack vare bl.a. skiften från lokala till globala it-system samt upphandlingsförfaranden för digitala tjänster.

Utredningen *En nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen*[12] har haft i uppdrag att lämna förslag på bl.a. hur välfärdsteknologi kan användas för en ökad kvalitet och effektivitet. I sitt betänkande (SOU 2017:21) framhåller man att det finns ett stort intresse i kommunerna att använda välfärdsteknik inom vård och omsorg, men oklarheter finns beträffande de rättsliga förutsättningarna för teknikanvändningen, liksom svåra etiska frågor att hantera. Det finns ett behov av att klargöra gränsen mellan hjälpmedel och välfärdsteknik. Frågan om samtycke och den enskildes inflytande lyfts också fram. De etiska frågeställningarna har också påpekats i Integritetskommitténs delbetänkande[13]. Det bedöms tveksamt om på vilket sätt personer med nedsatt beslutsförmåga kan erbjudas tjänster med välfärdsteknik.

I detta sammanhang ska också nämnas Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning och betänkandet *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning* (SOU 2015:80).

[10] SOU 2016:89 s. 17.
[11] a.a.
[12] Dir. 2015:72.
[13] SOU 2016:41.

Myndigheter och organisationer som följer teknikutvecklingen

Myndigheten för delaktighet (MFD) har haft i uppdrag av regeringen att informera och stödja kommuner vid implementeringen av välfärdsteknik inom socialtjänst och hemsjukvård.[14] Syftet är att skynda på kommunernas användning av välfärdsteknologi. I samverkan med SKL har MFD tagit fram en nationell referensprofil för trygghetslarm[15], kompatibilitetsfaktorer samt teknisk informationssäkerhet. Underlaget har införts i ramavtalet för upphandling av trygghetslarm, som sker via SKL Kommentus Inköpscentral. MFD avser att fortsätta samverkan med SKL i detta arbete, med målsättningen att möta behoven av nästa generations trygghetslarm. I samarbete med Linköpings universitet har MFD också tagit fram ett digitalt ledningssystem för att stödja kommunerna i införandet av ett systematiskt arbetssätt.[16]

I MFD:s uppdrag ingår att arbeta med standardisering. Standardiseringsarbetet går ut på att samla olika intressenter för att komma överens om hur samordnade krav kan ställas för att utveckla och förbättra produkter, tjänster, system, miljöer och anläggningar, så att de kan användas av alla oavsett funktionsförmåga.

Socialstyrelsen gör årliga uppföljningar av e-hälsa och välfärdsteknik. Myndigheten har tagit fram webbutbildningar inom områdena

- E-hälsa och välfärdsteknologi
- etik och integritet vid införandet av välfärdsteknik
- trygghetslarm och systematiskt kvalitetsarbete.

Därutöver har myndigheten definierat begreppen välfärdsteknik och välfärdsteknologi i sin termbank[17]. Socialstyrelsen har också en webbsida med frågor och svar kring välfärdsteknik som bl.a. belyser vad myndigheten bedömer är tillåtet enligt nuvarande lagstiftning

[14] Uppdrag angående information om digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård (S2014/8960/FST).
[15] Omfattande SCAIP-standard och stöddokument.
[16] Myndigheten för delaktighet (2016). Digitala tjänster inom socialtjänst och hemsjukvård.
[17] Socialstyrelsens termbank. Tillgänglig online: http://termbank.socialstyrelsen.se/ [2017-04-20].

(bedömningen får göras från fall till fall och inte utifrån valet av teknisk lösning).

Kunskapsguiden är en nationell webbplats som samlar kvalitetssäkrad kunskap från flera myndigheter och andra aktörer. Kunskapsguiden är utgiven av Socialstyrelsen i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), SKL och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). På Kunskapsguiden finns webbaserade utbildningar om välfärdsteknik och hjälpmedel.

Tidigare fanns möjlighet att ansöka om ekonomiskt stöd och rådgivning från HI för utveckling av hjälpmedel. I dag pågår också ett antal satsningar för att stimulera utveckling av nya tekniska lösningar för personer med funktionsnedsättning och äldre. Bland annat har *Post- och telestyrelsen (PTS)* ett särskilt fokus på innovationsfrämjande aktiviteter i syfte att få fram lösningar som bidrar till att fler kan dra nytta av digitaliseringens möjligheter, oavsett funktionsförmåga.

SBU tar reda på vilken effekt olika metoder och insatser har, om det finns några risker med dem och om åtgärderna ger mesta möjliga nytta för pengarna. För att öka samverkan och möjligheten att mellan myndigheter, regioner och landsting dela vetenskapliga resultat och undvika dubbelarbete för att öka nyttan för patienterna och vårdgivarna, har SBU sedan 2007 samordnat ett HTA-nätverk (Health Technology Assessment). Nätverket består i dag av representanter för 16 landsting, Socialstyrelsen och TLV. Syftet med det nationella nätverket är att öka kunskapen om HTA i landsting för att öka förankringen och implementeringen av de kunskapssammanställningar som tas fram av SBU och andra myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det handlar t.ex. om nationella riktlinjer från Socialstyrelsen och de regionala HTA-enheternas egna rapporter. Syftet är också att öka samverkan och fungera som ett kunskapscentrum där nationell och regional nivå möts. Samtliga regionala HTA-publikationer läggs in i en databas på SBU:s hemsida och blir därmed tillgängliga för hela landet. Problem och utmaningar kan då hanteras gemensamt. Det kan t.ex. handla om en ny medicinteknisk produkt, som landsting behöver ta beslut om huruvida den ska införas eller ej.

TLV drar utifrån internationella studier slutsatsen att det kan finnas cirka 700 000 medicintekniska produkter på marknaden. I oktober 2016 var antalet ISO-klassificerade produkter i Ineras Hjälpmedelstjänst drygt 383 000 stycken[18]. Det finns därmed ett behov hos landstingen att hantera mängden av produkter och metoder. Enligt TLV saknar landstingen i dag relevant kompetens och resurser för hälsoekonomiska bedömningar. Det är inte effektivt att varje landsting gör sådana bedömningar var för sig och det riskerar att leda till en ojämlik vård. För att hälso- och sjukvården ska kunna fatta så välgrundade beslut som möjligt kring vilka medicintekniska produkter som ska ingå i verksamheten, har TLV ett särskilt uppdrag att ta fram hälsoekonomiska kunskapsunderlag rörande nya medicintekniska produkter. TLV:s uppdrag innebär, till skillnad från Socialstyrelsens och SBU:s, att man utvärderar produkter i ett tidigt skede. Vidare inkluderas samtliga kostnader och effekter, oavsett vilka som har betalningsansvaret.

Upphandlingsmyndigheten har i uppdrag att främja innovationsupphandlingar och att förstärka upphandlingskompetensen hos myndigheter som upphandlar verksamhet som berör äldre och personer med funktionsnedsättning.[19] För att stödja kommuner och landsting att via upphandling ge bättre valmöjligheter och främja utveckling av välfärdsteknik och hjälpmedel presenterade Upphandlingsmyndigheten i januari 2017 en vägledning; *Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik*[20]. Vägledningen ger exempel på lösningar när nya produkter behövs för att täcka behoven och det krävs någon form av utvecklingsarbete. Det kan handla om innovationspartnerskap och konkurrenspräglad dialog.

eHälsomyndigheten samordnar regeringens satsningar inom E-hälsa. Vinnova och eHälsomyndigheten har fått ett regeringsuppdrag om att fortsätta arbetet med att utveckla ramverk för öppna standarder, som syftar till att olika it-system inom vården ska bli kompatibla med varandra. Härigenom kan skapas effektivare arbetsprocesser för personalen, säkrare patientflöden och ökad delaktighet för patienterna. Projektet genomförs inom ramen för det nationella strategiska innovationsprogrammet *Medtech4Health.*

[18] Statistik från Inera till Hjälpmedelsutredningen (inkom 2016-12-05).
[19] Uppdrag att förstärka upphandlingskompetensen hos upphandlande myndigheter som upphandlar verksamhet som berör äldre och personer med funktionsnedsättning (S2015/110/FST).
[20] Upphandlingsmyndigheten (2017). Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik.

Europeiska unionen (EU) ger via sina fonder stöd till utveckling och införande av välfärdsteknik. Horizon 2020 är EU:s ramprogram för forskning och innovation för perioden 2014–2020, som omfattar bl.a. satsningar inom hälsa. I Sverige förmedlas stödet genom Vinnova. EU har också programmet Active Assisted Living Programme (AAL), som handlar om informations- och kommunikationsteknologi (IKT) som stöd till äldre. Vinnova har varit med och aktivt finansierat projekt inom AAL sedan starten 2008. Sedan 2015 är Vinnova endast passiv medlem. AAL kommer att utvärderas igen 2020. Efter det kommer Vinnova eventuellt att lyfta frågan om aktivt medlemskap igen.[21]

Forte är ett statligt forskningsråd under Socialdepartementet som finansierar vetenskaplig forskning för människors hälsa, arbetsliv och välfärd. I Fortes uppdrag ingår också att identifiera områden där mer forskning behövs, att utvärdera och granska forskningsresultat samt att göra dem tillgängliga för alla.

Nordens välfärdscenter (NVC) är en institution under Nordiska ministerrådet inom social- och hälsosektorn som arbetar med välfärdsteknik på nordisk nivå. NVC står bakom projektet Connect[22]. Syftet med projektet var att skapa en komplett ”verktygslåda”, ”best practice”. Goda exempel samlades in från tio av de ledande nordiska kommunerna. Från Sverige deltog Västerås och Göteborg. Projektet konstaterade att det var likartade utmaningar för kommunerna i hela Norden oavsett skillnader vad gäller utveckling, marknadsstyrka och kompetens. Den nordiska marknaden för välfärdsteknik är fragmentiserad, vilket skapar hinder för utvecklingen. Ett nordiskt samarbete anses underlätta kunskaps- och erfarenhetsutbyte, vilket kan ge förutsättningar för en gemensam nordisk marknad. I slutrapporten konstateras att välfärdstekniken är ett område som är uppenbart lämpat för nordiskt samarbete, eftersom länderna är mycket lika varandra vad gäller serviceleverans och innovationer inom offentlig sektor. Projektet ska i sig ha skapat ett tätare samarbete både över gränserna och mellan kommunerna från varje land.

[21] Uppgift från Vinnovas hemsida. Tillgänglig online: vinnova.se [2017-01-26].
[22] Mer om Connect hos Nordens välfärdscenter. Tillgänglig online: http://www.nordicwelfare.org/sv/Projekt/Valfardsteknologi/Connect/ [2017-05-12].

SKL genomförde, i syfte att öka kunskapen om hur kommuner, landsting och regioner arbetar för att systematiskt stimulera utveckling och innovation i sina verksamheter, en enkätundersökning riktad till samtliga medlemmar under 2015[23]. Resultatet visade att det i merparten av kommunerna och landstingen saknas fasta strukturer för att främja förnyelse och innovation. Två tredjedelar av kommunerna och elva av landstingen angav dock att man helt eller delvis regelbundet testar och utvärderar nya lösningar. SKL konstaterar att det finns ett fortsatt stort behov av kunskap och kompetensutveckling avseende förnyelse och innovationsfrågor. Det finns bl.a. behov av konkreta verktyg för att kunna ta till vara idéer från såväl medarbetare som brukare/patienter. Både kommuner och landsting uppger ett betydande behov av kunskap om teknologi och digitala lösningar. Vård och omsorg är ett av de områden där man ser störst behov av innovationsarbete. Hemsjukvård, äldreomsorg och multisjuka äldre är områden som särskilt lyfts fram.

I linje med detta konsterar *Institutet för framtidsstudier* i sin forskningsrapport *Bortom IT – om hälsa i en digital tid*[24] att digitaliseringen har stor potential att effektivisera vården och förbättra vår hälsa. Institutet pekar på en rad hinder som bromsar eller omöjliggör utveckling. Det handlar bl.a. om ålderdomliga regelverk, ”politiska paradoxer”, myndigheter som inte tillåts utföra sitt jobb, verksamheter som är anpassade efter en sjukdomsbild som inte längre dominerar och om bristande förutsättningar för löpande förbättringsarbete.

9.4 Rättsliga utgångspunkter

9.4.1 Välfärdsteknik och hjälpmedel

Utveckling och innovation inom hjälpmedelsområdet har nära anknytning till *välfärdsteknik*, såsom digitala trygghetslarm, tillsyn via kamera eller sensorer för påminnelser. En tydlig gräns mellan hjälpmedel och välfärdsteknik finns inte. Enligt Socialstyrelsens termbank är välfärdsteknik digital teknik som syftar till att bibehålla

[23] Sveriges Kommuner och Landsting (2015). Förutsättningar för innovation 2015. Enkätundersökning om kommuner, landsting och regioners syn på innovationsfrågor.
[24] Institutet för framtidsstudier (2016). Bortom IT – om hälsa i en digital tid.

eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning. Till skillnad från hjälpmedel behöver välfärdsteknik inte vara avsett att användas av en viss person. I sammanhanget noteras att i Danmark och Norge förefaller inte välfärdsteknik ha definierats lika snävt som i Sverige. Hjälpmedel, e-hälsa och telemedicin ingår i det norska begreppet välfärdsteknologi. E-hälsa och telemedicin är nära knutet till välfärdsteknik. E-hälsa innebär att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa. Telemedicin kan förklaras som hälso- och sjukvård på distans med hjälp av informations- och kommunikationsteknik.

Enskilda får i regel tillgång till välfärdsteknik genom beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453). Ofta ger beviljandet inte upphov till något särskilt beslut, utan tekniken ingår som en del i ett beslut om beviljande av särskilt boende eller hemtjänst. Välfärdsteknik innebär ofta att teknik och omsorgstjänst kombineras, enligt Upphandlingsmyndigheten. Om den enskilde bor i eget (ordinärt) boende kan ett GPS-larm förskrivas som hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och kombineras med insats i form av larmmottagning som en insats enligt socialtjänstlagen. Sådana beslut fattas alltså av två huvudmän.[25]

I detta sammanhang förtjänar att framhållas att HSL, socialtjänstlagen och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, alla bygger på frivillighet, dvs. insatser kan bara ges med den enskildes samtycke, vilket kommer till tydligt uttryck för vårdens del i 4 kap. 2 § patientlagen. Beroende på vilket slags välfärdsteknik som tillämpas i verksamheten kan behöva beaktas t.ex. 2 kap. 6 § regeringsformen och kameraövervakningslagen (2013:460). För personliga hjälpmedel förefaller inte integritetsproblematiken lika uttalad som när det gäller välfärdsteknik. Användningen av hjälpmedel torde inte ge upphov till den typ av avvägningar av etisk natur som användningen av välfärdsteknik inom t.ex. äldreomsorgen gör.

I Norge är förmedling och finansiering av välfärdsteknologi en tvärsektoriell uppgift som involverar spesialisthelsetjenesten, kommunhelsetjenesten och Arbeids- og velferdsetaten.[26] Finansieringen

[25] Upphandlingsmyndigheten (2016). Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik – en kartläggning, s. 11.
[26] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelsformidling – for økt deltakelse og mestring, s. 5 f. och 108.

avgörs av vad som är syftet med teknologin. Beröringspunkterna mellan välfärdsteknologi och hjälpmedel har med tanke på den kommande tekniska utvecklingen skapat en otydlig och inte helt ändamålsenlig gräns mellan de statliga hjälpmedelscentralernas och kommunernas område, enligt den norska hjälpmedelsutredningen från 2017. Den utredningen har funnit att kommunerna bör ha hela ansvaret för teknologi med en tydlig omsorgs- och tjänstedimension och som kan knytas till kommunala trygghetslarm. När det gäller välfärdsteknologi, som har ett nära samband med hälso- och omsorgstjänster vilka är ett kommunalt ansvar, måste gränsen mot hjälpmedel justeras löpande. Den norska utredningen anser att en del hjälpmedel som i dag är ett statligt ansvar på sikt bör föras över till kommunerna. Detta skulle sörja för ett helhetsansvar och minska problemen med olika standarder och gränssnitt. På längre sikt borde övervägas att helt flytta ansvaret till kommunerna. Om ansvaret flyttas till kommunerna från folketrygden (staten) kommer enskilda visserligen inte längre att ha en juridiskt utkrävbar rätt till sådana produkter/tjänster. Utredningen tror ändå att kommunerna kommer att prioritera ”varslings- och lokaliseringsteknologi” eftersom deras alternativkostnader är större. När det gäller andra typer av välfärdsteknologi, där syftet handlar mindre om trygghet och mer om att öka individens självständighet, bör finansieringen även i fortsättningen vara statlig, anser den norska utredningen. Ett exempel som nämns är dörrklockor för personer med hörselnedsättning.

9.4.2 Medicintekniska produkter och patientsäkerhet

Det medicintekniska regelverket

Ny teknik som initialt är tillverkad för konsument och kan köpas på den öppna marknaden kan fungera som hjälpmedel. Det kan exempelvis vara en smart telefon som anpassas med applikationer. Ibland finns behov av att kunna *förskriva* en sådan produkt. För att det ska vara möjligt måste sjukvårdshuvudmannen kunna garantera att produkten är säker att använda.

Hjälpmedel förskrivs som bekant enligt HSL och av legitimerad personal. De flesta hjälpmedel som förskrivs via hälso- och sjukvården är klassade som *medicintekniska produkter*. Vad som är en

medicinteknisk produkt regleras i lagen (1993:584) om medicintekniska produkter. Som medicinteknisk produkt räknas bl.a. produkter som enligt tillverkarens uppgift ska användas, separat eller i kombination med annat, för att hos människor påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller en funktionsnedsättning. Definitionen av medicinteknisk produkt bygger på innehållet i flera EU-direktiv.[27] De medicintekniska direktiven anger allmänna krav på produkterna som är väsentliga för att ge skydd för liv och hälsa. Tekniska utformningar som uppfyller dessa krav återfinns i europeiska harmoniserade standarder. Medlemsstaterna får inte hindra att CE-märkta produkter släpps ut på marknaden och tas i bruk.[28] Medicinteknisk produkt är således ett EU-rättsligt begrepp med en specifik innebörd som medlemsstaterna inte är fria att tolka som de vill.

För hjälpmedel som är medicintekniska produkter säkerställer tillverkaren att produkten är säker utifrån sitt tänkta användningsområde. Medicintekniska produkter delas in i olika riskklasser och hjälpmedel tillhör ofta den lägsta riskklassen. Detta innebär att tillverkaren av produkten genom sin försäkran intygar att produkten uppfyller det medicintekniska regelverkets krav. Det är tillverkaren – inte vårdgivaren – som ansvarar för att hantera de identifierade riskerna och krav som är förenade med användningen av en medicinteknisk produkt. Tillverkaren har utvärderat och provat produkten med tanke på hjälpmedelsanvändarens funktionsnedsättning och tänkt användningsområde. Läkemedelsverket är den myndighet som har tillsynsansvar för medicintekniska produkter.

I 4 och 10 §§ förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter anges att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter i vissa angivna avseenden. Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1). Enligt sin rubrik gäller föreskriften bara medicintekniska produkter, men den stödjer sig även på andra bemyndiganden än

[27] Europaparlamentets och rådets direktiv 2007/47/EG om ändring av rådets direktiv 90/385/EEG om tillnärmning av medlemsstaternas lagstiftning om aktiva medicintekniska produkter för implantation, rådets direktiv 93/42/EEG om medicintekniska produkter och direktiv 98/8/EG om utsläppande av biocidprodukter på marknaden.
[28] Prop. 2008/09:105 s. 12.

det i lagen om medicintekniska produkter[29]. Föreskriften omfattar i praktiken ett större område än vad som vore möjligt om den bara hade stöd i regleringen av medicintekniska produkter. Socialstyrelsens föreskrift innehåller bestämmelser för förskrivning. HI har rekommenderat att dessa tillämpas så långt det är möjligt även när hjälpmedlet inte är en medicinteknisk produkt utan en konsumentprodukt.[30]

Skadeståndsansvar för vårdskador

Användningen av hjälpmedel kan ge upphov till skador och ersättningsanspråk. Bestämmelserna om vem som har skadeståndsansvar för vårdskador är en viktig del av patientsäkerheten. Tidigare fanns ingen särreglering av skadeståndsansvaret för vårdskador. Svårigheterna för patienter att få ersättning för vårdskador genom det skadeståndsrättsliga systemet ledde till skapandet av patientförsäkringen.[31] Den tillkom den 1 januari 1975 genom ett avtal mellan å ena sidan de offentliga sjukvårdshuvudmännen och å andra sidan ett konsortium av försäkringsbolag. Fördelen för de enskilda var alltså att patienten hade rätt till ersättning direkt från försäkringen utan att behöva visa att skadan har orsakats av fel eller försummelse.

Numera finns patientskadelagen (1996:799), som innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring). Patientskadeersättning lämnas för personskador, såväl fysiska som psykiska, som drabbar patient i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Förutsättningarna för ersättning anges genom en uppräkning i lagen av ett antal olika skadesituationer, bl.a. lämnas ersättning för skada som orsakas av fel hos eller felaktig hantering av medicintekniska produkter. Enligt 6 § punkt 2 patientskadelagen lämnas sålunda patientskadeersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av fel hos medicinteknisk produkt. Rätten till

[29] Bl.a. 2 § 1 och 2, 3 § 1 och 4 § 2 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m., 3 d och 18 c §§ äldre HSL samt 8 kap. 5 § 1 patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).
[30] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Konsumentprodukter som hjälpmedel – En handbok för hälso- och sjukvården, s. 12.
[31] Se vidare i prop. 1995/96:187 s. 15.

patientskadeersättning, som i stor utsträckning bygger på den tidigare frivilliga patientförsäkringen, är fristående från skadeståndsrätten. Detta innebär bl.a. att patienten inte behöver bevisa att skadan orsakats genom att hälso- och sjukvårdspersonalen gjort sig skyldig till fel eller försummelse för att ersättning ska kunna lämnas, utan bedömningen sker på objektiva grunder. Enligt huvudregeln åläggs alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, en skyldighet att teckna försäkring som täcker ersättningsskyldigheten. Patientskadeersättning betalas ut av försäkringsgivaren. Landstingens försäkringsgivare är Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF, som utreder skadan, fattar beslut och lämnar ersättning. Kommunerna är inte anslutna till LÖF utan tecknar patientförsäkringar hos andra försäkringsbolag.[32]

Lägre patientsäkerhet för konsumentprodukter

För patientsäkerheten är det viktigt att endast säkra och medicinskt lämpliga produkter används som hjälpmedel. *Patientsäkerhetslagen* (2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. I patientsäkerhetslagen finns regler om bl.a. vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (2 kap.) och skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. (6 kap.). Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (6 kap. 2 §).[33] Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren (6 kap. 4 §).

Av det ovan sagda framgår att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har ett personligt ansvar för att de produkter som förskrivs är säkra för användaren och att vårdgivaren har ett övergripande ansvar i fråga om patientsäkerhetsarbetet.

[32] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Konsumentprodukter som hjälpmedel – En handbok för hälso- och sjukvården, s. 12.
[33] Hälso- och sjukvårdspersonal får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften (6 kap. 3 §).

Säkerheten hos konsumentprodukter regleras i *produktsäkerhetslagen* (2004:451) och syftar till att säkerställa att varor och tjänster som tillhandahålls konsumenter inte orsakar skada på person. Produktsäkerhet är ett harmoniserat område inom EU. I *produktansvarslagen* (1992:18) regleras rätten till ersättning för personskador men också sakskador som uppstår vid användning av konsumentprodukter som varit behäftade med säkerhetsbrist. En produkt har en säkerhetsbrist, om produkten inte är så säker som skäligen kan förväntas. Säkerheten ska bedömas med hänsyn till hur produkten kunnat förutses bli använd och hur den har marknadsförts samt med hänsyn till bruksanvisningar, tidpunkt då produkten satts i omlopp och övriga omständigheter (3 §).

Det är i första hand tillverkaren av en produkt som är strikt ansvarig för skador som produkten orsakar till följd av en säkerhetsbrist. Om den produkt som har orsakat skadan är tillverkad utomlands, är det i allmänhet svårt för den skadelidande att göra sina anspråk gällande mot den utländske tillverkaren. Tillverkarens ansvar har därför kompletterats med ett ansvar för importören. Skadeståndsskyldigheten förutsätter inte att skadan orsakats genom vårdslöshet. Rätten till skadestånd förutsätter likväl att konsumenten kan visa, dvs. styrka, att produkten har brustit i säkerhet och att det finns ett orsakssamband mellan säkerhetsbristen och skadan. I *konsumentköplagen* (1990:932) finns regler om skadestånd på kontraktsrättslig grund vid fel i vara. Process sker i förekommande fall i allmän domstol.

Grundläggande bestämmelser om ersättning för skador utanför kontraktsförhållanden (utomobligatoriskt skadestånd) finns i *skadeståndslagen* (1972:207). Talan om ersättning förs även då i allmän domstol. Enligt huvudregeln i 2 kap. 1 § ska den som uppsåtligen eller av vårdslöshet vållar personskada eller sakskada ersätta skadan (den s.k. culparegeln). Skadestånd med anledning av personskada kan jämkas, om den skadelidande själv uppsåtligen eller genom grov vårdslöshet har medverkat till skadan (6 kap. 1 §).

Vid process i allmän domstol har den tappande parten ett kostnadsansvar för motpartens kostnader (utöver egna kostnader för t.ex. juridiskt biträde), jfr 18 kap. 1 § rättegångsbalken. Om man förlorar i domstolen, får man således räkna med att betala inte bara sina egna advokatkostnader utan även leverantörens.

9.4.3 Nya upphandlingsregler

När landsting och kommuner köper in hjälpmedel sker detta genom s.k. offentlig upphandling. Syftet med reglerna kan sägas vara att säkerställa att upphandlande enheter behandlar alla som vill få affärskontrakt med offentlig sektor lika. Regelverket för offentlig upphandling är likadant i hela EU/EES och bygger på EG-direktiv. Valet av leverantör ska ske på affärsmässig grund och göras hos den leverantör som erbjuder den bästa varan/tjänsten/entreprenaden till det bästa priset. Utformningen av det upphandlingsrättsliga regelverket har därmed grundläggande betydelse för samhällets tillhandahållande av hjälpmedel.

Möjligheten att göra innovativa upphandlingar har stärkts genom ny upphandlingslagstiftning. Personligt förskrivna hjälpmedel handlas vanligen upp genom ramavtals- eller direktupphandlingar enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU).[34] Fördelning av avrop måste ske enligt en förutsebar modell såsom rangordning eller med stöd av annan fördelningsnyckel, t.ex. den enskildes val.[35]

Den nya LOU ger möjlighet att använda andra förfaranden är tidigare. Ett nytt förfarande, inrättande av innovationspartnerskap, som syftar till att skapa förutsättningar för utveckling och inköp av en innovativ vara, tjänst eller byggentreprenad, har införts. De nya upphandlingsreglerna innebär möjlighet att använda sig av s.k. dynamiska inköpssystem. De är flexiblare ramavtalssystem där leverantörer kan ansluta sig under avtalstiden. Det får användas för återkommande inköp av sådant som är allmänt tillgängligt på marknaden och som tillgodoser den upphandlande myndighetens behov, under förutsättning att processen är elektronisk.[36]

Om behovet hos en viss hjälpmedelsanvändare inte täcks av upphandlat sortiment, kan man göra en individuell direktupphandling. Direktupphandling kan användas då det som ska köpas har ett värde som understiger direktupphandlingsgränsen. Direktupphand-

[34] Ersätter lagen (2007:1091) om offentlig upphandling och bygger på bl.a. Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG (LOU-direktivet).
[35] Stockholms läns landsting har utformat en modell med förstahandsval och andrahandsval (”Kloka hjälpmedelslistan”) där förstahandsvalet är ett standardutförande och andrahandsvalet mer exklusivt, men med lägre grad av service.
[36] Upphandlingsmyndigheten (2016). Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik – en kartläggning, s. 14.

ling kan också användas om det finns synnerliga skäl och om kriterierna för att få tillämpa ett förhandlat förfarande utan föregående annonsering är uppfyllda.

9.5 Teknikbaserade stöd kan komplettera annat stöd

I utredningens uppdrag ingår att överväga hur teknikbaserade stöd kan komplettera det stöd som i dag ges till äldre och personer med funktionsnedsättning och höja stödets kvalitet.

Utredningens tolkning är att det som avses *med stöd som i dag ges till äldre och personer med funktionsnedsättning* är individuella stödinsatser beviljade enligt socialtjänstlagen eller LSS *samt* traditionella hjälpmedel som i dag förskrivs till äldre och personer med funktionsnedsättning. Vad som avses med begreppet *teknikbaserade stöd* är inte självklart. Utredningens tolkning är att det är digital teknik som kan stödja personer med funktionsnedsättning och äldre. I det ingår digitala hjälpmedel, välfärdsteknik samt universellt utformade digitala produkter och tjänster. Teknikbaserade stöd kan vara medicintekniska produkter, eller produkter som i första hand är utformade för konsumentmarknaden, s.k. konsumentprodukter.

9.5.1 Teknikbaserade stöd kan komplettera individuella stödinsatser

Flera studier visar att det går att göra effektivitetsvinster genom att använda teknikbaserade stöd för äldre och personer med funktionsnedsättning[37,38,39,40,41,42]. Ett exempel är om personlig tillsyn i hemmet nattetid kan ersättas med tillsyn via kameror/sensorer. Be-

[37] Dahlberg, Å. (2015). Hjälpmedel utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv – Litteraturgenomgång av samhällsekonomiska studier inom hjälpmedelsområdet.
[38] Hjälpmedelsinstitutet (2014). Samhällsekonomiska nordiska studier inom området välfärdsteknologi – En kartläggning.
[39] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Nyttokostnadsanalys vid införande av välfärdsteknologi – exemplet Posifon.
[40] Hjälpmedelsinstitutet (2012). Nattfrid? Om tillsyn på natten för äldre personer med hemtjänst.
[41] Hjälpmedelsinstitutet (2012). Nyttokostnadsanalys vid införande av välfärdsteknologi – exemplet ippi.
[42] Hjälpmedelsinstitutet (2010). Kostnadsnyttobedömning av hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning.

hovet av stöd från anhöriga och personal kan minska för personer som inte kan föra vanliga bestick till munnen genom användningen av äthjälpmedel (ofta kallad ätrobot). I detta sammanhang kan nämnas att MFD tagit fram en ”Välfärdsteknologisnurra”, som ger en indikation på hur stora investeringskostnader och effektiviseringar som kan förväntas vid implementering av teknikbaserade stöd inom hemtjänsten[43].

Frågan är emellertid inte bara om ett teknikskifte ger upphov till minskade kostnader i verksamheten. En ännu viktigare förutsättning för kvalitet är hur användare upplever insatser i form av teknikbaserade stöd.

Det finns ett flertal studier som visar på användares positiva erfarenheter av att använda teknikbaserade stöd. Äldre som använt elektronisk påminnare för att ta medicin, mobilt trygghetslarm och hälsocheck av blodsocker, blodtryck, vikt etc. upplever en ökad trygghet och minskad stress givet att tekniken fungerat som det är tänkt, enligt en norsk kvantitativ och kvalitativ studie.[44]

Inom ramen för satsningen *Teknik för äldre* har användning av ett antal teknikbaserade stöd i några försöksverksamheter utvärderats. Av resultaten från tre kommuner framkommer att majoriteten av dem som testat tillsyn via webbkamera var positiva. De flesta av de anhöriga som intervjuades kände sig trygga och nöjda. Även nattpersonal och biståndshandläggare bedömde att webbkameran var bra, särskilt för dem som störtes av personliga hembesök på natten.[45]

Erfarenheter från Västerås stad visar också att äldre som använder digital nattillsyn är positiva och föredrar tekniken framför att bli störda av nattpatrullen vid deras hembesök. Det upplevs som ett mindre intrång i den personliga integriteten att tillsynen görs via en kamera än via ett hembesök.[46]

Vidare visar resultatet från ett EU-finansierat program att äldre som använt teknikbaserade stöd i form av larm eller tillsyn via

[43] Välfärdsteknologisnurran. Tillgänglig online: http://www.mfd.se/valfardsteknologi/nyttokostnad/valfardsteknologisnurran/ [2016-12-22].
[44] Velferdsteknologi i Sentrum (2015). Införing av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo – En kartläggning av effekten.
[45] Hjälpmedelsinstitutet (2012). Nattfrid? Om tillsyn på natten för äldre personer med hemtjänst.
[46] Västerås stad (2016). Skriftlig rapport från Västerås stad till utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

kamera i sitt hem upplever att de fått bättre livsvillkor. Personalen var från början orolig för att tillsynskameran skulle bli integritetskränkande, men upplevde inte att det blev så.[47]

Även mer innovativa projekt, t.ex. en robot som ska hjälpa äldre med att plocka upp saker från golvet, hämta glasögonen eller medicinen eller larma grannen om man har ramlat har mottagits positivt av äldre, även om många varit skeptiska till en början.[48]

Även då yngre med nedsatt beslutsförmåga provat teknikbaserade stöd i särskilt boende enligt LSS rapporteras positiva resultat från försöksverksamheter i fem kommuner. Sammantaget visade resultatet att teknikbaserade stöd ökade användarnas aktivitetsnivå, trygghet, delaktighet och självständighet. Användningen av teknikbaserade stöd bidrog också till minskad användning av begränsningar och tvång.[49]

I detta sammanhang ska avslutningsvis pekas på att Statens medicinsk-etiska råd (SMER) har belyst etiska aspekter på robotar, övervakning med kamera och GPS-sändare i vården och omsorgen om äldre personer.[50] I rapporten framhålls betydelsen av att analysera säkerhets- och etiska aspekter innan ny teknik introduceras. SMER framhåller också vikten av att tekniska lösningar alltid ska föregås av en individuell bedömning och att den som erbjuds insatsen samtycker till denna, efter att ha fått en god information. Därtill ska den som väljer bort den tekniska lösningen erbjudas ett annat fullgott alternativ.

9.5.2 Teknikbaserade stöd kan komplettera förskrivning av traditionella hjälpmedel

Många, men inte alla, kan få sina behov av hjälpmedel tillgodosedda med modern och många gånger billigare teknik. Detta gäller särskilt en del av dem som behöver kognitiva och kommunikativa hjälpmedel. Flera projekt har visat goda effekter av att använda mobiltelefoner eller surfplattor som anpassats med applikationer utifrån

[47] Nestor (2014). Innocare – test av teknikprodukter i Nacka kommun.
[48] Rehabiliteringsteknik vid Lunds Tekniska Högskola (2015). EU-projektet HOBBIT.
[49] Myndigheten för delaktighet (2015). Teknisk utveckling inom vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga.
[50] Statens medicinsk-etiska råd (2014). Robotar och övervakning i vården av äldre – Etiska aspekter.

individens behov. Applikationerna används som kognitivt stöd för bland annat elever i skola[51], vid psykisk ohälsa[52] och för personer efter förvärvad hjärnskada[53] eller för att kommunicera med andra på distans[54]. I en avhandling från Karolinska institutet konstateras att konsumentprodukter som elektroniska minnesstöd underlättar i vardagen för personer med en kognitiv funktionsnedsättning efter förvärvad hjärnskada[55].

Nordens välfärdscenter har sammanställt resultaten från ett antal nordiska projekt som fokuserat på användning av teknikbaserade stöd för personer med ADHD[56]. Utifrån sammanställningen rekommenderar de att öka användandet av ny teknologi som stöd till personer med ADHD. Man ska göra det enkelt för användare att börja använda den nya teknologin och få information och kunskap om nya möjligheter. Det behövs också en systematisk kunskapsinsamling om hur smarta telefoner kan användas som stöd samt ett nordiskt initiativ, både för att identifiera behov av nya applikationer och för att utveckla nya. Liknande iakttagelser inom välfärdsteknologiområdet har gjorts av utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. De gör i slutbetänkandet bedömningen att ett nära samarbete mellan de nordiska länderna är av stor betydelse, såväl för att ta vara på kunskap och erfarenheter från varandra som att kunna få ner utvecklingskostnader och tillsammans utgöra en större marknad och en starkare part vid utveckling och köp av teknik[57].

Inom skolans område konstaterar SKL[58] att trots god tillgång på teknik i svenska skolor, är användningen förhållandevis låg. Svenska pedagoger använder digitala hjälpmedel i lärandet i lägre utsträckning än kollegorna i andra nordiska länder.

[51] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Teknikstöd i skolan – Slutrapport.
[52] Hjälpmedelsinstitutet (2011). Smartphone i vardagen.
[53] Boman, I-L. (2011). Ny teknik för personer med kognitiva funktionshinder.
[54] Myndigheten för delaktighet (2015). Alternativ telefoni 2012–2014 – redovisning av ett regeringsuppdrag.
[55] Boman, I-L (2009). New technology and everyday functioning at home for persons with cognitive impairments after acquired brain injury.
[56] Nordens välfärdscenter (2010). Fokus på välfärdsteknik och ADHD.
[57] SOU 2017:21 s. 641.
[58] Sveriges Kommuner och Landsting (2014). Förslag till Nationell strategi för skolans digitalisering.

Utöka hjälpmedelsutbudet med konsumentprodukter

Ett sätt att få större valfrihet för hjälpmedelsanvändare kan vara att utöka det traditionella utbudet av hjälpmedel med konsumentprodukter. Eftersom det inte finns definierat vad ett hjälpmedel är, finns det inte något krav i lagstiftningen på att ett hjälpmedel måste vara en medicinteknisk produkt. Socialstyrelsens kartläggning[59] visar likväl att det finns olikheter över landet gällande huruvida det är möjligt att förskriva konsumentprodukter eller inte. Utredningen kan konstatera att det finns en rad utmaningar för hälso- och sjukvården om man ska förskriva konsumentprodukter. Det gäller främst frågor om patientsäkerhet, personalens kompetens och frågan om vad som ingår i hälso- och sjukvårdens ansvar.

En av de grundläggande orsakerna till de utmaningar som finns är att tillverkare av konsumentprodukter inte har avsett att produkterna ska användas i hälso- och sjukvårdsverksamhet eller av patienter för att kompensera för en funktionsnedsättning. Det innebär en avgörande skillnad mot medicintekniska produkter, vilka måste uppfylla ett stort antal särskilda krav enligt Läkemedelsverkets föreskrifter. Dessutom ställs särskilda krav i riskanalyser och tester innan de släpps på marknaden, vilket är en del av förklaringen till varför sådana produkter ofta är dyrare än liknande konsumentprodukter.[60] Från patientsäkerhetssynpunkt finns det tydliga fördelar med att upphandla och förskriva medicintekniska produkter som hjälpmedel.

För konsumentprodukter måste vårdgivaren själv utvärdera och säkerställa patientsäkerheten för att produkterna ska kunna förskrivas som hjälpmedel. Omfattningen av utvärderingen och riskanalysen avgörs av vilket slags produkt det rör sig om, vad den ska kompensera för och hur stora risker det finns med produkten.[61] Det kan röra sig om allt från en enklare riskanalys för patientsäkerhet till mer avancerade kliniska utvärderingar. En enklare riskanalys kan göras för till exempel gratis programvara för personer med

[59] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.
[60] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Konsumentprodukter som hjälpmedel – En handbok för hälso- och sjukvården, s. 37.
[61] a.a. s. 25.

hörselnedsättning, men för produkter med hög risk för skada, t.ex. elektriska cyklar, krävs mera omfattande utvärderingar.

Riskanalyserna kan göras på två olika nivåer. Enligt HI:s handbok kan riskanalysen göras dels på en övergripande nivå, när sjukvårdshuvudmannen ska besluta om en konsumentprodukt ska ingå i det sortiment eller hjälpmedelsutbud som erbjuds en tänkt målgrupp med liknande förutsättningar och behov[62], dels på individnivå vid bedömning av om en specifik konsumentprodukt kan förskrivas till en viss patient utifrån hans eller hennes förutsättningar och behov (s. 41). Riskanalys på individnivå är en del av förskrivningsprocessen. Visar riskanalysen att en konsumentprodukt inte är patientsäker, ska den inte finnas i hjälpmedelsutbudet eller förskrivas som hjälpmedel i enskilda fall. Bedömer landstinget eller kommunen att riskerna som identifierats är godtagbara, kan de besluta att föra in produkten i sitt hjälpmedelsutbud. Det förutsätter att riskerna kan kompenseras tillfredsställande genom till exempel utbildning om användande och att patienten informeras om eventuella risker som framkommit vid riskanalysen. Godtar patienten hjälpmedlet efter att ha fått informationen om eventuella risker, samtycker patienten därmed till riskerna.

I sin handbok anför HI bl.a. följande (s. 29).

> Förskrivaren ska alltid ta hänsyn till de allmänna personliga skyldigheterna för hälso- och sjukvårdspersonal som framgår av patientsäkerhetslagen. En viktig del av yrkesansvaret är att bidra till hög patientsäkerhet. Det innebär bland annat att förskrivaren inte bör förskriva en konsumentprodukt som hjälpmedel om produkten inte har utvärderats och riskanalyserats av sjukvårdshuvudmannen med hänsyn till patientsäkerheten och för avsett användningsområde. Om konsumentprodukten ingår i ett upphandlat sortiment eller hjälpmedelsutbud är produkten redan utvärderad men om en enstaka konsumentprodukt förskrivs som ett särskilt ärende svarar förskrivaren för att en riskanalys genomförs.

Även om sjukvårdshuvudmannen skulle genomföra en utvärdering och riskanalys av en konsumentprodukt, kvarstår självfallet tidigare nämnda skillnader som påverkar patientsäkerheten. För hjälpmedel som är klassade som medicintekniska produkter gäller patient-

[62] Minimiantalet för att genomföra en riskanalys anses vara två. Förskrivaren är given och inom hjälpmedelscentralernas verksamhetsområde också hjälpmedelskonsulent. I de allra flesta fall medverkar även en hjälpmedelstekniker, se a.a. s. 47.

skadelagen, men inte då produkter som inte är medicinteknik förskrivits. Om en skada då uppstår, är patienten i stället hänvisad till allmänna skadeståndsrättsliga regler samt det konsumenträttsliga regelverket, främst bestämmelserna i produktansvarslagen (1992:18) där tillverkarens strikta ansvar begränsas till produktens ansvarsområde, vilket inte alltid sammanfaller med det medicinska användningsområdet.

I HI:s handbok anförs vidare bl.a. följande.

> Det förutsedda användningsområdet för konsumentprodukter kan mycket väl sammanfalla med ett medicinskt. Då gäller tillverkarens strikta skadeståndsansvar. Om patienten däremot använder produkten för medicinsk användning eller syften som den inte är avsedd för, finns det en risk att tillverkaren eller importören invänder att denne inte ansvarar för personskador som uppkommer eftersom produkten använts felaktigt. Ett landsting eller en kommun som planerar att utöka hjälpmedelsutbudet med konsumentprodukter rekommenderas att välja produkter vars användningsområde enligt tillverkaren eller importören sammanfaller med avsett användningsområde. Ett landsting eller en kommun ska också ha gjort en utvärdering av produkten enligt patientsäkerhetslagen innan den läggs till hjälpmedelsutbudet. Landstinget och kommunen ska ha rutiner på hjälpmedelsområdet som garanterar att patienten alltid informeras om att rätten till patientskadeersättning försvinner vid förskrivning av konsumentprodukter som hjälpmedel.

Som tidigare framhållits är Socialstyrelsens föreskrift om användning av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1) begränsad till medicintekniska produkter. Detta innebär bland annat att det saknas bestämmelser om vilken kompetens och vilket ansvar hälso- och sjukvårdspersonal ska ha i samband med användning, hantering och förskrivning av produkter som inte är medicinteknik. Vidare finns regler gällande vad verksamhetschefen ska ansvara för vid förskrivning av medicintekniska produkter, men vem som är ytterst ansvarig vid förskrivning av icke medicintekniska produkter är oklart. Samtidigt framgår av patientsäkerhetslagen att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Det finns också skillnader i spårbarhet av produkterna samt när det gäller skyldighet för tillverkare att anmäla tillbud. Läkemedelsverket är tillsynsmyndighet för medicintekniska produkter, men inte för konsumentprodukter som används som hjälpmedel.

Stöd i användningen av konsumentprodukter

Oavsett om produkter tillhandahålls av hälso- och sjukvården eller införskaffas av användaren själv, ingår det åtminstone delvis i hälso- och sjukvårdens ansvar för habilitering och rehabilitering att ge råd och stöd kring användning av olika produkter. Som exempel kan nämnas att det i dag är självklart att förskrivaren arbetar med uppmärkning av användarens tvättmaskin för den som har behov av hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens för det. I utredningens kontakter med kommuner och landsting framkommer emellertid att det innebär särskilda utmaningar att ge råd och stöd kring användning av teknikbaserade stöd. Den principiella omfattningen av skyldigheten att stötta patienter i produktanvändning är svårbedömd och utredningen avser att återkomma till denna fråga i avsnitt 17.2.4. I nu aktuellt sammanhang ska framhållas att den snabba tekniska utvecklingen ställer krav på en bred kompetens hos hälso- och sjukvården kring vad det finns för olika produkter på marknaden, hur dessa fungerar och hur de kan anpassas för att användas som kompensatoriskt stöd. Förskrivarna känner inte alltid till vad det finns för produkter på öppna marknaden som kan ge adekvat stöd och fundera som hjälpmedel utifrån användarnas behov enligt en kartläggning från Socialstyrelsen. Vidare framkommer att det saknas tid för att hålla sig à jour med nya produkter och uppdateringar.[63]

I sammanhanget kan ifrågasättas om hälso- och sjukvården alltid är bäst lämpad för att ge stöd i att använda tekniska produkter. Det finns flera lokala initiativ där ungdomar, nyanlända eller studerande erbjuds arbete med att stödja äldre och personer med funktionsnedsättning kring användning av ny teknik. Både större och mindre elektronikföretag erbjuder också stöd i att använda, och komma igång med användning av, tekniska produkter.

[63] Socialstyrelsen (2015). Förstudie – stöd vid förskrivning av hjälpmedel. Grund för ett stöd riktat till förskrivare och andra relevanta yrkesgrupper.

Etiska frågor

Det finns ett antal etiska problem att ta hänsyn till om teknikbaserade stöd ska komplettera användandet av traditionella hjälpmedel. I dialog med förskrivare har utredningen uppmärksammat att långsiktigheten är en viktig fråga att beakta. Det är inte självklart hur förskrivare ska förhålla sig till att ge råd och stöd kring teknikbaserade stöd som riskerar att inte uppdateras och därmed inte fungera efter något år. Det kan bli kostsamt för såväl enskilda som det offentliga om produkter och anpassningar inte uppdateras av leverantören i takt med utvecklingen.

Från ett etiskt perspektiv är det viktigt att inte satsa på teknikbaserade stöd som är för svåra för individen. I processen att hitta en lagom tekniskt avancerad produkt som ger adekvat stöd för användaren, ställs förskrivarens kompetens på prov. Användarens möjlighet till delaktighet och självständighet kan till och med minska om det förskrivna hjälpmedlet har för avancerad teknik med hänsyn till behoven. Tekniskt avancerade lösningar ställer också högre krav på att anhöriga eller omvårdnadspersonal involveras, så att de kan hjälpa till om något inte fungerar. Nationellt kompetenscentrum anhöriga beskriver i rapporten *Kvalitet i äldreomsorgen ur ett anhörigperspektiv*[64] att det vid biståndsbedömning kan vara viktigt att bevilja extra tid för stöd till anhöriga. Bra utbildning i hjälpmedlet för den anhörige kan underlätta för både användaren och den anhörige.

9.6 Forskning och utveckling av hjälpmedel

Forskningen om s.k. omgivningsfaktorer, dit bl.a. hjälpmedel kan räknas, är begränsad. Forskning inom naturvetenskap/teknik som rör betydelsen av omgivningsfaktorer vid hinder till följd av funktionsnedsättning svarar för endast 3 procent av alla projekt i en kartläggning av Forte. Den forskning som finns är vanligtvis inte strikt vetenskaplig utan snarare av utredningskaraktär (till exempel utfört av tidigare HI).[65] Behovet av mer evidens i form av randomi-

[64] Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2016). Kvalitet i äldreomsorg ur ett anhörigperspektiv.
[65] Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (2012). Forskning om funktionsnedsättning och funktionshinder 2002–2010 - Kartläggning, analys och förslag.

serade kontrollerade studier (RCT) och longitudinella studier inom hjälpmedelsområdet har framhållits[66].

Även den norska hjälpmedelsutredningen[67] har konstaterat behov av mer forskning och föreslår en bred satsning på forskning om hjälpmedel. Satsningen föreslås på medicinska och teknologiska områden, men även på det samhällsvetenskapliga och humanistiska, med fokus på aktivitet och deltagande. Den norska utredningen föreslår även en satsning på innovation och produktutveckling.

I en översiktsstudie med internationell forskning om hjälpmedel[68] framkommer att majoriteten av den forskning som görs i dag har fokus på äldre (framför allt med demens) och personer med kroniska sjukdomar. I mindre utsträckning rör forskningen yngre personer med funktionsnedsättning. Vidare finns inte mycket forskning om hur användare själva upplever sina hjälpmedel och användningen av dem. Det framkommer också att den snabba tekniska utvecklingen medför svårigheter för forskningen att presentera resultat som gäller under längre tid. Det finns också behov av forskning om hjälpmedelsanvändning gällande barn och elever utifrån pedagogiska behov.

Fler utmaningar har identifierats när det gäller forskning om hjälpmedel. Det handlar bland annat om att mycket forskning och design är avgränsad till en viss funktionsnedsättning vilket medför att resultaten inte är tillämpbara för alla. Möjligheten till ett informerat samtycke från exempelvis barn och personer med intellektuell funktionsnedsättning har också lyfts fram som ett hinder. Slutligen har identifierats att det finns en brist på konsensus gällande bland annat definitioner och forskningsetik.[69]

[66] McKnight, L. & Davies, C. (2012). Current perspectives on assistive learning technologies – 2012 review of research and challenges within the field.
[67] Arbeids- og sosialdepartementet Norge (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring.
[68] Thompson, D., Fisher, K. R., & Kayess, R. (2013). The role of assistive technology in supporting people with disabilities and complex care needs: a literature review.
[69] McKnight, L. & Davies, C. (2012). Current perspectives on assistive learning technologies – 2012 review of research and challenges within the field.

9.7 Marknaden för hjälpmedel

Tillverkare av hjälpmedel är ofta små eller medelstora företag. I likhet med hjälpmedelsföretag i andra länder säljer man i huvudsak sina produkter på hemmamarknaden.[70]

Enligt PTS:s marknadsöversikt för innovatörer[71] finns i Sverige fyra delmarknader inom hjälpmedelsområdet. De olika delmarknaderna erbjuder olika möjligheter och utmaningar för innovatörer som vill sprida sin innovation. Delmarknaderna som anges är skola, arbetsmarknad, hälso- och sjukvård och privatmarknad.

I dagens globaliserade värld finns möjligheter för produkter att snabbt lanseras även utomlands. Ett hjälpmedel som exempelvis produceras i Asien, skulle kunna finnas på den svenska marknaden inom några månader och vice versa. Samtidigt är det inte självklart att sådana produkter är tillräckligt anpassade för svenska förhållanden, exempelvis i en svensk skolkontext.

Intresset utomlands för svenska hjälpmedel och svensk hjälpmedelsförsörjning har varit stort genom åren. Hundratals delegationer från Japan och senare även Korea och Kina har besökt Sverige. Detta skulle kunna leda till export av såväl hjälpmedel som systemlösningar och hjälpmedelsföretag. Ett omfattande internationellt standardiseringsarbete inom the International Organization for Standardization (ISO), där Sverige haft en aktiv roll, kan ge förutsättningar för en sådan utveckling genom att garantera säkerhet, kvalitet och funktionalitet.

Hjälpmedelsmarknaden har uppmärksammats av EU i syfte att få till stånd en inre marknad för hjälpmedel. I EU:s handikappstrategi 2010–2020[72] anges att EU-marknaden för hjälpmedel är defragmenterad och att hjälpmedel är dyra. Den årliga omsättningen beräknas till 30 miljarder euro.

I en studie om den europeiska hjälpmedelsindustrin med inriktning på informations- och kommunikationsteknologi (IKT)[73] framkommer att de största hindren för en större marknad inom EU är de skillnader i regelverk och hur hjälpmedel distribueras och för-

[70] EU-kommissionen (2009). Analysing and federating the European assistive technology ICT industry.
[71] Post- och telestyrelsen (2015). Marknadsöversikt för innovatörer.
[72] EU-kommissionen (2010). Nya åtgärder för ett hinderfritt samhälle i EU.
[73] Stack, J., Zarate, L., Pastor, C., Mathiassen, N-E., Barberá, Knops, H. & Kornsten, H. (2009) Analysing and federating the European assistive technology ICT industry.

skrivs som finns mellan länderna. Det innebär att produkterna kan behöva anpassas för respektive lands marknad. För hjälpmedelsföretagen medför det en komplex marknad, där det är svårt att skala upp tillverkningen genom export.

Studien visar att hjälpmedelsmarknaden är fragmenterad även i den bemärkelsen att den är indelad i ett antal nischmarknader utifrån olika hjälpmedelsområden. Det finns stora skillnader mellan olika hjälpmedelsområden. Hörapparater är i hög grad är en konsoliderad global marknad med ett fåtal stora företag med stora marknadsandelar. Branschen för kommunikationshjälpmedel består i stället av många mindre, lokala företag med små marknadsandelar.

9.8 Förutsättningar för utveckling och innovation

9.8.1 Innovation i vården

Spridningen av innovationer i vården anses gå långsamt. I betänkandet *Effektiv vård* anges att det är ett problem att metoder och arbetssätt i hälso- och sjukvården saknar ett samlat, ordnat införande och att det finns uppenbara svårigheter för dem som vill introducera en innovation i vården när det inte handlar om ett läkemedel.[74] Enligt Vinnova är en ofta återgiven bild att det kan ta upp till 17 år från en validerad upptäckt till genomförande.

Detta beror troligtvis på att även om förändringen är liten i sig, förutsätter ofta innovationer nya processer och arbetssätt för att fungera effektivt i organisationen. Inom innovationsforskningen diskuteras en organisations absorptionsförmåga[75]. I princip avser begreppet absorptionsförmåga i vilken grad organisationen kan förstå och omsätta kunskap från omvärlden och vilka förutsättningar det finns för att förändra organisationen för att de nya lösningarna ska kunna användas och integreras i vardagsarbetet.

Enligt Upphandlingsmyndighetens rapport *Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik*[76] har den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och önskemål om att hitta nya effektivare

[74] SOU 2016:2 s. 151.
[75] Vinnova (2015). Ersättningssystem för innovation i vård och omsorg – En studie av åtta projekt som utvecklar nya ersättningsmodeller.
[76] Upphandlingsmyndigheten (2016). Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik – en kartläggning.

lösningar inom vård och omsorg medfört stor aktivitet inom välfärdsteknologiområdet. De flesta aktiviteter är dock pilotprojekt och tester. Få huvudmän har kommit till nästa steg; upphandling och implementering av välfärdsteknik.

Det finns en rad utmaningar med den s.k. implementeringen, en av de största är att säkra kommunikationsvägar via internet, ur såväl stabilitets-, kompatibilitets- som informationssäkerhetsaspekter. Ytterligare en utmaning anses vara att finna välfärdtekniska lösningar som kan integreras i omsorgsverksamhet på ett enkelt och användarvänligt sätt. Ett större fokus på behov och funktion vid upphandling kan underlätta, enligt Upphandlingsmyndigheten.

Samverkan mellan huvudmän är i dag vanligt vid upphandling och kan ske på olika sätt; gemensam nämnd, kommunalförbund, samverkansavtal eller gemensamma entreprenader för hjälpmedelscentraler.[77] Några konkreta exempel när samverkan sker över landstingsgränser är 7-klövern (samverkan mellan landsting och kommuner i Dalarnas, Gävleborgs, Sörmlands, Uppsala, Värmlands, Västmanlands och Örebro län) och samverkan mellan norrlandslänen (Landstinget Västernorrland, Västerbottens läns landsting, Region Jämtland, Härjedalen och Region Norrbotten). Samordning kan ge ökade möjligheter att fördela de risker som införande av ny teknik ofta medför. Nationell samordning i form av upphandling av digitala trygghetslarm har också genomförts av SKL Kommentus Inköpscentral (SKI).[78] I de flesta fall finns samverkansavtal mellan landstingen och kommunerna, och hjälpmedelscentralerna har en uppbyggd struktur för upphandling.[79] Vikten av att regionalt samordna upphandling av välfärdsteknik till hjälpmedelscentralerna och använda de strukturer som redan finns lyfts fram[80].

Det finns också behov av att öka kompetensen, både gällande hur enskildas valmöjlighet och delaktighet kan stärkas genom upphandling och gällande hur upphandling av välfärdsteknik kan genomföras. För många, särskilt små, kommuner skulle en samordning med andra aktörer troligen förbättra möjligheterna att införa välfärdsteknik (s. 8).

[77] Upphandlingsmyndigheten (2016). Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik – en kartläggning, s. 15.
[78] a.a. avsnitt 3.3.4.
[79] a.a. s. 26.
[80] a.a.

Samordningsvinster finns även att göra vid installation och underhåll hos brukaren. Ett exempel är att på Gotland sköter hjälpmedelscentralen all installation, service och underhåll för produkter oavsett om de är hjälpmedel som distribuerats av hjälpmedelscentral eller om det är välfärdsteknik som upphandlats.

9.8.2 Behov av samverkan som överbrygger ansvarsgränser

Av det ovan sagda framgår att det behövs en väl fungerande samverkan mellan huvudmännen om utvecklingen av teknik och innovationer ska vara relevant utifrån den enskildes behov. Med strikta gränser mellan de olika stödformerna hjälpmedel, välfärdsteknik, bostadsanpassning, E-hälsa etc. finns annars en risk för att satsningar fragmentiseras. För den enskilde är det viktigast är att hitta en fungerande helhetslösning.

I andra länder, som Norge och Danmark, används vidare definitioner, vilket gör att de tekniska lösningarna ses i ett större sammanhang. Exempelvis ingår både hjälpmedel, E-hälsa och telemedicin i begreppet välfärdsteknologi. Sveriges smalare definitioner av begreppen får inte hindra flexibilitet och anpassning till teknikutvecklingen (samordning behandlas särskilt i kap. 10).

9.8.3 Ersättningssystemens utformning motverkar innovation

Utredningen har genom dialog med företrädare för företag och myndigheter uppfattat att de ersättningsmodeller som används i vården och omsorgen i dag kan innebära hinder för nya hjälpmedel och teknikbaserade stöd att ta sig ut på marknaden.

Ersättningssystemen inom vård och omsorg fungerar ofta som en ”innovationsbroms” enligt Stiftelsen Leading Health Care, som studerat och identifierat hinder för mottaglighet av innovationer i vården.[81] Ekonomisk osäkerhet vid framtagandet och introduktion av innovationer är ett klassiskt problem. Investeringskostnader kan upplevas som problematiska, inte minst i mindre kommuner. Till

[81] Vinnova (2015). Ersättningssystem för innovation i vård och omsorg – En studie av åtta projekt som utvecklar nya ersättningsmodeller.

dessa kommer kostnader för utbildning av personalen för att kunna använda den nya tekniken på ett ändamålsenligt sätt.

Det finns också strukturella hinder till att innovationer inte tas emot eller sprids. De styrsystem som finns inom vård och omsorg utvecklas inte i samma takt som tekniken. Detta gäller i synnerhet den ekonomiska styrningen, där innovativa aktiviteter ofta missgynnas på grund av ersättningssystemens egenskaper. Det beror för det första på att ersättningen är för detaljerad, konserverande och produktionsinriktad[82]. Ett exempel på detta är då ersättning utgår per åtgärd baserat på en insatslista som det är svårt att avvika från. Det kan också vara så att ersättningssystemen inte revideras i takt med att nya arbetssätt eller behandlingsmetoder tagits fram. Det innebär osäkerhet kring vilken ersättning en vårdgivande enhet får om man använder en ny metod, något som försvårar vidare spridning, även om den medicinska nyttan med innovationen är oomtvistad. Vidare finns få ersättningsmodeller som premierar en minskning av antalet fysiska möten med vården, vilket försvårar etablering av innovativa distanslösningar. Samma resonemang kan tillämpas för rehabiliterande åtgärder som teknikbaserade stöd.

För det andra är ersättningen i regel för snäv och kortsiktig. Ersättningssystem är många gånger utformade så att varje verksamhetschef i första hand prioriterar lönsamheten för den egna enheten, i stället för att se till helheten för patienten. Den ekonomiska styrningen omfattar vanligtvis också endast ett budgetår, samtidigt som kostnader och utfall för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser typiskt spänner över längre tid än så. För innovationer i form av teknikbaserade stöd är det ofta en verksamhet som står för införandet av tekniken och en annan som erhåller besparingar.

För att utveckla och på sikt etablera nya ersättningssystem som stärker möjligheterna för att innovativa produkter och tjänster tidigt ska tas upp i verksamheten, utlyste Vinnova 2014 projektmedel för *Ersättningsmodeller som främjar innovation i vård och omsorg*. Stiftelsen Leading Health Care har följt åtta pilotprojekt som initierats av landsting, kommuner, vårdgivare och läkemedelsbolag inom många olika vårdområden[83]. Slutsatsen de drar är att

[82] Vinnova (2015). Ersättningssystem för innovation i vård och omsorg – En studie av åtta projekt som utvecklar nya ersättningsmodeller.
[83] a.a.

ersättningsmodeller som utvecklats för att främja innovationer i vård och omsorg antingen fokuserar på patienten/brukaren eller på samverkan över resultatenhetsgränser. I ersättningsmodeller med patient-/brukarfokus baserades ersättningen på resultatet på individnivå, t.ex. patientrapporterade utfall, patient-/brukarupplevd kvalitet, ”sjukdomsbörda” eller målstyrning på individnivå. I de ersättningsmodeller som fokuserade på samverkan, baserades ersättningen på att stimulera innovation över resultatenhetsgränser, s.k. ”ekonomi på tvären”.

Stiftelsen Leading Health Care har även tagit fram en checklista för utveckling av ersättningssystem för innovation.

9.8.4 Kunskap om nya lösningar behöver spridas

I de intervjuer utredningen genomfört med verksamhetschefer inom landsting och regioner framkommer att processen när man inför nya hjälpmedel är olika över landet. Att hålla sig uppdaterad på nya produkter som kan användas som hjälpmedel är en utmaning för de flesta kommuner och landsting. Det finns ingen samlad kunskap om hur många produkter som finns på marknaden. Kommuner, regioner och landsting har olika förutsättningar att själva ha den spetskompetens som kan behövas.

Inom vissa landsting och kommuner förekommer strukturerade processer för omvärldsbevakning, testning och uppföljning för att utvärdera nya produkter. På några av landets hjälpmedelscentraler används en modell där hjälpmedelstekniker och hjälpmedelskonsulenter bygger upp spetskompetens inom olika områden och samarbetar kring vad det finns för produkter på konsumentmarknaden som skulle kunna användas som hjälpmedel. Detta arbetssätt har också använts med god framgång i projekt där arbetsterapeut och tekniker arbetat kring teknikbaserade stöd för elever med kognitiv funktionsnedsättning[84].

De större landstingen har ofta särskilda verksamheter som har till uppgift att arbeta med innovationer och utvärdering av produkter som skulle kunna användas inom vård och omsorg, till exempel Stockholm Innovation och FoU Väst.

[84] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Teknikstöd i skolan – Slutrapport.

Samverkan mellan (och inom) kommuner och landsting sker också inom ramen för ett antal kunskapscentra där man arbetar i tvärvetenskapliga team kring frågor som rör hjälpmedel, teknikbaserade stöd och funktionsnedsättningar. Nämnas kan Nationellt Kunskapscenter för Dövblindfrågor, REDAH-centren som är center för fördjupad kompetens inom området datorbaserade hjälpmedel samt Skoldatateken. I detta sammanhang ska också framhållas HTA-nätverket med representanter från 16 landsting i samarbete med SBU, Socialstyrelsen och TLV.

9.8.5 Upphandling viktigt verktyg för att främja innovation

Hjälpmedel upphandlas oftast med flera års intervaller, medan nya produkter behöver testas och utvärderas innan de tas in i det upphandlade sortimentet. Med den snabba tekniska utveckling som sker i dag finns därmed ofta nya moderna och användbara produkter på marknaden, vilka inte finns med i hjälpmedelsverksamheternas upphandlade sortiment.

Teknik i snabb utveckling kräver andra former av upphandling än de traditionella för att en beställare inte ska riskera att bli uppbunden av lösningar som efter en förhållandevis kort period upplevs som föråldrade. Flera som utredningen fört dialog med har angett vikten av att genomföra innovationsvänliga upphandlingar. Metoder för innovationsvänliga upphandlingar av hjälpmedel och välfärdsteknik används dock än så länge i begränsad omfattning[85].

Enligt Upphandlingsmyndighetens vägledning[86] är det angeläget att upphandla efter funktion och i första hand utvärdera mot brukarnytta för att främja innovationer. Detta kräver ett nytt sätt att tänka eftersom dagens form för kravspecifikationer måste ersättas med krav på vad som ska uppnås. För att möjliggöra detta är det viktigt att användare tillåts ha en aktiv roll och möjlighet att medverka till att rätt krav ställs redan från början.

Om det upphandlade hjälpmedelssortimentet ska utvecklas med mer innovationer måste beställaren känna till såväl behov som vilka produkter som finns på marknaden. Kommuner och landsting har

[85] Upphandlingsmyndigheten (2016). Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik – en kartläggning.
[86] Upphandlingsmyndigheten (2017). Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik.

som nämnts olika förutsättningar att hantera de utmaningar som upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik innebär. För att möta detta har de flesta hjälpmedelsverksamheter i dag mer eller mindre formaliserad samverkan vid upphandling. Upphandlingsmyndighetens kartläggning[87] visar att samverkan kring upphandling sker främst genom regional samordning i olika former. Utredningens kontakter med hjälpmedelsföretag och hjälpmedelsverksamheter i landsting och kommuner tyder på att det är kvalitetsskillnader på de upphandlingar som görs i landet.

9.8.6 Användare måste få vara delaktiga i förbättringsarbetet

Traditionellt sett har patienter inte uppmuntrats att ta aktiva roller för sjukvårdsförbättrande åtgärder[88]. Emellertid kan patienter vara en stor källa till innovation. Vid telefonintervjuer med 500 patienter med sällsynta kroniska diagnoser framkom att många själva hade utvecklat och använde lösningar för att avhjälpa sina svårigheter[89]. Patienters erfarenheter är därmed viktiga att ta till vara i innovationsarbetet.

För att innovationer ska göra nytta är det angeläget att de är användbara för tilltänkta slutanvändare. Användbarhet definieras som

> den grad i vilken användare i ett givet sammanhang kan bruka en produkt för att uppnå specifika mål på ett ändamålsenligt, effektivt och för användaren tillfredsställande sätt.[90]

Användbarhet är alltså ett samlat kvalitetsmått för en produkt/tjänst och den kan vara hög eller låg.

För att uppnå en hög användbarhet kan man använda sig av olika metoder som grundar sig på ISO-standarden 9241-210:2010 (Ergonomics of Human System Interaction Part 210: Human-centred

[87] Upphandlingsmyndigheten (2016). Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik – en kartläggning.
[88] Stockholm Kvalitetsregistercentrum (2014). Partnerskap mellan patient och vårdprofession – exempel, bästa praxis och rekommendationer.
[89] Oliveira, P., Zejnilovic, L., Canhão H., & von Hippel, E. (2015) Innovation by patients with rare diseases and chronic needs.
[90] Jfr International Organization for Standardization (2010). ISO 9241-210:2010 – Ergonomics of Human System Interaction Part 210: Human-centred design for interactive systems.

design for interactive systems). En faktor som påverkar användbarheten är samverkan med användarna i innovationsprocessen.

Den metod som vanligtvis används då användare ska involveras i innovationsprocessen är användarcentrerad design. Användarcentrerad design beskrivs till och med som en drivande kraft för innovation. Det handlar om att förstå användarna och deras behov och att genom den användarcentrerade processen designa interaktiva system som verkligen möter dessa behov. Att involvera användare i framtagandet av teknikbaserade stöd utmanar stereotypa associationer om äldre och personer med funktionsnedsättning.

Det finns en rad projekt där man utvärderat metoder för brukarmedverkan där personer med funktionsnedsättning medverkat i innovationsarbete[91]. Den teoretiska modell som ligger bakom metoderna är deltagande aktionsforskning, som kännetecknas av vilja till respekt för alla människors kunskap och förmåga att både förstå och hantera komplexa frågor. I modellen blir alla aktiva medforskare och man utgår från vad gruppen vill förändra. För att möjliggöra detta har deltagare erbjudits utbildning kring inte bara sin egen funktionsnedsättning, utan även andra funktionsnedsättningar. Härigenom förstår användare karaktären på de problem som kan uppstå och kan beskriva och kommunicera detta till designers. Att arbeta enligt dessa modeller medför att innovationer designas för ”extremanvändare”, dvs. användare med vetskap om att de har behov av särskilda lösningar som ställer annorlunda krav på designlösningen.

9.9 Analys och slutsatser

9.9.1 Allt fler universellt utformade produkter och tjänster

Den ökade omfattningen av universellt utformade produkter innebär att mycket som tidigare ansågs vara specialanpassade hjälpmedel i dag finns tillgängligt i datorer eller smarta telefoner. Det innebär att det troligtvis kommer att finnas behov av färre specialanpassade hjälpmedel som exempelvis talande klockor i framtiden. I stället kan uppstå en ökad efterfrågan på rehabilitering, utbildning

[91] Se exv. Begripsam, som är ett samarbete mellan Dyslexiförbundet FMLS, Autism- och Aspergerförbundet och FUB.

och livslång support kring produkter och tjänster som användaren fått tillgång till på andra sätt än via hälso- och sjukvården. Tillgång till utbildning och support kring användandet av universellt utformade produkter medför nya kompetenskrav inom hälso- och sjukvården, skolan samt inom ramen för de initiativ där elektronikföretag, ungdomar, nyanlända eller studerande stödjer äldre och personer med funktionsnedsättning i användning av ny teknik.

Utvecklingen mot att allt fler produkter och tjänster är universellt utformade är överlag positiv för äldre och personer med funktionsnedsättning. Samtidigt finns en risk att utvecklingen skapar ojämlikhet mellan användare med olika förutsättningar. Det handlar om skillnader i användares förmåga både vad gäller att hitta de produkter och tjänster som finns tillgängliga och att intuitivt använda produkter och tjänster. Det är angeläget att tydliggöra hur mycket råd och stöd vid användning av konsumentprodukter, t.ex. ny teknik, som enskilda kan förvänta sig från hälso- och sjukvården, dvs. hur långt hälso- och sjukvårdens ansvar sträcker sig. Detta får i sin tur konsekvenser för synen på vårdens utbildningsbehov på kort och lång sikt. Det är också angeläget med en större samsyn över landet när det gäller både möjligheter och risker med att förskriva konsumentprodukter.

9.9.2 Förutsättningar för utveckling och innovation på hjälpmedelsområdet

Spridningen av innovationer i vården går långsamt, trots krav på offentlig sektor att kontinuerligt förbättra verksamheten och se över kostnaderna till följd av exempelvis demografiska förändringar. Det stora antalet nya produkter som kommer varje år ställer betydande krav på huvudmännens omvärldsbevakning och utvärdering. Kommuner och landsting har olika förutsättningar att möta kraven. I dag finns ett begränsat utbyte mellan huvudmännen och det nationella stödet är svagt. Bland annat saknas ofta tillgång till forskning och utvärderingar. Detta medför att varje huvudman själv måste utvärdera produkter eller fatta beslut om införande/icke införande på annat än vetenskapliga grunder. Ersättningssystemens utformning medför ofta att det saknas incitament för effektivisering och ökad användning av teknikbaserade stöd. Ersättningssystemen inbjuder därmed inte till innovativa arbetssätt.

Ökad delaktighet och större fokus på användare skulle främja utveckling och innovation inom hjälpmedelsområdet. Ersättningssystem som stödjer innovation har ofta brukar- och patientfokus, där ersättningen ligger på individnivå och samverkan sker över resultatenhetsgränser. Definitionerna av välfärdsteknik och hjälpmedel är inte relevanta utifrån den enskildes behov och kan fungera begränsande vid upphandling. En ökad helhetssyn är därför önskvärd. För att förbättra förutsättningarna för utveckling och innovation är det sammanfattningsvis helt centralt med en väl fungerande samverkan med användare då nya produkter, processer, tjänster, samverkansformer, synsätt och metoder införs.

Det finns outnyttjade möjligheter att via upphandlingsförfaranden stimulera till innovation och ökat införande av ny teknik i vård och omsorg. Upphandlingsmyndigheten har nyligen publicerat en vägledning i syfte att stödja huvudmännen vid upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik. Eftersom den är alldeles ny är det för tidigt att säga vilka effekter den kommer att få. Det framstår som troligt att sjukvårdshuvudmännen kommer att behöva ytterligare stöd vad gäller upphandling.

9.9.3 Teknikbaserade stöd kan komplettera annat stöd

Teknikbaserade stöd kan öka enskildas säkerhet, trygghet, självständighet och underlätta sociala kontakter. Enskildas självbestämmande och integritet är grundläggande i socialtjänstens arbete och insatser från socialtjänsten ska stärka förmågan att leva ett självständigt liv. Självständigheten ökar om man med den digitala teknikens hjälp kan äta själv, duscha och gå på toaletten utan att behöva hjälp av någon annan. För barn och unga kan teknikbaserade stöd vara en förutsättning för att få samma möjlighet att frigöra sig och utvecklas till självständiga individer som barn utan funktionsnedsättning. Användning av teknikbaserade stöd innebär dessutom många gånger ekonomiska besparingar för samhället. Därför är det naturligt att vilja främja användandet av välfärdsteknik och teknikbaserade stöd.

Samtidigt medför användningen av välfärdsteknik ett återkommande behov av etiska avvägningar. Det är inte självklart att individen mår bra av att mänsklig kontakt ersätts av digital övervak-

ning. Teknikbaserade stöd som positionering genom GPS kan anses begränsa individen, om det kopplas till ett larm som ger personal eller anhöriga en signal om att personen lämnar ett i förväg definierat område. Sådan övervakning kräver samtycke. Teknikbaserade stöd kan också öka känslor av oro och maktlöshet om användaren inte förstår eller litar på tekniken.

Den positiva respons från användare som framkommer i studier kan till viss del avspegla att gruppen som valt att delta i projekten redan från början till viss del var intresserade och välvilligt inställda till teknikbaserade stöd. Bland äldre och personer med funktionsnedsättning är kunskapen, erfarenheten och inställningen sannolikt mer blandad än vad som framkommer från studierna. Sålunda vet man inte om hur de som tackat nej till att delta i studierna skulle uppleva användandet av teknikbaserade stöd.

Detta talar för att den enskildes behov och önskemål ska styra. Avgörande för att teknikbaserade stöd ska användas, och kunna öka välbefinnandet, är individens möjlighet att själv bestämma om och på vilket sätt tekniken ska användas. Detta ställer särskilda krav då personer med nedsatt beslutsförmåga ska använda teknikbaserade stöd. Frågan om samtycke är alltjämt rättsligt komplicerad.

Den skillnad som finns i patientsäkerhet mellan medicintekniska produkter och vissa teknikbaserade stöd (konsumentprodukter) medför otydlighet både för förskrivare och för användare. Att sjukvårdshuvudmannen måste genomföra en riskanalys då icke medicintekniska produkter ska förskrivas förhindrar troligtvis förskrivning av många teknikbaserade stöd som finns att tillgå. Utredningen tror att svårigheterna ibland överdrivs. För vissa produkter och situationer är inte riskerna särskilt stora. Utredningens utgångspunkt är att konsumentprodukter skulle kunna förskrivas i större utsträckning än i dag, under förutsättning att hänsyn tas till individens behov, patientsäkerhet och integritet. De som är i behov av specialanpassade hjälpmedel ska få tillgång till det. Utredningens bedömning är dock att utvecklingen med fler universellt utformade produkter kommer innebära att fler kommer att kunna erbjudas stöd på andra sätt. Det är önskvärt med en större samsyn bland sjukvårdshuvudmännen när det gäller förskrivning av konsumentprodukter.

För att med säkerhet kunna besvara frågan hur teknikbaserade stöd kan komplettera det stöd som i dag ges till äldre och personer

med funktionsnedsättning behövs mer forskning inom området. Det finns få vetenskapliga studier kring effekter av att använda teknikbaserade stöd och hjälpmedel. Bland annat visar en litteraturgenomgång av FoU Malmö behov av mer forskning kring effekterna av kognitiva hjälpmedel och teknikbaserade stöd[92]. SBU konstaterar i *Tekniken som vården inte synar* (2010) att det är ont om vetenskapliga studier inom hjälpmedelsområdet. SBU lyfter också fram ett stort behov av sådan forskning, eftersom hjälpmedel används flitigt och kan spela stor roll för många patienter. Myndigheten konstaterar också att hjälpmedelsområdet är ett område där det finns mindre vetenskaplig evidens varför granskningar inom området blir beroende av beprövad erfarenhet. SBU arbetar för närvarande med att kartlägga kunskapsläget kring hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning och äldre. Som en del av SBU:s arbete med att kartlägga metoder inom socialtjänsten kommer sammanställas vad det finns för systematiska kunskapsöversikter gällande hjälpmedel. De hjälpmedel som planeras ingå är hjälpmedel som förskrivs inom socialtjänstens område. I sammanställningen kommer inte ingå hjälpmedel som enbart förskrivs av landstingen. Kartläggningen beräknas vara klar hösten 2017.

9.9.4 Utredningens sammanfattande slutsatser

- Det finns en stor potential i en ökad användning av teknikbaserade stöd, främst i form av ökad delaktighet och självständighet för individen men troligen också i form av kostnadsbesparingar, t.ex. i fråga om hemtjänsttimmar. Individens möjlighet att själv bestämma om och på vilket sätt tekniken ska användas är dock av avgörande betydelse för när teknikbaserade stöd ska komma till användning.
- Det finns påtagliga skillnader i formell patientsäkerhet mellan medicintekniska produkter och konsumentprodukter, vilka kan förklara varför det i regel är medicintekniska produkter som förskrivs. Det är oklart vilka positiva effekter en ökad förskrivning av konsumentprodukter kan få, både för individer och för

[92] FoU Malmö (2015). Hjälper hjälpmedel? Om vardagsteknik och kognitiva hjälpmedel för personer med kognitiv svikt och demenssjukdom.

samhället i stort. Det finns behov av fler vetenskapliga studier kring effekter av teknikbaserade stöd och hjälpmedel, liksom rörande samhällsekonomiska effekter av ökad förskrivning av konsumentprodukter.

- Ökningen av universellt utformade produkter är på det hela taget positiv. Det finns emellertid en risk för ojämlikhet om aktiva användare, som själva söker produkter och kan dra fördel av den tekniska utvecklingen, får tillgång till bättre stöd än andra. En annan synpunkt är att det i nuläget är oklart hur långt vårdens skyldighet att hjälpa till att anpassa och ge råd om tekniken sträcker sig, i synnerhet för konsumentprodukter. Vidare finns behov av stöd till äldre och personer med funktionsnedsättning när det gäller att hitta, använda och få tillgång till support i fråga om universellt utformade produkter. I de fall ansvaret för att stödja äldre och personer med funktionsnedsättning kring användning av ny teknik anses falla utanför hälso- och sjukvårdens ansvarsområde är det angeläget att andra stödfunktioner finns tillgängliga.
- Eftersom allas behov av hjälpmedel inte kommer att kunna tillgodoses genom konsumentprodukter, är det angeläget att sjukvårdshuvudmännens upphandlade sortiment är brett, uppdaterat och håller god kvalitet, om målen i hälso- och sjukvården om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen ska kunna uppnås.
- Det finns ett antal faktorer som påverkar förutsättningarna för innovation och utveckling på hjälpmedelsområdet; branschstrukturen, vårdens organisation, graden av användarfokus och delaktighet vid upphandling såväl som vid framtagande av nya produkter, hur väl huvudmännen samverkar samt hur ersättningssystem inom vården utformas. Det är angeläget att sprida tillgänglig kunskap om hur man bäst främjar utveckling och innovation på hjälpmedelsområdet.
- Att dela upp individstöd i begrepp som välfärdsteknik och hjälpmedel är inte relevant utifrån den enskildes behov. Att försöka särskilja vad som är vad kan i viss mån fungera begränsande. En ökad helhetssyn är önskvärd. Med tanke på den snabba teknikutvecklingen kan det bli nödvändigt att se över begreppen.

- Offentlig upphandling kan beroende på sin utformning stimulera till ökat införande av innovationer inom vård och omsorg. För att på bästa sätt kunna hantera teknik i snabb utveckling krävs brukarsamverkan, kompetens och samordning. Det kan inte anses ändamålsenligt att anskaffning av hjälpmedel i dag ofta sker i parallella strukturer, dvs. utan samordning mellan sjukvårdshuvudmän. I synnerhet för kommunernas del är det viktigt att samverka för att kunna dra nytta av bl.a. landstingens kompetens. Det är angeläget att Upphandlingsmyndighetens nyligen publicerade vägledning får spridning och troligt att huvudmännen behöver ytterligare stöd.
- Utvecklingen på hjälpmedelsområdet ställer särskilda krav på sjukvårdshuvudmän i fråga om omvärldsbevakning, utvärdering och bedömningar av om produkterna ska ingå i utbudet. Kommuner och landsting över landet har olika förutsättningar för detta. I dag saknas en nationell aktör med uppgift att samla och sprida erfarenheter och kunskap som erhållits lokalt. Detta främjar inte ett effektivt utvecklingsarbete med innovationer.

10 Ansvarsfördelning, samverkan och samordning

10.1 Inledning

Utredningen har i uppdrag att analysera regler, ansvarsfördelning och samverkan mellan berörda huvudmän samt bedöma hur allt detta påverkar effektiviteten i förskrivning, utnyttjande av hjälpmedel och ekonomiska resurser, utveckling och innovation.

I detta kapitel analyseras ansvarsfördelningen och samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen (kommuner och landsting) i teori och praktik. Vidare behandlas reglerna för andra former av stöd, såsom bostadsanpassningsbidrag, för att se om samordningen mot hjälpmedelsområdet är välfungerande. Ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän, samt mellan sjukvårdshuvudmän och lärosäten, behandlas i kapitel 11.

I avsnitt 10.2 redogörs för ansvarsfördelningen för hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I avsnitt 10.3 behandlas samverkan/samordning mellan sjukvårdshuvudmännen. Därefter följer ett avsnitt om svårigheter vid samordning, 10.4.

Avsnitt 10.5 handlar om hjälpmedel i relation till andra typer av stöd; arbetstekniska hjälpmedel behandlas i 10.5.1, bilstöd i 10.5.2, bostadsanpassningsbidrag i 10.5.3 samt insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i 10.5.4. I avsnitt 10.5.5 diskuteras vad det finns för möjligheter med hjälpmedel och välfärdsteknik sett i relation till andra former av stöd. Därefter följer analys och sammanfattande slutsatser i avsnitt 10.6. Utredningens överväganden i fråga om att införa ett samlat huvudmannaskap för hjälpmedel behandlas dock först i kapitel 13.

10.2 Ansvarsfördelningen för hjälpmedel enligt HSL

Den nuvarande ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvården regleras i HSL och har sin grund i Ädelreformen, vilken innebar att ansvaret för långtidsvård för äldre flyttades från landstingen till kommunerna.[1] Kommunerna ålades ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och människor med funktionsnedsättning.

I förarbetena till Ädelreformen berördes uttryckligen frågan om hjälpmedel (prop. 1990/91:14 s. 71 f.). Där anfördes bl.a. följande.

> Kommunernas ansvar för tekniska hjälpmedel kommer i första hand att gälla hjälpmedel i den dagliga livsföringen. Det är denna typ av hjälpmedel som har störst omfattning bland de människor som kommer att få service och vård från kommunen. I kommunens ansvar kommer också att ingå sådana hjälpmedel för vård och behandling som behövs för att utföra den sjukvård och rehabilitering som blir ett primärkommunalt ansvar enligt HSL. Jag utgår vidare från att kommunerna svarar för de hjälpmedel som helt eller delvis är motiverade av de anställdas situation inom de särskilda boendeformerna/bostäderna samt inom hemtjänsten i ordinärt boende. Genom att kommunen får ansvaret för såväl arbetstekniska som individuellt förskrivna hjälpmedel i de särskilda boendeformerna/bostäderna kan de svårigheter som finns i dag med gränsdragning på detta område upphöra.[2]

Landstingen skulle även fortsättningsvis ansvara för mer avancerade hjälpmedel som kräver specialiserad hjälp att prova ut, anpassa och förskriva. Inriktningen var att hålla ihop funktioner som kräver en specialiserad kompetens och sprida ut ett brett kunnande till övriga anställda om de hjälpmedel som förskrivs ofta. Något mer preciserat lagstöd ansågs inte behövligt.

Efter förslag i prop. 1992/93:159 *Stöd och service till vissa funktionshindrade*[3] infördes emellertid särskilda bestämmelser i HSL för att klargöra att sjukvårdshuvudmännen har en *skyldighet att tillhandahålla hjälpmedel* (”erbjuda”) till personer med funktionsnedsättning (jfr 8 kap. 7 § respektive 12 kap. 5 § HSL).

I förarbetena[4] behandlades frågan om hur ansvarfördelningen för hjälpmedel lämpligen kunde fördelas mellan huvudmännen:

[1] Förarbeten till Ädelreformen finns i prop. 1990/91:14.
[2] Prop. 1990/91:14 s. 75.
[3] Prop. 1992/93:159.
[4] a.a. s. 116–120.

> Samhällets skyldighet att erbjuda habilitering och rehabilitering är för närvarande inte reglerad i lag. Uppgiften att erbjuda habilitering och rehabilitering har emellertid ansetts följa av det allmänna ansvar som sjukvårdshuvudmännen enligt 1 § HSL har att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. (…) Jag anser att åtgärder behöver vidtas för att säkra enskildas tillgång till habilitering och rehabilitering och för att utjämna skillnaderna mellan habiliterings- och rehabiliteringsverksamheterna över landet och mellan tillgången till kvalificerat stöd för olika grupper av funktionshindrade. Åtgärder behöver också vidtas för att påskynda utvecklingen av eftersatta områden. Enligt min mening faller det sig naturligt att detta ansvar ska åvila hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Där finns redan särskild habiliterings- och rehabiliteringsverksamhet uppbyggd eller som håller på att byggas upp, bl.a. de särskilda verksamheterna för barn- och ungdomshabilitering och för rehabiliteringsmedicin. (…) Genom Ädelreformen regleras i HSL såväl landstingens som kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård. Ansvaret för habilitering och rehabilitering bör fördelas mellan landsting och kommun efter samma grunder.

Landstingens ansvar för hjälpmedel framgår numera av 8 kap. 7 § HSL. Landstingets ansvar omfattar dock inte habilitering, rehabilitering och hjälpmedel som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 12 kap. 5 §. Landstingets ansvar innebär inte heller någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag. Habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel ska planeras i samverkan med patienten. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

Av 12 kap. 1 § HSL kan utläsas att varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilt boende[5] samt i samband med dagverksamhet erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där. En kommun får även i övrigt erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) till dem som vistas i kommunen. Kommunens ansvar och befogenhet omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

I 12 kap. 5 § HSL anges att kommunen i samband med hälso- och sjukvård enligt 1 och 2 § ska erbjuda även habilitering, rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Även kommunen är skyldig att upprätta en individuell plan när sådana insatser erbjuds, vilket framgår av sista stycket. Av planen ska beslutade och planerade insatser framgå.

[5] En sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen.

Landstinget får träffa överenskommelse med en kommun om att kommunen ska ha ansvar för hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning (även utan samband med hemsjukvård).

Är den enskilde i behov av sådan vård och behandling som ligger utanför kommunens ansvarsområde, ligger ansvaret på landstinget.

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården utövas av socialnämnden, jfr 11 kap. 1 § HSL. I kommunen ska finnas en sjuksköterska med ett särskilt medicinskt ansvar (MAS) för varje av kommunen beslutat verksamhetsområde, se 11 kap. 4 § HSL. I andra stycket anges att om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra uppgifter som åligger en MAS.

Fram till den 1 april 2017 angavs i dåvarande 24 § HSL att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan skulle svara för att

- det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna, och
- anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

I nya HSL har bestämmelsen om MAS emellertid förenklats. I stället för att ansvarsområdena anges uttryckligen, föreskrivs att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för sådan personal.[6]

[6] Följaktligen har även 7 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) upphävts. Där angavs tidigare att en sjuksköterska som avses i 24 § 1 HSL ska, utöver de skyldigheter som anges där, ansvara för bl.a. att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde och att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande. I andra stycket angavs att detta också gällde fysioterapeuter och arbetsterapeuter enligt 24 § 2 HSL, s.k. MAR.

10.3 Samverkan och samordning mellan sjukvårdshuvudmännen

10.3.1 Samordnad vård och omsorg

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har tagit fram en ”arbetsdefinition” av samordnad vård och omsorg[7]. Enligt definitionen är vården ur patientens och brukarens perspektiv samordnad när alla aktiviteter aktivt organiseras som en väl fungerande helhet och patienten/brukaren ges möjlighet att, efter förmåga och preferenser, delta som en aktiv medskapare (s. 13). Från patientens/brukarens perspektiv innebär detta kontinuitet i vården, trygghet, att slippa behöva upprepa information eller genomgå onödiga behandlingar, utredningar och tester (dock ska framhållas att patientens samtycke är en grundförutsättning för att vård- och omsorgsgivare med olika verksamhetsområden ska kunna dela information). Vidare ska man få hjälp med att ”ta nästa steg”. Alla aktörer ska kunna vägleda personen, även när nästa steg inte är något som sker inom aktörens enhet. Från organisationernas perspektiv handlar det om att ta ett helhetsansvar, att informationen ska följa patienten/brukaren, väl fungerande överlämningar och en gemensam bild av personens sammantagna behov.

10.3.2 Många regler om samverkan, samordning och vårdplanering

Det finns en hel del regler om samverkan, samordning och vårdplanering inom hälso- och sjukvården. Reglerna berör samverkan på individnivå och på en mer övergripande nivå.

Samverkan på individnivå

Som framkommer i avsnitt 10.2 är landsting och kommuner skyldiga att ta fram en *individuell plan* över planerade och beslutade insatser för *personer med funktionsnedsättning* (8 kap. 7 § och 12 kap. 5 §

[7] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Samordnad vård och omsorg – en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.

HSL). Syftet med planen är att samordna de olika habiliterings-, rehabiliterings- och hjälpmedelsinsatser som den enskilde behöver och huvudmannen ska tillhandahålla. Ansvaret att samordna individuella insatser ligger därmed på hälso- och sjukvårdshuvudmannen och inte på yrkesutövarna inom hälso- och sjukvården (se prop. 1992/93:159 s. 202).[8] Av dessa regler följer emellertid inte att sjukvårdshuvudmannen ska samverka med andra huvudmän.

Regler om samverkan *mellan* huvudmännen finns numera samlade i 16 kap. HSL (men det finns även regler i specialförfattningar, varom mera nedan). I 16 kap. 4 § HSL anges att landstinget och kommunen tillsammans ska upprätta en *individuell plan* om den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. En sådan plan kallas ibland samordnad individuell plan (SIP). Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Om möjligt ska den upprättas tillsammans med den enskilde och dennes närstående (om den enskilde samtycker till det). Av planen ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som ska vidtas av andra än landstinget och kommunen samt vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen. Bestämmelsen motsvarar den tidigare 3 f § HSL.

Den enskildes och de närståendes uppfattning om behovet av en individuell plan bör tillmätas stor betydelse, enligt de ursprungliga förarbetena.[9] För vissa bör huvudmännen kunna utgå från att det finns behov av en plan. Det gäller t.ex. personer med allvarliga psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning och dementa personer med behov av somatiska insatser.

I lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (BAL) finns regler om vårdplanering mellan landstinget och kommun i fråga om enskilda patienter. I 10 b § anges sålunda att en *vårdplan* ska upprättas för en patient som efter att ha skrivits ut från en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård av den behandlande läkaren bedöms behöva

[8] I JO 2003/04 s. 298 (dnr 2380-2000) diskuteras utformningen av en sådan plan, bl.a. att den bör vara skriftlig.
[9] Prop. 2008/09:193 s. 30.

- kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller
- landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.

I betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård* (SOU 2015:20) har föreslagits att BAL ska upphävas och ersättas av en ny lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Regeringen har gjort samma bedömning (jfr prop. 2016/17:106).

Även i LSS finns en regel om individuell plan (10 § LSS). I samband med att en insats beviljas enligt LSS ska den enskilde erbjudas att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom eller henne. Den som har beviljats en insats ska när som helst kunna begära att en plan upprättas. I planen ska även åtgärder redovisas som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång per år. Landstinget och kommunen ska underrätta varandra om upprättade planer. Vidare anges i 14 § att kommunen ska verka för att samordna insatserna i dessa planer.

Samverkan mellan huvudmännen på individnivå regleras också i 7 a § och 16 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Ytterligare regler om individuella planer finns i lagen (1988:870) om missbrukare i vissa fall (LVM), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), smittskyddslagen (2004:168) m.fl.

Det förtjänar att framhållas att vid samverkan mellan huvudmännen gällande enskilda krävs att myndigheterna iakttar regler om sekretess vilket vanligtvis innebär att den enskildes samtycke krävs för att en uppgift ska kunna lämnas vidare. När verksamheter samverkar kring en enskild person måste de alltid beakta bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), 15 kap. socialtjänstlagen och 29 § LSS.

Samverkan på övergripande nivå

Sjukvårdshuvudmännen har ett ansvar för planering av sin hälso- och sjukvård (7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL). Planeringen ska avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare,

enligt ett stycke som infördes vid Ädelreformen. När den allmänna planeringsskyldigheten för landstingen infördes gjordes bl.a. följande uttalanden (prop. 1981/82:97 s. 61 f.).

> Vid planeringen förutsätts en samverkan med andra myndigheter och organisationer inom länet, främst primärkommunerna. För min del vill jag understryka angelägenheten av att planeringen av äldreomsorgen, handikappomsorgen, barnomsorgen och missbruksvården sker i samarbete mellan landstingskommuner och kommuner och mot bakgrund av ett så långt möjligt gemensamt underlag.

I förarbetena från Ädelreformen anförs bl.a. följande i fråga om planeringsskyldigheten (prop. 1990/91:14 s. 151 f.).

> Det kommer således i framtiden att finnas olika huvudmän med ansvar för var sin del av hälso- och sjukvården; kommunerna vad gäller hälso- och sjukvård – utom läkarinsatser – vid de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad, vid bostäderna för särskild service och vid de kommunala dagverksamheterna och i vissa fall för hemsjukvården samt landstinget vad gäller all övrig hälso- och sjukvård. Detta markeras i 7 och 20 §§ på så sätt att såväl kommunen som landstinget får ansvar för planeringen av sin hälso- och sjukvård. En sådan fördelning av ansvar ställer krav på huvudmännen vad gäller samordningen av kommunens resp. landstingets hälso- och sjukvård. Av 8 § HSL framgår att landstingen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall samverka med bl.a. samhällsorgan. Med hänsyn till det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret är samverkan med kommunerna av särskild vikt för landstingens planering. Att kommunerna i planeringen och utvecklingen av sin hälso- och sjukvård skall samverka med landstinget framgår av den föreslagna 21 §. Det ankommer på såväl landstinget som kommunerna i landstingsområdet att ta initiativ till samverkan i planeringen.

I 7 kap. HSL, med rubriken ”Organisation, planering och samverkan”, finns regler om skyldighet för landsting att samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare (7 §), andra landsting (8 §) och rätten för landsting att träffa överenskommelser med bl.a. kommuner (9 §).[10] En skyldighet för kommunen att samverka med andra vårdgivare finns i 11 kap. 3 § HSL.

Som nämnts ovan finns dessutom numera ett helt kapitel om samverkan mellan huvudmännen, 16 kap. HSL. Kapitlet innehåller regler om samverkan både på individnivå och på övergripande nivå.

[10] I huvudsak motsvarande 8 och 9 §§ gamla HSL.

I 16 kap. 2 § HSL anges sålunda att landsting och kommun ska samverka så att en enskild som kommunen har ansvar för enligt 12 kap. 1 eller 2 § också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar. Bestämmelsen ska motsvara 26 e § HSL, enligt författningskommentaren. I förarbetena till den bestämmelsen framgår att det inte är en bestämmelse om samverkan på individnivå. På s. 55 i prop. 2005/06:115 anges bl.a.:

> Förslaget innebär att landsting och kommuner skall komma överens om bland annat formerna för samverkan mellan specialistsjukvården och vården och omsorgen i hemmet. Landstingen har ett ansvar för att specialistsjukvården deltar i och är ett stöd för vården och omsorgen i hemmet med exempelvis enskilda konsulter eller team med specialkunskap i geriatrik, palliativ vård, rehabilitering, nutrition m.m. En sådan samverkan är nödvändig för att kunna tillförsäkra den äldre vård och omsorg av god kvalitet i hemmet och kunna bidra till kunskapsutveckling.

I 16 kap. 3 § HSL anges att landstinget och kommunen ska ingå en överenskommelse om samarbete i fråga om dels personer med funktionsnedsättning (punkt 1), dels personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel (punkt 2). Regeln motsvarar 8 a § HSL.

I 5 kap. *socialtjänstlagen* finns bestämmelser om särskilda grupper. I 5 kap. 6 § anges bl.a. att kommunen ska planera sina insatser för äldre och därvid samverka med bl.a. landstinget. I 5 kap. 8 § finns en motsvarande regel i fråga om människor med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar. Dessutom finns i 5 kap. 8 a §, som infördes 2009, en regel som ålägger kommunen att ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning.[11] En motsvarande skyldighet för landstinget att träffa en överenskommelse fördes in i 8 a § HSL och finns numera i 16 kap. 3 § första punkten HSL. Det är annars ovanligt med regler om en skyldighet för kommuner och landsting att ingå formaliserade överenskommelser.[12]

I förarbetena till den nu nämnda ändringen[13] framhölls att för att överenskommelser ska få verklig betydelse för medborgarna, för det

[11] Enligt 5 kap. 9 a §, som infördes 2013, ska kommunen på samma sätt träffa en överenskommelse med landstinget i fråga om personer som missbrukar bl.a. alkohol.
[12] Prop. 2008/09:193 s. 13.
[13] a. prop. s. 14.

praktiska arbetet och för verksamheternas resurser och inriktning, krävs överenskommelser av både principiell och praktisk karaktär. Genom överenskommelser som innehåller bestämmelser om gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kring vissa grupper, kan förtroendevalda och andra beslutsfattare skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning, vilket är till nytta både för verksamheternas ekonomi och för medborgarna.

Vidare framhölls att Nationell psykiatrisamordning i sitt slutbetänkande (SOU 2006:100) gjort bedömningen att en frivillig möjlighet för kommuner och landsting att ingå samarbetsavtal hittills inte varit tillräcklig för att åstadkomma ett gemensamt ansvarstagande i gråzonerna som uppstår mellan huvudmännens lagstadgade ansvarsområden. Regeringen ansåg att gemensamma styr- och samverkansdokument med verklig betydelse för ett gemensamt ansvarstagande var för få och att utvecklingen gick för långsamt. Regeringens bedömning blev att en lagstadgad skyldighet för kommuner och landsting att ingå överenskommelser om sitt samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning var det bästa sättet att snabbt nå mer samordnade insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård. Regeringen framhöll därvid att en skyldighet att ingå överenskommelser tydliggör och förstärker huvudmännens ansvar på området, utan att staten i detalj föreskriver hur det ska genomföras eller vilka verksamheter som ska bedrivas, vilket inte ansågs lämpligt av flera skäl.

Föreskrifter som berör samverkan

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter om samverkan i *Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård* (SOSFS 2005:27). Föreskrifterna kompletterar BAL och innehåller detaljerade krav på att huvudmännen ska upprätta rutiner för samverkan, vårdplanering, upprättande av vårdplan och vad vårdplanen ska innehålla m.m.

Tidigare fanns bestämmelser om rutiner för samarbetet och planeringen av vården av enskilda patienter i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) *om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i*

hälso- och sjukvården. Den har nu upphävts[14] och ersatts av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om *ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* den 1 januari 2012. Föreskriften gäller inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten, vilket skapar förutsättningar för ett sammanhållet ledningssystem för de verksamheter som bedriver både hälso- och sjukvård och socialtjänst eller verksamhet enligt LSS. Gällande samverkan framgår i 4 kap. 5 och 6 §§ för det första att av processerna och rutinerna ska framgå hur samverkan bedrivs inom den egna verksamheten, t.ex. mellan olika enheter. För det andra ska det genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs mellan vårdgivare eller verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS.

I Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anges bl.a. följande (s. 23 f.):

> Föreskrifterna kräver inte att olika verksamheter har identiska processer så länge som nödvändig samverkan möjliggörs. Många gånger kan det dock vara lättare att samverka mellan olika vård- och omsorgsgivare om de har en likartad uppbyggnad av sina ledningssystem och en likartad syn på processer. Det är möjligt för vård- och omsorgsgivare som har behov av samverkan att ta fram processer gemensamt.

Vidare finns föreskrifter om samordning i *Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (*SOSFS 2007:10, senast ändrad genom HSLF-FS (2017:19). Dessa ska tillämpas vid planering och genomförande av samordning av insatserna för enskildas habilitering och rehabilitering enligt 8 kap. 7 § respektive 12 kap. 5 § HSL med insatser enligt bl.a. HSL i övrigt, socialtjänstlagen vad gäller omsorgen om äldre personer och personer med funktionsnedsättning och 9 § 6–10 LSS. Rutinerna ska säkerställa att en namngiven personal med ansvar för samordning utses (3 §). De som utses ska ges de förutsättningar de behöver och de ska också ansvara för att en plan för samordningen upprättas. Vid upprättande av planen ska bl.a. läkemedel och hjälpmedel beaktas (9 §). Enligt 5 § gäller att om den enskilde har behov av samordning, ska de verksamheter som svarar för insatser enligt 1 § erbjuda detta. Verksamheterna ska, när de bedömer behovet av samordning, ta särskild hänsyn till, om den enskilde har ett långvarigt

[14] SOSFS 2006:11 om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt socialtjänstlagen, LVU, LVM och LSS upphävdes samtidigt.

behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samordning får endast göras, om den enskilde har lämnat samtycke och med respekt för dennes integritet (6 §).

10.3.3 Samordning på hjälpmedelsområdet

Inom flera områden där både kommun och landsting har gemensamt ansvar för en patient- och brukargrupp, ingår kommuner och landsting ofta s.k. samverkansavtal. Som framkommit ovan är de i vissa fall skyldiga att ingå sådana överenskommelser.

Socialstyrelsens lägesrapport om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning för 2016[15] visar att allt fler kommuner har samverkansöverenskommelser mellan LSS-verksamheter och andra aktörer. Andelen kommuner som har överenskommelser om samverkan med landstingets barn- och ungdomshabilitering är 30 procent. För vuxenhabilitering är motsvarande siffra 38 procent. Trots ökningen har därmed långt ifrån alla kommuner sådana överenskommelser. Andelen kommuner med samverkansöverenskommelser varierar mellan länen. Det finns stora regionala skillnader i fråga om aktuella överenskommelser med landstingens habiliteringsverksamheter.

Av Socialstyrelsens kartläggning av hjälpmedel i kommuner och landsting[16] framgår att principerna för den ansvarfördelning för hjälpmedel som föreslogs i förarbetena till Ädelreformen m.m. i stora drag gäller fortfarande. Det innebär att hjälpmedel till personer med hörsel- och synnedsättning i alla åldrar, hjälpmedel till barn oavsett funktionsnedsättning, ortopediska hjälpmedel oavsett ålder samt medicinska behandlingshjälpmedel oavsett ålder är ett ansvar för landstingen.

För de hjälpmedel som omfattas av hjälpmedelscentralernas ansvarsområde har kommunerna och landstingen ett delat ansvar. Exempel på dessa hjälpmedel är hygienhjälpmedel, hjälpmedel för att kompensera rörelsenedsättning samt hjälpmedel för kommunikativa eller kognitiva funktionsnedsättningar.

[15] Socialstyrelsen (2016). Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2016.
[16] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.

Alla kommuner, utom i Stockholms län, har tagit över hemsjukvården och kommunernas ansvar för hjälpmedel har därmed ökat. För de hjälpmedel som faller inom hjälpmedelscentralens verksamhetsområde är det vanligare att kommuner förskriver mer hjälpmedel än landsting. Stora variationer förekommer dock. För de län Socialstyrelsen kartlagt varierar andelen hjälpmedel som förskrivs i landstinget från som lägst 16 procent till som högst 73 procent. Andelen förskrivna hjälpmedel inom den kommunala verksamheten varierar, från 27 procent till 84 procent i de aktuella länen. Det finns alltså skillnader i förskrivningsmönster både mellan huvudmännen inom landstingen och mellan landstingen. Förskrivning till barn och vuxna sker företrädelsevis inom landstingets verksamhet. När det gäller förskrivning till dem som är 65 år eller äldre är det däremot kommunen som förskriver flest hjälpmedel.[17]

Hjälpmedelscentralerna är oftast organiserade inom landstingen. Det förekommer också att de drivs gemensamt av landstinget och kommunerna i ett län eller av flera kommuner gemensamt. Hjälpmedelscentralernas verksamhet kan också bedrivas på entreprenad där en sjukvårdshuvudman ensam, eller tillsammans med andra, upphandlar verksamheten. Så ser det ut i norra Stockholm, Östergötland och tio kommuner i Skåne.

De samverkansformer som förekommer mellan landsting och kommuner är gemensam nämnd, kommunalförbund och samverkansavtal.[18] Enligt lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet får ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra landstingets och kommunens uppgifter enligt bl.a. HSL, socialtjänstlagen och LSS.[19] En gemensam nämnd är en politisk nämnd bestående av företrädare för samtliga huvudmän. De gemensamma nämnderna hanterar, i samråd med brukarorganisationerna, övergripande hjälpmedelsfrågor som regelverk, sortiment, avgifter etc. De samverkansnämnder som finns har ofta beslutanderätt kring förskrivning utanför sortiment (dvs. när förskrivare har

[17] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.
[18] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Samverkansformer mellan kommuner och landsting på hjälpmedelsområdet.
[19] Lagen tillkom efter förslag i betänkandet *Samverkan - Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet* (SOU 2000:114). Jfr också prop. 2002/03:20.

bedömt att en person har behov av något som inte finns i upphandlat hjälpmedelssortiment och vill göra en särskild förskrivning, formellt sett en direktupphandling). Det förekommer också att samverkansnämnden medverkar vid beslut om nya hjälpmedel som ska upphandlas.

Samverkan i en gemensam nämnd innebär oftast ett gemensamt regelverk för hjälpmedel i hela länet, gemensam upphandling och gemensamt hjälpmedelssortiment. Nämnderna har också uppföljningsansvar och beslutar om riktlinjer och regler.[20] Gemensam nämnd där både landsting och kommun ingår finns i sju län. Gemensam nämnd med enbart kommuner finns i två regioner. Det finns även andra samverkansformer, som kommunalförbund och samverkansavtal, vilket kan innebära att det finns ett gemensamt regelverk för hjälpmedelsförskrivning. Det finns också län där några kommuner valt att avstå från att delta i gemensamma samverkansavtal.

Enligt Socialstyrelsens kartläggning finns en länsgemensam samverkansgrupp för hjälpmedelsområdet i fem län. Tre län anger att de har en hjälpmedelskommitté. I dessa grupper samverkar landstingen och representanter från regionförbunden eller kommunalförbunden i hjälpmedelsfrågor. De arbetar bland annat för att ge patienterna en samordnad, kvalitetssäker och kostnadseffektiv hjälpmedelsprocess.

Nästan alla landsting och kommuner har gemensamma övergripande regler som styr hjälpmedelsverksamheten. I fyra län har dock landsting och kommuner olika regler[21].

Som ett exempel på samordning inom hjälpmedelsområdet kan nämnas Västra Götalandsregionen (VGR), där samverkan organiserats genom det s.k. *Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland*, vilket reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan VGR och de 49 kommunerna i Västra Götaland. De patientgrupper avtalet omfattar är de som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar. I avtalet i dess senaste version (1 april 2017) anges bl.a. att den politiska viljeinriktningen med *Hälso- och sjukvårdsavtalet* fokuserar på individens behov framför alltför skarpa gränser mellan huvudmännens ansvarsområden. Gränsdragning ner på detaljnivå i alla situationer skapar organisatoriska mellanrum som kan leda till att

[20] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – en nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.
[21] Kalmar, Uppsala, Kronoberg och Skåne.

patienten inte får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda. Avtalet sägs vara ett huvudavtal för hälso- och sjukvård där övriga överenskommelser som enligt HSL ska upprättas mellan parterna utgör underavtal. Underavtalens giltighet är direkt kopplat till huvudavtalets giltighet. Avtalet omfattar även samverkan mellan VGR:s hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst. Ansvarsfördelningen beskrivs närmare under avsnitt 3 i avtalet och baseras på den lagreglerade ansvarsfördelningen samt de överenskommelser som tidigare gjorts.

Av avtalet framgår bl.a. att gemensamma rutiner tagits fram i enlighet med Socialstyrelsens föreskifter (SOSFS 2008:20) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. Det finns en särskild vägledning som beskriver samverkan och ansvarsfördelning gällande rehabilitering och habilitering för vuxna personer. Vid utskrivning från sjukhus ska den länsgemensamma rutinen Samordnad vård- och omsorgsplanering (SVPL) tillämpas och vårdgivarna ska använda det gemensamma it-stödet för detta. Vidare framgår att VGR och kommunerna i Västra Götaland har upprättat en överenskommelse om samarbete för personer med psykisk funktionsnedsättning och för personer med missbruk. Parterna har tagit fram gemensamma riktlinjer och produktanvisningar, *Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel*, där bland annat kostnadsansvar och förskrivningsrätt beskrivs. För praktisk tillämpning av detta hälso- och sjukvårdsavtal finns av parterna gemensamt framtagna tillämpningsanvisningar, med bland annat vägledande patientfall, som ska användas av alla vårdgivare inom VGR och kommuner i Västra Götaland. Beträffande tvister mellan parterna om tolkning av avtalets innebörd anges att dessa i första hand ska lösas lokalt och i andra hand delregionalt, inom vårdsamverkan. Tvist av principiell karaktär kan lyftas till Vårdsamverkan Västra Götaland. Patientens vård och omsorg ska därvid alltid säkerställas oavsett om parterna är överens om ansvarsfördelning eller inte. Det framhålls att parterna har gemensamt ansvar att omgående komma överens om tillfällig ansvarsfördelning, i väntan på en lösning.

En utvärdering av effekten av nuvarande samarbetsavtal har gjorts av parterna[22]. Resultaten visar att samarbetsavtalet har inneburit en

[22] VästKom och Västra Götalandsregionen (2016). Utvärdering av samarbetsavtal för försörjning av personliga hjälpmedel.

sänkning av kostnaderna med 74 miljoner kronor under perioden 2015-10-01 till och med 2016-09-30, samtidigt som god kvalitet och hög patientsäkerhet har uppnåtts.

10.4 Det finns samordningsproblem

10.4.1 Sverige uppvisar större brister än andra länder

I internationella studier framkommer att Sverige har stora problem med bristande samordning i vård och omsorg, jämfört med andra liknande länder.[23] I en jämförande studie mellan elva länder (International Health Policy Survey, IHP) framgår att Sverige är det land i undersökningen där patienterna i minst utsträckning upplever att samordningen fungerar.[24] Den bristande samordningen framkommer också i intervjuer med vårdpersonal som Vårdanalys har gjort. Exempelvis rapporterar ca hälften av läkarna inom primärvården att någon av deras patienter fått problem p.g.a. bristande samordning den senaste månaden. Det är stora regionala skillnader – i Jämtland är andelen 35 procent och i Gävleborg 72 procent (snittet ligger på 53 procent).

Vårdanalys har lyft fram flera utmaningar när det gäller att förbättra samordningen (s. 12);

- Det saknas en gemensam syn på vad samordning innebär. Det saknas en vedertagen definition på samordnad vård och omsorg. De olika professionerna förstår inte varandra. Verksamheterna kan styras av olika regler (sjukvård/socialtjänst). Organisationskultur och ledningssystem kan skilja sig åt.[25]
- Ledarskap och styrning brister i samordningsfrågor.
- Befintliga samverkansavtal har fokus på att fördela ansvar snarare än att förbättra samordningen. Det uppstår gråzoner där ingen tar ansvar. Ofta saknas representanter för patienter/brukare i samband med att avtalen tas fram.

[23] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Samordnad vård och omsorg – en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, s. 8, 21, 30.
[24] a.a s. 31.
[25] a.a. bl.a. s. 85.

- Vårdplaner m.fl. dokument ses som pappersprodukter och får därför begränsad effekt för samordningen. Viktiga aktörer i sammanhanget deltar inte när planen upprättas. I synnerhet gäller detta primärvården och arbetsterapeuter/fysioterapeuter.
- Primärvården saknar förutsättningar för att ta ansvaret för samordning.
- Ersättningssystemen uppmuntrar inte till samordning. Samordningsinsatser är ofta både tids- och resurskrävande. Dessa mäts inte, ersätts inte särskilt och prioriteras således ned.[26] Detta motverkar ett mer patientcentrerat arbetssätt.
- Lagstiftning och den nuvarande informationsstrukturen i it-stöden ger inte förutsättningar för samordning för patienter/brukare med behov av stöd från flera huvudmän. Olika organisationer har skilda it-system för dokumentation, tidsbokning och schemaläggning, vilket försvårar informationsöverföring och samordning. Eftersom informationen samtidigt behöver skyddas från obehöriga är frågan komplex.[27] Ett ökat antal privata aktörer medför ännu fler aktörer som ska samordnas.

10.4.2 Samordningsproblemen är inget nytt fenomen

Samordningsproblemen har varit kända länge. Den s.k. Samverkansutredningen[28] hade i uppdrag att beskriva och analysera samverkansproblem samt lämna förslag på åtgärder som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg. Utredningen lämnade betänkandet *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m.* (SOU 2000:114). Med utgångspunkt i betänkandet fann regeringen att det fanns skäl att stärka samverkan mellan huvudmännen, trots en i många fall fungerande samverkan. I prop. 2002/03:20

[26] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Samordnad vård och omsorg – en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, s. 91.
[27] Datainspektionen har i tillsynsärende framhållit att det saknas legala förutsättningar för kommuner och landsting, enligt patientdatalagen och personuppgiftslagen, att göra gemensamma verksamhetsuppföljningar, jfr dess beslut 2015-07-03 i dnr. 643-2015. Tillsyn enligt personuppgiftslagen (1998:204) – samkörning av personuppgifter för gemensam verksamhetsuppföljning.
[28] Dir. 1999:42.

Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet föreslogs sålunda dels att möjligheterna till samverkan i gemensamma nämnder skulle utökas, dels en revidering av BAL, som hade införts i samband med Ädelreformen. BAL ändrades därefter 2003.

I betänkandet *Sammanhållen hemvård* (SOU 2004:68), från den s.k. Äldrevårdsutredningen som tillsattes tio år efter Ädelreformen, föreslogs att hemsjukvården generellt skulle föras över från landstingen till kommunerna (vilket hittills hade skett på frivillig väg). Bakgrunden till förslaget var den otydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, vilken bedömdes innebära särskilda risker för personer med sammansatta vårdbehov som behöver vård och omsorg. De brister man såg gällande förskrivning av hjälpmedel handlade om:

- överföring av information i vårdkedjan,
- att det är svårt för den enskilde att veta vart man ska vända sig,
- att många personer är involverade i bedömning, utprovning, förskrivning, uppföljning och service.

Fördelning av ansvaret för hjälpmedel följde heller inte alltid ansvaret för habilitering och rehabilitering, trots att hjälpmedel är en del av hälso- och sjukvårdens habiliterings- och rehabiliteringsansvar.

Utredningen föreslog att ansvaret för rehabilitering och hjälpmedel skulle inkluderas i ansvaret för hemsjukvård, men bedömde att landstingen borde ha fortsatt ansvar för hjälpmedel som kräver sjukhusets medicintekniska resurser eller annan särskild kompetens. Man föreslog vidare att landsting och kommun skulle få en lagstadgad skyldighet att samverka kring personer med sammansatta vårdbehov som behöver insatser från båda huvudmännen. Utredningens förslag ledde till att regeringen 2010 tillkallade en nationell samordnare med uppdraget att stödja kommuner och landsting i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från landsting till kommuner.

När slutbetänkandet från utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård, *Kommunaliserad hemsjukvård* (SOU 2011:55) överlämnades, hade kommunerna tagit över ansvaret för hemsjukvården i hälften av länen. Utredningen konstaterade att i kommunerna fanns fysioterapeuter och arbetsterapeuter med ansvar för vad man kallade den basala rehabiliteringen, habiliteringen och vissa

hjälpmedel. Vad som avsågs med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser varierade dock mellan länen. Utredningen framhöll vikten av att det skapades strukturer som är samhällsekonomiskt effektiva, vilket innebär att begränsa skapandet av parallella organisationer.

I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) gjordes en genomgång och analys av effektiviteten i hälso- och sjukvården där ansvarsfördelningen och samverkan mellan kommuner och landsting var en av huvudfrågorna. Området rehabilitering, habilitering och hjälpmedel utreddes inte närmare, men beskrevs som komplicerat med en fragmentiserad ansvarsstruktur och avsaknad av nationella data och uppföljningar. När det gäller hälso- och sjukvården generellt konstaterade utredningen att det inte råder någon tvekan om att ansvarsfördelningen i flera avseenden bidrar till ineffektivitet, med flera ansvariga huvudmän och ständiga gränsdragningsdiskussioner som bromsar utveckling och ansvarstagande. Gråzoner skapas och det finns svårigheter att allokera resurser på ett optimalt sätt. En kostnad hos en huvudman genererar en vinst hos en annan. Det finns ökat behov av samordning speciellt när det gäller multisjuka äldre och vid utskrivning av en patient från sjukhus. När det gäller barn är situationen beroende av ett fungerande samarbete mellan vård, omsorg och skola, detta oavsett om det gäller barn med fysisk, kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning.

10.4.3 Samverkansavtal är ingen garanti för fungerande samordning

Samverkansavtal mellan huvudmän är en vanligt förekommande metod för att komma tillrätta med samordningsproblem. Inom ramen för en statlig satsning kallad PRIO[29] har en prestationsbaserad ersättning betalats ut till de kommuner och landsting som har upprättat samverkansöverenskommelser och rapporterat in det antal SIP som tagits fram. När satsningen utvärderades 2014 hade 97 procent av kommunerna och samtliga landsting upprättat samverkansavtal.

Enligt den undersökning om samordnad vård och omsorg som Vårdanalys har gjort, anser dock verksamhetschefer att det är utmanande att få samverkansavtal att ge positiv effekt och att hålla dem vid

[29] Dvs. Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016, dnr S2012.006.

liv.[30] I själva verket kan avtalen leda till en försämrad samordning eftersom båda parter upplever sig ha blivit ”lurade”. Intervjupersonerna uppgav också att det saknas en gemensam syn på vad samordning innebär. Avtalen gör visserligen ansvarsfördelningen tydligare, men i stället skapas gråzoner där ingen tar ansvar. Sällan medverkar representanter för brukarorganisationer när överenskommelserna görs. Särskilt en överenskommelse vållar konflikter, nämligen överenskommelsen som reglerar medicinska insatser i de län där kommunerna tagit över hemsjukvården. Kommunerna anser att landstingen skickar hem patienterna för tidigt och landstingen att kommunpolitiker brister i kunskap om vilket ansvar de har för hälso- och sjukvård.

10.4.4 Användare får i praktiken ett alltför stort samordningsansvar

För patienter med behov av vård från olika delar av hälso- och sjukvården, t.ex. från kommunal hälso- och sjukvård, specialistsjukvård och rehabilitering kan samordningen mellan personal, enheter och vårdgivare vara otillräcklig. Patienter ges ibland ett samordningsansvar för vårdens insatser, som egentligen bör tas av hälso- och sjukvården. Detta blir ett särskilt stort problem då de patienter som har flera diagnoser och komplicerade vårdbehov, ofta också är de patienter som med hänvisning till sin hälsosituation har sämre förutsättningar att ta aktiv del i planeringen av sin vård. Det gäller patienter med omfattande vårdbehov, t.ex. sköra äldre, vissa kroniker och patienter med psykisk funktionsnedsättning (prop. 2009/10:67 s. 35 och s. 60).

Gruppen som har behov av flera insatser samtidigt och som samtidigt har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg uppskattats till cirka 1 miljon personer enligt Vårdanalys. Gruppen antas växa, bl.a. för att personer med kroniska sjukdomar lever allt längre och hinner utveckla fler sjukdomar. Det är 85 procent av befolkningen över 65 år som har minst en kronisk sjukdom.[31] Sam-

[30] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Samordnad vård och omsorg – en analys av samordningsutmaningar i ett fragmentiserat vård- och omsorgssystem, s. 89 f.
[31] a.a. s. 11.

tidigt finns i Sverige en specialisering inom vården, som leder till att sådana patienter måste träffa många aktörer.

När det gäller barn anges att barnhabiliteringen och barnsjukvården tar ett stort ansvar för samordningen, men stödet försvinner när man övergår till vuxenhabiliteringen och vårdcentralen, enligt en rapport från Inspektionen för vård och omsorg, IVO.[32] En chef för en vårdcentral uppgav bl.a. att som barn har man alltid ett team, men som vuxen hamnar man i stuprörsorganisationer.[33] Vidare anges i rapporten att intervjuerna och Riksrevisionens utvärdering pekar på att det saknas krav på samordning med andra aktörer i avtalen med privata utförare.[34] Riksrevisionen har visat att samordningen kring barn med funktionsnedsättning har stora brister och att allt för mycket ansvar för samordningen läggs på anhöriga. Ingen aktör runt barnet anser sig ha ett uttalat mandat att driva samverkan eller känner sig huvudansvarig för samordningen. För att samordningen ska fungera är det nödvändigt med starka och drivande anhöriga.[35]

10.4.5 Bristande samordning medför lägre patientsäkerhet och ökade kostnader

En omfattande internationell litteraturgenomgång av olika samordningsinsatser talar enligt Vårdanalys för positiva ekonomiska effekter av samordning, men samtidigt är det svårt att belägga en entydig effekt beroende på att det saknas gemensamma definitioner av vad samordning innebär och hur man ska mäta kostnader och kvalitet.[36] Omvänt gäller att bristande samordning kan leda till ökade kostnader på grund av vård som upprepas i onödan.

Det finns också en risk att bristande samordning medför lägre patientsäkerhet. Bland annat kan bristfällig kommunikation mellan professioner leda till att nödvändig information saknas. Systematiska brister i informationsöverföringen har också pekats ut som en

[32] Inspektionen för vård och omsorg (2014). Kommunikationsbrister i vården.
[33] a.a. s. 70.
[34] ib.
[35] Riksrevisionen (2011). Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem?
[36] a.a. s. 42.

risk av IVO i en rapport från 2014.[37] I flertalet fall hade bristerna fått allvarliga konsekvenser för patienterna.

Socialstyrelsen framhåller i sin *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016* att utskrivning från sjukhus är en stor riskfaktor för patientsäkerheten. För att tillhandahållandet av hjälpmedel ska fungera behöver fysioterapeuter eller arbetsterapeuter vara med på ett tidigt stadium i vårdplaneringen. Socialstyrelsens genomgång av patientsäkerheten pekar också på vikten av fler insatser för att förebygga fallskador. Hjälpmedel är i det sammanhanget bara är en mindre del av de förebyggande insatser som kommunerna erbjuder.

Av resultat från den s.k. Webbkollen, som har tagits fram av bl.a. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och är ett instrument för att undersöka hur äldre upplevt sin utskrivning från sluten vård, framgår bl.a. följande. Av drygt 30 000 äldre över 65 år, som besvarat hur de ser på sin situation några dagar efter hemkomst från sjukhusvistelse, är det ungefär 2 000 som anger att det fungerar dåligt då de kommit hem. Av dessa är det 2 procent som anger att det beror på att behov av hjälpmedel inte tillgodosetts.[38]

I betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård* (SOU 2015:20) har som nämnts lämnat förslag för att förbättra processen vid utskrivning från sluten vård på sjukhus till vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende. Förslagen siktar på att åstadkomma en sammanhållen vård genom att på olika sätt förbättra den gemensamma vårdplaneringen. I betänkandet föreslås att BAL ska upphävas och ersättas av en ny lag; lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Utredningen föreslår att det ska vara obligatoriskt för huvudmännen att komma överens om gemensamma riktlinjer för samverkan men lagstiftningen innehåller en ”back-up”-lösning om huvudmännen inte kommer överens, vilken är skarpare än dagens krav. I betänkandet anges att den landstingsfinansierade öppna vården som patienten behöver efter utskrivning inte är tillräckligt delaktig i planeringsarbetet runt patienterna (se t.ex. på s. 23). Detta antas vara en bidragande orsak till oplanerade återinläggningar av patienter. Dagens ordning leder till att vårdplaneringen görs innan patienten lämnar sjukhuset, vilket inte fun-

[37] Inspektionen för vård och omsorg (2014). Kommunikationsbrister i vården.
[38] Verktyg som används för att följa upp sjuka äldre personers bild av resultaten i vård och omsorg. Tillgänglig online: www.webbkollen.com [2017-02-15].

gerar väl vid dagens korta vårdtider. Det finns fördelar med att patienten hunnit återhämta sig något och på så sätt kan bli mer delaktig i planeringen. Planeringen av insatserna kan bli både mer träffsäker och mer långsiktig när berörd personal på plats i patientens hem kan se hur han eller hon fungerar i sin vardag. BAL ger dessvärre starka incitament för att vårdplanera på sjukhuset samtidigt som representanter för öppenvården/primärvården inte deltar i planeringsarbetet vid utskrivning. För att komma till rätta med problemen föreslår utredningen att patienter som omfattas av den nya lagen alltid ska få en fast vårdkontakt utsedd i den landstingsfinansierade öppna vården. Den fasta vårdkontakten får i uppdrag att kalla till samordnad individuell planering. Utredningen föreslår också ett utvecklingsprogram för att stödja huvudmännen i omställningen. I prop. 2016/17:106 har regeringen lämnat förslag i linje med betänkandet, vilka regler föreslås träda i kraft den 1 januari 2018.

Att primärvården inte är delaktig i vårdplaneringen gällande äldre som skrivs ut från sluten vård och att det är en allvarlig brist från samordningssynpunkt, har påtalats av såväl IVO[39] som Vårdanalys.[40]

10.4.6 Bristande samordning begränsar tillgången till hjälpmedel

Socialstyrelsen och senare IVO har haft regeringens uppdrag att genomföra tillsyn av vård och omsorg om äldre. I IVO:s slutrapport *Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013* uppmärksammas brister när det gäller att samordna hälso- och sjukvården och socialtjänstens resurser för de mest sjuka äldre och få till stånd fungerande vårdkedjor vid in- och utskrivning från sjukhus. Samtliga kommuner och landsting granskades. IVO fann därvid geografiska skillnader i vården och omsorgen av äldre, i synnerhet gällande samverkan och informationsöverföring. I rapporten pekas på att sjukgymnaster (fysioterapeuter) och arbetsterapeuter inte alltid blir kallade till vårdplanering, med risk att rehabilitering försenas eller uteblir. Tillsynen visade också på problem

[39] Inspektionen för vård och omsorg (2013). Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013.
[40] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Samordnad vård och omsorg – en analys av samordningsutmaningar i ett fragmentiserat vård- och omsorgssystem.

med bristfällig informationsöverföring. Vid hälften av inspektionerna bedömde de intervjuade från kommuner och landsting att uppgifter om behovet av rehabilitering och hjälpmedel uteblev vid utskrivning från sjukhus. Detta försvårar för fysioterapeuter och arbetsterapeuter att få en tydlig bild av vad den äldre behöver av fortsatta insatser och hjälpmedel efter utskrivning från slutenvården. Om informationen inte når hemtjänsten riskerar den äldre att bli utan hjälpmedel och andra insatser. I glesbygdskommuner kan det dessutom uppstå svårigheter att få tag på hjälpmedel i tid. För att förbättra samordningen och se till att nödvändig kompetens finns med i vårdplaneringen har vissa kommuner inrättat vårdplaneringsteam där fysioterapeuter och arbetsterapeuter ingår. IVO uppmärksammade också att det förekommer parallella organisationer för hjälpmedel. Det finns exempelvis hjälpmedelscentraler i både kommuner och landsting i vissa län. Detta medför merkostnader och kan enligt IVO inte anses effektivt. Vidare finns onödigt många personer runt den enskilde. Det är svårt att veta vart man ska vända sig för att få hjälpmedel. Ansvaret kan vara delat, till och med för olika komponenter till en rullstol. IVO rekommenderade bl.a. att bättre samordna resurserna med ett helhetsperspektiv på den äldre, inte minst med avseende på rehabilitering, att alla aktörer bidrar till fungerande vårdkedjor för in- och utskrivning vid sjukhus samt att bestämmelserna om vårdplanering skulle ses över.

Enligt SKL:s uppgifter från 2012[41] om de mest sjuka äldre, gjordes en samordnad vårdplanering vid endast 30 procent av tillfällena.

10.5 Hjälpmedel och andra typer av stöd

10.5.1 Arbetstekniska hjälpmedel

Som konstaterats tidigare i betänkandet togs landstings och kommuners ansvar för att erbjuda hjälpmedel uttryckligen in i HSL i samband med handikappreformen (prop. 1992/93:159). I specialmotiveringen anges att utanför begreppet hjälpmedel för den dagliga livsföringen faller arbetstekniska hjälpmedel. Arbetstekniska hjälpmedel är hjälpmedel som en anställd behöver för att motverka

[41] Sveriges Kommuner och Landsting (2012). Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning.

att arbetsskador uppstår i arbetet. Hjälpmedlet kan behövas för den enskildes dagliga livsföring, men även en personlig assistent kan behöva använda det som ett arbetstekniskt hjälpmedel. Frågan uppkommer då vilken huvudman som har ansvaret för att tillhandahålla hjälpmedlet. De typer av hjälpmedel som oftast leder till diskussioner är sängar, lyftar och vårdaraggregat till rullstolar som manövreras exempelvis av en personlig assistent.[42]

Enligt Arbetsmiljöverket gäller att hjälpmedel som är utpräglade arbetstekniska hjälpmedel i arbetsmoment där inte brukaren deltar aktivt på något sätt, inte ingår i landstingens förskrivningsuppdrag. I stället är det arbetsgivaren som har ansvaret för att införskaffa dessa hjälpmedel.[43] Arbetsgivaransvaret regleras i arbetsmiljölagen (1977:1160).

Frågan om arbetstekniska hjälpmedel har också behandlats av LSS- och hjälpmedelsutredningen. I utredningens slutbetänkande[44] anges att brukare och assistansanordnare har framhållit att det inte är vanligt med gränsdragningstvister inom området, men att sådana kan skapa stora bekymmer för dem som drabbas. När oenighet uppstår fördröjs handläggning och beslut. Det kan också inträffa att användaren nekas hjälpmedlet av landstinget. I betänkandet framhålls som lösning på gränsdragningsproblemet att följa de rekommendationer som anges i LOKAH-rapporten[45]. Dessa rekommendationer tillämpas, enligt betänkandet, redan i de flesta landsting. Rekommendationen lyder att sjukvårdshuvudmannen ska ansvara för de hjälpmedel som används samtidigt av både användare och assistenter. I prop. 2009/10:176 *Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet* ställde sig regeringen bakom den rekommendation som görs i LOKAH-rapporten och i LSS- och hjälpmedelsutredningens slutbetänkande, dvs. att när ett hjälpmedel används samtidigt av brukare och assistent, ska det betraktas som ett personligt hjälpmedel och förskrivas enligt HSL.

Ett konkret exempel på när det kan uppstå en diskussion om huruvida ett hjälpmedel ska anses som ett personligt hjälpmedel eller

[42] Försäkringskassan (2003). Assistansersättning (Vägledning 2003:6), s. 170 f.
[43] Arbetsmiljöverket (2001). Personlig assistans – ett arbetsfält med brukare, ansvar och variation.
[44] SOU 2004:83.
[45] Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet (1996). Hjälpmedelsansvarets fördelning mellan kommuner och landsting – en principdiskussion.

som ett arbetstekniskt hjälpmedel, är en säng anpassad med elektrisk reglerbar sängbotten och sänglyft (för att kunna göra lägesändringar samt överflyttning till och från sängen). Sängen förskrivs via HSL om användaren ska använda hjälpmedlet självständigt eller tillsammans med personal i dagliga aktiviteter eller i vård och behandling. Sängen klassas däremot som personalstödjande utrustning om en förskrivare bedömt att den ordinära sängen tillgodoser brukarens behov, men den anpassade sängen behövs på grund av att personalens behov, detta då andra alternativ är för ansträngande, riskabla eller tidskrävande.

Syftet med assistansersättningen är att täcka mer direkta personalkostnader, inte eventuella arbetstekniska hjälpmedel för personalen. Under 2011 förtydligades i 5 a § andra stycket förordningen (1993:1091) om assistansersättning att assistansersättningen inte ska användas till hjälpmedel som den enskilde behöver för att själv eller med hjälp av någon annan kunna tillgodose sina behov. Redan tidigare gällde Riksförsäkringsverkets allmänna råd om assistansersättning (RAR 2002:6), där anges att assistansersättningen inte bör täcka kostnader för andra hjälpmedel än enklare arbetstekniska hjälpmedel som exempelvis handskar och förkläden.[46]

10.5.2 Bilstöd

Bestämmelser om bilstöd finns i 52 kap. socialförsäkringsbalken (SFB), som kompletteras av förordningen (2010:1745) om bilstöd till personer med funktionshinder.[47]

Bilstödet innebär att personer med funktionsnedsättning under vissa förutsättningar kan få bidrag från staten för inköp och anpassning av en bil. Gränsen går numera vid vart nionde år.

Bilstöd kan lämnas till en försäkrad som på grund av ett varaktigt funktionshinder har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att anlita allmänna kommunikationer (52 kap. 2 § SFB). Personen måste också tillhöra någon av bidragsgrupperna, vilket innebär att man inte får vara över 65 år, jfr 52 kap. 10 § SFB. Väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand kan gälla bl.a. personer

[46] Allmänna råd till 5 a § förordningen (1993:1091) om assistansersättning.
[47] Regler om bilstöd finns också i Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 2004:7) om bilstöd.

som vid förflyttning är beroende av olika hjälpmedel, t.ex. rullstol, bockar eller käppar.[48]

Enligt rättsfallet HFD 2012 ref. 34 får den som är rullstolsburen i allmänhet anses ha väsentliga svårigheter att anlita allmänna kommunikationer och därmed ha rätt till bilstöd. Detta gäller uttryckligen även med beaktande av den tekniska utveckling som förbättrat de allmänna kommunikationsmedlens tillgänglighet.

Bilstöd lämnas i form av grundbidrag, anskaffningsbidrag, tilläggsbidrag, anpassningsbidrag eller bidrag för körkortsutbildning (52 kap. 5 § SFB)[49]. Grundbidraget är oberoende av den försäkrades ekonomi, medan anskaffningsbidraget är behovsprövat, med utgångspunkt i den försäkrades årliga bruttoinkomst. Anpassningsbidrag lämnas för justering och reparation av en ändring av ett fordon eller av en särskild anordning på ett fordon (52 kap. 5 och 8 §§ SFB). I begreppet justering ligger också behov av kompletterande anpassning av befintlig bil, t.ex. om den försäkrade på grund av byte av rullstol behöver byta ut befintligt rullstolslås (prop. 2016/17:4 s. 87).

Försäkringskassan kan inte bevilja bilstöd för en anordning som inte hör till själva bilen. Anpassningsbidrag har sålunda beviljats för dragkrok, men däremot inte för släpkärra (FÖD 1993:9). Dragkrok ansågs vara en utrustning på bilen medan släpkärra inte är en ändring av ett fordon eller en särskild anordning på ett fordon. Det innebär att bilstöd inte beviljas för till exempel att utrusta eller byta ut en rullstol eller för en batteriladdare även om den sökande behöver detta för att kunna använda bilen.[50] Försäkringskassan kan däremot bevilja anpassningsbidrag för en utrustningsdetalj som behövs för att en utrustning som anpassningsbidrag beviljats för ska kunna användas. Om det kommer att innebära att något ska monteras på rullstolen, bör Försäkringskassan informera den sökande om att kontakta hjälpmedelsförskrivaren. Försäkringskassan beviljar bidrag för utrustningsdetaljen bara om den är nödvändig för att anpassningen som helhet ska fungera.[51]

[48] Prop. 1987/88:99 s. 17.
[49] För bilstöd gäller dessutom att bidrag utgår endast inom ramen för anslagna medel.
[50] Jfr Kammarrätten i Göteborgs dom i mål nr 2633-06, Försäkringskassans rättsfallsöversikt – Bilstöd Anser 2013:1.
[51] Försäkringskassan (2003). Bilstöd till personer med funktionsnedsättning (Vägledning 2003:1), s. 75.

Den 1 januari 2017 trädde vissa ändringar i 52 kap. SFB i kraft.[52] Enligt förarbetena till dessa ändringar[53] var det tidigare regelverket utformat på ett sådant sätt att det var fördelaktigt för den försäkrade att få sitt fordon anpassat i efterhand i stället för att anskaffa ett från början delvis anpassat fordon (s. 1). Reglerna om tilläggsbidrag infördes för att skapa incitament för den sökande att välja bil på ett sätt som bidrar till ett effektivt utnyttjande av statens medel för bilstöd. Vissa behov av anpassning ska i huvudsak tillgodoses genom att bidrag lämnas till inköp av en bil som i sitt *ursprungliga* skick helt eller delvis tillgodoser den sökandes behov. Anpassningsbidrag lämnas i regel inte för kostnader för åtgärder som hade kunnat undvikas om den försäkrade utnyttjat rätten till bidrag enligt 18 b eller 18 c §§ (52 kap. 19 a § 2 SFB).

Bakgrunden till lagändringarna finns i promemorian *Ett reformerat bilstöd* (Ds 2015:9). Där uppmärksammades att om den försäkrade får ett nytt förflyttningshjälpmedel som är större eller tyngre än det för vilken bilen ursprungligen anpassats, kan detta medföra nya anpassningsbehov eller i värsta fall att den anpassade bilen inte längre är ändamålsenlig för den försäkrade. I dessa fall uppkommer kostnader inom bilstödet för att anpassa den försäkrades hjälpmedel (s. 112). Vidare saknar förskrivna förflyttningshjälpmedel inte sällan sådana fästanordningar som krävs för att uppfylla krav på trafiksäkerhet. I promemorian föreslogs därför att i förordningen om bilstöd till personer med funktionshinder skulle införas en bestämmelse om att Försäkringskassan före sitt beslut ska samråda med den hälso- och sjukvårdshuvudman som är ansvarig för att erbjuda den försäkrade hjälpmedel.

I propositionen[54] ansåg emellertid regeringen att man mot bakgrund av den pågående översynen av hjälpmedelsområdet, dvs. Hjälpmedelsutredningen, inte i detta skede borde införa ett reglerat samrådsförfarande. I avsnitt 8.2 anfördes vidare bl.a. följande.

> Regeringen delar i princip promemorians bedömning att det är viktigt med en dialog mellan parterna om hur hjälpmedel och bilanpassning ska fungera tillsammans på ett ändamålsenligt sätt och att den försäkrade får medverka i ett sådant samrådsförfarande. Mot bakgrund av att författningsregleringen inom hjälpmedelsområdet kan behöva

[52] SFS 2016:1066.
[53] Prop. 2016/17:4.
[54] a. prop.

> kompletteras anser regeringen att det i detta skede inte bör införas ett reglerat samrådsförfarande. Det får tills vidare anses ingå i myndighetens skyldighet att se till att ett ärende blir så utrett som dess beskaffenhet kräver. Anser Försäkringskassan att huvudmannen för hälso- och sjukvården behöver kontaktas för att man ska kunna fatta ett beslut i fråga om anpassningsbidrag är det, inom ramen för gällande sekretessreglering, ingenting som hindrar att så sker utan att detta särskilt föreskrivs.

Av Försäkringskassans nyligen reviderade vägledning *Bilstöd till personer med funktionsnedsättning*[55] framgår bl.a. att Trafikverket på Försäkringskassans begäran kan utfärda ett yttrande om den sökandes anpassningsbehov. Försäkringskassan kan också behöva uppgifter från arbetsterapeut, ergonom, sjukgymnast, hjälpmedelsförskrivare eller psykolog (s. 56, 60). Vidare framhålles i avsnitten om metodstöd att den sökande kan ha hjälpmedel som påverkar möjligheten att anpassa bilen. I så fall är det lämpligt att den sökande kontaktar sin hjälpmedelsförskrivare i ett tidigt skede. Det kan till exempel behövas en annan rullstol eller att rullstolen behöver modifieras för att den ska fungera tillsammans med anpassningen (s. 43 och 150).

I detta sammanhang förtjänar att framhållas förskrivarens ansvar att som en del av förskrivningsprocessen samordna produkten med eventuellt tidigare förskrivna eller utlämnade hjälpmedel, bedöma behovet av anpassning av patientens hemmiljö för att produkterna ska fungera tillsammans på ett säkert sätt och ansvara för att säkerhetsåtgärder vidtas för anpassning av hemmiljön om det behövs, jfr 3 kap. 9 § i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. I Socialstyrelsens *Förskrivning av hjälpmedel – Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning* från 2016 anges bl.a. följande. När hjälpmedel ska förskrivas är det en fördel att ha kännedom om faktorer eller andra pågående processer som kan påverka behovet av eller utformningen av hjälpmedel. Exempel på sådana omgivningsfaktorer är bostadens utformning, pågående bostadsanpassning eller bilanpassning. För att behovet av hjälpmedel ska tillgodoses på ett bra sätt kan därför samverkan med kommunens handläggare av bostadsanpassningsbidrag och Försäkringskassans handläggare för bilstöd vara nödvändig. Om patienten inte har ansökt om sådana

[55] Försäkringskassan (2003). Bilstöd till personer med funktionsnedsättning (Vägledning 2003:1).

bidrag kan förskrivaren informera om den möjligheten.[56] Valet av hjälpmedel påverkas av miljön där hjälpmedlet ska användas, arbetsmiljöaspekter och bostadens utformning. Ska hjälpmedlet användas på annan plats än i hemmet, t.ex. i skolan, kan förskrivaren behöva bedöma användningsmiljön där.[57]

Ännu en synpunkt i sammanhanget är att en rullstol utan fästningsanordningar torde innebära en säkerhetsrisk inte enbart vid färd i bil utan även vid annan transport, t.ex. med buss eller tåg. Det kan ifrågasättas om hjälpmedelsanvändares möjligheter att röra sig ute och delta i samhällslivet på samma villkor som andra uppnås genom att rullstolar förskrivs vilka inte på ett säkert sätt kan användas vid transport med vanliga färdmedel.

Slutligen ska nämnas att en ny stödform, s.k. mobilitetsstöd, har införts den 1 juli 2014[58]. Kommunen kan lämna mobilitetsstöd som komplement till färdtjänst[59] till personer med funktionsnedsättning som har tillstånd till färdtjänst men inte rätt till bilstöd. Stödet kan avse anskaffning och anpassning av ett motorfordon.

10.5.3 Bostadsanpassningsbidrag

Lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. har till ändamål att genom bidrag till anpassning av bostäder ge personer med funktionsnedsättning möjlighet till ett självständigt liv i eget boende (1 §). Utgångspunkten vid bedömningen är att personen med funktionsnedsättning ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt i sin bostad (prop. 1992/93:58 s. 10 f.). Bostadsanpassningsbidrag till fastighetsägare för s.k. generella åtgärder är inte möjligt.[60]

Det måste finnas en klar koppling mellan funktionshindret och anpassningsåtgärderna. Kopplingen ska vara så stark att åtgärderna kan bedömas som nödvändiga med hänsyn till funktionshindret (a. prop. s. 18).[61] Bidrag kan utgå till ett vitt spektrum av åtgärder.

[56] Socialstyrelsen (2016). Förskrivning av hjälpmedel - Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning, s. 36.
[57] Se vidare a.a. s. 48 f.
[58] Lag (2014:132) om mobilitetsstöd som komplement till färdtjänst och förordning (2014:133) om mobilitetsstöd som komplement till färdtjänst.
[59] Enligt lagen (1997:736) om färdtjänst.
[60] Mer i Hjälpmedelsinstitutet (2010). Äldres boende – Bostadsanpassningsbidrag även för generell tillgänglighet.
[61] Se också HFD 2014 ref. 42 I och II.

Det kan vara fråga om alltifrån mindre kostsamma åtgärder som t.ex. att ta bort trösklar till mycket dyrbara åtgärder som t.ex. installation av en hiss eller helanpassning av ett kök eller ett badrum.

Kommunerna svarar för att bidrag lämnas till anpassning och återställning av bostäder enligt bestämmelserna i lagen (2 §). Boverket utövar tillsyn över kommunernas bidragsverksamhet (3 §). Boverket har meddelat föreskrifter och även tagit fram en handbok för handläggning av bostadsanpassningsbidraget.

Bostadsanpassningsbidrag lämnas för åtgärder för anpassning av bostadens *fasta funktioner* i och i anslutning till den bostad som ska anpassas. Bidrag lämnas endast om åtgärderna är nödvändiga för att bostaden ska vara ändamålsenlig som bostad för personen med funktionsnedsättning. Bidrag lämnas dock inte om de sökta åtgärderna behöver vidtas redan av väsentligen andra orsaker än behovet av anpassningen (6 §).

Genom införandet av uttrycket fasta funktioner är enligt förarbetena avsett att markeras att lösa inventarier som t.ex. vissa tekniska hjälpmedel inte ger rätt till bostadsanpassningsbidrag. I förarbetena lämnas en allmän vägledning för vad som ska bedömas som fast funktion eller löst inventarium. Fasta funktioner är sådana föremål som utgör en del av bostaden och som normalt inte tas från bostaden vid en flyttning. Lösa inventarier är i konsekvens med detta sådana föremål som, även om de är fast anbringade i bostaden, vanligtvis tas med vid en flyttning från bostaden. I övrigt överlämnas till beslutande myndigheter att i varje enskilt fall bedöma var gränsen går mellan fasta funktioner och lösa inventarier. Till lösa inventarier räknas vissa tekniska hjälpmedel som det är sjukvårdshuvudmännens sak att tillhandahålla (a. prop. s. 17 f.).

I rättsfallet RÅ 2010 ref. 47 har Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) funnit att spisvakt oavsett anslutningssätt (I) respektive framdragning av el och vatten för installation av tvättmaskin i en hyreslägenhet (II) utgör sådan anpassning av fasta funktioner i bostaden för vilka bostadsanpassningsbidrag kan lämnas. Enligt HFD:s mening får en spisvakt under alla förhållanden anses utgöra ett komplement till spisen, varför det ansågs sakna betydelse på vilket sätt spisvakten ansluts. När det gällde installationen av en tvättmaskin, anförde HFD bl.a. att det sökta bidraget inte avsåg tvättmaskinen som sådan utan framdragning av ledningar för vatten och el samt uppförande av en duschvägg. Det var alltså fråga om permanenta

installationer som tveklöst utgör en del av bostaden och som inte tas från denna vid en flyttning. Enbart det förhållandet att åtgärderna var betingande av installation av ett löst inventarium ledde inte till slutsatsen att bostadsanpassningsbidrag var uteslutet. Då sökanden saknade möjlighet att använda tvättstugan på grund av sina funktionsnedsättningar, ansågs anpassningarna nödvändiga för att bostaden skulle vara ändamålsenlig för henne.

Enligt 7 § första punkten lämnas bostadsanpassningsbidrag även för bl.a. åtgärder som har samband med den funktionsnedsatta personens behov av rehabilitering, funktionsträning och sjukvård, om behovet inte skäligen bör tillgodoses på annat sätt. Bestämmelsen har inte belysts närmare i praxis.

Bostadsanpassningsbidraget och hjälpmedel är till viss del kommunicerande kärl. Till exempel förskrivs ibland en elrullstol som hjälpmedel endast om det finns möjlighet att förvara elrullstolen på en torr och gärna frostfri plats. Därför kan det vara nödvändigt att sätta upp ett förvaringsgarage. Bostadsanpassningsbidrag kan ofta ges för sådant garage och är därmed en förutsättning för att elrullstolen ska kunna förskrivas. Den tekniska utvecklingen har medfört en ökad diskussion om vad som är en bostadsanpassning, vad som är ett hjälpmedel och vad användare kan förväntas skaffa på egen hand. Tidigare krävdes exempelvis en fast installation för att kunna fjärrstyra lampor och annan teknisk utrustning i hemmet. Numera finns det portabla lösningar för detta, som är tillgängliga i vanliga elektronikaffärer. Ett annat exempel på samspelet mellan stödformerna är att bostaden kan behöva byggas om för att få plats med såväl personliga assistenter som hjälpmedel av olika slag, bl.a. rullstol, se t.ex. HFD 2014 ref. 42 II (om ett badrum).

Boverket har nyligen haft regeringens uppdrag att göra en översyn av lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m. Boverket skriver i sin rapport *Översyn av lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m.*[62] att bostadsanpassning ofta kombineras med hjälpmedel och annan rehabilitering. Det finns en gråzon där det uppstår gränsdragningssvårigheter, visar enkätsvar från olika kommuner. Boverket menar att gränsdragningarna, dvs. vad som är fast installation respektive vad man tar med sig när man flyttar, sannolikt ter sig orimliga för enskilda. Mot bakgrund av det ovan nämnda domstolsavgörandet om spisvakter,

[62] Boverket (2014). Översyn av lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m.

föreslår Boverket att lagen om bostadsanpassningsbidrag ändras så att bidrag ska kunna lämnas för att *komplettera* fasta funktioner i och i anslutning till bostaden. Som exempel på sådana kompletteringar nämner man så kallade handsändare till dörrautomatik. Enligt Boverket borde man lägga mindre vikt vid ”hur en sökt åtgärd monteras eller om den är av ett sådant slag att den normalt tas med när man flyttar” (s. 69).

Vidare ska – enligt Boverkets förslag – bostadsanpassningsbidrag inte kunna lämnas om det finns möjlighet att tillgodose behovet med hjälpmedel, som ju normalt är en billigare lösning är bostadsanpassningsbidrag[63]. Boverket anför att lagen inte belyser hur man ska se på den situationen, men att Boverkets inställning varit att en eventuell möjlighet att få hjälpmedel *inte* ska påverka rätten till bostadsanpassningsbidrag utan att prövningen ska ske enbart utifrån de förutsättningar som anges i lagen. Den föreslagna ändringen kan bli ett incitament för kommunerna att erbjuda fler hjälpmedel. Bidrag ska bara kunna vägras om det står klart att sökanden kan få sitt behov tillgodosett genom hjälpmedel från landsting eller kommun. Boverket framför också att det sannolikt hade varit enklare med ett gemensamt system för bostadsanpassning och hjälpmedel (s. 70).

I detta sammanhang kan pekas på Hjälpmedelsinstitutets (HI) skrift *IT-baserade hjälpmedel, bostadsanpassning och personlig assistans* från 2007. Där anges bl.a. följande (s. 7).

> Hjälpmedel och bostadsanpassningar bör koordineras för att sammantaget ge bästa resultat för såväl brukaren som samhällsekonomin. Detta sker inte alltid i dag och många efterlyser ett fördjupat samarbete mellan de båda verksamhetsområdena. Men även om det finns problem, så talar vår undersökning för att bostadsanpassningsstödet på det stora hela taget fungerar tillfredsställande. Problemet med att bostadsanpassningsbidraget i dagsläget inte kan användas för åtgärder riktade till assistenterna bör dock uppmärksammas. Detta är en olägenhet som drabbar både brukaren (och dennes familj) och assistenterna. Frågan att ändra lagen om bostadsanpassningsbidrag för att komma till rätta med denna olägenhet skulle kunna prövas.

Boverkets rapport bereds för närvarande i Regeringskansliet. I en promemoria från Socialdepartementet från juni 2016 återfinns ett författningsförslag baserat på Boverkets förslag till ny lag. I förslaget

[63] Boverket (2014). Översyn av lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m., s. 68 (avsnitt 9.6).

till ny 6 § anges att bidrag inte lämnas ”om behovet kan tillgodoses med hjälpmedel som erbjuds av landstinget eller kommunen enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)”.

I vissa kommuner finns ett kommunalt bostadstillägg för handikappade (KBH) för att exempelvis finansiera ett extra rum genom ett hyres- eller avgiftsbidrag, som ett sätt att lösa det faktum att bostadsanpassningsbidraget inte ger några möjligheter att vidta åtgärder som riktar sig uteslutande till assistenterna. Bostadsanpassningsbidrag utgår t.ex. inte för ett litet eget rum eller en egen toalett för assistenter. Det kan t.ex. medföra att en tonåring måste dela sovrum med sina assistenter. Assistenterna måste utnyttja familjens kök och toalett. Detta upplevs ofta som problem, dels för familjens privatliv, dels för assistenterna, som inte har tillgång till någon som helst avskildhet. Det händer också ibland att assistenten inte får använda brukarens kök eller badrum. Problemen förvärras om det gäller personer som bor i flerbostadshus. Personer med personlig assistans eller familjer med barn med personlig assistans är beroende av en större bostad för att kunna fungera på ett bra sätt. [64]

10.5.4 Insatser enligt socialtjänstlagen och LSS

Insatser enligt socialtjänstlagen

Enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen gäller att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till *bistånd* av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Bistånd är alltså behovsprövat och det är beslutsfattaren som avgör hur omfattande en insats ska vara. Om behoven kan tillgodoses genom hjälpmedel från landstinget i stället för genom t.ex. hemtjänst, kan detta utgöra skäl för avslag på en ansökan om bistånd. Besluten kan överklagas till förvaltningsdomstol.

[64] Hjälpmedelsinstitutet (2007). IT-baserade hjälpmedel, bostadsanpassning och personlig assistans, s. 45 f.

Bistånd kan ges i form av t.ex. hemtjänst, särskilt boende, ledsagarservice och boendestöd (i lagen anges inga insatser, såsom i LSS). I samband med psykiatrireformen utvecklades det som har kommit att kallas boendestöd. Boendestöd är tänkt som en praktisk och social insats för personer med psykisk funktionsnedsättning som syftar till att underlätta för den enskilde att hantera sin vardag. Insatserna kan även omfatta aktiviteter utanför boendet. En central del är att personen gör arbetet själv tillsammans med en boendestödjare. Boendestödjaren arbetar med, inte åt, den som behöver stöd. Insatsen kan vara några timmar i veckan och kan förhoppningsvis avslutas när fungerande rutiner kommit på plats i hemmet.

Boendestödjaren stödjer den enskilde i att planera, genomföra och att vara delaktig i vardagssysslor. Exempelvis kan man planera inköp, hantera post, komma igång med städning etc. För att möjliggöra delaktighet och självständighet i olika aktiviteter där användaren är i behov av stöd, kan hjälpmedel användas. Utredningens bild är att kognitivt stöd och hjälpmedel är en underutnyttjad resurs i sammanhanget.

År 2011 tog Östhammars kommun fram *Handbok för boendestödjare*[65] med finansiering av HI. Handboken innehåller konkreta tips och råd hur boendestödjare kan använda kognitivt stöd och hjälpmedel för att stärka användarens möjligheter att leva ett självständigt liv.

Hemtjänst innefattar i regel hjälp med hushållsgöromål som städning och matlagning. Hemtjänsten kan även hjälpa till med personlig omvårdnad, exempelvis påklädning eller att duscha. Hemtjänstinsatser kan ges flera gånger per dygn, beroende på brukarens behov i det enskilda fallet.

Ett viktigt område gäller säkerheten för brukaren och tryggheten för anhöriga, vilket med dagens begreppsbildning snarare handlar om s.k. välfärdsteknik än personliga hjälpmedel. Välfärdsteknik bekostas i regel via bistånd från kommunen. Olika former av it-baserade larm och trygghetssystem kan göra livet säkrare för brukaren. Det kan gälla alltifrån larm som bevakar rörelse eller hjärtslag eller respirator under sömnen till GPS-baserade positioneringssystem som indikerar var personen ifråga befinner sig. Sådana system kan minska behovet av assistenter, hemtjänst eller stöd från anhöriga när brukaren sover

[65] Östhammars kommun (2011). Handbok för boendestödjare. del 1 och 2.

och kan också medge att brukaren kan klara sig en stund på egen hand.

Insatser enligt LSS

Av 7 § LSS framgår att personer som tillhör lagens s.k. personkrets har rätt till insatser i form av särskilt stöd och särskild service enligt 9 § 1–9, om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov inte tillgodoses på annat sätt. I 9 § LSS räknas insatserna för särskilt stöd och särskild service upp. De utgörs av rådgivning (1), personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans (2), ledsagarservice (3), kontaktperson (4), avlösarservice (5), korttidsvistelse utanför det egna hemmet (6), korttidstillsyn för skolungdom över 12 år (7), boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdomar (8), bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna (9) samt daglig verksamhet (10).

Med personlig assistans avses enligt 9 § 2 LSS

> personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade (grundläggande behov). Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har rätt till personlig assistans även för andra personliga behov under förutsättning att behoven inte tillgodoses på annat sätt.

Behoven tillgodoses på annat sätt t.ex. genom att den person som hindras till följd av en funktionsnedsättning erhåller andra insatser från samhället, såsom omvårdnad vid ett boende med särskild service, genom barnomsorg, skola eller daglig verksamhet eller genom vad som normalt faller under makars ansvar för varandra eller föräldrars ansvar för vårdnad och tillsyn enligt föräldrabalken. Vid bedömningen av rätten till statlig assistansersättning i enlighet med reglerna i 51 kap. SFB ska behovet av assistans för enbart de grundläggande behoven uppgå till i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka. Om den enskilde bedöms uppfylla det kravet prövas i ett andra steg behov av assistansersättning i andra situationer för vilka ersättning kan lämnas om inte behovet tillgodoses på annat sätt. Kommunens skyldighet att ge ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för person-

lig assistans omfattar delar som inte täcks av den statliga assistansersättningen.

LSS-kommittén (dåvarande Assistanskommittén, S 2004:06) skulle enligt sina direktiv göra en bred översyn av personlig assistans enligt LSS och lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS). I uppdraget ingick att undersöka it och it-baserade hjälpmedel i kombination med bostadsanpassning som alternativa lösningar och komplement till personlig assistans samt analysera villkor och förutsättningar för andra angränsande stödformer att utgöra reella alternativ till personlig assistans. I den del som gäller it-hjälpmedel och bostadsanpassning relaterat till personlig assistans uppdrog LSS-kommittén åt HI att belysa situationen. Resultatet redovisades i en rapport, *IT-baserade hjälpmedel, bostadsanpassning och personlig assistans.* Studiens grundläggande fråga var om it-baserade hjälpmedel och bostadsanpassning kan vara ett komplement eller alternativ till personlig assistans. Svaret på frågan är ”ja”, men det betyder inte att man utan vidare kan ersätta den personliga assistenten med tekniska arrangemang. Det kan t.o.m. vara tvärtom, bra hjälpmedel kan öka behovet av assistans. Hjälpmedlen kan bidra till att man blir mer aktiv, oftare vill komma ut, umgås med folk, gå på teater osv., vilket kan öka assistansbehovet (s. 51). I avsnitt 10.5.5, som handlar om vilka möjligheter som finns med hjälpmedel, återkommer utredningen till denna rapport.

I LSS infördes 1 januari 2011 ett nytt stycke i 9 a § innebärande att den som har behov av mer än en personlig assistent samtidigt (s.k. dubbel assistans), har rätt till två eller flera assistenter endast om möjligheterna att få bidrag enligt lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m. eller hjälpmedel enligt HSL har *utretts*.

Den enskilde kan välja att, trots att hjälpmedel eller bostadsanpassningsbidrag har beviljats, vidhålla sin begäran om att behoven i stället ska tillgodoses med hjälp av flera assistenter. Om den enskilde däremot fått tillgång till de beviljade hjälpmedlen eller bostadsanpassningen, och behoven därigenom blir tillgodosedda, föreligger inte rätt till dubbel assistans, vilket följer av 7 §.[66] LSS är således mer generös än socialtjänstlagen, där det är möjligt att neka enskilda bistånd med hänvisning till att behovet *kan* tillgodoses på annat sätt (jfr 4 kap. 1 § socialtjänstlagen).

[66] Prop. 2009/10:176 s. 75.

De vanligaste skälen till dubbel assistans är behov av hjälp vid förflyttning, lyft, hygien samt av- och påklädning. I förarbetena till lagändringen[67] anges att det bör finnas situationer där det hjälpbehov som motiverar dubbel assistans i stället kan tillgodoses genom hjälpmedel eller bostadsanpassning. Behovet av hjälp av en extra assistent bör vid t.ex. skötsel av hygien och vid av- och påklädning i vissa fall kunna underlättas genom att en lyft installeras i bostaden. LSS-kommittén hade föreslagit att dubbel assistans bara ska beviljas om den enskilde visat att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt, med hjälpmedel eller med bostadsanpassningsbidrag. Regeringen instämde i stort sett med LSS-kommitténs bedömning, men ansåg att det skulle vara tillräckligt att man undersökt och övervägt alternativa lösningar för att tillgodose behoven. Även om behovet kan tillgodoses exempelvis genom bostadsanpassning, kan alltså den enskilde välja dubbel assistans i stället. På det sättet föreligger det inte någon risk att enskilda hamnar mellan stolarna. Försäkringskassan anförde i sitt remissvar att man kan befara att förslaget inte skulle dämpa kostnadsutvecklingen i den omfattning som LSS-kommittén bedömt, eftersom många i målgruppen redan har både hjälpmedel och bostadsanpassning.

10.5.5 Möjligheter med hjälpmedel och välfärdsteknik

Ett stort antal personer i behov av stödinsatser från kommunerna lider av psykisk ohälsa eller demenssjukdom och kan antas ha behov av kognitivt stöd och kognitiva hjälpmedel i någon form. Kognitivt stöd kan behövas för att komma igång med aktiviteter, uppfatta tidsåtgång, få struktur över dagen eller få påminnelser.

Det finns några konkreta exempel på när hjälpmedel och teknik hypotetiskt skulle kunna användas som komplement, eller ersätta, andra stödinsatser och samtidigt leda till ökad delaktighet och självständighet för användaren. Ett sådant exempel är tillsyn på natten via sensorer eller kamera. Av många användare upplevs det som ett mindre intrång i den personliga integriteten att erbjudas sådan tillsyn än tillsyn av personal. Ett annat exempel är äthjälpmedel (ofta kallad ätrobot). Att få möjligheten att äta själv och inte bli matad kan

[67] a. prop. s. 56–58, 75.

betyda mycket för självkänslan. Det kan också leda till ett minskat behov av insatser från anhöriga. Ytterligare ett exempel är lättanvända medicinpåminnare som via ljud och ljus påminner då det är dags för medicinering. Medicinpåminnaren kan larma personal eller anhörig om användaren av någon anledning inte tar sin medicin efter upprepade påminnelser. Det finns också system som hjälper till att komma ihåg och minska oro kring om olika elektriska apparater som spis, strykjärn eller kaffebryggare är avslagna eller inte, samt om fönster och dörrar är stängda/låsta. Informationen går att få tillgänglig via panel i hemmet och används i dag för äldre på ett antal seniorboenden och trygghetsboenden. Informationen går också att få tillgänglig via en mobil panel som kan tas med utanför hemmet. Det finns en potential i att använda system som dessa för att personer ska kunna ta sig till skola, arbete eller annan aktivitet trots en återkommande oro exempelvis för att lämna sitt hem olåst.

För personer med en kognitiv funktionsnedsättning kan också tidsstöd i form av visuella markeringar som ”räknar ner” tiden vara ett bra stöd. Det ger en upplevelse av att tiden går och möjliggör att olika aktiviteter utförs ”lagom” länge. Aktiviteter som många fastnar i där det kan vara aktuellt med visuella tidsstöd är att duscha, diska, läsa tidning etc. För att få struktur på dagen har många också behov av att komma igång med att använda planeringsstöd och kalendrar.

Att genom ”steg-för-steg”-instruktioner, där en aktivitet tydligt delas upp i delmoment, lotsas genom aktiviteter har också visat sig vara ett bra stöd för många som tillhör de målgrupper som i dag får stödinsatser från kommunerna. Som exempel kan nämnas att en förutsättning för att kunna städa självständigt många gånger är att få aktiviteten ”att städa” uppdelad i delmoment, beskrivna i bild och text. Detta kan göras digitalt eller på papper utifrån användarens egna förutsättningar och behov. Om en person får insats i form av boendestöd, kan boendestödjaren med fördel använda ”steg-för-steg”-instruktioner inledningsvis för aktiviteter den enskilde behöver stöd med för att hantera sin vardag. Med rätt användning av kognitivt stöd ökar förutsättningarna att på sikt successivt minska det personliga stödet och öka självständigheten för användaren, i linje med intentionerna i LSS och socialtjänstlagen.

HI undersökte på uppdrag av den dåvarande LSS-kommittén om it-hjälpmedel och it-baserade hjälpmedel i kombination med bostadsanpassning kan vara alternativa lösningar och komplement till per-

sonlig assistans. Resultaten redovisades i rapporten *IT-baserade hjälpmedel, bostadsanpassning och personlig assistans*, utgiven av HI 2007.[68] Undersökningen baserades bl.a. på ett 60-tal intervjuer med brukare, hjälpmedelskonsulenter, förskrivare, logopeder, hjälpmedelstekniker, bostadsanpassare, anordnare, assistenter, företagare m.fl.

HI bedömde sammanfattningsvis att informationsteknologin har mycket stor potential när det gäller att förbättra livskvaliteten för personer med funktionsnedsättning, inklusive dem med personlig assistans. Användningen av it-hjälpmedel ansågs kunna påverka behovet av assistans, men att det inte alltid var självklart på vilket sätt. Hjälpmedlet kan å ena sida avlasta assistenten arbetsuppgifter, men kan å andra sida göra brukaren mer aktiv och därmed öka behovet av assistans.

På s. 16 i rapporten finns beskrivet exempel på hjälpmedel som ofta kan passa personer som tillhör de olika personkretsarna i LSS. Där anges följande gällande personkrets 1.

> Utvecklingsstörning/autism är en livslång funktionsnedsättning. Individuella insatser kan ge en positiv utveckling. Personens vardag kan underlättas med stöd av pedagogiska insatser som är individanpassade och planerade i en tillrättalagd miljö. Ett av huvudmålen är att utveckla en fungerande kommunikation för personerna. Det kan gälla stöd i form av IT-hjälpmedel och anpassning av bostaden i kombination med specialpedagogik, för att strukturera vardagslivets aktiviteter. Exempel på IT-hjälpmedel för gruppen är handdator, elektronisk almanacka, mobiltelefon, komihåg-klocka, dator med anpassad programvara, omgivningskontroll och samtalshjälpmedel.
>
> Exempel på bostadsanpassning för främst barn är olika skyddsåtgärder som staket, okrossbara fönster och lås till köksskåp. För hela gruppen kan det vara åtgärder för att träna för ett självständigt boende, specialgarderober för att hålla ordning och hitta sina saker, färgsättning, specialtoaletter med tvätt- och torkfunktion.

Gällande personkrets 2 anges följande.

> Hjärnskador påverkar ofta flera olika funktioner som kan ge motoriska, perceptuella, spatiala och intellektuella svårigheter. En hjärnskada är inte ett statiskt tillstånd. Genom aktivitet och stimulerande miljö utvecklas hjärnan även efter en skada. Hjälpmedel och bostadsanpassning används i syfte att ge individen ett kvalificerat pedagogiskt och psykologiskt stöd för att aktivera till att kommunicera, minnas, möjliggöra och att ta initiativ, få struktur på tillvaron, förstå tid, slippa viss stress och ge själv-

[68] Se också SOU 2008:77, avsnitt 4.6.

ständighet och delaktighet i samhället. Exempel på IT-hjälpmedel är dator med anpassad programvara, handdator, elektronisk almanacka, mobiltelefon, tidshjälpmedel, omgivningskontroll och larm/påminnare. Exempel på bostadsanpassning är spisvakt, specialgarderober, specialtoaletter med tvätt- och torkfunktion, åtgärder för motoriska funktionsnedsättningar som anpassningar av kök med lättgående lådor, rätt arbetshöjder, åtkomlighet och badrum med duschplats i stället för badkar, ramper, hissar och färgsättning med tanke på demenssjukdomar.

Slutligen anges följande gällande personkrets 3, som är den största sett till antalet brukare.

Personkretsen kan delas in i tre undergrupper för att tydliggöra olika behov av hjälpmedel och bostadsanpassning.

• Personer som enbart har fysiska funktionsnedsättningar har en situation som det är lättare för omgivningen att förstå eftersom funktionsnedsättningen oftast är påtaglig. Den fysiska funktionsnedsättningen kan kompenseras med exempelvis rullstol, personlyft, kommunikationshjälpmedel och omgivningskontroll. Bostadsanpassning kan innebära att bostaden görs tillgängligare genom installation av dörröppnare, hiss, ombyggnad av hygienrum, ombyggnad av kök m.m.

• Personer med psykiska funktionsnedsättningar har ett för omgivningen många gånger dolt problem. (…) Dessa personer har ofta kognitiva och kommunikativa problem på grund av psykiska och neurologiska sjukdomar. De behöver ofta stöd och kompensation av hjälpmedel, personligt stöd som kan ge en impuls till aktivitet samt rådgivning. Ett exempel på åtgärd som bostadsanpassningsbidrag kan utgå till är anordnande av duschplats om man av psykiska skäl inte kan använda ett badkar.

• Personer som har en kombination av fysiska och psykiska funktionsnedsättningar behöver personer (t.ex. assistenter) i sin omgivning som ger rätt stöd och som har en ingående kunskap om personens behov och sätt att fungera. Problemen kan vara kommunikativa, kognitiva och motoriska vilket vanligtvis innebär stora behov av hjälpmedel och av bostadsanpassning. I denna personkrets finns även personer som har progredierande sjukdomar som ALS, MS, Corea Huntington m.m. Dessa personer behöver kontinuerlig uppdatering av hjälpmedel och bostadsanpassning eftersom sjukdomsförloppet förändras över tiden. Många personer som faller under LSS har ofta både motoriska och språkliga funktionsnedsättningar, vilket innebär omfattande kommunikationssvårigheter. Sänkt vakenhetsgrad, nedsatt minne och koncentrationssvårigheter påverkar också förmågan att kommunicera.

Exempel på IT-hjälpmedel är datorbaserade samtalshjälpmedel med specialprogram t.ex. skärmtangentbord eller ögonstyrning, samtals-

apparat, bokstavs- och symboltavlor, telefonhjälpmedel, larmsystem och röstförstärkare.

I rapporten lyfts också fram ett annat viktigt område, nämligen säkerheten för brukaren och tryggheten för anhöriga. Olika former av it-baserade larm och trygghetssystem kan göra livet säkrare för brukaren, t.ex. larm som bevakar rörelse eller hjärtslag eller respirator under sömnen och GPS-baserade positionssystem som indikerar var personen ifråga befinner sig. Sådana system kan minska behovet av personlig assistans när brukaren sover och de kan också medge att brukaren kan klara sig en stund på egen hand.

Flera exempel på hur hjälpmedel eller välfärdsteknik minskat behovet av personlig assistans lyfts fram (s. 53):

> Ett sådant gällde användningen av en scanner. Scannern kan läsa dokument, brev m.m. och överföra dem till syntetiskt tal, vilket innebär att synskadade brukare eller brukare som av andra skäl inte kan läsa själv kan tillgodogöra sig skrivet material. Det har inneburit att assistenter inte längre behöver läsa materialet för brukaren. Samtidigt har det haft en positiv effekt för brukaren, som kan agera mer självständigt och slipper att få sina brev lästa av någon annan.
>
> Ett annat exempel gällde en datorbaserad utrustning som används av en person med hjärnskada. Utrustningen innebär att brukarens egen röst väcker brukaren och sedan gör utrustningen att belysningen successivt tänds för att på så sätt långsamt väcka brukaren. På detta sätt kan brukaren väckas på ett för denne lämpligt sätt. Brukaren blir mer självständig på morgonen och behöver inte någon som väcker honom. I detta fall var den lösningen som valts den enda som visat sig fungera på ett bra sätt för brukaren.
>
> Ett tredje exempel gällde talade meddelanden på mp3-filer som kan bifogas e-post. För de personer som inte klarar att själva skriva ett ”mejl” är detta ett sätt att med bibehållen integritet och självständighet ändå kunna kommunicera med omvärlden. Assistenten behöver inte längre skriva texten och brukaren slipper på sätt att någon annan får insyn i korrespondensen.

Hjälpmedel torde också i mångt och mycket kunna avlasta anhöriga. En fungerande hjälpmedelsförsörjning ökar självständigheten hos användaren och ökar förutsättningarna för anhöriga att behålla relationen av att vara vän, partner eller förälder. Närmare var femte person över 18 år ger omsorg till en närstående minst en gång i månaden på grund av sjukdom, funktionsnedsättning eller hög ålder. I de flesta fall är omsorgsgivandet ett frivilligt åtagande men omfattningen och formerna är inte alltid självvalda. Ett för stort åtagande för anhöriga

kan riskera att försämra hälsan och livskvaliteten. Även möjligheten att studera och förvärvsarbeta kan påverkas. Det är generellt sett fler kvinnor än män som ger omsorg.[69,70]

10.6 Analys och slutsatser

10.6.1 Behov av samordning mellan huvudmännen

Både från ett användar- och ett samhällsperspektiv är det viktigt att vården bedrivs så effektivt som möjligt. Samordning av insatser mellan huvudmän samt mellan en organisations olika delar kan initialt och lokalt uppfattas som olönsamt. Sett till hela samhällsekonomin blir det dock mer resurseffektivt med samverkan. Det är uppenbart att det finns fortsatta brister när det gäller samordning och kontinuitet i vården. Problemen drabbar alla åldersgrupper, men är särskilt påtagliga för de mest sjuka äldre och för personer med psykisk funktionsnedsättning. Den enskilde behöver ofta vara sin egen koordinator i vården och omsorgen. Det innebär i praktiken att många anhöriga får ta ett stort ansvar.

Frågan om hjälpmedel har dessvärre inte tagit stor plats i de utvärderingar som gjorts efter Ädelreformen. I sammanhanget noteras att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen på de flesta håll är densamma som ansågs vara den mest fördelaktiga när Ädel- och handikappreformerna genomfördes. Likväl har brister uppmärksammats vad gäller just rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. IVO:s tillsyn av vård och omsorg om äldre visar att fysioterapeuter och arbetsterapeuter sällan finns med i vårdplanering, t.ex. inför utskrivning från sluten vård, vilket kan leda till att behovet av hjälpmedel inte uppmärksammas i tid. Å andra sidan synes resultaten från den s.k. Webbkollen tala för att just hjälpmedel inte är ett stort problem i sammanhanget.

Det är vanligt med samverkan mellan landsting och kommun och mellan kommuner vad gäller tillhandahållandet av hjälpmedel. Det tycks dock som att graden av samarbete över huvudmannagränserna

[69] Socialstyrelsen (2014). Anhöriga om ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser.
[70] Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2016). Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg.

varierar. För de flesta kommuner finns det fördelar med att samverka och göra överenskommelser inom regionen. Samverkansformerna på hjälpmedelsområdet ser dock olika ut i landet. Gemensam nämnd, som förekommer i sju län, har den fördelen att man tagit ett samlat ansvar för ansvarsfördelningen på ledningsnivå. Därmed kan många tvister undvikas. Samverkan kring upphandling, lagerhållning och annan logistik fungerar effektivt. Det avgörande torde dock inte vara just de gemensamma nämnderna utan att man har tagit ett samlat ansvar för ansvarsfördelningen och ekonomin på politisk ledningsnivå.

De flesta kommuner har tagit över ansvaret för hemsjukvården (dock inte i Stockholms län). Samtidigt har den tid då patienter vårdas i slutenvård minskat avsevärt under de senaste decennierna. Detta medför att allt mer avancerad sjukvård sker i kommunerna, antingen i hemmet (ordinärt boende) eller på särskilt boende. Eftersom det i regel är landstinget som ansvarar för förskrivning och utprovning av hjälpmedel som kräver hälso- och sjukvårdens specialistkompetens, finns stora behov av avtal mellan landsting och kommuner för att reglera ansvaret i konkreta situationer. Det kan handla om reparationer, återlämning, reservdelar, avgifter, rådgivning, utrustning i LSS-boenden och äldreboenden, hjälpmedel som används av personal osv. Regelverken kan bli omfattande, svåröverskådliga och oklara, vilket IVO påpekat i sin tillsyn. Det är dock nödvändigt med ett detaljerat regelverk, eftersom det finns uppenbara risker för patientsäkerheten om det är oklart vem som har ansvaret för att ett hjälpmedel är på plats när en patient kommer hem från sjukhuset.

Utredningens utgångspunkt är att vården och omsorgen inklusive hjälpmedel, habilitering och rehabilitering bör organiseras på ett sätt som passar patienternas/brukarnas behov. Många avtal på hjälpmedelsområdet kretsar kring ansvarsfördelning, vem som betalar vad och hur alla produkter hanteras i olika skeden av förskrivningsprocessen. Samverkan handlar emellertid inte bara om ansvarsgränser. Det går inte att komma tillrätta med samordningsproblem genom att enbart lägga fokus på ansvarsgränser eller skapa nya sådana. Resultatet blir att hjälpmedelsanvändare (och anhöriga) många gånger själva får koordinera sina insatser och detta i ett system som kan vara krångligt och oförutsägbart. Att komma till rätta med sådana brister kräver ett annat sätt att arbeta och förhålla sig till användarna. Det måste finnas kontinuitet i kontakten med vården, en fungerande sam-

ordning mellan insatserna och god uppföljning. Någon måste knyta samman insatserna, där hjälpmedel utgör en integrerad del. Detta förutsätter ett teambaserat arbetssätt över huvudmannagränserna.

Det finns farhågor för att det delade ansvaret för hjälpmedel leder till parallella organisationer och därmed till ineffektivitet och ökade kostnader. De avtal som studerats av utredningen förefaller dock inte leda till parallella organisationer. I något län finns emellertid hjälpmedelscentraler i både kommuner och landsting.

Utredningen noterar att det finns många regler om samverkan mellan huvudmännen, både på individnivå och på ett övergripande plan. Likväl finns det brister i samordningen. Det är svårt att se att ytterligare bestämmelser om skyldighet att samverka skulle kunna förändra den bilden. Dessutom finns principiella invändningar mot att staten lägger sig i hur kommuner och landsting organiserar sin verksamhet. Det närmare innehållet i avtal mellan parterna bör inte staten reglera, mot bakgrund av de tankar som bär upp principen om kommunal självstyrelse.

Samma resonemang kan anföras när det gäller den traditionella uppdelningen av hjälpmedelsområdet mellan landstingen å ena sidan och kommunerna å den andra. Olika huvudmän har olika förutsättningar när det gäller att tillhandahålla hjälpmedel av olika slag, i synnerhet sådana som kräver specialiserad kompetens att prova ut. Den traditionella uppdelningen, som är en följd av Ädelreformen, har sannolikt fog för sig. Samtidigt finns det ingen anledning för staten att förhindra att en kommun med tillräcklig kompetens tar på sig ett större ansvar för specialiserade hjälpmedel. Därför framstår det som olämpligt att på nationell nivå peka ut, genom lagstiftning eller i föreskrifter, hur sjukvårdshuvudmännen ska dela upp ansvarsområdet mellan sig, så länge som hjälpmedelsförsörjningen faktiskt fungerar.

Man kan fundera över vilka s.k. gråzoner och konkreta gränsdragningsproblem som finns. Utredningens intryck är att de samverkansavtal som finns över landet redogör för ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och att de därmed inte borde ge upphov till gränsdragningsproblem i egentlig mening. En annan sak är att enskilda som inte får ett visst hjälpmedel förskrivet kan uppleva att man hamnat mellan stolarna om ingen av huvudmännen anser sig kunna förskriva ett sådant hjälpmedel (då produkten bedömts falla utanför deras ansvar enligt HSL). I det läget kan det dock inte sägas vara fråga om ett gränsdragnings- eller samordningsproblem huvudmännen emel-

lan. Detsamma gäller situationen där oenighet råder om ett visst hjälpmedel i det enskilda fallet är t.ex. ett arbetstekniskt hjälpmedel som ska bekostas av arbetsgivaren och inte sjukvårdshuvudmannen. Dessa frågor löses enklare genom att införandet av en definition av begreppet hjälpmedel i HSL, vilket också utredningen föreslår i kapitel 13.

Självfallet är det eftersträvansvärt med ett tillstånd där alla inblandade aktörer har god kompetens om alla andra aktörers lagstiftning och arbetssätt, såsom Vårdanalys argumenterar för i sin diskussion om den ideala samordningen mellan flera huvudmän. Frågan är emellertid om det är praktiskt möjligt i ett allt mer komplext samhälle. Den enskilde är inte hjälpt av att få felaktiga anvisningar och orealistiska förväntningar på vilken hjälp han eller hon kan påräkna. När det gäller önskemålet om ”en dörr in” finns en koppling till frågan om personalens kompetens. Aktörernas anvisningar bör i första hand vara korrekta. Vidare kan regler om sekretess, tystnadsplikt, krav på samtycke och inkompatibla it-system i praktiken lägga betydande hinder i vägen för det förmodat ideala tillståndet där alla inblandade aktörer vet allt av vikt om patientens/brukarens levnadssätt och behov. Att samordning är svårt i praktiken hindrar inte att inblandade aktörer måste försöka ta ett gemensamt ansvar för patienter/brukare med komplexa behov, så att inga behov faller mellan stolarna. Därför är det viktigt med ett tydligt användarfokus redan när samverkansavtal utarbetas. Detta kan t.ex. åstadkommas genom att brukarrepresentanter medverkar vid framtagandet. Likaså vore det önskvärt om ersättningssystemen i större utsträckning uppmuntrar till effektivitet även på samhällsnivå.

I detta sammanhang ska framhållas att utredningen överväger frågan om ändrat huvudmannaskap för hjälpmedel ingående i kapitel 13 och därvid kommer fram till att dagens ordning tills vidare får anses vara den mest ändamålsenliga. Utredningen föreslår således ingen ändring i någon del vad gäller frågor om huvudmannaskap.

Utredningen delar bedömningen i det tidigare nämnda betänkandet SOU 2015:20 att planeringen av insatser efter utskrivning från slutenvård lämpligen bör ske i samverkan med öppenvården och i nära anslutning till hemkomsten. Regeringen har i linje med betänkandet nyligen föreslagit att en ny lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård införs (se prop. 2016/17:106). Reglerna föreslås träda i kraft den 1 januari 2018. Om föreslagna regler

kommer till stånd, borde det leda till positiva effekter för hjälpmedelsanvändare efter utskrivning från sluten vård, ett område där bristerna i samordning varit påfallande (men inte nödvändigtvis just i fråga om hjälpmedel). Vidare är det angeläget med fungerande uppföljning av om gällande regler om samordning faktiskt följs och hur det fungerar för brukarna.

10.6.2 Gränsdragningen mot andra samhällsstöd

Personliga hjälpmedel kan fungera som alternativ eller komplement till andra stöd. De gränsdragningar som finns mellan olika stödformer leder ibland till gråzoner och bristande helhetssyn på hur den enskildes behov kan tillgodoses genom olika insatser som rehabilitering, hjälpmedel, bostadsanpassning, välfärdsteknik, hemtjänst m.m.

När det gäller bostadsanpassningsbidrag är det utredningens uppfattning att RÅ 2010 ref. 47 (”spisvaktsfallet”) medfört större möjligheter att bevilja bostadsanpassningsbidrag till lösa inventarier som utgör komplement till fasta installationer. Det är svårt att säga om detta medför att gränsdragningsproblemen mot andra stödformer minskar eller om de bara förskjutits en aning.

För att man ska kunna få bostadsanpassningsbidrag måste åtgärden man söker bidrag för vara nödvändig för att bostaden ska bli ändamålsenlig, ett förhållandevis högt beviskrav. Det finns ett visst utrymme mellan vad man kan få bostadsanpassningsbidrag för och sådana hjälpmedel som är ett hälso- och sjukvårdsansvar. Det handlar om konsumentprodukter och välfärdsteknik med stor potential för den enskilde, vilka ibland beviljas som bistånd enligt socialtjänstlagen. Om det framgår att ett hjälpmedel eller någon form av välfärdsteknik kan lösa problemet i stället för en dyr fast installation, är det inte visat att den fasta installationen är nödvändig och bostadsanpassningsbidrag borde inte beviljas. I den meningen kan lagen sägas vara effektiv. Från den enskildes synpunkt framstår det emellertid knappast som en lämplig ordning att man inte kan få hjälp från samhället med en mindre och billigare åtgärd, bara för att den inte uppfyller kraven på fast installation.

Boverket har anmärkt att det skulle vara lättare med ett gemensamt system för bostadsanpassningsbidrag och hjälpmedel. För de allra flesta bostadsanpassningsåtgärder, t.ex. att ta bort trösklar, fram-

står det emellertid som självklart att det inte rör sig om hjälpmedel. De flesta åtgärder ger således inte upphov till några gränsdragningsproblem. Enligt utredningens mening löser dessutom inte ett gemensamt system problemet med produkter som kan ersätta fasta installationer men som *inte* utgör personliga hjälpmedel vilka sjukvårdshuvudmännen ska stå för, där det ansvarsmässigt finns ett tomrum. I vissa fall kan man få tillgång till välfärdsteknik via bistånd enligt socialtjänstlagen. Annars måste man i praktiken skaffa sig sådana produkter på egen hand. Detta kan sägas vara en olycklig konsekvens av att välfärdsteknik ligger utanför dagens hjälpmedelssystem. En gemensam huvudman för bostadsanpassningsbidrag och personliga hjälpmedel löser inte problemet. Tvärtom kan dagens system sägas ha den fördelen att det är kommunen som både beviljar bostadsanpassningsbidrag och bistånd i form av välfärdsteknik (i förekommande fall). Om kommunens handläggare vid hembesök gör iakttagelsen att ett visst konstaterat stödbehov bättre kan tillgodoses genom en billigare konsumentprodukt (välfärdsteknik) i stället för dyr bostadsanpassning, framstår det som klokast att bevilja bistånd för införskaffandet av den tekniska produkten om det alls är möjligt. Effektiviteten gynnas av att kommunen är huvudman i båda fallen.

Hjälpmedel och/eller välfärdsteknik är positiva för individen, eftersom de bidrar till att öka individens självständighet och möjlighet att leva som andra.[71] Det framstår som uppenbart att det finns en betydande samhällsnytta med många hjälpmedel och former av välfärdsteknik, såsom varande kostnadseffektivt och skadeförebyggande. Regeringen har tillsatt en utredning som ska se över assistansersättningen i socialförsäkringsbalken och LSS, den s.k. LSS-utredningen (dir. 2016:40). Enligt sina direktiv ska utredningen bl.a. skapa en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling av insatsen personlig assistans och få till stånd mer ändamålsenliga insatser i LSS. Enligt vår mening bör frågan om att verka för en ökad användning av hjälpmedel/välfärdsteknik/bostadsanpassning vid insatsen personlig assistans bli föremål för utredning i detta sammanhang. Det är angeläget att människor inte ser sig tvingade att tacka nej till bostadsanpassningsbidrag eller hjälpmedel de är i behov av. Det kan därför finnas skäl att se över hur reglerna om grundläggande behov utformats och vilka konsekvenser de får på hjälpmedelsområdet.

[71] Jfr 5 och 7 §§ LSS samt 4 kap. 1 § sista stycket socialtjänstlagen.

10.6.3 Utredningens sammanfattande slutsatser

- Det förefaller inte behövas ytterligare lagregler om samverkan mellan huvudmän. Avgörande är att gällande regler om samverkan faktiskt tillämpas. Behovet av samordning är stort, inte minst vad gäller gruppen äldre med stora vårdbehov.
- Utredningen ställer sig bakom lagförslaget och tankarna bakom en reformerad vårdplanering i samband med utskrivning från sluten vård i betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård* (SOU 2015:20).
- För att förbättra möjligheterna till samordning mellan huvudmännen i fråga om habilitering, rehabilitering och hjälpmedel bör varje kommun se över sin tillgång till arbetsterapeuter och fysioterapeuter och gärna inrätta en MAR.
- Utredningen ser för närvarande inte behov av att förändra dagens regler om andra stöd med nära koppling till hjälpmedel, såsom bilstöd och bostadsanpassningsbidrag, i syfte att minska kostnader och gränsdragningsproblem. Den s.k. LSS-utredningen bör se över reglerna om grundläggande behov så att de inte får negativa konsekvenser för hjälpmedelsanvändningen.

11 Det delade huvudmannaskapet för hjälpmedel i utbildningsväsendet

11.1 Inledning

I utredningens direktiv framgår att utredningen ska se över och beskriva ansvarsfördelning och samverkan mellan sjukvårdshuvudmän och *skolhuvudmän* när det gäller hjälpmedel i skolväsendet[1] för barn och elever med funktionsnedsättning.

I utredningens uppdrag ingår också att klargöra ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudmän och *lärosäten* när det gäller personliga tekniska hjälpmedel i studiemiljön till studenter med funktionsnedsättning. Lärosäten är universitet och högskolor med statlig huvudman samt enskilda utbildningssamordnare med tillstånd att utfärda examina. En enskild utbildningsanordnare med tillstånd att utfärda examina är högskolor som drivs av andra aktörer än staten, t.ex. stiftelser eller föreningar. Några exempel är Chalmers tekniska högskola, Handelshögskolan i Stockholm och Högskolan i Jönköping. Yrkeshögskolor har också tillstånd att utfärda examina och utredningen har därför inkluderat även dessa i bedömningen. Nedan används begreppet lärosäte för universitet och högskolor med statlig huvudman, för enskilda utbildningssamordnare med tillstånd att utfärda examina samt för yrkeshögskolor.

Kapitlet inleds med en redogörelse av ansvarsfördelningen enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, skollagen (2010:800) m.m. (11.2). I avsnitt 11.3 beskrivs tidigare utredningars arbete inom

[1] Med skolväsendet avses förskola, förskoleklass, grundskola, grundsärskola, specialskola, sameskola, gymnasieskola, gymnasiesärskola, kommunal vuxenutbildning, särskild utbildning för vuxna och utbildning i svenska för invandrare.

området. Därefter behandlas de gränsdragningsproblem som finns mellan huvudmännen samt lokala överenskommelser (11.4 och 11.5). I avsnitt 11.6 redogörs för studerandes tillgång till hjälpmedel på lärosäten. Därefter följer analys och sammanfattande slutsatser i avsnitt 11.7.

11.2 Skyldigheten att tillhandahålla hjälpmedel i utbildning delad mellan huvudmän

Enligt HSL har sjukvårdshuvudmannen en skyldighet att bl.a. erbjuda hjälpmedel för den dagliga livsföringen vilka fordras för att den enskilde själv, eller med hjälp av någon annan, ska kunna gå i skolan. Med skolhjälpmedel avses sådan personlig utrustning eller anpassning som elever med funktionsnedsättning behöver för att fungera i skolan och för att kunna använda och tillgodogöra sig läromedel (se prop. 1992/93:159 s. 127). Detta gäller hjälpmedel för deltagande i alla skolformer, från förskola till olika typer av vuxenutbildningar. Det kan även vara hjälpmedel för att ta sig till och från skolan eller mellan olika aktiviteter i skolan. Sjukvårdshuvudmannen har däremot ingen skyldighet att tillhandahålla särskilda pedagogiska hjälpmedel inom förskola, skola, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet.

Barns och elevers rätt att utifrån sina egna förutsättningar utvecklas så långt som möjligt mot utbildningens mål har stärkts genom skollagen från 2010. I en av lagens portalparagrafer anges att i utbildningen ska hänsyn tas till barns och elevers olika behov. Enligt 3 kap. 3 § skollagen ska elever som till följd av funktionsnedsättning har svårt att uppnå kunskapskraven ges stöd som syftar till att så långt som möjligt motverka funktionsnedsättningens konsekvenser. I förarbetena talas i detta sammanhang om skolans kompensatoriska uppdrag för elever med funktionsnedsättning (se prop. 2013/14:148 s. 25).

Skolans skyldighet att skyndsamt erbjuda stöd till elever som riskerar att inte uppnå kunskapskraven inom ramen för den ordinarie undervisningen stärktes ytterligare i juli 2014 genom införandet av 3 kap. 5 a § skollagen[2]. Där anges att om det inom ramen för undervisningen eller genom resultatet på ett nationellt prov, uppgifter från

[2] SFS 2014:456.

lärare, övrig skolpersonal, en elev eller en elevs vårdnadshavare eller på annat sätt framkommer att det kan befaras att en elev inte kommer att nå de kunskapskrav som minst ska uppnås, ska eleven skyndsamt ges stöd i form av extra anpassningar inom ramen för den ordinarie undervisningen.

Enligt förarbetena kan stöd i form av extra anpassningar vara att hjälpa en elev med att planera och strukturera sina studier, vilket kan ske med hjälp av ett särskilt schema över skoldagen. Extra anpassningar kan också vara instruktioner eller stöd för att sätta igång arbetet, hjälp för att förstå texter eller särskilda läromedel eller utrustning i form av tidsstöd, dvs. hjälpmedel för att förstå och passa tider. Med sådant stöd avses som huvudregel anpassningar som lärare kan göra i den dagliga undervisningen. Digital teknik med anpassade programvaror anses också som huvudregel falla inom ramen för stöd i form av extra anpassningar (se prop. 2013/14:160 s. 36).

Av Skolinspektionens granskning av skolans arbete med extra anpassningar framgår att flera skolor inte har vetskap om vad som avses med extra anpassningar eller hur de kan genomföras med god kvalitet. I flertalet av de granskade skolorna förekommer brister i arbetet med extra anpassningar. Endast för var fjärde elev matchar de extra anpassningarna elevens behov. När det inte matchar, kan det exempelvis handla om att de anpassningar som gjorts är för kortsiktiga eller att eleverna behöver ytterligare anpassningar. En orsak till varför de extra anpassningarna sällan matchar elevens behov är att skolorna ofta fokuserar på insatsen istället för att analysera behoven. Alternativt fokuserar skolan på hela gruppens behov. I två av fem elevfall samverkar inte läraren med elevhälsan.[3]

Att skolan misslyckas med att analysera behov avspeglas i att det verkar vara medicinsk diagnos, snarare än individens behov, som avgör om eleven får tillgång till extra anpassningar och särskilt stöd. Varannan rektor, speciallärare och specialpedagog uppger att medicinsk diagnos har betydelse för att elever ska få särskilt stöd, trots en stark medvetenhet om att skollagen och andra regelverk inte ställer krav på diagnos[4]. Det innebär att många elever utan medicinsk

[3] Skolinspektionen (2016). Skolans arbete med extra anpassningar – Kvalitetsgranskningsrapport.
[4] Skolverket (2016). Tillgängliga lärmiljöer? En nationell studie av skolhuvudmännens arbete för grundskoleelever med funktionsnedsättning.

diagnos men i behov av extra anpassningar eller särskilt stöd saknar tillgång till det.

11.3 Tidigare utredningar inom området

Tidigare var ansvaret för att tillhandahålla hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning i utbildning i princip ett ansvar som vilade på huvudmannen för utbildningen. Integrationsutredningen föreslog i betänkandet *Tekniska hjälpmedel för handikappade*[5] att landstingen skulle ta över ansvaret för hjälpmedel inom utbildning. Ett av de argument som framfördes var att många redan hade omfattande stöd från landstinget och att ett stort kunnande om hjälpmedel fanns inom landstinget. Riksdagen beslöt 1983 i enlighet med propositionen[6] att hälso- och sjukvårdshuvudmännen från och med den 1 juli 1984 skulle överta ansvaret för att studerande med funktionsnedsättning skulle förses med hjälpmedel i undervisningssituationen. Det innebar att hälso- och sjukvårdshuvudmannens redan etablerade hjälpmedelsverksamheter skulle svara för hjälpmedel till elever med funktionsnedsättning.

En överenskommelse hade dessförinnan träffats mellan staten och Landstingsförbundet och från och med den 1 juli 1984 tog sjukvårdshuvudmannen över kostnadsansvaret för tillhandahållandet av tekniska hjälpmedel för elever med funktionsnedsättning i grundskola, gymnasieskola, statlig och kommunal vuxenutbildning samt för studenter i högskolan. Barnomsorg, folkhögskolor och deltagande i studiecirklar omfattades inte av överenskommelsen.

Den tidigare Hjälpmedelsutredningen föreslog i betänkandet *Hjälpmedelsverksamhetens utveckling – en kartläggning och bedömning*[7] att ansvaret för individuellt utprovade hjälpmedel i kommunal barnomsorg skulle ligga hos samma huvudman som ansvarade för barnens hjälpmedel i hemmet och skolan, dvs. sjukvårdshuvudmannen. Vidare föreslogs att ansvaret för individuellt utprovade hjälpmedel vid statliga specialskolor liksom vid folkhögskolor skulle överföras till sjukvårdshuvudmännen. Motivet till förslagen var att sjukvårdshuvudmännen hade en samlad bild av barnets eller elevens situation.

[5] SOU 1981:23.
[6] Prop. 1982/83:174.
[7] SOU 1989:39.

Handikapputredningen föreslog senare i sitt huvudbetänkande *Handikapp – Välfärd – Rättvisa*[8] att det yttersta ansvaret för hjälpmedel i samtliga skolformer samt inom barnomsorgen skulle ligga på landstingen.

Den s.k. LSS- och hjälpmedelsutredningen utredde också frågor om vilken huvudman som ska ha ansvar för försörjningen av personliga hjälpmedel i de utbildningsformer där ingen huvudman då hade, eller ansåg sig ha, ansvaret för att tillhandahålla dessa hjälpmedel. Det ingick också i utredningens uppdrag att utreda var gränsen mellan sjukvårdshuvudmannens ansvar för att tillhandahålla personliga hjälpmedel och skol- eller utbildningshuvudmannens ansvar för att tillhandahålla pedagogiska hjälpmedel eller utrustning (grundutrustning) gick. I betänkandet *Hjälpmedel*[9] föreslogs att sjukvårdshuvudmannen skulle ansvara för att tillhandahålla personliga hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning i alla offentligt finansierade utbildningsformer och utbildningar som berättigar till studiestöd.

I betänkandet beskrevs också var gränsen går mellan sjukvårdshuvudmannens ansvar för personliga hjälpmedel å ena sidan och utrustning och pedagogiska hjälpmedel som inte omfattas av sjukvårdshuvudmännens ansvar å andra sidan. Syftet var att minska utrymmet för diskussioner mellan huvudmännen, korta ned handläggningstider och få till stånd ett bättre resursutnyttjande. Många av de förtydliganden som den utredningen gjorde återfinns i dag i de samverkansavtal som några sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän upprättat.

11.4 Delat ansvar medför gränsdragningsproblem

Sjukvårdshuvudman och skolhuvudman har ett delat ansvar för elever med funktionsnedsättning i behov av hjälpmedel i skolan.

Det delade ansvaret medför gränsdragningsproblem som har till följd att elever riskerar att få sina hjälpmedel senare än nödvändigt, eller inte alls. I mötet med brukarorganisationer beskrivs att elever med funktionsnedsättning på grund av den oklara ansvarsfördelningen ofta saknar tillgång till hjälpmedel vid skolstart, vid övergång

[8] SOU 1991:46.
[9] SOU 2004:83.

mellan olika stadier och vid praktik. Det delade ansvaret medför också att olika huvudmän kan ha ansvar för teknik och hjälpmedel som många gånger måste fungera tillsammans. Utredningen har identifierat att det är oklart vilken huvudman som har det yttersta ansvaret för att helheten fungerar.

De hjälpmedel som är skolhuvudmannens ansvar kännetecknas av att de huvudsakligen har som syfte att för den enskilde kompensera för en funktionsnedsättning *i lärsituationen*. Sjukvårdshuvudmannens ansvar enligt HSL gäller hjälpmedel för *den dagliga livsföringen*. Enligt förarbetena[10] är att *gå i skolan* en del av det dagliga livet. Detta gäller deltagande i alla skolformer, från förskola till olika typer av vuxenutbildningar. Sjukvårdshuvudmannens ansvar omfattar således även hjälpmedel för att ta sig till och från skolan eller mellan olika aktiviteter där.

11.5 Lokala överenskommelser kan underlätta

Hjälpmedelsinstitutet (HI) gjorde 2008 på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en kartläggning över ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudman och skolhuvudman. Utifrån kartläggningen lämnades förslag att lokala överenskommelser om hjälpmedel i skolan skulle utarbetas mellan landstinget och kommunerna i samma län. Enligt förslaget skulle överenskommelsen bl.a. innehålla definitioner av hjälpmedel, ansvar för kompetens gällande hjälpmedel samt samverkansformer, i syfte att skapa en gemensam grund att utgå ifrån för landstinget och skolhuvudmannen. En vägledning till hur lokala överenskommelser kan tas fram och se ut publicerades.[11] År 2013 undersökte HI befintliga lokala överenskommelser. De landsting som utformat lokala överenskommelser uppgav att dessa underlättade samarbetet mellan skolan och hälso- och sjukvården.[12]

Vi har nu kartlagt hur vanligt det är att sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän har lokala överenskommelser om hjälpmedel till elever med funktionsnedsättning. Kartläggningen visar att fem landsting har lokala överenskommelser med kommunerna. Ett landsting har en färdig överenskommelse, men avvaktar signering på grund av föränd-

[10] Prop. 1992/93:159 s. 127.
[11] Hjälpmedelsinstitutet (2008). Vems är ansvaret för hjälpmedel i skolan?
[12] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Gränsdragningsfrågor – Teknikstöd i skolan.

ringar som sker lokalt. Ytterligare ett landsting arbetar med att ta fram lokala överenskommelser. Där det saknas lokala överenskommelser mellan huvudmännen har vanligtvis sjukvårdshuvudmannen beskrivit sitt ansvar för hjälpmedel i skolan i sina lokala regelverk. Ett sådant dokument beskriver dock endast sjukvårdshuvudmannens syn på sitt ansvar, vilket inte alltid överensstämmer med skolhuvudmannens bild.

I utredningens granskning av överenskommelser har framkommit att dessa inte går ned på produktnivå, men några har bilagor med exempel på produktgrupper. I Stockholm gäller bilagan Stockholms läns landsting och Stockholms stad. I Värmland saknas lokal överenskommelse, men det finns en ”hjälpreda” som beskriver ansvarsfördelningen gällande barn och ungdomar med funktionsnedsättning, där hjälpmedel ingår som en insats.

Överenskommelserna följer i stort rekommendationerna i HI:s vägledning[13] om gränsdragning mellan skola och sjukvårdshuvudman. De innehåller liknande beskrivningar av begreppen grundutrustning, personliga hjälpmedel, pedagogiska hjälpmedel och läromedel (jfr tabell 11.1).

Tabell 11.1 Beskrivning av begreppen grundutrustning, personliga hjälpmedel och pedagogiska hjälpmedel

Grundutrustning	Personliga hjälpmedel	Pedagogiska hjälpmedel och läromedel
Utrustning som behövs för att tillgodose behovet för fler än en enskild studerande.	Hjälpmedel som är kompenserande och alltid utprovade till en viss hjälpmedelsanvändare.	Hjälpmedel som i huvudsak är kunskapsbärande och används i undervisningen.
Utrustning som inte kräver någon omfattande anpassningsåtgärd.	Specialanpassade hjälpmedel.	

I samtliga överenskommelser framkommer att det är sjukvårdshuvudmannen som är ansvarig för personliga hjälpmedel medan skolhuvudmannen är ansvarig för pedagogiska hjälpmedel, läromedel och grundutrustning. Ett hjälpmedel kan sorteras under olika begrepp beroende på i vilket syfte det ska användas. Detta gör till exempel att

[13] Hjälpmedelsinstitutet (2008). Vems är ansvaret för hjälpmedel i skolan?

skolans ansvar för grundutrusning är högre bl.a. i särskolan än i andra skolformer, eftersom hjälpmedlet där kan antas tillgodose behovet för fler än en enskild studerande.

11.6 Studerandes tillgång till hjälpmedel vid lärosäten

Utredningen har skickat ut en enkät till landets lärosäten samt haft en workshop med representanter från lärosäten och sjukvårdshuvudmän i syfte att klargöra ansvarsfördelningen mellan lärosäte och sjukvårdshuvudman utifrån gällande lagstiftning och praxis. Texten nedan baseras på litteraturstudier samt resultat från enkäten och nämnda workshop.

11.6.1 Skäliga åtgärder för tillgänglighet ska vidtas

Enligt diskrimineringslagen (2008:567) är bristande tillgänglighet en form av diskriminering. Personer med funktionsnedsättning kan missgynnas genom att skäliga åtgärder för tillgänglighet inte har vidtagits för att personen ska komma i en jämförbar situation med personer utan denna funktionsnedsättning. Vid bedömningen av vilka åtgärder som ska anses skäliga, ska beaktas kraven på tillgänglighet i lag och annan författning, de ekonomiska och praktiska förutsättningarna, varaktigheten och omfattningen av förhållandet eller kontakten mellan verksamhetsutövaren och den enskilde samt andra omständigheter av betydelse.

I 3 kap. diskrimineringslagen finns regler om aktiva åtgärder som bl.a. utbildningsanordnare måste vidta (3 kap. 16 §). Arbetet med aktiva åtgärder innebär att bl.a. vidta de förebyggande och främjande åtgärder som skäligen kan krävas (punkt 3).

Alla lärosäten (och skolhuvudmän) har således en skyldighet att genomföra skäliga åtgärder för att verksamheten ska vara tillgänglig för studerande med funktionsnedsättning. De statliga högskolorna, universiteten och folkhögskolorna har dessutom högre tillgänglighetskrav på sig på grund av förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförande av funktionshinderspolitiken.

En ökad tillgänglighet kan uppnås genom generella anpassningar av lokalerna, som att ta bort trösklar eller installera talsyntes i hissar, eller genom anpassningar av pedagogik och övrig information, t.ex. genom kurslitteratur och informationsmaterial i alternativa format. Individuella hjälpmedel kan ibland också vara nödvändigt för att uppnå full tillgänglighet för en enskild student.

Vid alla universitet och högskolor finns en kontaktperson som är samordnare av pedagogiskt stöd för studenter som begränsas i studiesituationen till följd av en funktionsnedsättning. Samordnaren erbjuder individuella samtal för att diskutera både utbildningsval och eventuella behov av pedagogiskt stöd. Om studenten har behov av ett individuellt hjälpmedel i studiesituationen, är det samordnaren som beviljar detta.

Stockholms universitet har ett särskilt åtagande[14] att årligen fördela ett extra, högskolegemensamt anslag mellan universitet och högskolor som bl.a. ska täcka ökade kostnader för särskilt personligt pedagogiskt stöd till elever med funktionsnedsättning. Enligt samordnaren för Stockholms universitets åtagande täcks inte kostnader för individuella hjälpmedel i studiesituationen av detta anslag. Sådana kostnader måste lärosätet själv stå för.

För yrkeshögskolor gäller att utbildningsanordnarna kan beviljas stöd i form av utökade stadsbidrag/särskilda medel från Myndigheten för yrkeshögskolan. Medlen ska användas till pedagogiska insatser till studerande med funktionsnedsättning som studerar på en pågående yrkeshögskoleutbildning som berättigar till statsbidrag. Under 2015 ökade antalet sådana ansökningar om särskilt pedagogiskt stöd med cirka 31 procent jämfört med föregående år. Pedagogiska hjälpmedel, som kompensatoriska programvaror, förekom i 11 procent av fallen.[15] Myndigheten för yrkeshögskolan beviljar inte medel för generella anpassningar av lokaler eller grundutrustning (t.ex. specialanpassade möbler).

[14] Utbildningsdepartementet (2016). Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Stockholms universitet.
[15] Myndigheten för yrkeshögskolan (2016). En strategi för genomförandet av den nationella funktionshinderspolitiken 2011-2016 – Slutrapport 2016.

11.6.2 Gränsdragningen oklar för studerande vid lärosäten

Utredningen har granskat sjukvårdshuvudmännens lokala regelverk och funnit att ungefär hälften av landstingen har angett hur sjukvårdshuvudmannen ser på sitt ansvar för personliga hjälpmedel på lärosäten. I regelverken för övriga landsting och regioner finns inget beskrivet kring hjälpmedel på lärosäten.

För att ta reda på hur de berörda huvudmännen upplever ansvarsfördelningen mellan lärosäte och sjukvårdshuvudman, har utredningen skickat ut en enkät till samtliga samordnare av pedagogiskt stöd vid landets universitet och högskolor. Enkäten skickades också till Myndigheten för yrkeshögskolan såsom varande samordnare för yrkeshögskolorna.

Det var 80 procent av lärosätena som besvarade enkäten. Resultatet visar att 82 procent ibland eller sällan upplever gränsdragningsproblem mellan lärosäte och sjukvårdshuvudman i fråga om vem som är ansvarig för att förse en enskild student med personliga hjälpmedel som studenten har behov av för att kunna delta i studier. Det var 2,6 procent som ofta stötte på problemet och 12,8 procent gjorde det aldrig. Övriga har svarat att de inte vet.

Nästan 54 procent av de svarande angav att de anser att ansvarsfördelningen är oklar när det gäller att förse en enskild student med personliga hjälpmedel för att delta i studier. De vanligaste hjälpmedelsområdena är hörselområdet och läs- och skrivsvårigheter/dyslexi. I de fall då studenterna har behov av hjälpmedlet i olika situationer – både på lärosätet och hemma – är oklarheterna störst. Gränsdragningsproblem uppstår även då hjälpmedlet måste vara kompatibelt med annan utrustning.

Inget lärosäte har angett att det finns lokala överenskommelser mellan sjukvårdshuvudman och lärosäte i fråga om ansvarsfördelningen för hjälpmedel för studerande med funktionsnedsättning. Det är också en stor andel (76,9 procent) som uppger att de aldrig eller bara vid ett enstaka tillfälle tagit stöd av hälso- och sjukvården för att få ökad kunskap kring en enskild students funktionsnedsättning. Se bilaga 5 för fullständiga resultat.

11.6.3 Klargörande av ansvarsfördelningen mellan lärosäten och sjukvårdshuvudmän

Som en del i att klargöra ansvarsfördelningen utifrån gällande lagstiftning och praktisk tillämpning, anordnade utredningen en workshop med representanter för sjukvårdshuvudmän, universitet, högskolor och Myndigheten för yrkeshögskolan. Ansvarsfördelningen för att tillhandahålla hjälpmedel diskuterades utifrån ett antal fallbeskrivningar. Fallbeskrivningarna hade tagits fram i samråd med brukarorganisationer och rörde a) en studerande med kognitiv funktionsnedsättning, b) en studerande med hörselnedsättning, c) en studerande med synnedsättningar och d) en studerande med rörelsehinder.

Deltagarna på workshopen upplevde att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen var som mest komplicerad i fallet med den kognitiva funktionsnedsättningen. Man konstaterade också att i alla fallen påverkades ansvarsfördelningen av hjälpmedlets tänkta användningsområde och användningssituation. En och samma produkt kunde ha olika ansvarig huvudman beroende på hur, av vem och när den var tänkt att användas.

Deltagarna på workshopen lyckades ändå enas om några generella principer. Utifrån gällande lagstiftning och praxis är sjukvårdshuvudmannen ansvarig för personliga hjälpmedel medan lärosätet är ansvarigt för pedagogiska hjälpmedel och grundutrustning (tabell 11.2).

Tabell 11.2 Ansvarig huvudman och beskrivning av personliga hjälpmedel, pedagogiska hjälpmedel och grundutrustning för studerande med funktionsnedsättning

Typ av hjälpmedel	Personligt hjälpmedel	Pedagogiskt hjälpmedel*	Grundutrustning
Ansvarig huvudman	Sjukvårdshuvudman	Lärosäte	Lärosäte
Beskrivning	Specialanpassat hjälpmedel tänkt att användas av specifik individ.	Hjälpmedel som kompenserar i inlärningssituationer tänkt att användas av specifik individ.	Utrustning som behövs för att tillgodose behovet för fler än en enskild studerande.
	Personligt förskrivet hjälpmedel som används i dagliga livet och kan tas med till lärosätet.	Individuellt hjälpmedel som är tänkt att användas inom ramen för utbildningssituationen.	Utrustning som inte kräver omfattande anpassningar.

* Notera. *Lärosäten är skyldiga att erbjuda en pedagogisk tillgänglig miljö vilket kan uppnås genom olika typer av åtgärder. Om full tillgänglighet kan uppnås genom andra kompensatoriska pedagogiska stödåtgärder eller grundutrustning finns ingen skyldighet att dessutom erbjuda pedagogiska hjälpmedel.*

Både personliga hjälpmedel och pedagogiska hjälpmedel är hjälpmedel för *en viss student*. Det som avgör hur hjälpmedlen klassificeras är det tänkta användningsområdet. Grundutrustning är i stället anpassningar och hjälpmedel som kan användas *av flera studerande*. Det kan till exempel vara en läspenna som lämnas kvar på lärosätet så att även andra studenter har tillgång till den. Fler exempel på personliga hjälpmedel, pedagogiska hjälpmedel och generella anpassningar utifrån fyra olika typer av funktionsnedsättningar listas i tabell 11.3. En övergripande beskrivning av personliga hjälpmedel, pedagogiska hjälpmedel och grundutrustning presenteras först.

Personliga hjälpmedel

Med personliga hjälpmedel avses individuellt anpassade hjälpmedel tänkta att användas av en viss individ samt personligt förskrivna hjälpmedel som används i det dagliga livet. De personligt förskrivna hjälpmedlen kan användas på lärosätet om hjälpmedelsanvändaren tar med hjälpmedlet dit. Är det ett individuellt anpassat hjälpmedel kan sjukvårdshuvudmannen i särskilda fall dubbelförskriva hjälpmedlet om det också finns behov av det i utbildningssituationen och det är

för skrymmande eller tungt för att flyttas mellan lärosätet och hemmet. Några exempel på personliga hjälpmedel som förskrivs av sjukvårdshuvudman är rullstol, tids- och planeringsstöd om den studerande har behov av det även utanför studiesituationen och tyngdtäcke för att sova på natten, vilket kan vara en förutsättning för att klara av studierna.

Pedagogiska hjälpmedel

Pedagogiska hjälpmedel är också avsedda att användas av en viss student. Pedagogiska hjälpmedel kompenserar i inlärningssituationer och är tänkta att användas i utbildningssituationen. Exempel på utbildningssituationer är verksamhetsförlagd praktik, studiebesök, fältstudier, examination, laboration, föreläsningar, grupparbeten, distansstudier och självstudier. Om lärosätet erbjuder en tillgänglig miljö och personliga hjälpmedel i lärosätets lokaler är lärosätet inte ansvarigt om den studerande väljer att genomföra sina självstudier på annan plats än i lärosätets lokaler. Detta gäller även vid distansstudier. Vill studenten genomföra sina studier på annan plats än på lärosätet är studenten själv ansvarig för att köpa hjälpmedel man har behov av, detta då lärosätet har erbjudit studenten en tillgänglig miljö.

Grundutrustning

Grundutrustning är sådan utrustning som behövs för att tillgodose behovet för fler än en enskild student. Det ska inte krävas några omfattande anpassningar av grundutrustning för att det ska passa studenten. Grundutrustning kan vara fast utrustning i lokaler och sådana stöd som inte lämnar lärosätet.

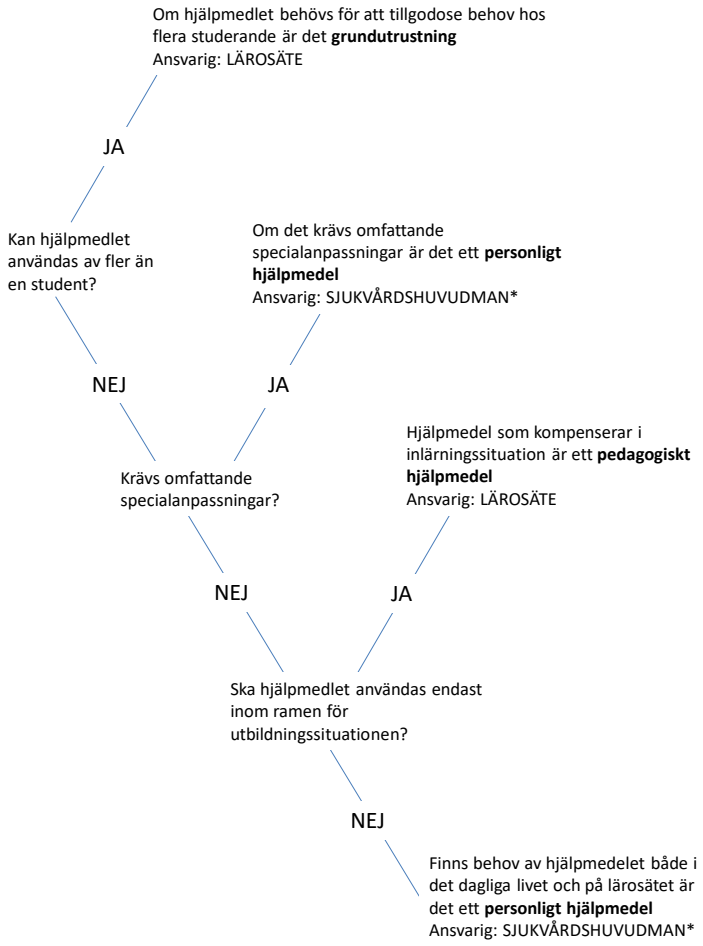
Tabell 11.3 Exempel på personliga hjälpmedel, pedagogiska hjälpmedel och grundutrustning utifrån fyra olika funktionsnedsättningar

Funktionsnedsättning	Personligt hjälpmedel*	Pedagogiskt hjälpmedel	Grundutrustning
Hörsel	Personlig bärbar hörselutrustning som används både på lärosätet och i dagliga livet.	Stetoskop med hörselförstärkning (ev. tas avgift ut motsvarande ett vanligt stetoskop).	Fast monterad hörslinga.
Förflyttning	Rullstol som används både på lärosätet och i dagliga livet.	Extra rullstol som behövs på verksamhetsförlagd praktik om den vanliga rullstolen ej får medtagas på grund av hygienskäl.	Höj- och sänkbara bord, hissar och ramper.
Syn	Kamera/kikare som används både på lärosätet och i dagliga livet.	Anpassat program till dator tänkt att användas av en namngiven student i specifik utbildningssituation.	Talsyntes till dator på lärosätet, alternativt licens till program för många.
	Personlig scanner som används både på lärosätet och i dagliga livet.		Scanner på lärosätet som kan användas av fler än en studerande.
Kognition	Tids- och planeringsstöd som används på lärosätet och i dagliga livet.	Penna med möjlighet att ta röstanteckningar om inget annat anteckningsstöd erbjuds.	Stavningsprogram i dator på lärosätet som kan användas av fler än en studerande, alternativt licens till program för fler än en.
	Tyngdtäcke för att sova på natten (vilket kan vara en förutsättning för att kunna studera).		

*Notera: *Sjukvårdshuvudmännen beslutar lokalt om vilka personliga hjälpmedel som förskrivs och vilka som är egenansvarsprodukter. Om ett hjälpmedel är en egenansvarsprodukt är den studerande hänvisad till att köpa hjälpmedlet själv.*

När man ska avgöra vilken huvudman som är ansvarig för att förse en studerande med hjälpmedel kan det underlätta att ställa sig ett antal frågor enligt figuren nedan (fig. 11.1).

Figur 11.1 Schema för att klassificera hjälpmedel till studerande med funktionsnedsättning och bestämma ansvarig huvudman



* Notera: *Sjukvårdshuvudman beslutar lokalt vilka personliga hjälpmedel som förskrivs som hjälpmedel. Om ett hjälpmedel istället är en egenansvarsprodukt kan den studerande vara hänvisad till att köpa hjälpmedlet själv.*

11.7 Analys och slutsatser

Delat ansvar mellan huvudmän medför alltid att enskilda användare riskerar att hamna mellan stolarna. Det delade ansvaret för hjälpmedel i utbildning mellan sjukvårdshuvudman och skolhuvudman/lärosäte är inget undantag. Troligtvis är det delade ansvaret en av anledningarna till att många elever med funktionsnedsättning saknar tillgång till hjälpmedel i skolan (jfr avsnitt 5.5.2 och 8.5.1).

11.7.1 Regleringen av ansvaret är inte tydlig

En anledning till att ansvarsfördelningen uppfattas som oklar, är att reglerna är allmänt hållna och begreppen inte tydligt definierade. Ansvaret för att tillhandahålla hjälpmedel i skolan och på lärosäten regleras i HSL, skollagen och diskrimineringslagen. Enligt gällande reglering omfattar sjukvårdshuvudmannens ansvar hjälpmedel vars huvudsakliga syfte är att kompensera i det dagliga livet, där ”gå i skolan” är en del. Detta gäller deltagande i alla skolformer, från förskola till olika typer av vuxenutbildningar. Det kan även vara hjälpmedel för att ta sig till och från skolan, eller mellan olika aktiviteter i skolan. Särskilda pedagogiska hjälpmedel i förskola, skola, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet faller dock utanför sjukvårdens ansvar. Således kan skolhuvudmannen anses ansvarig för särskilda pedagogiska hjälpmedel. Skolhuvudmannens ansvar omfattar också hjälpmedel vars huvudsakliga syfte är att *kompensera i själva lärsituationen*. Det finns dock ingen närmare beskrivning av vad som utmärker sådana hjälpmedel. En och samma produkt kan omfattas av olika ansvarsregler beroende på användningssituation och undervisningsgrupp. Stöd i form av en extra anpassning kan vara bl.a. särskilda läromedel eller utrustning i form av tidsstöd, dvs. hjälpmedel för att förstå och passa tider. Elever med behov av hjälpmedel för att förstå och passa tider har det oftast både i skolan och vardagliga livet. I sådana fall förefaller alltså både skolhuvudmannen och sjukvårdshuvudmannens ha ansvar för att tillhandahålla hjälpmedel för samma behov. Det är den tänkta användningssituationen som avgör ansvaret. Att ansvarsfördelningen är klar i teorin hindrar inte att ansvars-

diskussioner kan uppstå i enskilda fall. I sådana situationer underlättar det om huvudmännen har samverkansavtal att falla tillbaka på.

Lärosätens ansvar att tillhandahålla just hjälpmedel i den specifika lärsituationen är än mer otydligt. Strikt utifrån gällande reglering är lärosätets enda skyldighet att vidta skäliga tillgänglighetsåtgärder för att ingen student med funktionsnedsättning ska missgynnas genom att inte komma i en jämförbar situation med studenter utan denna funktionsnedsättning. Om dessa tillgänglighetsåtgärder kan ske i form av hjälpmedel eller inte är inte närmare reglerat. I praktiken är ofta individuella hjälpmedel nödvändigt för att uppnå full tillgänglighet för en enskild student. Om så är fallet, gör utredningen bedömningen att lärosätet har skyldighet att erbjuda personliga hjälpmedel i syfte att kompensera i själva lärsituationen.

11.7.2 Sjukvårdshuvudmannens ansvar påverkar ansvaret för skolhuvudmän och lärosäten

HSL i sin nuvarande utformning möjliggör för sjukvårdshuvudmännen att i stor utsträckning själva definiera och bestämma vad de vill tillhandahålla som hjälpmedel. De olikheter som finns över landet kring sjukvårdshuvudmännens prioriteringar och beslut påverkar indirekt skolhuvudmän/lärosäten. Det handlar exempelvis om hur sjukvårdshuvudmannen tolkar sitt ansvar för att dubbelförskriva personliga hjälpmedel som behövs både i skolan och i det dagliga livet, men som är svåra att ta med sig.

Olikheterna bland sjukvårdshuvudmännen blir extra tydliga för riksgymnasierna, där elever från olika delar av Sverige går. Gymnasierna måste i dag samarbeta med flera huvudmän över hela Sverige och i praktiken blir det ofta föräldrar som tar ett stort ansvar för att få till en fungerande hjälpmedelssituation för barnen.

Olikheterna mellan sjukvårdshuvudmännen påverkar också indirekt lärosätets ansvar för att tillhandahålla hjälpmedel. Nu gällande regler för lärosäten innebär att lärosätet ska vidta skäliga tillgänglighetsåtgärder för att individen inte ska missgynnas, men anger inte *hur* detta ska ske, vilket kan aktualisera bl.a. hjälpmedel.

Det är möjligt att tolka regleringen som att om full tillgänglighet kan uppnås via generella anpassningar och hjälpmedel från sjukvårdshuvudmannen, finns ingen skyldighet för lärosätet att erbjuda hjälpmedel. Det innebär att lärosätens ansvar för hjälpmedel till viss del

påverkas av vilka generella anpassningar som lärosätet gör och vilka hjälpmedel studenten erhåller från hälso- och sjukvården. Teoretiskt har därmed lärosäten som verkar i landsting som tillhandahåller tillräckligt med hjälpmedel inte samma behov av att själva vidta tillgänglighetsåtgärder. På samma sätt skulle ett lärosäte som verkar i ett landsting eller region som tillhandahåller färre hjälpmedel, i praktiken få ett större ansvar.

Om lärosätet ofta har studerande som bor på olika orter (och därmed får tillgång till olika hjälpmedel från hälso- och sjukvården) kompliceras situationen.

11.7.3 Samverkan och formella överenskommelser mellan huvudmännen är nödvändiga

Avtal mellan sjukvårdshuvudman och skolhuvudman

HI har tidigare förtydligat den formella ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän.[16] Sedan avvecklingen av HI finns vägledningen kring samverkan mellan huvudmännen visserligen tillgänglig hos Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM), men den uppdateras inte.

Ett mindre antal skolhuvudmän och sjukvårdshuvudmän har utformat lokala överenskommelser med utgångspunkt i vägledningen. De som har lokala överenskommelser uppger att det underlättar samarbetet mellan skolan och hälso- och sjukvården[17].

Formella överenskommelser och handlingsplaner är viktiga komponenter för långsiktighet och fördelning av resurser.[18] Detta talar för att det är nödvändigt att upprätta lokala överenskommelser mellan sjukvårdshuvudman och skolhuvudman för att uppnå en effektiv handläggning där alla elever med behov skyndsamt får tillgång till fungerande hjälpmedel. Genom överenskommelser som innehåller bestämmelser om gemensamma mål, resursfördelning och övergripan-

[16] Hjälpmedelsinstitutet (2008). Vems är ansvaret för hjälpmedel i skolan?
[17] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Gränsdragningsfrågor – Teknikstöd i skolan.
[18] Örebro universitet (2009). Samverkan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa – en formativ utvärdering av skola, socialtjänst, polis samt barn- och ungdomspsykiatrin.

de samarbete kan långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning skapas.

Samverkan mellan sjukvårdshuvudmän och lärosäten

Mer än hälften av samordnarna vid landets lärosäten upplever gränsdragningsproblem gentemot sjukvårdshuvudmän när det gäller personliga hjälpmedel till studerande med funktionsnedsättning. Det är inte förvånande med tanke på att ansvarsfördelningen mellan dessa huvudmän är ett relativt outforskat område.

Till skillnad från ansvarsfördelningen mellan skolhuvudman och sjukvårdshuvudman har inget förtydligande av ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudman och lärosäte gjorts tidigare. Resultatet från utredningens arbete med detta kan förhoppningsvis fungera vägledande vid gränsdragning mellan huvudmännen i framtiden.

Utredningens kartläggning visar att i dag förekommer mycket begränsat samarbete och erfarenhetsutbyte mellan lärosäten och sjukvårdshuvudmän kring studerande med funktionsnedsättning. Ett ökat utbyte mellan huvudmännen skulle troligtvis öka medvetenheten om varandras verksamheter och minska gränsdragningsproblem. Ett ökat utbyte skulle också möjliggöra utnyttjandet av kompetens över huvudmannagränserna. Till exempel finns utprovningskompetens hos hälso- och sjukvården, som skulle kunna användas av lärosäten i högre utsträckning än i dag. Hälso- och sjukvården skulle också kunna ge råd och stöd i frågor som rör grundutrustning på lärosäten.

Lokal samverkan i form av regelbundna diskussioner är ett första steg för att minska risken för att studerande med funktionsnedsättning bollas fram och tillbaka mellan huvudmännen. Om detta visar sig inte vara tillräckligt, kan formella överenskommelser mellan sjukvårdshuvudmän och lärosäten visa sig nödvändiga i framtiden.

Ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudman och folkhögskola

Folkhögskolan är den vuxenutbildningsform som har störst andel deltagare med funktionsnedsättning och många skolor har också speciella kurser för personer med funktionsnedsättning.[19] Det är därför av stor vikt att även samverkan mellan folkhögskolorna och sjukvårdshuvudmännen utvecklas. Vi har tolkat det som att utbildningsformen folkhögskola inte ingår i utredningens uppdrag och har inte gjort någon fördjupad analys inom området. Bedömningen är likväl att samverkan mellan sjukvårdshuvudmän och folkhögskolor i frågor som rör hjälpmedel för kursdeltagare med funktionsnedsättning behöver stärkas.

[19] Om alla Sveriges folkhögskolor. Tillgänglig online: www.folkhogskola.nu/Om-folkhogskolan/Folkhogskola---vuxenutbildning/Funktionsnedsattning/ [2016-02-22].

DEL III
Överväganden och förslag

12 Allmänna överväganden

12.1 Hjälpmedel som hälso- och sjukvård

Målet med offentligt finansierade välfärdstjänster kan sägas vara ett system där skattemedel används för att ge patienter, brukare och omsorgstagare jämlika insatser av så hög kvalitet som möjligt. Hjälpmedelsområdet är komplext och svåröverskådligt, med många produkter, tjänster och flera inblandade huvudmän. Det har lett till skillnader i utbud och avgifter samt brister i samordningen. Det finns uppenbara skäl att fundera över om det inte går att åstadkomma ett enklare och smidigare sätt att organisera verksamheten och ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Dessutom är det många hjälpmedelsanvändare som vet och kan sina behov och inte vill ”vara så mycket patient”. Man kan vilja se hjälpmedel utifrån ett rättighetsperspektiv och mer som en samhällsinsats än som hälso- och sjukvård, med allt vad det innebär i form av patientsäkerhetskrav m.m.

Utredningens sammantagna bedömning är trots allt att hjälpmedel även fortsättningsvis bör vara en del av hälso- och sjukvården. Fördelarna med att se hjälpmedel som en del av hälso- och sjukvården överväger nackdelarna. Vi ser heller inte ett samlat huvudmannaskap som lösningen på existerande samordnings- och effektivitetsproblem. Det framstår sammantaget som effektivast att hjälpmedel utgör en integrerad del av habilitering, rehabilitering och övrig sjukvård. Snarare än att brytas ut från vården borde hjälpmedel integreras mer med andra insatser.

Detta ställningstagande påverkar givetvis övriga överväganden och förslag. Som på de flesta andra områden finns det målkonflikter att hantera. Det handlar framför allt om svårigheten att åstadkomma en ökad nationell likvärdighet inom ramen för ett system som finansieras av kommuner och landsting och som bygger på principen om kommunalt självstyre.

12.2 Funktionshinderspolitik och mänskliga rättigheter

En självklar utgångspunkt för utredningens arbete har varit FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och barnkonventionen. Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning är vägledande för den svenska funktionshinderspolitiken och därmed också för denna utredning. Det innebär att vi utgår ifrån att hinder till följd av funktionsnedsättning går att förebygga och eliminera genom att förändra i miljö och omgivning genom tillgänglighet och universella lösningar. Produkter och tjänster ska utformas så att de fungerar för alla, utan att behöva anpassas för särskilda individer eller grupper. Tillgänglighet och universell utformning är, i enlighet med FN-konventionen och den svenska funktionshinderspolitiken, själva grunden för ett inkluderande samhälle där alla kan delta. Hjälpmedel, personlig assistans och andra insatser behövs dock som komplement till de generella lösningarna. Att det ska finnas tillgång till väl fungerande hjälpmedel är därmed en viktig förutsättning för möjligheterna till inkludering och delaktighet i samhället.

Hur tillgängligheten i samhället utvecklas, hur tillgången till universellt utformade produkter och tjänster ser ut samt hur olika individuella stöd utformas har stor betydelse för hjälpmedelsverksamheten. Tillgängliga bostäder och kommunikationer är många gånger en förutsättning för att man ska ha nytta av sina hjälpmedel.

12.3 Hjälpmedelsanvändare en heterogen grupp

En utgångspunkt för utredningens överväganden är det faktum att hjälpmedelsanvändare är en heterogen grupp. De flesta av oss kommer sannolikt att någon gång i livet ha behov av hjälpmedel. Hjälpmedel kan behövas i många olika situationer, i arbetslivet, inom äldreomsorgen, i skolan, för att kunna bo kvar i sitt hem och klara sig själv när man blir äldre. Människor är olika och har olika förutsättningar, behov och önskemål.

12.4 Delaktighet och självbestämmande

Möjligheter till delaktighet och självbestämmande innebär olika saker för olika personer i olika situationer. Ett hjälpmedel som en viss person bara behöver använda under en tillfällig rehabiliteringsperiod kan andra behöva använda dagligen under hela livet. Möjligheten till valfrihet är viktig och självklar för de flesta. Likväl anser vi att den befintliga fritt val-modellen inte bör uppmuntras, eftersom den inte fungerar bra i sin nuvarande utformning. Vi ser bättre möjligheter att tillgodose behovet av delaktighet och självbestämmande inom ramen för förskrivningsprocessen via breda, upphandlade sortiment. Här ska också framhållas möjligheten att köpa hjälpmedel på egen hand.

12.5 Framtida utmaningar

Befolkningen i Sverige blir allt äldre och vi har i dag en av världens äldsta befolkningar. De flesta hjälpmedelsanvändare är också äldre. Förutom att risken för funktionsnedsättning ökar med åldern, lever allt fler med kroniska sjukdomar. På hjälpmedelsområdet finns i likhet med andra välfärdsområden därför en betydande framtida ekonomisk utmaning. Men behovet av hjälpmedel hänger inte bara samman med antalet äldre eller folkhälsan. Nya generationer kommer sannolikt att ställa större krav på aktiviteter och delaktighet än tidigare generationer. Framtidens äldre kommer förmodligen oftare att vilja vara aktiva och klara sig själva och bo hemma så länge som möjligt. Hjälpmedel kan bidra till detta och är därmed en insats som kan ge förutsättningar för högre livskvalitet. Den tekniska utvecklingen och den pågående digitaliseringen kommer att ge helt nya möjligheter att använda hjälpmedel och ny teknik för att delta i samhällslivet. Samtidigt är det viktigt att framhålla att stora skillnader i hälsa i olika delar av landet och mellan olika socioekonomiska grupper ger olika förutsättningar att ta del av den nya tekniken. Detta är bakgrunden till att de förslag vi lägger både syftar till ökad likvärdighet och samtidigt skyddar grupper som riskerar att inte ha råd med hjälpmedel.

Samverkan mellan huvudmännen är fortfarande, så här lång tid efter 1990-talets stora reformer på äldre-, funktionshinders- och psykiatriområdet, inte alltid vad den borde vara för personer som har behov av insatser från flera verksamheter eller huvudmän.

12.6 Behov av bra hjälpmedel att välja bland

För att klara kommande demografiska utmaningar krävs bland annat effektivitet när det gäller att upphandla ett bra och varierat utbud av hjälpmedel och få till stånd en fungerande marknad. Utvecklingen av nya hjälpmedel går snabbt och det måste finnas underlag som ger möjlighet att värdera nyttan av ett hjälpmedel mot kostnaden för att införa det. Vi ser också att det finns allt fler produkter att köpa i handeln som kan användas som hjälpmedel. Storleken på denna marknad är svårt att uppskatta, men den är sannolikt mer begränsad än nödvändigt, t.ex. borde fler utländska företag kunna agera på den svenska hjälpmedelsmarknaden. Att människor ges möjlighet att tillgodose sitt hjälpmedelsbehov utan att gå igenom en förskrivningsprocess inom hälso- och sjukvården innebär ökad valfrihet och självbestämmande för dem. Användandet av smarta telefoner som hjälpmedel har inneburit en revolutionerande förändring för många. Positivt vore också om tjänster för support och rådgivning som passar alla användare kunde utvecklas i motsvarande mån. Vi ser att det ibland skulle kunna vara kostnadseffektivt för huvudmännen att förskriva konsumentprodukter och inte bara medicintekniska produkter. I bästa fall kan en dyr lösning ersättas med en modernare och billigare.

12.7 Olikheter behöver minska

Det finns, som tidigare nämnts, skillnader i vilka hjälpmedel som kan förskrivas i olika delar av landet och det finns skillnader i de avgifter som tas ut. Detta upplevs av många användare som godtyckligt och orättvist och utmanar förtroendet för den offentligt finansierade välfärden. Likvärdighetsprincipen innebär att en offentlig tjänst ska vara av lika värde för alla medborgare oavsett ålder, kön, ekonomiska förutsättningar eller bostadsort. Det behöver inte innebära att tjänsterna måste vara identiska. Det finns skillnader som kan vara godtagbara och t.o.m. uppmuntras, därför att de speglar medborgares olika uppfattningar om hur verksamheter ska utformas eller variationer i individuella behov. En del kommuner och landsting förbättrar sina resultat snabbare än andra. Utredningen vill dock betona vad de flesta bedömare numera tycks vara överens om, nämligen att oavsett hur man resonerar om likvärdighet och kommunalt självstyre, så är de skillnader inom hjälpmedelsområdet som utredningen funnit inte accep-

tabla. Utredningen drar därför slutsatsen att det behövs en effektivare statlig styrning på hjälpmedelsområdet.

12.8 Behov av ökad statlig styrning

Utredningens utgångspunkt är att föreslå styrmedel som skapar en rimlig balans mellan det berättigade kravet på nationell likvärdighet och kommunalt självstyre och samtidigt inte hindrar utan skapar drivkrafter för utveckling och innovation. Det handlar både om att förtydliga lagstiftningen och att skapa förutsättningar för en bättre uppföljning och tillsyn på hjälpmedelsområdet. I dag är det svårt att bedöma verksamhetens kvalitet och kostnadseffektivitet. Det är dock en utmaning att åstadkomma en samlad och långsiktig styrning på hjälpmedelsområdet. Statens styrning av kommuner och landsting har generellt kritiserats för att vara komplicerad, bristfälligt samordnad och ineffektiv samt begränsa deras utrymme för verksamhetsutveckling och prioriteringar. Statskontoret har identifierat att frågan om relationen mellan stat och kommun är en av de största utmaningarna för den offentliga sektorn på sikt.

13 Ökad likvärdighet – överväganden och förslag

13.1 Inledning

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, jfr 3 kap. 1 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Alltför stora variationer i utbudet av hjälpmedel och avgifter över landet kan sägas strida mot målsättningen om vård på lika villkor. Utredningen har i uppdrag att lämna förslag i syfte att öka likvärdigheten och minska skillnader i fråga om avgifter och regelverk på hjälpmedelsområdet samt därvid se över frågan om nationell reglering och ett samlat huvudmannaskap. Utgångspunkten är att förslagen inte ska öka det offentliga åtagandet.

I detta kapitel behandlas frågan om någon form av övergripande nationell reglering bör införas för att komma till rätta med de skillnader som framgår av kartläggningen i det föregående. I avsnitt 13.2 presenteras utgångspunkter i form av den kommunala självstyrelsen och nuvarande reglering i HSL. I avsnitt 13.3 diskuteras om det finns skäl att förändra dagens ansvarsfördelning för hjälpmedel. Utredningens överväganden i fråga om hur området skulle kunna regleras framgår av avsnitten 13.4, som behandlar olika modeller och även särskilda frågor, som rättighetslagstiftning och förhållandet till internationella konventioner om mänskliga rättigheter. Avsnitt 13.5 handlar om statlig styrning på andra sätt än genom lagstiftning. Därefter följer en sammanfattande analys (avsnitt 13.6). Utredningens förslag lämnas i avsnitt 13.7.

Överväganden och förslag i fråga om *avgifter* för hjälpmedel lämnas i nästa kapitel.

13.2 Nuvarande ordning

13.2.1 Kommunal självstyrelse

I 1 kap. 1 § regeringsformen (RF) anges att den svenska folkstyrelsen förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. Sverige är indelat i kommuner och landsting (1 kap. 7 § RF) vilka på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund sköter de angelägenheter som anges i kommunallagen (1991:900) eller i särskilda föreskrifter. Den kommunala självstyrelsen har en lång tradition i Sverige och innebär att det ska finnas en självständig och, inom vissa ramar, fri bestämmanderätt för kommuner och landsting. Kommunernas och landstingens existens, ställning, organisation och verksamhet är reglerade i grundlagen, kommunallagen och ett stort antal författningar med inriktning på speciella verksamhetsgrenar som socialtjänst, skolväsende och hälso- och sjukvård. Ett samlat ansvar läggs genom ett decentraliserat ansvar för finansiering, beslut och utförande nära befolkningen vilket ökar möjligheten att utöva inflytande över verksamheten, dvs. demokratin ökar. På motsvarande sätt ökar lokalbefolkningens möjlighet till ansvarsutkrävande samt möjligheterna att anpassa verksamheten utifrån lokala förutsättningar och därigenom utveckla så effektiva lösningar som möjligt.

Samtidigt måste den kommunala självstyrelsen vägas mot andra intressen. Det finns ett antal värden på nationell nivå som kan motivera en lagreglering som inskränker självstyrelsen. Demokrati, rättssäkerhet, samhällsekonomisk stabilitet, effektivitet och likvärdighet över landet är exempel på sådana värden[1].

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den (14 kap. 3 § RF). I förarbetena anges att denna reglering innebär att riksdagen regelmässigt måste pröva kommunernas självstyrelseintressen när begränsningar av självstyrelsen övervägs (prop. 2009/10:80 s. 212). Vidare anges att proportionalitetsprövningen bör innefatta en skyldighet att undersöka om det ändamål som regleringen avser att tillgodose kan uppnås på ett, för

[1] SOU 2016:2 s. 163.

det kommunala självbestämmandet, mindre ingripande sätt än det som föreslås.

13.2.2 Hälso- och sjukvårdens ansvar för hjälpmedel

Enligt 8 kap. 7 § HSL (tidigare 3 b § i äldre HSL) ska landstinget erbjuda dem som är bosatta inom landstinget habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Landstingets ansvar omfattar dock inte habilitering, rehabilitering och hjälpmedel som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 12 kap. 5 § (tidigare 18 b §). Landstingets ansvar innebär inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag. Personliga hjälpmedel är alltså primärt en hälso- och sjukvårdsinsats, även om ansvaret emellanåt åvilar andra huvudmän.

I lagen definieras inte hjälpmedel och det finns heller inga föreskrifter, allmänna råd eller riktlinjer på nationell nivå. Socialstyrelsens termbank[2] innehåller dock en nyligen framtagen definition av hjälpmedel för det dagliga livet:

> En individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning. Exempel på sådana hjälpmedel är rollatorer, griptänger, hörapparater, förstoringssystem och appar för påminnelser. Förskrivs eller köps på konsumentmarknaden efter rådgivning av behörig hälso- och sjukvårdspersonal. De flesta hjälpmedel för det dagliga livet är medicintekniska produkter.

Det finns lokala och regionala variationer i vilka hjälpmedel som huvudmännen faktiskt tillhandahåller. Hur tillhandahållandet ska ske avgörs också av sjukvårdshuvudmännen. Variationer vilka uppkommer till följd av det lokala beslutsfattandet sågs vid HSL:s tillkomst inte som problematiskt, under förutsättning att vården ändå håller en *likvärdig kvalitet* (prop. 1981/82:97 s. 17). Enligt hälso- och sjukvårdsutredningen[3] är innebörden av lika villkor att alla som bor i landet i princip ska ha samma möjlighet att vid behov få tillgång till hälso- och sjukvård. Endast vårdbehoven ska avgöra

[2] Socialstyrelsens tembank. Tillgänglig online : termbank.socialstyrelsen.se/ [2017-04-12].
[3] SOU S 1975:04, se prop. 1981/82:97 s. 22.

insatsernas omfattning och karaktär. I ekonomiskt avseende innebär principen att enhetliga taxor för jämförbar vård måste eftersträvas.

För hälso- och sjukvården ställs synnerligen höga krav på likvärdighet, vilket innebär att en verksamhet i princip ska ge samma nytta över hela landet. Verksamheten behöver dock inte vara lika utformad. Det handlar om vilka resultat som verksamheten ger. För hjälpmedelsområdet innebär det att sjukvårdshuvudmännen ska erbjuda hjälpmedel som tillgodoser samma behov över landet.

Landstingen uppfattar i regel sitt ansvar för att tillhandahålla hjälpmedel som att det omfattar sådana hjälpmedel som är nödvändiga från medicinska, rehabiliterings- eller habiliteringsmässiga synpunkter, individuellt utprovade och som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens för bedömning och utprovning[4]. Vissa hjälpmedel anses ingå i egenansvaret och dessa får den enskilde själv införskaffa och bekosta. Likväl kan huvudmännen tillhandahålla stöd i användning och anpassning gällande sådana hjälpmedel, som en del i deras ansvar för habilitering och rehabilitering. En vanlig princip är att produkter som är vanligt förekommande i ett hem och som kan köpas i allmän handel inte förskrivs som personliga hjälpmedel.[5] Vilka hjälpmedel som tillhandahålls beror i huvudsak på vilket utbud som har upphandlats av landstinget ifråga. Eventuella avgifter som tas ut i samband med att hjälpmedel förskrivs varierar i storlek men också till sin karaktär (mer om avgifter i kap. 6 och 14).

Vidare gäller enligt 7 kap. 2 § patientlagen (2014:821) att när det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga, ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat. En motsvarande bestämmelse infördes samtidigt som patientlagen i sista stycket i 3 b § HSL; ”Landstinget ska ge den enskilde möjlighet att välja hjälpmedel enligt vad som anges i 7 kap. 2 § patientlagen”. För kommunernas del infördes sista stycket i 18 b § HSL. Numera finns dessa regler i ”egna” paragrafer i 10 kap. 2 § respektive 13 kap. 2 § HSL. I den tidigare lagen fanns en begränsning gällande landstingets skyldighet att ge patienten möjlig-

[4] SOU 2011:77 s. 78.
[5] Prop. 2015/16:71 s. 7.

het att välja hjälpmedel som följde av 3 b § första stycket HSL, dvs. att valmöjligheten enbart gällde *dem som är bosatta i eller som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget*. Att detta var avsikten framgår explicit av författningskommentaren till 7 kap. 2 § patientlagen:

> När det gäller landstingets skyldighet att ge patienten möjlighet att välja hjälpmedel följer det av 3 b § första stycket HSL att denna möjlighet enbart gäller dem som är bosatta i eller som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget. Kommunens skyldighet att erbjuda patienten möjlighet att välja hjälpmedel gäller enbart patienter som omfattas av kommunens ansvar enligt 18 b § första eller andra stycket HSL.[6]

Den kopplingen kan sägas vara mindre tydlig i den nya lagtexten. I 8 kap. 7 § HSL anges dock uttryckligen att landstinget ska erbjuda *dem som avses i 1 §* bl.a. hjälpmedel. I 8 kap. 1 § anges att landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är *bosatt inom landstinget* (och till dem som är kvarskrivna eller stadigvarande vistas inom landstinget). Någon skyldighet att erbjuda hjälpmedel till andra än dem som anges i 8 kap. 1 § föreligger således inte enligt HSL. Vidare ska framhållas att i författningskommentaren till 10 kap. 2 § HSL hänvisas uttryckligen till tidigare förarbetsuttalanden och framgår att ingen materiell ändring är avsedd (se prop. 2016/17:43 s. 140).

Den enskildes val av hjälpmedel ska alltså tillgodoses om hjälpmedlet är tillgängligt och sjukvårdshuvudmannen finner att valet framstår som befogat med hänsyn till den enskildes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet. En avvägning ska göras mellan det behov som hjälpmedlet ska fylla och en eventuell kostnadsökning i förhållande till ett annat hjälpmedel. Patienten ska ha möjlighet att välja ett visst hjälpmedel även om det är dyrare än ett annat alternativ men det måste samtidigt finnas en gräns för hur stora kostnadsökningar som kan accepteras för att tillgodose den enskildes behov. Om patientens nytta av hjälpmedlet står i rimlig proportion till kostnadsökningen ska patientens val tillgodoses.[7]

Statens ansvar för hälso- och sjukvården begränsar sig till ett mer övergripande planerings- och samordningsansvar. Någon ingående statlig styrning av vården har inte ansetts förenlig med ramlagstanken

[6] Prop. 2013/14:106 s. 123.
[7] Prop. 2013/14:67 s. 27.

och inte heller med den kommunala självstyrelsen. Staten har dock möjlighet att påverka kommunal verksamhet inom ramen för den ekonomiska politiken och vid överläggningar med representanter för kommuner och landsting. Vidare har staten hand om tillsyn i syfte att garantera enskilda människor trygghet i fråga om vårdens kvalitet. Den statliga tillsynen bör enligt förarbetena till HSL främst avse allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte, rådgivning till huvudmannen samt möjligheter till tillsyn i enskilda fall[8]. På just hjälpmedelsområdet har inte förekommit någon systematisk tillsyn, såvitt utredningen kunnat finna.

13.3 Behovet av en nationell reglering

13.3.1 Tidigare utredningar på hjälpmedelsområdet

Hjälpmedelsområdet har varit föremål för statlig utredning även tidigare. Den s.k. Hjälpmedelsutredningen lämnade 1989 sitt betänkande *Hjälpmedelverksamhetens utveckling – kartläggning och bedömning* (SOU 1989:39). Tillsammans med den s.k. Handikapputredningens betänkanden[9,10,11] låg Hjälpmedelsutredningens betänkande till grund för förslagen och slutsatserna i prop. 1992/93:159 *Stöd och service till vissa funktionshindrade*[12], dvs. förarbetena till lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

I betänkandet kartlades och analyserades situationen på hjälpmedelsområdet. Man konstaterade att hjälpmedelsverksamheten förändrats till att omfatta allt fler behovsgrupper och allt fler hjälpmedel under den senaste tioårsperioden. Ett resultat av att verksamheten hade expanderat så kraftigt var att det fanns behov av att korta väntetiderna.

Att olika hjälpmedel förskrevs över landet tycks inte ha varit något stort problem vid tidpunkten för denna utredning. En orsak till detta tros vara att Handikappinstitutet vid tidpunkten gav ut en förteckning över hjälpmedel som testats och rekommenderades till hälso- och sjukvårdshuvudmännen att tillhandahålla. Hjälpmedels-

[8] Prop. 1981/82:97 s. 16.
[9] SOU 1990:19.
[10] SOU 1991:97.
[11] SOU 1991:46.
[12] Prop. 1992/93:159 s. 40 f.

förteckningen hade en styrande funktion och sjukvårdshuvudmännen följde i stor utsträckning de rekommendationer som lämnades. Listan spelade en viktig roll för att föra ut kunskap om bra och säkra produkter över landet. På detta sätt skapades förutsättningar för personer med funktionsnedsättning i olika delar av landet att få tillgång till hjälpmedel. Samtidigt bromsade en central hjälpmedelsförteckning i viss mån utvecklingen på hjälpmedelsområdet genom att huvudmän ofta avvaktade beslut om centrala rekommendationer innan lokala beslut togs. Hjälpmedel som inte fanns med på listan hade svårt att få genomslag, även om de kunde ha stor betydelse för personer med funktionsnedsättning. Mot bakgrund av detta föreslog utredningen att Handikappinstitutet inte längre skulle lämna rekommendationer eller riktlinjer kring hjälpmedel på riksnivå. År 1991 ändrades institutets stadgar och den normerande rollen upphörde.

I oktober 2001 tillsattes en ny utredning inom hjälpmedelsområdet, LSS- och hjälpmedelsutredningen. I dess betänkande *Hjälpmedel* (SOU 2004:83) konstaterades att det förekommer olikheter över landet kring vilka hjälpmedel som förskrivs och hur de tillhandahålls, men detta beskrivs inte som ett stort problemområde och inga särskilda förslag lades kring hur olikheterna skulle kunna utjämnas. Däremot identifierades problem i fråga om avgifter för hjälpmedel och lades förslag på avgiftsområdet, vilka dock aldrig kom att genomföras.

År 2011 tillsattes ytterligare en hjälpmedelsutredning, den s.k. Utredningen för fritt val av hjälpmedel. Utredningens fokus var att utreda förutsättningarna för en ökad valfrihet för användaren och att stödja kommuner och landsting att införa fritt val av hjälpmedel. I betänkandet *Hjälpmedel – ökad delaktighet och valfrihet* (SOU 2011:77) föreslogs en lagstadgad skyldighet för landsting eller kommun att ta hänsyn till den enskildes önskemål vid tillhandahållande av hjälpmedel. Utredningen framhöll att under arbetets gång hade det framkommit många synpunkter som inte varit möjliga att beakta inom ramen för förslaget, vilka borde kunna tjäna som utgångspunkt för en eventuellt kommande utredning om hjälpmedel[13]. En sådan synpunkt var att det finns stora olikheter över landet när det gäller tillgången till och utbudet av hjälpmedel och vidare att det har större betydelse för användarna med ökad likhet än ökad valfrihet. Utredningen ansåg

[13] SOU 2011:77 s. 83.

inte att det fanns någon motsättning mellan dessa intressen och framhöll att det arbete med s.k. öppna jämförelser som pågår inom hälso- och sjukvården skulle kunna vara en utgångspunkt för att åstadkomma mer likvärdiga villkor.

13.3.2 Aktuella kartläggningar av likvärdigheten på hjälpmedelsområdet

Handikappförbunden genomförde ett treårigt projekt kallat *Hjälpmedel – en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet* som resulterade i fem rapporter år 2010. I den första rapporten[14], som bygger på knappt 60 enkäter till medlemsförbund, ungdomsorganisationer och samarbetsorgan, identifierades information till brukare om befintligt sortiment som det viktigaste området att förändra på nationell nivå. På tredje plats kom ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun. Avgiftssystemet kom på femte plats. Mer specifika frågor rörande hjälpmedel, t.ex. riktlinjer om egenvård, fritidshjälpmedel och begränsningar i sortimentet kom ännu längre ned. Det förtjänar att påpekas att det var små skillnader mellan organisationerna, men bland medlemsförbunden hade flest angett ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun som prioriterat område. Oavsett vem som besvarat enkäten lyftes tre grupper fram som särskilt eftersatta i fråga om hjälpmedel; personer med behov av hjälpmedel inom kognition och kommunikation, personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med läs- och skrivsvårigheter.

I rapport nr 2[15] belystes 351 brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning genom en enkätundersökning. Bemötandet och information från förskrivaren fick mycket högt betyg. De som ansåg att hjälpmedlet svarar mot deras behov var 88 procent (s. 34). Den kostnad som hjälpmedlet medfört var det som fick lägst betyg.

I rapport nr 4[16] intervjuades majoritetspolitiker på hälso- och sjukvårdsområdet. Alla politikerna kände till skillnaderna i avgifter och regelverk över landet, men inte alla såg det som problematiskt utan hänvisade till den kommunala självstyrelsen. De län som hade inrättat

[14] Handikappförbunden (2010). En kartläggning av handikapprörelsens arbete med hjälpmedelsfrågor.
[15] Handikappförbunden (2010). Brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning.
[16] Handikappförbunden (2010). Politikers agerande i hjälpmedelsfrågan och deras samarbete med handikapprörelsen.

en gemensam nämnd mellan landsting och kommun förordade detta till undvikande av ”gråzoner” (s. 16).

I den femte rapporten[17] behandlas en fokusgruppstudie med grupper av förskrivare och brukare. Förskrivarna var ense om att brukarens behov inte alltid går att tillgodose då vissa hjälpmedel tagits bort från sortimentet och det inte går att förskriva hjälpmedel för fritiden i samma utsträckning längre (s. 19). Försämringarna i tillgång till hjälpmedel uppfattades genomgående som en följd av landstingens dåliga ekonomi. De brukare som deltog i studien fick bl.a. svara på vad som vore idealiskt och uppgav då att få tillgång till hjälpmedel utan begränsningar, även hjälpmedel för fritiden, samt högkostnadsskydd. Brukarna var ense om att de ville ha ett ställe att gå till och inte flera aktörer (s. 41). Flera av brukarna hade erfarenheter av att nekas tillgång till hjälpmedel m.m. Det gällde färgläsare, fickur, elevassistent, dator, glasögon, bostadsanpassning i kök och telefontjänster (s. 46).

Hjälpmedelsinstitutet (HI) publicerade rapporten *Hjälpmedel på lika villkor – kartläggning av landstingens och regionernas tillhandahållande av hjälpmedel* 2012. Kartläggningen, som utgick från två fiktiva fallbeskrivningar, visade att det var förhållandevis stora regionala skillnader i villkoren för att få hjälpmedel. Kartläggningen visade också på skillnader i avgifter och ojämlika förutsättningar till information, då transparensen i landstingens villkor inte var optimal. Man tyckte sig dessutom se geografiska mönster där storstadsegioner och ”andra tillväxtområden” var mer generösa än mindre regioner. De stora skillnaderna i kostnadsbilden förklaras till övervägande del av huruvida det ansågs möjligt att förskriva vissa hjälpmedel eller inte. I undersökningen jämställdes nämligen avgifter med kostnader för att själv köpa ett visst hjälpmedel.

Myndigheten för delaktighet (MFD) har i rapporten *Utvärdering och analys av funktionshinderspolitiken 2011-2016* anfört bl.a. att personer med funktionsnedsättning har betydligt sämre levnadsvillkor än befolkningen i övrigt. Vården är ojämlik för personer med funktionsnedsättning, men det saknas kunskap om vad orsakerna är, bl.a. för att det saknas uppföljning (s. 116).

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen särskilt kartlagt regelverk, avgifter för och förskrivningen av hjälpmedel i landet. Den sam-

[17] Handikappförbunden (2010). Hjälpmedel - regelverk – livskvalitet – kön. En fokusgruppstudie med förskrivare och brukare utifrån ett genusperspektiv.

manfattande slutsatsen är att förutsättningarna är jämlika för att få förskrivna hjälpmedel[18]. Resultatet från kartläggningen visar att behoven i stort sett tillgodoses. De hjälpmedel som kan förskrivas hos minst antal landsting tillgodoser behov av låg svårighetsgrad, vilket förmodligen är anledningen till att de ansetts ingå i egenansvaret (t.ex. griptång och kryckkäpp). Även regelverken anses möjliggöra en jämlik hjälpmedelsförskrivning i landet. I synnerhet gäller detta i de län där landsting och kommuner har ett gemensamt regelverk. De skillnader som framkommer är bl.a. om det är tillåtet att förskriva annat än bara medicintekniska produkter, om det finns krav på förskrivarutbildning och om det finns beslutsstöd för prioriteringar på individnivå[19]. Förskrivningen varierar i förhållande till kön, men dessa skillnader skulle kunna förklaras av olika behov och olika typer av funktionsnedsättningar hos kvinnor (flickor) och män (pojkar). Barn ansågs ha goda förutsättningar för att få hjälpmedel förskrivna. Majoriteten av hjälpmedelsanvändarna känner stort förtroende för förskrivarens kompetens. Däremot ansågs de stora skillnaderna i avgifter kunna bidra till en ojämlik hjälpmedelsförsörjning över landet.

Utredningen anser att det samlade intrycket av nu nämnda rapporter och annat tillgängligt material om situationen på hjälpmedelsområdet sammantaget inte ger stöd för att samhällets tillhandahållande av hjälpmedel har stora brister överlag. Däremot framkommer att området är svåröverskådligt och att villkoren skiljer sig åt över landet. I synnerhet gäller detta avgiftsområdet, vilket utredningen återkommer till i följande kapitel.

13.4 Alternativa modeller för hjälpmedelsförsörjningen

13.4.1 Inledning

Ett sätt att komma till rätta med problemen med bristande likvärdighet på hjälpmedelsområdet skulle kunna vara att samla ansvaret och finansieringen hos en huvudman. Härigenom skulle också dagens gränsdragningsproblem elimineras. Enligt direktiven ska utredningen se över frågan om ett samlat huvudmannaskap. Utredningen ska

[18] Bedömningarna har gjorts med ledning av utfallet för ett antal fiktiva fallbeskrivningar.
[19] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning, s. 71.

också kartlägga den rådande ansvarsfördelningen och ta fram förslag som förtydligar ansvarsfördelningen mellan huvudmän med ansvar för hjälpmedel till barn och elever. Direktiven undantar dock uttryckligen arbetshjälpmedel, som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ansvarar för. Även om man skulle samla ansvaret för personliga och pedagogiska hjälpmedel hos en och samma aktör, skulle således gränsdragningsproblem kvarstå.

Om man förutsättningslöst analyserar teoretiskt möjliga alternativ till dagens splittrade huvudmannaskap för personliga hjälpmedel kan i huvudsak tre alternativa huvudmän urskiljas: kommunen, landstinget eller staten.

13.4.2 Kommuner som huvudman

Kommuner har i dag hälso- och sjukvårdsansvar till och med sjuksköterskenivå i vissa situationer. Om kommunerna hade det samlade ansvaret för hjälpmedel skulle en betydande del av hjälpmedelsverksamheterna, t.ex. hörcentraler och ortopedteknisk verksamhet, få byta huvudman. Till kommunerna skulle behöva överföras kompetens på flera områden, ofta i form av legitimerad medicinsk personal. Utredningen bedömer att det skulle leda till problem, särskilt för små kommuner. För vissa grupper av hjälpmedelsanvändare finns en uppenbar risk för försämrad vård till följd av att kommunerna inte ansvarar för läkarvård. Enligt utredningens mening bör landstingen även fortsättningsvis ansvara för mer avancerade hjälpmedel som kräver specialiserad kompetens för att prova ut, anpassa och förskriva. Hjälpmedelsförskrivningen kan inte utan vidare frikopplas från andra vård- och behandlingsåtgärder utan utgör en del i vårdkedjan. Gränsdragningsproblemen mot vården torde kvarstå så länge som inte all hälso- och sjukvård överförs till kommunerna. Därtill är det svårt att se hur ett kommunalt huvudmannaskap skulle bidra till att tillgången på hjälpmedel blir mer lika över landet. Utredningen finner därför inte skäl att överväga alternativet med kommuner som ensamma huvudmän ytterligare.

13.4.3 Landsting som huvudman

Dagens ansvarsfördelning där kommunerna i vissa situationer har ansvar för hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå, inklusive förskrivning av hjälpmedel inom ramen för sådan hälso- och sjukvård, är i huvudsak ett resultat av den s.k. Ädelreformen från början av 1990-talet. Kommunerna har ansetts ha bättre möjligheter att integrera insatser från socialtjänsten med vårdinsatser upp till sjuksköterskenivå. Att återföra ansvaret för denna del av vården till landstingen vore en mycket radikal förändring, i strid med intentionerna bakom Ädelreformen.

Förskrivarna av hjälpmedel i de särskilda boendeformerna utgörs praktiskt taget helt av kommunal personal. Det är en uppenbar nackdel om inte förskrivning och finansiering följs åt. En sådan lösning ger svaga incitament för kostnadsmedvetenhet hos förskrivarna i de särskilda boendeformerna.[20] Genom att ansvar och befogenhet hålls samman skapas bättre förutsättningar för kostnadskontroll och kostnadseffektivitet. Detta förhållande diskuteras särskilt i den norska hjälpmedelsutredningens betänkande, se vidare i avsnitt 13.4.5.

Dessutom är de grupper som omfattas av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret i regel personer med komplexa behov. Om förskrivning av hjälpmedel för denna grupp skulle bli landstingets ansvar, kan det försvåra för sådana multiprofessionella team som behöver finnas i kommunerna för att kunna ge medborgarna en fullgod vård. I vart fall skulle det leda till en ökad fragmentisering snarare än motsatsen för de berörda.

Mot denna bakgrund anser utredningen att det saknas tillräckliga argument för att överväga alternativet med landsting som ensamma huvudmän för hjälpmedelsverksamheten ytterligare.

13.4.4 Staten som huvudman

Ett sista alternativ att undersöka är om staten skulle kunna vara ensam huvudman för hjälpmedel varigenom man skulle kunna åstadkomma en ”enda dörr in” för hjälpmedelshanteringen.

Det framstår som osannolikt att staten i närtid skulle komma att ta över det operativa ansvaret för all hälso- och sjukvård i Sverige.

[20] SOU 1995:122 s. 164.

Under förutsättning att hjälpmedelsförskrivning som i dag ses som en del i vårdkedjan, kommer ansvaret naturligt att åvila landstingen snarare än staten. Hjälpmedelsförskrivning är en integrerad del i hälso- och sjukvårdens processer, där hjälpmedlet ska kompensera för en persons aktivitetsbegränsningar, underlätta behandling eller förebygga komplikationer. Bedömning av hjälpmedelsbehov sker genom att, utifrån medicinsk kompetens, bedöma funktions- och aktivitetsnivå samt i samråd med hjälpmedelsanvändaren bestämma vilka åtgärder som ska sättas in. Hjälpmedelsbehovet relateras till andra vidtagna eller planerade åtgärder och ska integreras i en övergripande vårdplanering. Hjälpmedelsförskrivningen kan således inte utan vidare frikopplas från andra vård- och behandlingsåtgärder utan utgör en del i vårdkedjan.[21] Staten har i nuläget ingen myndighet med relevant medicinsk kompetens. Alla dessa förhållanden talar emot att överlåta ansvaret på staten.

I detta sammanhang kan nämnas vissa uttalanden i fråga om statens roll i hälso- och sjukvårdssystemet som gjorts av den s.k. Ansvarskommittén[22]. För att främja utvecklingen mot ökad likvärdighet föreslogs den statliga styrningen utgå från uppgiften att ge medborgaren likvärdig hälso- och sjukvård. Kommittén såg detta som ett nationellt uppdrag i ett decentraliserat system. Likvärdighet kopplas i förslaget till statlig styrning – kunskapsstyrning och uppföljning – och inte till statligt huvudmannaskap.[23] Inget tyder på att inriktningen för statens styrning av hälso- och sjukvård är en annan i dag. Nyligen beslutades en ny hälso- och sjukvårdslag som inte innebär några större materiella förändringar jämfört med tidigare. I synnerhet gäller detta i fråga om statens roll.

Rent teoretiskt kan man tänka sig en modell där hjälpmedelsverksamheten lyfts ut från HSL och där staten får ansvaret för att tillhandahålla och/eller finansiera hjälpmedel, inte som en del av vården utan som en välfärdsinsats, eventuellt med utgångspunkt i rättighetslagstiftning. För vissa hjälpmedel, främst konsumentprodukter, skulle det kunna fungera, eftersom alla hjälpmedel inte är av den arten att de måste provas ut och anpassas individuellt. Fördelarna skulle vara att det ökar möjligheterna till lika villkor över landet genom ett

[21] SOU 2011:77 s. 77.
[22] SOU 2007:10.
[23] a. bet. s. 123.

nationellt sortiment och förutsebar avgiftssättning. Nackdelarna för patientsäkerheten är dock påfallande, oavsett hur ett sådant system skulle vara konstruerat. Det framstår dessutom som uppenbart att en sådan reform skulle utöka det offentliga åtagandet. För statens del skulle ett operativt huvudmannaskap innebära behov av en betydande lokal organisation för att sköta administrationen av hjälpmedel, liknande statliga NAV:s hjälpmedelscentraler i Norge. Det är svårt att se någon befintlig statlig myndighet som kan komma ifråga för en sådan uppgift. Kostnaderna för att genomföra en dylik reform kunde bli betydande utan att medföra några väsentliga fördelar jämfört med nuvarande system. En sådan lösning innebär också att hjälpmedel inte blir en integrerad del av hälso- och sjukvården. Sannolikt skapas därmed nya gränsdragningsproblem, även om kompetensfrågorna skulle kunna lösas även i statlig regi. Någon kostnadseffektiv lösning kan det dock inte sägas vara att bryta ut området från resten av hälso- och sjukvården och anställa relevant medicinsk personal (arbetsterapeuter m.fl.) i staten i stället. I sammanhanget noteras att den norska hjälpmedelsutredningen övervägt en statlig modell, men funnit att kommunerna under alla förhållanden måste utgöra ”förstalinjen” med brukarkontakt. Den norska modellen innebär visserligen statlig finansiering i stora delar, men det är *kommunerna* som utreder behoven (som en del av sitt generella ansvar för habilitering och rehabilitering). Om man vill välja en lösning som garanterar att besluten fattas nära användarna och samtidigt skapar förutsättning för en god kostnadskontroll, är en helstatlig modell inte bra.

Oavsett om tillhandahållandet av hjälpmedel som i dag utgör en del av hälso- och sjukvården eller inte, anser utredningen att problemen på hjälpmedelsområdet inte är så omfattande att en radikal reform med nytt huvudmannaskap framstår som motiverad. Det alternativet kommer därför inte att övervägas ytterligare.

13.4.5 Utredningen gällande ansvarsfördelningen för hjälpmedel i Norge

Bakgrund

I det här sammanhanget kan det vara intressant att jämföra med det norska hjälpmedelssystemet. I Norge finansieras hjälpmedel för var-

aktiga behov av statliga NAV,[24] men förmedlas av kommunerna (se närmare om dagens ansvarsfördelning i avsnitt 3.12.2). Ett ekspertutvalg i Norge har nyligen utrett och lämnat förslag för en mer effektiv hjälpmedelsförmedling[25]. Utredningen skulle bl.a. överväga vilken ansvarsfördelning mellan stat och kommun som är mest ändamålsenlig. Bakgrunden är att dagens ordning där kommunerna utreder, söker och beställer hjälpmedel medan staten betalar, ger svaga ekonomiska incitament till att hålla kostnaderna nere. Tillsammans med den öppna ramen i statens anslagsfinansiering skapar det en relativt svag kostnadskontroll.[26] Om finansieringen låg på kommunerna skulle de få skäl att välja den mest ändamålsenliga lösningen. Med dagens system lönar det sig kanske inte att lägga pengar på förebyggande arbete i kommunerna, eftersom fördelarna i form av minskade kostnader tillfaller staten. I sammanhanget noteras en pågående reform i syfte att skapa färre och större kommuner, som är bättre rustade för sina nuvarande och kommande uppgifter. Det finns också ett regeringsförslag[27] om att överföra finansieringsansvaret för ”bashjälpmedel” till kommunerna.

Utredningens förslag

Den norska utredningen föreslog att rätten till hjälpmedel även fortsättningsvis ska regleras och finansieras genom folketrygden (dvs. den statliga socialförsäkringen). Majoriteten önskade inte göra några större förändringar i modellen. En minoritet föreslog att kommunerna, som i dag är den centrala aktören vid förmedlingen av hjälpmedel, skulle få överta ansvaret för ”enkla och högfrekventa” hjälpmedel (t.ex. rollator) vilka kan antas komma att öka i omfattning i takt med allt fler äldre. Utredningen föreslog enigt en särskild utredning av ordningen som gäller för hörapparater och ortopediska hjälpmedel, där spesialisthelsetjenesten sköter förmedlingen men utbetalningarna sköts av bidragsenheten NAV Arbeid och ytelser, vilket leder till dålig kostnadskontroll.

[24] NAV stod ursprungligen för Ny Arbeids- og Velferdsforvaltning. Numera är NAV ett egennamn. NAV driver hjälpmedelscentralerna, som fungerar som regional resurs (en per fylke).
[25] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring.
[26] a.a. s. 87.
[27] Meld St. 14 (2014–2015).

Här förtjänar att nämnas den tidigare utredningen Holte-utvalget (NOU 2010:15), vars förslag i stort sett inte blivit verklighet.[28] Dess förslag byggde på den s.k. sektorsansvarsprincipen. Ett starkare och tydligare sektorsansvar skulle bidra till bättre helhetslösningar och rationellare resursutnyttjande. Ansvaret (finansieringen) för ”bas-hjälpmedel” i dagliga livsföringen föreslogs föras över till kommunerna (en modell för inköpssamarbete ansågs därvid som en nödvändig förutsättning). Utredningen pekade också på problemet att Arbeid og ytelser (Arbeids- og velferdsetaten) på grund av bristande fackkompetens i liten grad har möjlighet att ifrågasätta ansökningar/rekvisitioner i fråga om hörapparater och ortopedteknik, vilket leder till svag kostnadskontroll. Utredningen ansåg därför att besluts- och finansieringsansvaret för sådana skulle flyttas till spesialisthelsetjenesten. Man ville också förtydliga ansvaret för skolhuvudmän i fråga om pedagogiska hjälpmedel, liksom spesialisthelsetjenestens ansvar för behandlingshjälpmedel. Flertalet remissinstanser, i synnerhet brukarorganisationer och branschorganisationer, var dock negativa till alla förslag om att lägga sektorsansvarsprincipen till grund för hjälpmedelsförmedlingen[29]. Det skulle kunna få negativa konsekvenser för brukare. Det fanns också en stark oro knuten till att gå över från statens anslagsfinansiering till den kommunala ramfinansieringen, där budgeten blir avgörande för om rättigheterna kan utkrävas.

[28] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring, s. 26.
[29] a.a. s. 28.

Tre olika modeller undersöktes

Den norska utredningen från 2017 undersökte först för- och nackdelar med en helstatlig modell – men här ska genast framhållas att utredningen uttryckligen förutsatt att kommunens ”förstalinje” ska ligga fast. Kommunen skulle alltså även fortsättningsvis ansvara för habilitering och rehabilitering innebärande ett förstalinjeansvar för hjälpmedel. I sammanhanget noterades att det ovan nämnda Holteutvalget utgick från en rent statlig modell. Den möjligheten avvisades dock nu, eftersom det ansågs helt grundläggande att kommunen har ett helhetsansvar för brukarna, och det är kommunen som möter brukarna och upptäcker behov. Den modellen har så goda grunder för sig, resonerade man, att i den delen är det inte aktuellt att ändra på något.[30] Fördelarna med att staten skulle få ansvaret även för hjälpmedel för kortvariga behov, skulle vara att förutsättningarna för likabehandling av de två grupperna ökar. Bland de tänkta fördelarna nämndes vidare att gråzonen mellan kommunerna och staten minskar, bibehållen rättighetslagstiftning, säkerställd kompetens samt stordriftsfördelar. Vidare borde hanteringen bli mer likvärdig och lättare att styra. En tydlig nackdel med modellen ansågs dock vara att bristerna i kostnadskontrollen skulle finnas kvar och t.o.m. öka. Utredningen avvisade därför den ”helstatliga” modellen.

Utredningen övervägde också en ”kommunal” modell, där finansieringsansvaret förts över från staten till kommunerna (utom för hjälpmedel vid arbetsinriktad rehabilitering).[31] I sammanhanget noterades att de statliga hjälpmedelscentralerna är inblandade i endast 10 procent av hjälpmedelsärendena. För det stora flertalet ärenden skulle det således innebära en förenkling när staten inte behöver blandas in alls i ärendehanteringen. Gråzoner skulle dessutom försvinna. Eftersom kommunerna (som saknar beskattningsrätt) har en absolut budgetram som inte får överskridas, skapas bättre förutsättningar för kostnadskontroll. Samtidigt skulle rättighetstanken dock försvagas väsentligt och risken för olikheter öka, då de norska kommunernas beslutsfattande bygger mer på skön än vad folketrygdeloven gör. Besluten skulle heller inte gå att klaga på annat än till Fylkesmannen (ungefär som länsstyrelsen). Dock framhölls att man skulle kunna

[30] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring, s. 98.
[31] a.a. s. 100.

införa andra överklagandemöjligheter. Ännu ett problem ansågs vara att många kommuner saknar kompetensen för att hantera komplexa ärenden i dag och följaktligen är helt beroende av stödet från andralinjen, dvs. de statliga hjälpmedelscentralerna. Det skulle krävas omfattande samarbete mellan kommunerna, vilket kan innebära ökad administration. En möjlig lösning på den problematiken kunde vara att hjälpmedelscentralerna får vara kvar, med ansvar för specialistkompetens, inköp, lager m.m. Utredningen stannade dock för att inte heller föreslå en helt kommunal modell. Orsaken var att det ansågs viktigare att säkra tillgången till kompetens och säkerställa brukarnas rättigheter än att förbättra förutsättningarna för kostnadskontroll.

Slutligen diskuterade den norska utredningen en delad modell[32], i linje med ett regeringsförslag om att föra över finansieringsansvaret för ”bashjälpmedel” från staten till kommunerna. Utredningen ansåg att om man ska flytta över ett finansieringsansvar, måste det vara tydligt vilka hjälpmedel som avses. ”Bashjälpmedel” är inte en klart avgränsad grupp hjälpmedel. Utredningen valde att använda sig av ”enkla, högfrekventa hjälpmedel” istället, vilka kännetecknas av att de förskrivs i stor mängd och bör kunna hanteras av personal i alla kommuner (t.ex. rollator). En minoritet i utredningen ansåg att ansvaret för sådana hjälpmedel bör föras över till kommunerna. Eftersom hjälpmedel av enklare typ endast motsvarar cirka 10 procent av de samlade utgifterna, får det dock inte så stor finansiell betydelse om man flyttar ansvaret för dessa till kommunerna.

Jämförelse med svenska förhållanden

Vid ett övervägande om den nuvarande norska modellen för huvudmannaskap skulle vara möjlig i Sverige är det nödvändigt att se till hela den strukturella kontexten. Den svenska och den norska samhällsstrukturen skiljer sig åt i flera väsentliga avseenden. I Norge har kommunerna ett betydligt större hälso- och sjukvårdsansvar än de svenska kommunerna och det som inte ligger inom kommunernas ansvar är statens ansvar. Statens hälso- och sjukvårdsansvar i Norge sköts rent operativt av fyra statligt ägda hälsoföretag som i huvudsak

[32] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring, s. 102.

ansvarar för sjukhusvården. Någon motsvarighet till regionala sjukvårdshuvudmän motsvarande landstingen finns alltså inte. Den norska lösningen innebär också att man samlat flera välfärdstjänster under samma tak varav hjälpmedel är en sådan tjänst. Hjälpmedelsförsörjningen är således skild från hälso- och sjukvården i Norge. Det framgår tydligt av den norska utredningen att systemet skapar en svag kostnadskontroll eftersom förmedlingen och finansieringen inte följs åt i det nuvarande norska systemet. Detta ses som problematiskt, men man har inte kunnat ena sig om en lösning.

I sammanhanget noteras att undersökningar i Norge visar att bristande likvärdighet och skillnader förekommer även där.[33,34]

Generellt sett är brukarna visserligen nöjda med dagens hjälpmedelsförmedling, bl.a. är det få avslag på ansökningar. Det som lyfts fram som svagheter är väntetider och bristande information, bl.a. efterfrågas fler digitala lösningar. Samtidigt framkommer dock att det är både stora lokala variationer i kompetens hos kommunerna och skillnader i praxis, som kan vara svåra att få grepp om för brukarna.

13.4.6 Huvudmannaskapet för hjälpmedel till barn och elever

För elever i behov av hjälpmedel i skolan skulle många av de gränsdragningsproblem som i dag förekommer mellan sjukvårdshuvudman och skolhuvudman minska om ansvaret fördes över till en av huvudmännen. Tillhandahållande av hjälpmedel ses i dag som en hälso- och sjukvårdsinsats och därför primärt som landstingens ansvar. Det ligger därmed i sakens natur att det måste bli sjukvårdshuvudmännen som i så fall skulle få ta det samlade ansvaret och inte skolhuvudmännen. Skolhuvudmännen besitter inte hälso- och sjukvårdens unika kompetens om funktionsnedsättningar. Vidare framstår det som direkt olämpligt att lämna över hälso- och sjukvårdsansvar till

[33] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring, s. 55 f.

[34] Det gäller dels två brukarundersökningar från Agenda Kaupang (2016) ”Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen – Samhandling og organisering på hjelpemiddelområdet (rapport på uppdrag av Arbeids- och sosialdepartementet). Den ena är statens generella brukarundersökning, med åtta frågor som rör hjälpmedel (personer som beviljats stöd i åldern 18–75 år). Den andra riktade sig särskilt till yngre brukare vid hjälpmedelscentralerna, med 420 svarande från hela landet. Dessutom finns en brukarundersökning från Norges Handikapforbund från 2015, med 120 svarande. Ännu en statlig brukarundersökning från 2016 ger samma bild som dessa tre (men den har gjorts så att resultaten inte kan jämföras).

skolhuvudmän, inte minst från integritets- och patientsäkerhetssynpunkter. Utredningen bedömer därför att skolhuvudmän inte ensamma bör ha ansvar för att tillgodose elevers behov av hjälpmedel i skolan. Vad gäller lämpligheten av att byta huvudmän för hälso- och sjukvården från landsting till staten eller primärkommuner, får hänvisas till vad utredningen anfört i föregående avsnitt.

Även om man teoretiskt kan tänka sig att skolhuvudmännen fråntas allt hjälpmedelsansvar, kan ifrågasättas om det är en lämplig ordning. Utredningen gör därvid följande överväganden. Det är angeläget att elever får adekvat stöd och hjälpmedel av den huvudman som har bäst kompetens för detta. Just för hjälpmedel som ska användas i skolan är kompetensfrågan komplex. Sjukvårdshuvudmännen saknar den pedagogiska spetskompetens som finns hos skolhuvudmännen. Därför är det inte lämpligt att sjukvårdshuvudmannen har ansvar för att tillgodose behovet av pedagogiska hjälpmedel i skolan. Dessutom är det mest effektivt att eleverna får stöd och hjälpmedel i den verksamhet där de befinner sig. Om en elev har behov av endast pedagogiska hjälpmedel för att klara skolan, ska ingen kontakt med hälso- och sjukvården behöva tas. I sammanhanget ska också framhållas en grundläggande princip i svensk funktionshinderspolitik, den s.k. ansvars- och finansieringsprincipen, som innebär att det är varje samhällssektors ansvar att bli tillgänglig och att kostnaderna ska tas i ordinarie verksamhet[35].

Gränsdragningsproblemen mellan huvudmännen bör kunna gå att lösa på enklare sätt än genom förändringar i huvudmannaskapet. Exempelvis har lokala samverkansavtal som tydliggör gränsdragningen mellan huvudmännen visat sig kunna eliminera gränsdragningsproblematiken. De brister i tillhandahållandet av hjälpmedel i skolan som utredningen funnit torde ofta bero på okunskap, vilket kan lösas genom kompetenshöjande åtgärder och/eller förstärkning av personalen i skolan med nya kompetenser, såsom exempelvis arbetsterapeut. Överväganden och förslag i syfte att öka kompetensen i skolan återfinns i kapitel 16. Sammantaget framstår en ändring av huvudmannaskapet för hjälpmedel i skolan som en komplicerad och onödig reform, som sannolikt skapar nya problem. Det saknas därför anledning att gå vidare med förslag om att ändra systemet i denna del.

[35] Se t.ex. prop. 1999/2000:79 s. 16.

Frågan är därefter vad det finns för möjligheter att öka likvärdigheten på hjälpmedelsområdet utan att ändra huvudmannaskapet som sådant.

13.4.7 Hjälpmedel som rättighet?

Rättighetslagstiftning

Rättigheter ovanliga på vårdområdet

HSL är en ramlag som innehåller få preciseringar av huvudmannens skyldigheter och inte ger patienter några individuella rättigheter. Det finns inte heller någon möjlighet att utkräva någon ”rättighet” via överklagande till domstol.[36] Flera andra förmåner inom välfärdssystemet är i dag reglerade i olika rättighetslagar. Funktionshindersrörelsen har återkommande efterlyst en rättighetslagstiftning även på hjälpmedelsområdet[37].

För att en förmån ska kunna betecknas som en legal rättighet fordras för det första att den är *preciserad* i lagen, så att man dels kan se vad förmånen innefattar, dels förstår vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att man ska ha rätt till förmånen i fråga. För det andra fordras av en rättighet att den ska vara *utkrävbar*. Det betyder i regel att man ska ha möjlighet att överklaga till förvaltningsdomstol om man inte får ut sin rätt. Ibland uppställs ytterligare krav, t.ex. statlig tillsyn och rättsliga sanktioner[38].

De principer som kan sägas kännetecknа välfärdsstaten; solidaritet, fördelning efter behov och materiell rättvisa, kan vara svåra att förena med individuella mänskliga rättigheter som kan utkrävas i domstol. Till saken hör att det är vanligt med ramlagstiftning och större utrymme för att besluta efter gottfinnande[39] på områden med kommunal självstyrelse. En sådan styrning skapar större möjligheter för politiken, men mindre utrymme för utkrävandet av individuella rättigheter i domstol. Gemensamt för de fyra nordiska länderna, som

[36] Prop. 2015/16:71 s. 27.
[37] Se t. ex. SOU 1989:39 s. 231.
[38] Prop. 1997/98:189 s. 16 f.
[39] S.k. administrativt skön.

alla kan beskrivas som välfärdsstater, är hur sällsynta domstolsprövningar inom vårdområdet är.[40]

Här kan nämnas begreppet *patienträttigheter*. Elisabeth Rynning grupperar dessa i tre kategorier.[41] Den första rör momentet före vårdprocessen, såsom rätten till tillgång till vård och behandling. Den andra rör själva vårdprocessen, t.ex. rätten till samtycke och information. Den sista rör effektiva rättsmedel vid skador o. dyl. Hur utkrävbara rättigheterna är varierar av uppenbara skäl. Lotta Vahlne Westerhäll använder sig av begreppet *kvasirättighet* för att beteckna rätten till vård och behandling.[42] Den enskilde har ingen utkrävbar rättighet utan får konkurrera om knappa resurser.

I Sverige finns numera en patienträttslagstiftning, patientlagen. Patientlagen innehåller dock inte rättigheter som kan utkrävas i domstol, med något undantag. Patientlagen kan heller inte läsas självständigt utan måste kompletteras av bl.a. HSL för att få en tydlig bild av ”rättighetens” faktiska innebörd. Rätten att välja hjälpmedel i 7 kap. 2 § patientlagen är ett bra exempel på just detta. För det första framgår inte att vem man riktar kravet mot – i själva verket är rätten att välja begränsad till det egna landstinget (vilket framgår av HSL), för det andra är rätten begränsad med hänsyn till bl.a. sjukvårdshuvudmannens resurser eftersom patienten ska få det valda hjälpmedlet endast om det med hänsyn till behovet och kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat. Beslutet kan inte överklagas. Här finns således möjligheter att besluta efter eget gottfinnande.

Ännu en orsak till att domstolsprövning är sällsynt på vårdområdet är att det är svårt att dra en gräns mellan ärendehandläggning och *faktiskt handlande*. Det finns en logisk koppling mellan myndighetsutövning och rätten att överklaga. Behandling av patienter kan dock inte ses som myndighetsutövning. Följaktligen kan ”besluten” inte överklagas. Dock ska sägas att Norge under en längre tid rört sig mot att betrakta även vård som förvaltningsbeslut som får överklagas.[43] I Norge finns dessutom en rätt till *nödvändig* vård som kan utkrävas i domstol (2 kap. 1 § pasient- og brukarloven). De flesta

[40] Lind, A-S. (2016). Patientens rättigheter – en komparativ analys av Sverige, Danmark, Finland och Norge, s. 8.
[41] Rynning, E. (2011). Patientens rättsliga ställning – två steg fram och ett tillbaka?
[42] Se t.ex. Vahlne Westerhäll, L. (2015). Svensk patientlagstiftning – Lärobok om patienters ”rätt” i hälso- och sjukvården.
[43] Lind, A-S. (2016). Patientens rättigheter – en komparativ analys av Sverige, Danmark, Finland och Norge, s. 18 f.

målen som prövats i domstol rör rätt till behandling i utlandet, enligt uppgift.[44] I sammanhanget förtjänar kanske påpekas att Norge har en vårdgaranti innebärande att en frist ska fastställas inom vilken patienten ska få nödvändig vård. Om man inte kan få vård inom fristen, kan man få vård privat eller i utlandet. Majoriteten av domstolsprövningar skulle alltså gälla sådana fall.

Tidigare utredningar negativa till att införa domstolsprövning

Som skäl för att inte införa rättighetslagstiftning i Sverige har bl.a. anförts de betydande problem det skulle innebära att införa legala rättigheter på hälso- och sjukvårdsområdet.[45] Hälso- och sjukvårdsförmåner låter sig inte preciseras lika enkelt i lag som ekonomiska förmåner. Vidare är det en komplicerad fråga att ta ställning till vilken medicinsk vård och behandling en viss patient behöver och att på ett meningsfullt sätt definiera de rättigheter som ska garanteras i lagen. Det andra kriteriet för en legal rättighet, att en förmån ska vara utkrävbar genom möjligheten att överklaga, är inte heller problemfritt på hälso- och sjukvårdsområdet. Det är i det sammanhanget svårt att utforma adekvata sanktioner som är till nytta för den enskilde. Bl.a. är tidsaspekten i allmänhet viktig om överprövningen ska ha något praktiskt värde för patienten. Dessutom krävs att domstolen har kompetens att bedöma medicinska frågor vid sidan av rent rättsliga aspekter.

Även demokratiska skäl har anförts. Det måste vara möjligt för sjukvårdshuvudmännen att planera för och utforma hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att det svarar mot befolkningens behov och önskemål inom ramen för tillgängliga resurser. En rättighetslagstiftning innebär att det ytterst är domstolar som bedömer olika vårdbehov, avgör om åtgärder blivit riktigt utförda och väger behov i förhållande till nytta och resursutnyttjande. I ett sådant system inskränks utrymmet för kommunalt fattade demokratiska beslut om prioriteringar i vården i förhållande till befintliga resurser. En övergång från ett system som bygger på skyldigheter för huvudmän och sjukvårdspersonal till ett system som i stor utsträckning bygger på

[44] Lind, A-S. (2016). Patientens rättigheter – en komparativ analys av Sverige, Danmark, Finland och Norge, s. 30 och 24.
[45] Prop. 1997/98:189 s. 16 f.

rättighetsbaserade principer blir därmed svårt att förena med sjukvårdshuvudmännens lagstadgade generella planeringsansvar för hälso- och sjukvård.

Tidigare regeringar har framhållit att även om HSL inte är en rättighetslag i juridisk mening, måste krav som den enskilde har rätt att ställa på hälso- och sjukvården självfallet respekteras och att i det avseendet är det ingen skillnad mellan en rättighets- respektive skyldighetslagstiftning. Landsting och kommuner har i båda fallen ansvar för att tillämpa lagstiftningen på avsett sätt.[46]

Handikapputredningen övervägde inför införandet av LSS om hjälpmedel borde utformas som en rättighet för enskilda, men istället valde man att föreslå reglering i form av en skyldighetsbestämmelse i HSL. Utredningen pekade bl.a. på de svårigheter som skulle uppstå att avgränsa vilka hjälpmedel som skulle omfattas av en rättighetslag. En rättighetslagstiftning skulle kräva en förteckning över alla hjälpmedel som skulle omfattas, vilket skulle riskera att leda till en omfattande byråkrati och att ett snabbt nyttjande av nya produkter hämmades. Av etiska skäl fann man det inte rimligt att tillskapa en särskild rättighet till hjälpmedel för dem som tillhör personkretsen enligt LSS. Utredningen noterade i sammanhanget att omkring 70 procent av hjälpmedelsanvändarna är personer över 65 år.[47]

Frågan om en rättighetslagstiftning på hälso- och sjukvårdens område diskuterades vidare av Prioriteringsutredningen[48] liksom av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000. I ett delbetänkande[49] från den senare utredningen övervägdes frågan och för- och nackdelar med en rättighetslagstiftning diskuterades. Utredningen stannade dock för att lagstiftningen även fortsättningsvis bör bygga på skyldigheter för personal och huvudmän, vilket regeringen instämde i.

Vi noterar vidare att det framgår tydligt av det uppdrag som regeringen gav den s.k. Patientmaktsutredningen, (som föreslog både patientlagen och nya HSL) att de förslag som utredningen skulle lämna inte fick innehålla utkrävbara rättigheter i den meningen att beslut som fattas inom vården ska kunna överprövas av domstol. Med andra ord – lagar och förordningar på hälso- och sjukvårdens område

[46] Prop. 1997/98:189 s. 16.
[47] Prop. 1992/93:159 s. 126.
[48] SOU 1995:5.
[49] SOU 1997:154.

ska även i fortsättningen definiera skyldigheter för vårdens huvudmän, vårdgivare och anställda och vissa – icke utkrävbara – rättigheter för patienterna.[50]

En rätt att överklaga till förvaltningsdomstol bör ej införas

En rätt att överklaga ”beslut” i fråga om hjälpmedel strider mot systematiken i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Att införa en överklagandemöjlighet i fråga om förskrivning av hjälpmedel skulle innebära att hjälpmedel särbehandlas i förhållande till annan vård. En rätt till överklagande behöver heller inte införas för att tillgodose rätten till domstolsprövning enligt artikel 6.1 i Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen)[51] eller annars på grund av internationella förpliktelser. Även om en sådan rätt skulle införas, kan konstateras att avgörande för om ett hjälpmedel ska förskrivas av hälso- och sjukvården är den enskildes behov av hjälpmedlet, dvs. en medicinsk snarare än en juridisk bedömning. Domstolen skulle behöva göra bedömningar som lämpar sig bättre för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Problematiken blir än tydligare i situationer där patienten och förskrivaren är oense om vilket hjälpmedel som ska förskrivas. En rätt till domstolsprövning av vilket hjälpmedel som ska komma ifråga framstår inte som ändamålsenlig, i vart fall om prövningsinstansen är en vanlig förvaltningsdomstol.

Ett sätt att lösa behovet av specialkunskap skulle kunna vara en domstol eller nämnd med särskild sammansättning eller annars tillgång till sakkunskap. En nämnd kan i princip ha samma befogenheter som en domstol – det är svårt att dra någon klar skiljelinje mellan specialdomstolar och vissa domstolsliknande nämnder när det gäller befogenheter och arbetsuppgifter.

Specialdomstolar är ovanliga i Sverige. Tidigare har man strävat efter att minska antalet specialdomstolar och i stället föra över de ärendetyper som handlagts vid dessa domstolar till de allmänna domstolarna eller de allmänna förvaltningsdomstolarna.[52] Mer eller mindre domstolsliknande nämnder är något vanligare, t.ex. finns det

[50] SOU 2013:2 s. 63.
[51] Hälso- och sjukvård torde inte kunna hänföras till civila rättigheter.
[52] Jfr t.ex. Ds 2000:45 *En specialdomstol för utlänningsärenden* s. 68.

åtta hyresnämnder som medlar och beslutar i hyrestvister. Ett exempel på en domstolsliknande nämnd med en för hela riket exklusiv behörighet är Statens va-nämnd[53] som prövar alla typer av tvister (enligt en viss lag) som kan uppkomma i förhållandet mellan en kommun och en fastighetsägare. Nämnden består av en lagfaren ordförande och fem ledamöter med olika typer av sakkunskap.

I 10 kap. kommunallagen finns regler om s.k. *laglighetsprövning* av kommunala beslut. Varje medlem av en kommun eller ett landsting har rätt att få lagligheten av kommunens eller landstingets beslut om t.ex. en taxa prövad genom att överklaga till förvaltningsrätten[54] (jfr 10 kap. 8 § kommunallagen). Någon allsidig prövning, såsom vid s.k. förvaltningsprocess, är det inte fråga om. Något annat beslut får heller inte sättas i det överklagade beslutets ställe. Debiteringsbeslut som inte ger utrymme för några skälighetsbedömningar eller liknande är i regel att anse som beslut av rent verkställande art och följaktligen inte överklagbart. Lagligheten av taxan kan däremot bli föremål för överklagande.

I detta sammanhang ska också framhållas att beslut på verkställighetsstadiet i allmänhet inte kan överklagas.[55] En tvist om vilket av två tänkbara hjälpmedel som ska förskrivas, skulle således inte självklart kunna bli föremål för prövning även om bestämmelser om överklagande skulle införas i HSL.

Andra typer av klagomekanismer än överklagande

Internationell rätt om mänskliga rättigheter

FN-systemet har genererat flera människorättskonventioner – bl.a. konventionen med rättigheter för personer med funktionsnedsättning, ICRPD – vilka kompletteras av fakultativa protokoll med regler om klagorätt till en övervakningskommitté.

[53] Lagen (1976:839) om Statens va-nämnd.
[54] Den som överklagar behöver inte vara berörd av beslutet. Anledningen är att laglighetsprövningen är tänkt att utgöra en form av medborgarkontroll av kommunerna.
[55] Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) har i ett flertal avgöranden angående insatser enligt LSS erinrat om att det normalt inte finns anledning för domstolen att vid bifall till ett överklagande gå närmare in på utformningen av den avsedda insatsen utan att detta bör överlåtas till kommunen att bestämma (se bl.a. HFD 2011 ref. 48). Motsvarande gäller även vad gäller mål enligt socialtjänstlagen (HFD 2013 ref. 39 och RÅ 2010 not. 26).

När det gäller förhållandet mellan folkrättsliga åtaganden och nationell rätt brukar man dela in staterna i två grupper, monistiska och dualistiska. I en *monistisk* stat gäller som huvudregel att internationella överenskommelser automatiskt blir en del av den nationella rätten när de träder i kraft. I *dualistiska* stater – däribland Sverige – anses den folkrättsliga förpliktelsen endast åvila staten som sådan. Det krävs en reglering på nationell nivå för att ett internationellt åtagande ska bli internrättsligt tillämpligt. Det hävdas ibland felaktigt att svenska domstolar har en på folkrätten grundad skyldighet att i förekommande fall tillämpa regler i en konvention framför en motstridig nationell regel. Både domstolar och andra myndigheter torde däremot vara skyldiga att, så långt det är möjligt, tolka svenska interna rättsregler fördragskonformt. Här förtjänar kanske framhållas att det finns inhemska regler om mänskliga rättigheter också, i 2 kap. RF.

Om ett åtagande i en konvention överensstämmer med redan gällande ordning här i landet kan den folkrättsliga förpliktelsen anses uppfylld i och med detta. Om nya regler behöver tillskapas, kan man använda sig av olika metoder; transformation eller inkorporering. Transformation innebär att de internationella normerna överförs till svensk rätt genom anpassning av befintliga svenska regler eller skapandet av nya. Inkorporering betyder att det genom lag föreskrivs att konventionen gäller som lag här i landet. Transformering ger ett bättre stöd för rättstillämpande myndigheter och är sedan länge den vanligaste införlivandemetoden. Ett skäl till detta är att internationella överenskommelser utgör avtal mellan två eller flera parter som kan ha haft olika utgångspunkter för sitt agerande. Den överenskomna texten är ofta resultatet av kompromisser och görs därför ibland medvetet oklar.[56] Europakonventionen har dock inkorporerats i svensk rätt 1995 då Sverige gick med i Europeiska unionen (EU) och den fick då ställning som vanlig svensk lag. För att garantera dess företräde i förhållande till senare stiftad lag infördes samtidigt den regel som nu återfinns i 2 kap. 19 § RF, att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Något motsvarande finns inte i fråga om andra folkrättsliga förpliktelser.

[56] Jermsten, H. & Sandström, G. (2009). Om svenska domstolar och folkrättsliga förpliktelser, s. 246.

I Ds 2008:23 om FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning anförs bl.a. följande gällande Sveriges förpliktelser i anledning av konventionen:

> Konventionens krav på konventionsstaterna kan sägas vara höga när det gäller den standard som bör gälla på olika områden. Många artiklar ger dock utrymme för olika medel att tillfredsställa kraven genom att ange att ”ändamålsenliga åtgärder” ska vidtas. (…) Det finns områden där genomgången visar att steget från de mål och krav som olika lagar ställer upp till praktiskt förverkligande ibland är tämligen stort. Det gäller inte minst de åtaganden som innefattas i artiklarna 8 och 9 om medvetandegörande och tillgänglighet och i artikel 27 om arbete och sysselsättning. Här liksom på många andra områden pågår ett ständigt arbete att med riktlinjer, handlingsplaner och program komma närmare ett förverkligande av lagstiftningen och av reglerna i konventionen. (…) Detta är samtidigt områden som – hur viktiga de än är i sig – enligt utredarens uppfattning inte har den karaktären att det med någon framgång skulle kunna hävdas i nationell domstol eller i den blivande Kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning att Sverige begår sådana brott mot konventionen att de borde leda till ekonomiska sanktioner eller andra konkreta förpliktelser.

Det finns två publicerade fall med enskilda klagomål till övervakningskommittén CRPD, från 2012 och 2014. Det ena fallet gällde en nekad anställning (kränkning ansågs inte föreligga) och det andra nekat bygglov, H.M. mot Sverige[57] (kränkning ansågs föreligga). Klaganden H.M, som hade en fysisk funktionsnedsättning, hade nekats bygglov för att bygga en träningspool mot bakgrund av att tillbyggnaden skulle göras på mark som enligt detaljplanen inte fick bebyggas. Enligt kommitténs bedömning förutsatte klagandens behov av rehabilitering tillgång till en träningspool. Ett avsteg från detaljplanen ansågs inte som en oproportionerlig eller orimlig börda för staten. Kommittén ansåg vidare att nekandet av bygglov i praktiken också innebar att klaganden nekades vattenterapi, vilket kommittén bedömde vara den enda behandling som skulle kunna ge klaganden möjlighet att delta i samhället. Enligt kommittén hade Sverige, genom att neka klaganden bygglov, brutit mot artiklarna om rätten till icke-diskriminering, rätten att leva självständigt och delta i samhället, rätten till hälsa samt rätten till habilitering och rehabilitering. Kommittén fann även att Sverige brutit mot allmänna principer och åtaganden enligt konventionen.

[57] CRPD/C/7/D/3/2011.

Även i fall där en kränkning anses föreligga, kan inte övervakningskommittén göra mer än att lämna rekommendationer. I fallet ovan rekommenderades sålunda Sverige att *ompröva* kvinnans ansökan om bygglov. När det gäller utgången i ärendet kan konstateras att staten torde ha saknat möjlighet att följa rekommendationen. Kommunernas tillämpning av plan- och bygglagstiftningen omfattas av det kommunala självstyret. Vad gäller de nationella domstolarna (fallet hade prövats i tingsrätt och hovrätt) och tillämpningen av konventionen, så är svenska domstolar självständiga gentemot riksdag, regering och andra myndigheter enligt svensk grundlag. Inte heller får regeringen bestämma hur en förvaltningsmyndighet ska besluta i ett ärende som rör myndighetsutövning mot en enskild. Regeringen är således i enlighet med svensk grundlag förhindrad att på något sätt påverka beslutsfattandet i enskilda bygglovsärenden, såväl hos beslutsmyndigheten som i domstol. Staten kan således inte beordra kommunen att besluta om bygglov, i förekommande fall i strid med plan- och bygglagen (2010:900). I fallet med bygglovsansökan kan för övrigt noteras att kommittén rekommenderade Sverige att ge klaganden skälig ersättning för de kostnader klaganden har haft för att lämna in sin framställning. Det finns dock inte någon bestämmelse enligt konventionen eller dess tilläggsprotokoll som fastslår att regeringen är skyldig att ersätta klaganden för rättegångskostnader.[58]

Det ovan nämnda fallet kan sägas illustrera flera svagheter med internationella konventioner om mänskliga rättigheter. Från den enskildes sida framstår förfarandet ofta som ”tandlöst”. Några sanktioner för en stat som inte följer rekommendationerna saknas. Förhoppningen är att staterna ändå kommer att följa rekommendationerna och så sker kanske om det alls är möjligt.

Som nämnts är Europakonventionen svensk lag. Artikel 6.1 första meningen stadgar att ”Var och en ska, vid prövningen av hans civila rättigheter och skyldigheter eller av en anklagelse mot honom för brott, vara berättigad till en rättvis och offentlig förhandling inom skälig tid och inför en oavhängig och opartisk domstol, som upprättats enligt lag.” Artikeln ska inte ge upphov till nya materiella rättigheter. Bestämmelsen fordrar vidare att det rör sig om en *civil*

[58] Se Socialdepartementets skrivelse om fallet H.M. mot Sverige *Sammanfattning av svar från Sverige till kommittén för konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning* 2012-12-12.

rättighet eller skyldighet och begreppet ska tolkas autonomt. Såvitt utredningen känner till finns det inget exempel på att Europadomstolen ansett hälso- och sjukvård som en civil rättighet.

I artikel 47 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (stadgan)[59] fastslås rättsskyddsprincipen – rätten till ett effektivt rättsmedel och till en opartisk domstol. Enligt artikeln har den vars unionsrättsligt garanterade fri- och rättigheter kränkts en rätt till ett effektivt rättsmedel inför en domstol. Artikel 47 i stadgan ger ett mer omfattande skydd än vad Europakonventionen gör eftersom den inte enbart omfattar rättigheter och skyldigheter av civil karaktär. Å andra sidan gäller enligt artikel 35 i stadgan att var och en har rätt till tillgång till förebyggande hälsovård och medicinsk vård *på de villkor som fastställs i nationell lagstiftning* och praxis.

I detta sammanhang kan nämnas att den statliga utredningen Barnrättighetskommittén lämnat förslag på att barnkonventionen ska inkorporeras i svensk rätt (SOU 2016:19). I betänkandet anges att det varit regeringens uttalade vilja att konventionen ska inkorporeras, vid sidan av fortsatt transformering (s. 17). En inkorporering sägs innebära att beslutsfattare måste förhålla sig till barnkonventionen på ett annat sätt än i dag eftersom den ensam kan läggas till grund för myndigheters beslut i mål och ärenden.

Patientnämnder

Ett annat sätt att framföra klagomål är att vända sig till patientnämnden. Enligt 1 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ska det i varje landsting och kommun finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter. För sådana nämnder gäller vad som är föreskrivet i kommunallagen (1991:900).

Nämnderna ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården genom att

1. tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården,

[59] Stadgan har samma status som fördragen.

2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
3. hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, samt
4. rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Nämnderna ska informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet.

En upplysning om patientnämnderna har tagits in i 11 kap. 1 § patientlagen.

Hjälpmedelsanvändare kan lämna synpunkter och klagomål till patientnämnden om de inte är nöjda med sin hjälpmedelsförskrivning. I lokala regelverk som utredningen haft tillgång till framgår ibland uppgifter om klagomålshantering i fråga om hjälpmedel. I Västernorrlands län gäller att om brukaren känner sig felaktigt/illa behandlad och har synpunkter eller klagomål på hjälpmedelsförskrivningen ska denne i först hand vända sig till förskrivaren. Brukaren kan också använda sig av respektive vårdgivares hemsida och synpunktshantering. Om brukaren inte är nöjd med förklaringen kan brukaren ta kontakt med Patientnämnden – etiska nämnden.

I Blekinge bör den vårdtagare som anser sig fått en felaktig bedömning av sitt hjälpmedelsbehov i första hand diskutera frågan med förskrivarens närmsta chef. En annan möjlighet är att kontakta patientnämnden – förtroendenämnden i Blekinge, till vilken samtliga kommuner är anslutna.

Här kan också nämnas Västra Götalandsregionens kommitté för mänskliga rättigheter som inrättades den 1 januari 2011. Kommittén är Västra Götalandsregionens svar på hur den regionala nivån tar ansvar för de internationella konventioner och deklarationer som Sverige har anslutit sig till. Någon beslutanderätt gällande enskildas hjälpmedel har inte kommittén, enligt de styrdokument som finns publicerade.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Enskilda har också möjlighet att vända sig till IVO med klagomål på vården, jfr 7 kap. 10–18 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). IVO får i beslut uttala sig om huruvida en åtgärd eller underlåtenhet av vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal strider mot lag eller

annan föreskrift eller är olämplig med hänsyn till patientsäkerheten. Klagomål angående hjälpmedel är ovanliga.

13.4.8 Utökad detaljreglering i HSL

Ett sätt att åstadkomma större likhet mellan sjukvårdshuvudmännens olika system skulle kunna vara att i lag reglera vilka typer av hjälpmedel som landstingen är skyldiga att tillhandahålla, vilket skulle utgöra en betydande inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Tidigare regeringars principiella inställning har varit att huvudmännen, landsting och kommuner, utifrån sina behov och förutsättningar ska ges möjlighet att hitta egna lösningar på hanteringen av hälso- och sjukvårdsfrågor. Det har inte ansetts rimligt eller önskvärt att staten detaljstyr frågor av detta slag[60]. Bedömningen har varit att huvudmännen själva, inom ramen för gällande lagar och författningar, får besluta om de regler och rutiner som ska gälla vid förskrivning av hjälpmedel. Av förarbetena till den nya HSL[61] framgår att den inriktningen gäller alltjämt. På s. 78 anges sålunda bl.a. följande:

> Regeringen anser, i likhet med bedömningen i utredningens direktiv, att utgångspunkten bör vara att den nya lagen liksom HSL ska utformas som en målinriktad ramlag. Med en målinriktad ramlag menas att den huvudsakligen ska innehålla bestämmelser om övergripande mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för verksamheten.

Detaljerade bestämmelser har föreslagits utgå ur lagen av detta skäl. Det är därför tveksamt om det finns något politiskt stöd för att införa en tvingande rättslig detaljreglering på hjälpmedelsområdet även om enighet råder kring målsättningen om en vård på lika villkor.

13.5 Annan nationell styrning

Staten har över tid använt olika styrmedel och kombinationer av styrmedel för att styra hälso- och sjukvården. I slutbetänkandet från den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, *Effektiv vård*, anges att någon allmänt vedertagen klassificering av inriktningen på statens styrning av hälso- och

[60] Se t.ex. prop. 2013/14:67 s. 30 f.
[61] Prop. 2016/17:43.

sjukvården inte stått att finna[62]. Vilket styrmedel som använts och hur har delvis berott på vilka resultat man önskat åstadkomma men styrningstrender för offentlig förvaltning har också påverkat val av styrmedel. I och med kommunallagsreformen 1977 och införandet av HSL 1983 gavs sjukvårdshuvudmännen handlingsutrymme att forma den lokala verksamheten. Införandet av kommunallagen från 1991 förstärkte friheten. Från början av 1990-talet och framåt har staten dock visat ett allt större intresse för att styra sjukvårdens inriktning och utveckling. I *Effektiv vård* konstateras att det finns problem med statens ökade styrningsambitioner, inte minst styrning med informella styrmedel och ekonomisk styrning. Styrningen blir ofta kortsiktig och statens ambitioner framstår som tillfälliga. Det finns ett flertal exempel på statliga styrförsök som inte satt något avtryck i verksamheten eller som gett endast tillfälliga effekter.

Flera statliga myndigheter bidrar i dag till att utveckla kunskapsstöd till hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen tar fram icke bindande kunskapsstöd riktade till hälso- och sjukvården, såsom nationella riktlinjer och vägledningar. Dessa syftar till att utgöra ett stöd vid prioriteringar och olika typer av beslut på olika nivåer i vården. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården finns bestämmelser om förskrivning av hjälpmedel. Tand- och läkemedelsförmånsverket (TLV) genomför hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter att användas som underlag för beslutsfattare inom hälso- och sjukvård. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården och i den verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) och LSS ur medicinskt perspektiv där så är tillämpligt samt ur ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv.

Rådet för styrning med kunskap inledde sin verksamhet i juli 2015, jfr förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Styrningen med kunskap sker enligt 2 § genom de icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

[62] SOU 2016:2.

Upphandlingsmyndigheten har nyligen gjort dels en kartläggning över upphandlingar av hjälpmedel och välfärdsteknik, dels en vägledning för upphandling av hjälpmedel, vilket kan antas öka enhetligheten, men också kvaliteten i upphandlingarna.

En förutsättning för att t.ex. Socialstyrelsen ska kunna ge ut vägledningar och nationella riktlinjer på hjälpmedelsområdet är dock ett juridiskt mandat och bemyndigande i lag. I dag torde lagstiftningen vara alltför otydlig för att ensam kunna ligga till grund för nationella riktlinjer och vägledningar från Socialstyrelsen, om man vill använda sig av detta för att likrikta tillämpningen. Begreppet hjälpmedel är inte ens definierat i lagen.

13.6 Analys och sammanfattande slutsats

I det föregående har undersökts om det vore mer ändamålsenligt med en annan fördelning av ansvaret för hjälpmedel än i dag. Utredningen har emellertid inte funnit några övertygande argument för att genomföra en sådan dramatisk förändring, i synnerhet som kartläggningarna inte påvisat några stora brister i hjälpmedelsförsörjningen. Ingen annan modell framstår heller som självklart bättre. Hjälpmedel bör således även fortsättningsvis vara en del av hälso- och sjukvården.

Utredningen har vidare inte funnit några tungt vägande skäl för att införa rätt att överklaga ”beslut” om hjälpmedel till domstol. Andra vårdbeslut kan inte överklagas och de domstolar som finns i dag saknar kompetens att göra bedömningar av vilket hjälpmedel som är lämpligast från rehabiliteringsmedicinsk synpunkt. I sammanhanget noteras att inget hindrar att sjukvårdshuvudmännen inför andra former av klagomålshantering, t.ex. via patientnämnder.

HSL är tänkt som en ramlag utan detaljerade bestämmelser om sjukvårdshuvudmännens skyldigheter. Rättighetslagstiftning och detaljerade regler passar inte in i nu gällande system för hälso- och sjukvård. Att den förutsättningen ska gälla även fortsättningsvis framgår tydligt av förslaget till ny HSL (se prop. 2016/17:43). Det har ansetts vara en viktig del i den svenska välfärdsmodellen att ha ett långtgående kommunalt självstyre. På många sätt är strukturen effektiv eftersom verksamheten kan anpassas till lokala behov. Det är heller inte möjligt att reglera i lag hur det lokala samarbetet, processer, hjälpmedelsansvar och utbud ska se ut. Det decentraliserade

beslutsfattandet kan underlätta för politiker att prova nya grepp, vilka i sin tur kan tjäna som inspiration för andra. Det är alltså inte troligt att en nationell beslutsmyndighet vore mer ändamålsenlig än den nuvarande, decentraliserade modellen. Snarare behöver hjälpmedel integreras i fler verksamheter och bli en naturlig del i den nationella strategin för funktionshinderspolitiken. Enligt utredningens mening ligger det således närmare till hands att prova mindre ingripande former av statlig styrning än att förändra dagens modell i grunden för att öka likvärdigheten och transparensen i hjälpmedelsförskrivningen.

För att styra sjukvårdshuvudmännen mot en mer likartad tillämpning bör andra sätt än detaljlagstiftning prövas i ett första steg. Med statlig tillsyn kan enhetligheten antas öka över landet. Såvitt känt har IVO inte vid något tillfälle specifikt granskat förskrivning av hjälpmedel. Därmed bör här finnas en förbättringspotential.

Vidare har Socialstyrelsen en vägledande roll på hälso- och sjukvårdsområdet. Utredningen har identifierat ett behov av nationellt beslutsstöd. Syftet med detta är att ge stöd till huvudmännen vid utformning av lokala regler som ligger i linje med hälso- och sjukvårdens mål och den etiska plattformen. Det finns också behov av ett individuellt beslutsstöd, vilket Socialstyrelsen redan i dag planerar att arbeta fram i samråd med Prioriteringscentrum[63]. Socialstyrelsen är den myndighet som ligger närmast till hands i fråga om att utforma sådana stöd för tillämpningen.

Ett annat tydligt förbättringsområde är statistik och uppföljning. Statistik av typen ”Öppna jämförelser” synliggör osakliga skillnader i tillgången till vård över landet. Om man ökar möjligheterna till jämförelser mellan olika regelverk kommer det sannolikt att medföra att regelverken på sikt blir mer lika över landet. Det ligger också i sakens natur att inget landsting vill ”sticka ut” åt det negativa hållet. Genom en ökad transparens tillskapas naturliga drivkrafter för ökad enhetlighet över landet. Utredningen avser därför att föreslå att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram statistik på hjälpmedelsområdet.

En tydlig lagstiftning är en förutsättning för att åstadkomma och underlätta tillsyn, uppföljning, föreskrifter, allmänna råd m.m. Enligt utredningens mening vore det önskvärt med en definition av begreppet hjälpmedel i HSL i syfte att tydliggöra för alla parter vad

[63] Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet är ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg.

som avses. I ett nästa steg kan regeringen utfärda närmare regler om vilka typer av hjälpmedel (dvs. hjälpmedelsområden) som sjukvårdshuvudmännen ska tillhandahålla.

Det område där bristerna i likvärdighet är mest påfallande är avgifter, vilket kommer att behandlas i följande kapitel.

Sammanfattningsvis gör utredningen följande bedömningar:

- I nuläget framstår en förändring av huvudmannaskapet i fråga om hjälpmedel inte som motiverad. Några mer påtagliga vinster med en sådan genomgripande förändring har inte framkommit.
- En förändring av huvudmannaskapet bedöms som oproportionerlig då de brister som framkommit av kartläggningen inte är av sådan dignitet att radikala åtgärder framstår som nödvändiga. Inte heller kan andra former för statlig styrning, t.ex. tillsyn och kunskapsstöd, anses uttömda.
- Utredningen har inte funnit några tungt vägande skäl för att från statligt håll införa möjligheter att överklaga i fråga om hjälpmedel. Detta hindrar inte att sjukvårdshuvudmännen själva inför klagomekanismer, t.ex. till patientnämnden eller en någon annan nämnd (med eller utan beslutanderätt) med medicinsk kompetens och representanter från brukarorganisationer. Från användarsynpunkt vore det önskvärt med ökade möjligheter till överprövning i någon form. Vilken modell som är mest lämplig kan variera beroende på sjukvådshuvudmannens organisation.
- Detaljreglering i HSL anses inte som en framkomlig väg på grund av den lagens karaktär av ramlagstiftning och den uttalade strävan att undvika ingrepp i den kommunala självstyrelsen.
- För att åstadkomma en ökad likvärdighet i fråga om tillgång till hjälpmedel och underlätta för den statliga styrningen, anser utredningen däremot att definitionen av hjälpmedel borde skrivas in i HSL och eventuellt kompletteras av regler i förordning gällande vilka typer av hjälpmedel som skyldigheten att tillhandahålla hjälpmedel omfattar.
- Socialstyrelsen bör får i uppdrag att ta fram nationell statistik och vägledning på hjälpmedelsområdet.

- Olikheterna i tillämpningen är mest påfallande på avgiftsområdet. I detta avseende gör utredningen bedömningen att en nationell reglering i lag erfordras för att komma till rätta med de regionala skillnaderna. Utredningen föreslår därför lagstiftning för att komma till rätta med detta (se nästa kapitel).

13.7 Förslag

13.7.1 Definition av hjälpmedel

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs en definition av begreppet hjälpmedel. Med *hjälpmedel* avses dels hjälpmedel för vård och behandling, dels hjälpmedel för den dagliga livsföringen, vilka fordras för att den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska kunna

1. tillgodose personliga behov såsom att klä sig, äta, sköta sin hygien,
2. förflytta sig,
3. kommunicera med omvärlden,
4. fungera i hemmet och i närmiljön,
5. orientera sig,
6. sköta vardagslivets rutiner i hemmet,
7. gå i skolan, samt
8. delta i sysselsättning och vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet och närmiljön.

Utanför begreppet hjälpmedel för den dagliga livsföringen faller arbetstekniska hjälpmedel, hjälpmedel som kan behövas för att genomgå yrkesinriktad rehabilitering, särskilda pedagogiska hjälpmedel inom skola, förskola, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet samt förbrukningsartiklar.

Utredningens bedömning: En definition av begreppet hjälpmedel bör införas i hälso- och sjukvårdslagen. Härigenom blir det tydligare för såväl hjälpmedelsanvändare som huvudmän vad skyldigheten att tillhandahålla hjälpmedel principiellt omfattar. Detta förbättrar förutsättningarna för en ökad likvärdighet över landet. Definitionen är också tänkt att kunna ligga till grund för av regeringen meddelade bestämmelser i förordning som ger närmare upplysning om vilka typer av personliga hjälpmedel som måste ingå i huvudmännens utbud. Ingen ändring i sak är avsedd i fråga om vad som omfattas av begreppet hjälpmedel, utan bestämmelsen utgör en kodifiering. Regeringen bedöms ha tillräckligt bemyndigande för kunna meddela närmare bestämmelser om vilka typer av hjälpmedel som omfattas av definitionen.

Skäl för utredningens förslag: En god tillgång till väl fungerande hjälpmedel är en grundläggande förutsättning för att personer med funktionsnedsättning ska kunna leva ett så aktivt och självständigt liv som möjligt. Väl fungerande hjälpmedel kan innebära en väsentligt ökad livskvalitet för enskilda människor. Därutöver kan väl fungerande hjälpmedel medföra besparingar inom andra sektorer av samhället genom att insatser inom andra områden inte behöver sättas in.

Bestämmelsen i 8 kap. 7 § HSL om att landstinget är skyldigt att erbjuda hjälpmedel (tidigare 3 a § och sedan 3 b HSL) kom till i samband med införandet av LSS. Bestämmelsen var avsedd att undanröja varje tvivel om att sjukvårdshuvudmännen på grund av sitt ansvar för hälso- och sjukvården även har ansvar för tillhandahållandet av hjälpmedel. I förarbetena till LSS anges bl.a. följande (prop. 1992/93:159 s. 200 f.). Hjälpmedel för den dagliga livsföringen är sådana hjälpmedel som fordras för att den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska kunna tillgodose grundläggande personliga behov (att klä sig, äta, sköta sin hygien m.m.), förflytta sig, kommunicera med omvärlden, fungera i hemmet och i närmiljön, orientera sig, sköta vardagslivets rutiner i hemmet, gå i skolan samt delta i sysselsättning och normala fritids- och rekreationsaktiviteter. Med normal fritid avses sådana vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet och i närmiljön. Utanför begreppet hjälpmedel för den dagliga livsföringen faller arbetstekniska hjälpmedel, vissa hjälpmedel som kan behövas för att genomgå en yrkesinriktad rehabilitering, särskilda pedagogiska hjälpmedel inom skola och barnom-

sorg samt förbrukningsartiklar. Pedagogiska hjälpmedel kompenserar i inlärningssituationer. Med hjälpmedel som kan behövas för att genomgå en yrkesinriktad rehabilitering avses sådana hjälpmedel där ansvaret i dag åvilar Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen, dvs. ett statligt ansvar. Avgörande för vilken huvudman som är ansvarig är användningsområdet för hjälpmedlet snarare än vilken typ av hjälpmedel det är.

Beträffande hjälpmedel för fritiden anfördes bl.a. följande.[64]

> Hjälpmedelsutredningen framhöll i sitt betänkande att sådana hjälpmedel som behövs för att en person med funktionshinder ska kunna ha en normal fritid kan anses ingå i huvudmännens nuvarande hjälpmedelsansvar. Med normal fritid bör, enligt vad Hjälpmedelsutredningen framhöll, avses sådana vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet och i närmiljön. Handikapputredningen har i sitt betänkande redovisat en liknande uppfattning. Jag är för min del beredd att instämma i dessa bedömningar. Detta innebär naturligtvis inte att det inte i en del fall kan vara angeläget och motiverat att en funktionshindrad person kan få även ett mer specifikt sport- eller hobbyhjälpmedel förskrivet. Detta kan t.ex. gälla om fritids- eller hobbyverksamheten i fråga bedöms vara särskilt väsentlig för personens livskvalitet eller för hans möjligheter att genomgå en rehabilitering.

Till hjälpmedel för vård och behandling bör räknas bl.a. dels vissa medicintekniska produkter, dels hjälpmedel som kompenserar förlust av en kroppsdel eller en kroppsfunktion eller som kan behövas efter en medicinsk behandlingsinsats. Som exempel på hjälpmedel av det senare slaget kan nämnas proteser och ortoser[65].

Hjälpmedel för att ”gå i skolan” är sjukvårdshuvudmannens ansvar, medan särskilda *pedagogiska* hjälpmedel inte är det. Begreppet ”gå i skolan” är det som används i de tidigare förarbetena. Att gå i skolan anses som en del av det dagliga livet och omfattas därigenom av sjukvårdshuvudmannens ansvar, oavsett skolform. Med skolhjälpmedel avses sådan personlig utrustning eller anpassning som elever med funktionsnedsättning behöver för att fungera i skolan och för att kunna använda och tillgodogöra sig läromedel.[66] Hjälpmedel som är skolhuvudmannens ansvar kännetecknas av att de huvudsakligen har

[64] Prop. 1992/93:159 s. 127 f.
[65] a. prop. s. 128.
[66] a. prop. s. 127.

som syfte att för den enskilde kompensera för en funktionsnedsättning i just *lärsituationen.*

I de tidigare förarbetena talas om särskilda pedagogiska hjälpmedel i skola och *barnomsorg* (se prop. 1992/93:159 s. 201). Eftersom begreppet barnomsorg utmönstrats har det ordet i förslaget ersatts med *förskola, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet*, vilket anknyter till begreppen i skollagen (2010:800). Annan pedagogisk verksamhet är en sammanfattande benämning för fyra verksamheter som vänder sig till barn till och med 12 år, bl.a. pedagogisk omsorg (t.ex. familjedaghem) och öppen förskola. Det är således en språklig modernisering. Någon ändring i sak av ansvarsfördelningen är inte avsedd.

Skyldigheten att tillhandahålla hjälpmedel enligt HSL gäller inte sådana hjälpmedel som kan erhållas med ekonomiskt stöd från annan huvudman enligt särskild reglering, t.ex. arbetstekniska hjälpmedel samt vissa hjälpmedel som särskilt kan behövas för att genomgå en yrkesinriktad rehabilitering.[67]

I propositionen nämns inte hjälpmedel för sex- och samlevnad vid olika funktionsnedsättningar. I betänkandet som föregick propositionen (SOU 1989:39) konstateras att sådana hjälpmedel inte ingår bland de hjälpmedel som rekommenderas i den centrala hjälpmedelsförteckningen, att det behövs ökad kunskap om behoven av hjälpmedel inom detta område och att det därför är viktigt med fortsatta forsknings- och utbildningsinsatser (s. 229). Hjälpmedel för dessa ändamål torde utgöra fritidshjälpmedel.

Någon ändring av hjälpmedelsbegreppet i HSL har inte skett sedan dess, utan nu nämnda förarbetsuttalanden anses fortfarande gälla vid bedömningen av vilka hjälpmedel som sjukvårdshuvudmännen har att tillhandahålla. Syftet med att nu införa en lagreglering av begreppet hjälpmedel är att göra det tydligare för alla intressenter – hjälpmedelsanvändare, huvudmän, myndigheter och organisationer – vad sjukvårdshuvudmännens skyldighet att tillhandahålla hjälpmedel principiellt omfattar. Förhoppningen är också att detta ska förbättra förutsättningarna för ökad likvärdighet över landet. Det förtjänar att framhållas att utredningens avsikt inte är att utvidga begreppet hjälpmedel jämfört med vad som redan gäller. Ingen ändring i sak är avsedd i fråga om begreppets innehåll. Den nu föreslagna lagregeln ska ses som en kodifiering. Definitionen är tänkt att kunna ligga till

[67] Prop. 1992/93:159 s. 129.

grund för bestämmelser i förordning vilka kan lämna närmare upplysning om vilka typer av personliga hjälpmedel som omfattas av skyldigheten att tillhandahålla hjälpmedel. Det är utredningens uppfattning att det vore olämpligt med detaljerade lagbestämmelser i detta avseende, dels på grund av en potentiell konflikt med den kommunala självstyrelsen, dels för att inte skapa oönskade inskränkningar i det upphandlade utbudet, vilket vore till nackdel för hjälpmedelsanvändare.

Närmare bestämmelser i förordning

Utredningens bedömning: Regeringen bör överväga att i förordning meddela närmare bestämmelser om vilka hjälpmedelsbehov som sjukvårdshuvudmännens hjälpmedelssortiment måste täcka. Utredningen bedömer att tillräckligt bemyndigande finns i 6 kap. 1 § punkt 3 HSL. Det är inte lämpligt med en detaljreglering av hjälpmedelsutbudet vare sig på lag- eller förordningsnivå. Det beror på dels den kommunala självstyrelsen, dels önskan om att snabbt kunna anpassa reglerna till olika förändringar på hjälpmedelsområdet. Regeringen bör dock – med utgångspunkt i den föreslagna definitionen av begreppet hjälpmedel – vid behov kunna konkretisera vilka typer av hjälpmedel som sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att tillhandahålla. Utredningen bedömer att möjligheten att föreskriva närmare bestämmelser om hjälpmedel inte bör delegeras ytterligare ett steg nedåt, bl.a. mot bakgrund av den kommunala självstyrelsen.

Skäl för bedömningen: Att huvudmännen har olika regelverk och tillhandahåller olika hjälpmedel är i sig inget problem så länge grundläggande hjälpmedelsbehov tillgodoses över hela landet. Alltför stora olikheter kan dock medföra att användare upplever sig orättvist behandlade. Tidigare fanns nationellt stöd till huvudmännen i form av bl.a. en nationell förteckning med ordinationsanvisningar och rekommenderade hjälpmedel i Sverige. Efter att HI upphörde med sin verksamhet har det inte funnits något motsvarande stöd på nationell nivå. Utredningen bedömer att det finns behov av att på nytt utforma ett nationellt stöd för huvudmännens regelverk och tillämpning.

En möjlighet skulle kunna vara att precis som tidigare publicera en nationell förteckning över rekommenderade hjälpmedel. En internationell lista med 50 prioriterade hjälpmedelsprodukter, utvalda med utgångspunkt i vanliga behov och påverkan på individens liv, publicerades nyligen av WHO.[68] Det gäller hjälpmedel för både äldre och yngre funktionshindrade, t.ex. hörapparater, rullstolar, doseringsaskar, glasögon, proteser och kommunikationshjälpmedel. Listan är framtagen med utgångspunkt i evidens från litteraturen kring olika produkters effektivitet, överläggningar med hjälpmedelsexperter, profession, användare etc. samt en enkät som besvarades av deltagare från drygt 160 länder. Målet med listan är att ge medlemsstaterna en modell från vilken de själva kan utforma en nationell prioritetslista utifrån nationella behov och tillgängliga resurser. I dag är det få länder som har nationella riktlinjer (policies) för hjälpmedel.

Här kan också nämnas europastandarden EN ISO 9999:2016, vilken gäller som svensk standard och kallas *Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning – Klassificering och terminologi.*[69] Ett internationellt arbete med standarden pågår i princip kontinuerligt och uppdateringar sker ungefär vart fjärde år. I Sverige används ISO 9999 av sjukvårdshuvudmännen i arbetet med regelverk och statistik, och vanligen även vid upphandlingar. Den nationella hjälpmedelstjänst som används av sjukvårdshuvudmän och hjälpmedelsleverantörer är uppbyggd kring en hjälpmedelsdatabas som bygger på ISO 9999. Hjälpmedelstjänstens produktinformation finns tillgänglig för potentiella hjälpmedelsanvändare och anhöriga på 1177.se Tema hjälpmedel. Även internationella hjälpmedelsdatabaser som den europeiska hjälpmedelsportalen EASTIN[70] är uppbyggd enligt ISO 9999.

Klassifikationen i ISO 9999 är hierarkisk och har tre nivåer. Den högsta nivån har 12 huvudgrupper/produktområden. Under den nivån finns sammanlagt 132 grupper/produktgrupper och under dem finns ytterligare drygt 700 undergrupper. I den högsta nivån finns en huvudgrupp med kod 28: *Hjälpmedel för att delta i arbetsaktiviteter och att delta i sysselsättning*. Utredningen bedömer att de hjälpmedel

[68] World Health Organization (2016). Priority Assistive Products List.
[69] Swedish Standards Institute (2016). ISO 9999:2016 - Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning – Klassificering och terminologi.
[70] Europeiskt nätverk för hjälpmedelsinformation. Tillgänglig online: www.eastin.eu/sv-se/searches/products/index [2017-01-18].

som hör till den klassen inte omfattas av hälso- och sjukvårdens ansvar, till skillnad från övriga klasser.

Utredningen är av samma uppfattning som WHO, dvs. att det bör finnas någon form av föreskrifter, allmänna råd eller nationella riktlinjer om hjälpmedel. Däremot kan det ifrågasättas om en nationell produktförteckning är rätt väg att gå. Med den snabba tekniska utveckling som sker, i synnerhet i fråga om hjälpmedel för kognitiva funktionsnedsättningar, blir en sådan förteckning snabbt inaktuell. Inom ramen för det lokala självstyret kan också variationer föreligga beroende på att en viss produkt passar bättre på grund av vissa lokala förutsättningar. Det finns dessutom en överhängande risk att användares behov inte tillgodoses om regelverk utgår från specifika produkter eller produktegenskaper. Till exempel kan i dag lokala regelverk begränsa förskrivningen av hjälpmedel vilka inte är klassade som medicintekniska produkter. Detta medför att regelverket styr vilka hjälpmedel användare får tillgång till snarare än den behovsbedömning som utförs av legitimerad personal. Att begränsa utbudet efter produktegenskaper i stället för att förskriva utifrån patientens behov kan förhindra en effektiv användning av resurser och medföra att användare inte får tillgång till det hjälpmedel som bäst möter de individuella behoven.

Utredningen bedömer därför att ett nationellt stöd bör utgå från att hjälpmedelsförskrivning ska ske med utgångspunkt endast i individens behov, dvs. helt i enlighet med HSL, snarare än i form av en lista med rekommenderade produkter. Detta hindrar inte att regeringen i en förordning förtydligar inom vilka hjälpmedelsområden sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att tillhandahålla produkter. Syftet med en sådan förordning är tudelat; dels visar det vilka typer av hjälpmedel som användare kan förvänta sig vid förskrivning och ökar således transparensen, dels förbättras möjligheterna för en effektiv tillsyn. Ju mer detaljerad en sådan förteckning är, desto större blir förutsebarheten. Nackdelen är att reglerna måste anpassas till förändringar ofta. En förutsättning för bestämmelser på förordningsnivå torde vara att definitionen av hjälpmedel först införs i HSL.

13.7.2 Nationell uppföljning och statistik

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ges i uppdrag att kontinuerligt samla in data och statistik i syfte att långsiktigt följa upp hjälpmedelsområdet. I datainsamlingen bör ingå uppgifter om kön, ålder, hjälpmedelstyp, län/kommun och avgifter. Socialstyrelsen bör också få i uppdrag att ta fram lämpliga indikatorer för uppföljning och även följa utvecklingen.

Utredningens bedömning: Återkommande uppföljningar och jämförbar statistik inom hjälpmedelsområdet skulle öka möjligheterna att följa utvecklingen inom området, skapa förutsättningar för utvecklingsarbete och effektivisering lokalt och regionalt och på sikt främja en mer likvärdig tillgång till hjälpmedel. En större tillgång på uppgifter om samhällets tillhandahållande av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning kan även underlätta nationell tillsyn.

Skäl för utredningens förslag: Utredningen kan konstatera att tillgången till nationell statistik inom hjälpmedelsområdet är låg. Möjligheterna att på nationell nivå följa utvecklingen inom hjälpmedelsområdet är i dag begränsade. Bristen på tillförlitlig statistik är ett problem av uppenbara skäl.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att samla in och publicera statistik inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. I detta ingår bland annat uppgifter om insatser, kommun, kön och ålder. Myndigheten har även regeringens uppdrag att årligen utveckla, publicera och sprida öppna jämförelser av hälso- och sjukvården och av socialtjänsten. Detta görs genom användning av nationella indikatorer.

Socialstyrelsen har tidigare haft regeringens uppdrag att presentera förslag på nationella indikatorer som beskriver hjälpmedelsverksamhet. I uppdraget fastställde Socialstyrelsen elva indikatorer och identifierade fem utvecklingsindikatorer där det för tillfället inte fanns tillräckligt bra datakällor. Myndigheten konstaterade att det fanns skillnader i hjälpmedelsverksamheternas ansvarsområde och organisering, vilket försvårade möjligheten att få en samlad nationell bild av verksamheterna. Variationerna berodde bland annat på vilka åldersgrupper hjälpmedelscentralerna ansvarade för och vilka typer av hjälpmedel som ingick i ansvaret.

För att ge en heltäckande bild av hjälpmedelsområdet behövs ytterligare statistik- och datainsamling. Bland annat finns behov av att öka den nationella insamlingen av verksamhetsbaserad statistik. Om verksamheterna använder sig av samma eller liknande verksamhetssystem samt terminologi ökar möjligheterna till tillförlitlig statistik. För att få en regelbundenhet i den nationella statistiken och för att minska uppgiftslämnarbördan konstaterar Socialstyrelsen att de nationella hälsodataregistren bör inkludera insatser som utförs av andra yrkesgrupper än läkare.

Genom s.k. öppna jämförelser eller motsvarande kan kvaliteten inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i hela Sverige jämföras. Syftet med öppna jämförelser är att stimulera landsting och kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten. Att återkommande presentera nationella indikatorer för att synliggöra området skulle troligtvis på sikt medföra att tillgången till hjälpmedel blir mer likvärdig.

Tidigare publiceringar av öppna jämförelser inom hälso- och sjukvårdsområdet kännetecknas av ett huvudsakligt fokus på regionala skillnader. Utredningen bedömer att detta fokus bör gälla även för öppna jämförelser inom hjälpmedelsområdet, men därtill bör ingå vad användare betalar i samband med att hjälpmedel tillhandahålls och genusfrågor, mot bakgrund av de ojämlikheter utredningen kunnat identifiera i dessa avseenden. Därutöver bör ingå uppföljning av sjukvårdshuvudmännens kompetensförsörjning på hjälpmedelsområdet, policydokument och information som ges till användare (jfr avsnitt 15.2 och 17.2.4).

13.7.3 Jämställdhetsintegrering

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ges i uppdrag att kartlägga och sprida goda exempel på systematiskt jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet. Exempel på sådant arbete är jämställdhetsintegrering. Kartläggningen bör även fokusera på kompetenssatsningar inom jämställdhet. Uppdraget syftar till att uppmärksamma och främja jämställdhetsarbetet inom området.

Socialstyrelsen bör inom ramen för uppdraget samråda med andra relevanta nationella aktörer inom området.

Skäl för utredningens förslag

Syftet med förslaget är att öka synliggörandet av könsskillnader och öka det systematiska jämställdhetsarbetet i verksamheter inom hjälpmedelsområdet.

Det finns könsskillnader inom hjälpmedelsförskrivningen, men det är svårt att fastslå huruvida de är omotiverade eller inte. De skillnader som har identifierats tros delvis ha sitt ursprung i olika behov, men utredningen kan inte utesluta att skillnaderna delvis även är omotiverade. Det gäller exempelvis hjälpmedelsförskrivningen till barn, där uppemot 2/3 av hjälpmedlen förskrivs till pojkar. Det handlar även om könsskillnader mellan olika hjälpmedelsområden. De genusstrukturer som finns i samhället i stort medför en risk för förutfattade meningar hos förskrivare, vård och omsorgspersonal med flera, i fråga om vad en person vill och kan utföra på egen hand. Utredningen menar att dessa strukturer behöver synliggöras. Att det är vanligare att hushållsnära hjälpmedel förskrivs till kvinnor och att fler män än kvinnor tycks ha tillgång till eldrivna rullstolar skulle kunna vara exempel på hur genus och normer påverkar förskrivningen av hjälpmedel. Personal som förskriver hjälpmedel har en viktig uppgift i att uppmärksamma och medvetandegöra oönskade och omedvetna beteenden. De undersökningar som utredningen har tagit del av pekar på att hjälpmedelsförskrivare inte uppmärksammar jämställdhetsperspektivet i tillräckligt hög grad för att utvecklingen ska kunna anses vara positiv.

Jämställdhetsintegrering är en strategi för att säkerställa att kvinnor och män, flickor respektive pojkar får del av verksamhetens resurser på likvärdiga villkor. Det innebär att jämställdhetsperspektivet finns med från idé, beslut till genomförande och uppföljning. Ett jämställdhetsperspektiv integreras på alla nivåer och i alla steg av processen, i den dagliga verksamheten av de som normalt deltar i beslutsfattandet och genomförandet. Det uppnås genom ett uppföljningssystem som hanterar könsuppdelad statistik, att medarbetare och chefer har kunskap om genus och jämställdhet så de kan analysera resultat för att göra förbättringar och att omotiverade skillnader som hittas åtgärdas.

Jämställdhetsintegrering motverkar att jämställdhetsarbetet bedrivs i skymundan eller vid sidan av annan verksamhet. Det blir i stället en del i det ordinarie arbetet och utförs av medarbetarna i

organisationen och inte utav speciellt utsedda eller speciellt anställda personer.

Det finns verksamheter inom hjälpmedelsområdet som använder sig av jämställdhetsintegrering, men utredningens bedömning är att dessa verksamheter bör blir fler. På så sätt säkerställs att jämställdhetsarbetet blir en del av det ordinarie arbetet och förutsättningarna ökar för att omotiverade skillnader åtgärdas.

13.7.4 Bättre möjligheter till aktiv fritid

Utredningens förslag: Myndigheten för delaktighet (MFD) ges i uppdrag att ta fram underlag till insatser för att främja tillgången till olika individstödjande produkter som möjliggör en aktiv fritid för personer med funktionsnedsättning. Uppdraget bör genomföras i samråd med Folkhälsomyndigheten samt i dialog med berörda funktionshindersorganisationer.

Skäl för utredningens förslag

Enligt sin instruktion ska MFD verka för full delaktighet i samhällslivet för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar och för jämlikhet i levnadsvillkor. I detta ingår att verka för att personer med funktionsnedsättning aktivt kan delta i fritidsaktiviteter på jämlika villkor som andra

Syftet med utredningens förslag är att ta fram underlag till insatser för att främja tillgången till olika individstödjande produkter som möjliggör en aktiv fritid och ökad jämlikhet i levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning. Det handlar om produkter vilka faller *utanför* hälso- och sjukvårdens ansvarsområde och därför inte förskrivs som hjälpmedel. I uppdraget ska ingå att utreda, och beskriva, fördelar och nackdelar med olika tänkbara sätt att tillhandahålla individstödjande produkter som möjliggör en aktiv fritid. Målsättningen är att öka möjligheterna för personer med funktionsnedsättning att ha en aktiv fritid på sätt som de själva valt i syfte att främja likvärdiga levnadsvillkor. I uppdraget ingår att belysa samspelet mellan individstödjande produkter och miljö.

Att delta i fritidsaktiviteter anses särskilt viktigt för barn. Då kan fritidsaktiviteten många gånger bidra till barnets habilitering. För barn är det också centralt att ha möjlighet att bygga upp ett liv utanför familj och skola. Det är bland annat på fritiden som kontakter med kamrater och vuxna knyts och fördjupas. Kultur- och fritidsverksamheter av olika slag är arenor där barn och unga kan prova nya roller och utveckla nya förmågor. Att ha möjlighet till att delta i dessa är särskilt betydelsefullt under ungdomstiden, då den egna identiteten och självkänslan tar form. FN:s konvention om barnets rättigheter har slagit fast att rätten till kultur och fritid gäller alla barn. Alla barn ska kunna vara delaktiga på lika villkor oavsett kön, ålder, ursprung eller funktionsnedsättning. Studier har visat att många barn och unga med funktionsnedsättning av olika skäl är utestängda från kultur och fritidsverksamheter. Barnombudsmannen (BO) har observerat att barn med funktionsnedsättning gärna skulle vilja vara mer aktiva, men att de har svårt att hitta aktiviteter som passar.[71]

Även vuxna ska ha möjlighet att delta i olika fritidsaktiviteter. I uppföljning av de funktionshinderspolitiska målen[72] framkommer att det är vanligare att personer med funktionsnedsättning har en stillasittande fritid än övriga befolkningen. Ett stillasittande liv medför ökad risk för övervikt och livsstilssjukdomar som t.ex. typ 2-diabetes. Enligt undersökningspanelen Rivkraft är den vanligaste uppgivna orsaken till att inte motionera regelbundet att man inte kan, på grund av sin funktionsnedsättning.[73] Ett hinder skulle kunna vara att man inte har tillgång till de hjälpmedel man behöver för att kunna utöva en viss idrott eller fritidsaktivitet.

I dag har sjukvårdshuvudmännen ansvar för att tillhandahålla hjälpmedel för att delta i sysselsättning och ”normala fritids- och rekreationsaktiviteter”. Utredningen föreslår som nämnts att detta åtagande ska förtydligas genom att definitonen lagfästs. Med normal fritid avses sådana vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet och i närmiljön.

Det finns också produkter som inte kan anses falla inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Det gäller hjälpmedel för fritids-

[71] Barnombudsmannen (2016) Respekt – Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd.
[72] Myndigheten för delaktighet (2016). Utvärdering och analys av funktionshinderpolitiken 2011–2016 – Redovisning av regeringsuppdrag om ett samlat uppföljningssystem för funktionshinderspolitiken.
[73] Myndigheten för delaktighet (2015). Rivkraft 9 – idrott och motion.

sysselsättningar som utförs utanför hemmet och utanför närmiljön. Det kan vara enkla produkter, men även specialbyggda hjälpmedel för särskilda idrotter som till exempel kälke för ishockey, sit-ski för utförsåkning, särskilda stolar och styranordningar för segling. Att användare är hänvisade till att själv införskaffa individstödjande produkter för en aktiv fritid, vilka kan vara mycket kostsamma, skapar ojämlikhet i hälsa och kan inte anses bidra till målet med full delaktighet i samhällslivet för alla personer med funktionsnedsättning. Särskilt för barn som växer och kan behöva nya produkter varje år kan kostnaden slå hårt. De funktionshinderspolitiska målen sammanfaller således inte helt med hälso- och sjukvårdens uppdrag. Utredningen har inte i uppdrag att pröva definitionen av hjälpmedel eller utvidga det offentliga åtagandet i fråga om hjälpmedel. Det borde finnas möjligheter för andra aktörer att på olika sätt främja möjligheterna till en aktiv fritid för personer med funktionsnedsättning.

Det finns exempel på när man utanför hälso- och sjukvårdens ansvarsområde tillskapat en ökad tillgång till fritidshjälpmedel. Redan i mitten av 1990-talet hade de Handikappades Riksförbund (DHR) ett arvsfondsprojekt för utveckling och utprovning av fritidshjälpmedel. I projektet ingick pröva-på-veckor, utprovning och anpassning av fritids- och rekreationsutrustning, modeller för förbättrad information om tillgängliga rekreationsanläggningar, information till brukare och olika personalgrupper m.m. I dag finns depåer för fritidshjälpmedel som byggts upp i några län. Under 2016 pågick exempelvis ett projekt i Kalmar län där man provade att låna ut fritidshjälpmedel under max två veckor till de som var folkbokförda i länet, för att möjliggöra för användare att prova sig fram till ett fritidshjälpmedel eller aktivitet som passade. Det finns också ett antal lokala handikappidrottsförbund som hyr ut fritidshjälpmedel. Sådana modeller för att tillhandahålla fritidshjälpmedel för i synnerhet sport och motion bör MFD undersöka inom ramen för uppdraget.

14 Rimliga avgifter – överväganden och förslag

14.1 Inledning

Under lång tid har det funnits skillnader mellan sjukvårdshuvudmännen när det gäller de avgifter som hjälpmedelsanvändare måste betala i samband med att hjälpmedel förskrivs. Den senaste kartläggningen visar att utvecklingen inte går mot en ökad likvärdighet.[1] Att sjukvårdshuvudmännens avgifter skiljer sig åt annat än marginellt får anses strida mot principen om att vård ska ges på lika villkor, jfr 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Utredningens utgångspunkt är därför att lämna förslag som leder till minskade skillnader i avgiftsuttag över landet samt till en större förutsebarhet och transparens i avgiftssystemet.

I avsnitt 14.2 belyses nuvarande regler med betydelse för avgifter på hjälpmedelsområdet. I avsnitt 14.3 redogörs för vad tidigare utredningar kommit fram till i fråga om sådana avgifter. Därefter behandlas vilka syften som kan finnas med avgifter (14.4). I avsnitt 14.5 anges omständigheter som talar för behovet av att reglera avgifterna på hjälpmedelsområdet. I enlighet med direktiven behandlas därefter frågan om högkostnadsskydd (14.6). Detta följs av en sammanfattande analys (14.7), varefter följer utredningens förslag (14.8).

[1] Socialstyrelsen (2016). Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.

14.2 Nuvarande ordning

14.2.1 Principer för avgifter i landsting och kommun

Det krävs stöd i lag för att kommun eller landsting ska kunna ta ut en avgift av enskilda. I 8 kap. 3 b § kommunallagen (1991:900) föreskrivs att kommuner och landsting får avgiftsbelägga tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. Samtidigt erinras om att de, i fråga om tjänster och nyttigheter som de är skyldiga att tillhandahålla, får ta ut avgifter *bara om det är särskilt föreskrivet*. Tjänster inom hälso- och sjukvården är prestationer som den enskilde frivilligt tar i anspråk, men som kommunen eller landstinget är skyldig att erbjuda. För hälso- och sjukvårdens del behövs alltså lagstöd för att avgifter ska kunna tas ut. Sådant lagstöd finns i 17 kap. 1 § HSL (tidigare 26 § HSL), där det anges att ”vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök” får tas ut. Det är inte uppenbart att avgifter för specifika hjälpmedel omfattas av den bestämmelsen och således har stöd i lag.

På det kommunala området gäller vissa allmänna principer för avgiftssättningen. Enligt *självkostnadsprincipen* får avgift inte sättas högre än som svarar mot kostnaderna för de tjänster som kommunen eller landstinget tillhandahåller, jfr 8 kap. 3 c § kommunallagen. Också *likställighetsprincipen* innebär vissa begränsningar i rätten att avgiftsfinansiera viss verksamhet. I 2 kap. 2 § kommunallagen anges sålunda att kommunen ska behandla sina medlemmar lika om det inte finns sakliga skäl för något annat. Särbehandling är tillåten endast om den vilar på objektiv grund.

14.2.2 Avgifter i landstingen

Enligt 17 kap. 1 § HSL får landstinget av patienter ta ut vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök enligt grunder som landstinget bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget ska därvid behandlas lika.

Inom hälso- och sjukvårdens öppenvård och inom läkemedelsområdet är således avgifterna generella till sin karaktär. För sluten vård får landstinget fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla.

Det förtjänar att framhållas att varken den nuvarande bestämmelsen om vårdavgifter eller den tidigare ger tydligt stöd för att ta ut *hjälpmedels*avgifter. Bestämmelsen stödjer att avgifter tas ut för *vård*, men inte för hyra, service eller liknande. I sammanhanget ska ånyo framhållas att för sådana tjänster som kommuner är skyldiga att tillhandahålla, krävs lagstöd för att huvudmannen ska kunna ta ut avgift (8 kap. 3 b § kommunallagen).

För att minska risken för att enskilda avstår från vård av ekonomiska skäl finns statligt reglerade högkostnadsskydd för besök i öppen hälso- och sjukvård (17 kap. 6 § HSL) samt för läkemedel, som regleras i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Därtill har flera landsting egna högkostnadsskydd för t.ex. sjukresor. Fyra landsting erbjuder någon form av högkostnadsskydd för hjälpmedel. Vidare är vård av barn och ungdomar upp till 18–20 års ålder avgiftsbefriad i de flesta landsting, liksom besök hos barnavårdscentral, mödravårdscentral samt barn- och ungdomspsykiatri.[2] I 17 kap. 3 § HSL att av patienter som är 85 år eller äldre får vårdavgifter och andra avgifter för sådan vård och sådana förbrukningsartiklar som avses i 6 § inte tas ut. [3]

Det så kallade högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård, som numera regleras i 17 kap. 6 § HSL, innebär att patienten betalar högst ett belopp som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet (1 100 kronor för 2017) för öppen hälso- och sjukvård (”vårdavgifter som avser öppen vård”) under en tolvmånadersperiod.[4] Av bestämmelsen framgår dessutom att avgifter för s.k. förbrukningsartiklar ingår (punkt 2), liksom tandvård enligt 8 a § tandvårdslagen (1985:125) (punkt 3). I förarbetena till bestämmelsen[5] anges att högkostnadsskyddet i den öppna hälso- och sjukvården omfattar patientavgifter för läkarvård och sjukvårdande behandling inom landstingen samt läkarvård och sjukgymnastik hos privata vårdgivare. Bestämmelsen har i landstingens praxis inte ansetts omfatta avgifter för hjälpmedel, vilket kan framstå som motsägelsefullt om man samtidigt anser sig kunna ta ut hjälpmedelsavgifter med stöd av bestämmelsen om vårdavgifter. Avgifter för *besök* i samband med förskrivning av hjälpmedel

[2] SOU 2012:2 s. 32.
[3] Prop. 2016/17:1 s. 32 f.
[4] Bestämmelsen i nya HSL har ändrats i några avseenden jämfört med 26 a § HSL, bl.a. mot bakgrund av en ändring i 8 kap. 5 § socialtjänstlagen., se prop. 2016/17:43 s. 118.
[5] Prop. 1996/97:27 s. 68.

torde i regel anses som vårdavgifter vilka omfattas av högkostnadsskyddet, men enligt vad utredningen erfar inträffar det att vårdavgifter anses falla utanför beroende på om den kallas för besöksavgift eller ej.

14.2.3 Avgifter i kommunerna

Kommuner stödjer sig också på 17 kap. 1 § HSL vid uttag av vårdavgifter. För kommunernas avgifter för bl.a. hälso- och sjukvård finns ett avgiftstak som skydd mot höga avgifter inom äldre- och handikappomsorg; maxtaxan, vilken omfattar vissa avgifter för vård. I 17 kap. HSL finns en korresponderande bestämmelse om ”högkostnadsskydd för avgifter till kommuner.”

I 17 kap. 8 § HSL anges sålunda att för den enskilde får avgifter för följande poster tillsammans per månad uppgå till högst en tolftedel av 0,5392 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken:

1. vård enligt 12 kap. 1 eller 2 § eller 14 kap. 1 §,
2. förbrukningsartiklar enligt 12 kap. 6 §,
3. långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, och
4. hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453).

Avgifterna får dock inte uppgå till ett så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs, ska kommunen dessutom försäkra sig om att den enskildes make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation. Vid beräkning av avgiftsunderlag och förbehållsbelopp enligt andra stycket ska 8 kap. 3, 4, 7 och 8 §§ socialtjänstlagen tillämpas.

I 8 kap. 2 § socialtjänstlagen regleras kommunens rätt att ta ut avgifter för sociala tjänster av servicekaraktär, såsom hemtjänst och bostad i särskilt boende. Kommunen har rätt att inom vissa i lagen angivna ramar själv bestämma grunderna för avgiftssystemets utformning. Enligt första stycket gäller därvid de begränsningarna att avgif-

terna ska vara skäliga och inte överstiga kommunens självkostnader (jfr 8 kap. 3 c § kommunallagen).

I fråga om avgifter för hemtjänst, dagverksamhet och bostad i särskilt boende gäller som sagt ytterligare bestämmelser, som finns i 3–9 §§ (jfr andra stycket i 8 kap. 2 § socialtjänstlagen). Dessa bestämmelser innebär att ett högkostnadsskydd ska gälla för avgifter för äldre- och handikappomsorg i form av en högsta avgift för hemtjänst, dagverksamhet och avgifter för kommunal hälso- och sjukvård samt en högsta avgift för bostad i sådant särskilt boende som inte omfattas av 12 kap. jordabalken (hyreslagen). I 8 kap. 5 § socialtjänstlagen anges att den enskildes avgifter för hemtjänst och dagverksamhet, tillsammans med avgifter som avses i 17 kap. 8 § första stycket 1–3 HSL, per månad får uppgå till högst en tolftedel av 0,5392 prisbasbelopp (dvs. samma som enligt 17 kap. 8 § HSL). I 8 kap. 6 § anges att avgifterna enligt 5 § inte får uppgå till ett så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (*förbehållsbelopp*). I 8 kap. 7 § finns bestämmelser om förbehållsbeloppet, som utgår från ett lägsta belopp (*minimibelopp*) som den enskilde som betalar avgift ska ha rätt att förbehålla sig av sina egna medel. Beloppet ska täcka den enskildes normala levnadskostnader, utom boendekostnaden. Den enskildes förbehållsbelopp är summan av den enskildes minimibelopp och boendekostnad. Kommunen ska enligt 8 § höja minimibeloppet i skälig omfattning om den enskilde på grund av särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett inte oväsentligt högre belopp än det som anges i 7 §. Det innebär att kommunen kan välja att ta hänsyn till exempelvis återkommande kostnader för hjälpmedel. Miniminivån behöver dock inte höjas om den enskilde genom bidrag eller annan förmån redan har kompenserats för en viss merkostnad, exempelvis genom handikappersättning.

De flesta kommuner har, undantaget Stockholms län, tagit över ansvaret för hemsjukvården. Av förarbetena till nya HSL framgår att man förutsatt att avgifter tas ut även vid hemsjukvård (se prop. 2016/17:43 s. 118). I 17 kap. 1 § HSL, som handlar om uttag av vårdavgifter i landsting och kommun, anges att patienter som omfattas av kommunens ansvar enligt bl.a. 12 kap. 2 § (som reglerar hemsjukvård) ska likabehandlas.

Till skillnad från landstingen använder sig primärkommuner av inkomstdifferentierade taxor i viss utsträckning. Det innebär att

avgifter tas ut med hänsyn till patientens inkomstnivå. Rättspraxis har gett kommunerna rätt att ta ut differentierade avgifter och någon annan regel för individuellt bestämda avgifter än att de ska vara skäliga har inte ansetts behövas (se prop. 1979/80:1 Del A s. 547, se också RÅ 2001 ref. 71, där en barnomsorgstaxa som var inkomstdifferentierad efter föräldrarnas bruttoinkomst och med självkostnaden som avgiftstak inte ansågs strida mot likställighetsprincipen i 2 kap. 2 § kommunallagen).

14.3 Tidigare utredningar av hjälpmedelsavgifter

Frågan om avgifter för hjälpmedel har uppmärksammats i flera statliga utredningar.

Hjälpmedelsutredningen (1989)

Den s.k. Hjälpmedelsutredningen[6] ansåg att man borde överväga att lägga in hjälpmedelsavgifter i det dåvarande högkostnadsskyddet för öppenvård och läkemedel i samband med översynen av det rabatteringssystemet. Utredningen anförde bl.a. följande i sitt betänkande från 1989[7].

> Det är önskvärt att enkla hjälpmedelsbehov kan tillgodoses utan att belasta den organisation som är utformad för att avhjälpa mera komplicerade och resurskrävande behov. Många enkla hjälpmedel bör därför även kunna köpas utanför hälso- och sjukvårdshuvudmännens kostnadsfria hjälpmedelssystem. I princip bör individuellt utprovade hjälpmedel utgöra lån och vara kostnadsfria för den enskilde. Enligt vår mening utesluter detta inte att vissa begränsade avgifter kan tas ut vid tillhandahållande av hjälpmedlen. Den som har behov av särskilda insatser, inkl. hjälpmedel, bör totalt sett inte drabbas av högre vårdkostnad än andra medborgare. I den mån avgifter tas ut för tillhandahållande av hjälpmedel inom hälso- och sjukvården bör dessa därför ingå i högkostnadsskyddet. I vissa fall kan det vara en praktisk lösning att huvudmannen i stället för att tillhandahålla en produkt, lämnar bidrag för att täcka sådan merkostnad som ett funktionshinder medför vid inköp av vissa konsumentartiklar t.ex. barn- och specialcyklar. Nettokostnaden för brukaren bör då inte vara större än vad som motsvarar normal kostnad för motsvarande produkt för en person utan funktionshinder. När ett

[6] SOU 1989:39.
[7] a. bet. s. 243 f.

hjälpmedel ersätter en kostnad som enskilda normalt sett har, t.ex. ortopediska skor, är det skäligt att huvudmannen tar ut en ersättning som motsvarar normal kostnad för skor. Denna ersättning bör ligga utanför högkostnadsskyddet. I den mån depositionsavgift tas ut vid viss tillfällig utlåning av hjälpmedel bör denna återbetalas när hjälpmedlet återlämnas.

Avgiftsutredningen (1995)

Den s.k. Avgiftsutredningen[8] skulle pröva behovet av särskilda avgiftsbestämmelser och högkostnadsskydd men även åtgärder för att minska skillnaderna mellan kommunerna. Utredningen framhöll att man måste skilja på avgifter som tas ut vid besök och avgifter som tas ut för själva hjälpmedlet. För besök avstod landstingen i regel från att ta ut avgift. När det gällde avgifter för själva hjälpmedlet togs avgifter ut med stora olikheter mellan landstingen. Avgiftsutredningen fann efter att ha gjort flera studier att personer med funktionsnedsättningar kan ha avgifter och andra kostnader som sammanlagt innebär besvärande ekonomiska effekter för många. Vissa grupper med låga inkomster hade stora svårigheter att klara av de avgifter och andra kostnader som en funktionsnedsättning medför. Det var dock svårt att skilja ut grupper med avseende på kön, ålder eller typ av funktionsnedsättning.

Utredningen övervägde att inlemma hjälpmedelsavgifterna i högkostnadsskyddet, men stannade för att föreslå att avgifter för hjälpmedel skulle föras in i det s.k. Dagmarsystemet, så att landstingen skulle träffa överenskommelse med staten om avgiftssättningen m.m. mot att staten tillförde ökade medel i form av riktade statsbidrag. Överenskommelserna skulle innefatta att hjälpmedel som saknade motsvarighet hos människor utan funktionsnedsättningar skulle bli avgiftsfria, att för hjälpmedel som har sin motsvarighet hos människor utan funktionsnedsättningar skulle kostnaden vara densamma som för dessa och att regionala skillnader i fråga om utbud och avgifter skulle utjämnas. Den funktionshindrade skulle inte ha några merkostnader för hjälpmedel samtidigt som likställighetsprincipen tillgodosågs. Förslaget genomfördes inte.

[8] Jfr SOU 1995:35.

Äldrevårdsutredningen (2004)

Äldrevårdsutredningen[9] hade i uppdrag att genomföra en översyn av vård och omsorg drygt tio år efter den s.k. Ädelreformen. De förslag som lämnades i betänkandet innebar att en huvudman, kommunen, skulle ansvara för hemsjukvård, med undantag av läkarinsatser, i såväl ordinärt som särskilt boende i en sammanhållen hemvård. Med hemvård avsågs integrerade sociala och medicinska insatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel som den enskilde behöver i sitt boende. Vad gäller avgifter föreslog utredningen att den enskildes avgifter för alla insatser i hemvården (inklusive hjälpmedel) enligt såväl socialtjänstlagen som HSL skulle begränsas av det högkostnadsskydd som gäller för avgifter till kommunal vård och omsorg. Utredningen föreslog således ändrade lydelser i 8 kap. 5 § socialtjänstlagen samt i 26 och 26 a §§ HSL. Förslaget avseende avgifter genomfördes inte.

LSS- och hjälpmedelsutredningen (2004)

LSS- och hjälpmedelsutredningen[10] hade bl.a. i uppdrag att analysera vissa frågor på hjälpmedelsområdet. Vad gäller avgifter på hjälpmedelsområdet föreslog utredningen en lagreglering med innebörd att landsting och kommun skulle få ta ut avgift vid besök i samband med förskrivning, utprovning och anpassning av eller träning i att använda hjälpmedel. Avgift för hyra, lån eller motsvarande för själva produkterna skulle enligt förslaget inte kunna tas ut av hjälpmedelsanvändaren. Utredningen menade att det även behövdes någon form av högkostnadsskydd, men ansåg samtidigt att nackdelarna med ett högkostnadsskydd som omfattar endast hjälpmedelsavgifter i såväl kommuner som landsting (ett gemensamt högkostnadsskydd mellan huvudmännen) var så omfattande att ett sådant system inte var lämpligt att införa vid den tidpunkten. Man menade att avgifter för hjälpmedel i sådant fall skulle hanteras annorlunda än övrig hälso- och sjukvård och att det var svårt att uppskatta kostnaderna för en sådan ordning. Man bedömde att ett sådant system skulle bli så administrativt tungrott att kostnaden för systemet skulle överstiga intäkterna[11].

[9] SOU 2004:68.
[10] SOU 2004:83.
[11] a. bet. s. 98.

Man pekade också på att uppgifter som kan omfattas av sekretess skulle behöva överföras mellan huvudmännen. Utredningen föreslog i stället att de avgifter som betalas till enbart *landsting* vid besök i samband med förskrivning, utprovning, anpassning av eller träning i att använda hjälpmedel skulle omfattas av högkostnadsskyddet för öppenvård. Utredningens förslag exkluderade således avgifter som erläggs till en kommun vid besök i samband med förskrivning, utprovning, anpassning av eller träning i att använda hjälpmedel från högkostnadsskyddet.

Förslagen kritiserades av många remissinstanser. Kritiken gällde brister i de ekonomiska beräkningarna, avsaknaden av konsekvensanalyser för enskilda och för olika grupper, konsekvenser för andra delar av välfärdssystemet som exempelvis socialförsäkringen och tänkbara effekter med hänsyn tagen till kommande demografiska utmaningar. Utredningens förslag avseende reglering av avgifter genomfördes inte.

Vårdavgiftsutredningen (2012)

Uppdraget för Vårdavgiftsutredningen[12] var att göra en bred översyn av avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård (däribland hjälpmedel), tandvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m. Översynen inkluderade breda välfärdspolitiska analyser såsom avgifternas betydelse som finansieringskälla och styreffekter, dvs. om enskilda styrs till rätt vårdnivå och i rätt tid, och om onödigt uppkomna behov och vårdkonsumtion kan undvikas genom rätt konstruerade avgiftssystem. En av avsikterna var att se olika välfärdstjänster i ett sammanhang och överväga om olika högkostnadsskydd borde slås samman till ett mer generellt system.

Utredningen konstaterade att det i stora stycken saknas underlag för att göra sådana bedömningar. Hjälpmedelsområdet var inget undantag. Utredningen menade att starka principiella skäl talade för ett *gemensamt* högkostnadsskydd, i första hand för de båda statligt reglerade skydden (läkemedel och öppenvård) men också för sjukresor. Det framgår inte varför hjälpmedel exkluderats i utredningens slutsats. Utredningen lämnade inget skarpt förslag på gemensamt

[12] SOU 2012:2.

högkostnadsskydd. Tillgången på relevanta dataunderlag ansågs alltför begränsad för att möjliggöra analyser av avgifternas effekter. Endast beträffande läkemedel fanns möjlighet att följa upp på individnivå. För övriga områden och avgiftssystem ansågs informationen helt otillräcklig på såväl individ- som systemnivå. Frånvaron av underlag ansågs innebära att det inte var möjligt att med rimlig säkerhet avgöra vilka effekter avgiftsstruktur och avgiftsnivå har på styrningen av efterfrågan respektive intäkter.

14.4 Behov av förändring

14.4.1 Inledning

Landstingen och kommunerna bestämmer för närvarande om och i så fall vilka avgifter man tar ut för hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Det innebär att personer i olika delar av landet med samma behov av hjälpmedel, får hjälpmedel på olika ekonomiska villkor.

Socialstyrelsens kartläggning bekräftar att det alltjämt finns stora skillnader både inom och mellan landsting, och kommuner när det gäller avgifter inom hjälpmedelsområdet. Skillnaderna rör både grunderna för avgiftssättningen och hur stora avgifterna är. Det är svårt för hjälpmedelsanvändare att i förväg få klarhet i vad avgifterna från olika huvudmän och hjälpmedelsområden kan bli i samband med att hjälpmedel förskrivs. Enligt Socialstyrelsen kan skillnaden i avgifter för en enskild användare variera mellan 100 kronor och 1 700 kronor vid första besöket och första året. Allra störst blir dock skillnaden när ett kostsamt hjälpmedel inte tillhandahålls till dem som bor i ett landsting, medan de som bor i ett annat får hjälpmedlet utan avgift. Problemet är då inte att avgifterna är för höga, utan att reglerna och prioriteringar för vad som kan förskrivas som hjälpmedel skiljer sig åt över landet.

Den bristande likvärdigheten är ett problem, men i sammanhanget ska också framhållas ett annat problem: att sjukvårdshuvudmännens rätt att alls ta ut avgifter på hjälpmedelsområdet i dag är oklart reglerad.

14.4.2 Dålig privatekonomi ett hinder?

Det finns användare med dålig ekonomi

Benägenheten att söka vård i allmänhet påverkas av flera faktorer, bl.a. ålder, kön och socioekonomi. Vårdbehovet är en faktor, men närheten till mottagningen och vårdens resurser har också betydelse, liksom patientens tidigare erfarenheter.

Ingen som behöver vård ska behöva avstå på grund av att han eller hon inte har råd att betala vårdavgiften. Frågan om någon behöver avstå från hjälpmedel för att han eller hon inte kan betala sin vårdavgift är dock inte enkel att besvara. Hjälpmedelsanvändare är inte någon homogen grupp.

Det finns dock grupper av hjälpmedelsanvändare som har betydligt lägre inkomster än befolkningen i övrigt. För vissa grupper understiger inkomsterna gränsen för låg ekonomisk standard.[13] Det handlar i huvudsak om personer med aktivitetsersättning och handikappersättning samt kvinnor över 85 år. Cirka 350 000 personer med funktionsnedsättning lever på sjuk- och aktivitetsersättning. Den disponibla inkomsten för personer med insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och/eller med assistansersättning i personkrets 1 enligt LSS understiger gränsen för låg ekonomisk standard (2014). Antalet personer i denna grupp uppgick 2015 till cirka 40 000. En del av denna grupp är personer i LSS-boenden, cirka 23 000 personer.

Handikappersättning för merkostnader för hjälpmedel

Personer under 65 år med betydande merkostnader för bl.a. hjälpmedel kan beviljas handikappersättning av Försäkringskassan. Handikappersättning kan beviljas i tre nivåer: 36, 53 och 69 procent av prisbasbeloppet beräknat för år. För år 2017 är nivåerna 1 344 kronor per månad, 1 979 kronor per månad och 2 576 kronor per månad. Ersättningen är skattefri. Nivån bestäms utifrån hjälpbehovets omfattning och merkostnadernas storlek. För ersättning enbart för

[13] Inkomst som är 60 procent eller lägre av medianinkomsten, s.k. relativ fattigdom.

merkostnader måste merkostnaderna anses betydande, vilket enligt allmänna råd kan anses motsvara 28,5 procent av prisbasbeloppet.[14]

Nivåer innebär att det uppkommer trösklar i systemet som leder till att vissa personer inte kompenseras för de merkostnader de faktiskt har. Detta gäller främst de som inte når upp till tröskeln för insteg i systemet, men även de som har merkostnader som ligger precis under tröskeln för nästa nivå. I samband med framtagandet av förslag till ny reglering i fråga om handikappersättning och vårdbidrag (Ds 2015:58) framförde företrädare för handikapprörelsen att en ny merkostnadsersättning inte bör ha några nivåer. Det förslag som lagts fram innehåller dock nivåer, liksom tidigare lagstiftning. Som skäl anfördes bl.a. att insteget för att få ersättning bidrar till att ersättningen tas i anspråk i rätt situationer och markeras att merkostnadsersättningen är en funktionshinderspolitisk stödform som förutsätter att det föreligger en merkostnadsproblematik över en viss nivå för att omfattas av den. Vidare skulle ett system utan en högsta nivå med all sannolikhet, även om antalet personer med mycket höga kostnader är relativt få, öka kostnaderna för försäkringen i en inte oväsentlig utsträckning[15].

Enligt Försäkringskassans statistik får knappt 57 000 personer ersättning för merkostnader (bl.a. för hjälpmedel). Ytterligare 45 000 personer får motsvarande ersättning via vårdbidrag.

Av Försäkringskassans socialförsäkringsrapport om vårdbidraget[16] framgår bl.a. följande. Personer som hade vårdbidrag som barn har som grupp en mycket utsatt försörjningssituation i vuxen ålder. I den studerade gruppen fanns en högre andel ensamstående, mindre än hälften förvärvsarbetade och gruppen hade som helhet en lägre utbildningsnivå än befolkningen i allmänhet. Gruppen var klart överrepresenterad bland personer med sjukersättning, särskilt utmärkande var kvinnor med sjukersättning. Den disponibla inkomsten inom gruppen var betydligt lägre än för den jämförande populationen. Bland personer som hade haft vårdbidrag som barn utgjorde den huvudsakliga inkomstkällan sjukersättning på garantinivå[17].

[14] År 2017 motsvarar det 12 768 kronor. Jfr 50 kap. 4 § socialförsäkringsbalken, RAR 2002:9 och Försäkringskassans vägledning om handikappersättning (2012:2), s. 32.
[15] Ds 2015:58 s. 231.
[16] Försäkringskassan (2012). Vårdbidraget – Utvecklingen fram till i dag och försörjningssituationen i morgon.
[17] Ds 2015:58 s. 103.

Vidare kan konstateras att av pensionärerna har cirka 11 procent låg ekonomisk standard. Bland dem som är 85 år eller äldre är det 27 procent som har låg ekonomisk standard. Här noteras återigen att den 1 januari 2017 inträdde ett förbud mot att ta ut vårdavgifter för dem som är 85 år eller äldre (jfr nuvarande 17 kap. 3 § HSL).

Några avstår vård på grund av dålig ekonomi

I Statistiska centralbyråns (SCB) undersökningar om hushållens ekonomi (HEK) ställde man under en följd av år frågan: ”Har du någon gång under året ansett dig vara i behov av sjukvård, tandvård eller läkemedel men avstått på grund av att du inte hade råd?” Cirka 1–2 procent av befolkningen uppgav varje år att de fått avstå från sjukvård och läkemedel av ekonomiska skäl. Det är genomgående fler kvinnor än män som säger sig avstå av ekonomiska skäl. För samtliga områden syns dock en tendens att andelen som avstår minskar, vilket skulle kunna bero på att avgifterna realt sett blivit lägre.[18]

Sedan 1970-talet har SCB gjort intervjuundersökningar gällande levnadsförhållanden (ULF). I ULF ingår en fråga om den intervjuade upplevt ett vårdbehov utan att söka vård. Av samtliga tillfrågade under åren 2001–2005 svarade 12 procent av männen och 14 procent av kvinnorna att de avstått från att söka vård de senaste tre månaderna, trots vårdbehov. Skälen varierar dock. Det vanligaste skälet var att man ville vänta ett tag (45 procent). De som inte ansett sig ha råd med vården utgör cirka 1 procent. I ekonomiskt utsatta grupper är det större andelar som avstått vård. Genomgående är det dock tandvård som man avstår mest ifrån (cirka 13–26 procent år 2009). För sjukvård var andelarna i de olika ekonomiskt utsatta grupperna cirka 2 procent. Urvalet i ULF behöver dock inte vara representativt för gruppen som använder hjälpmedel.

Även enligt Socialstyrelsen (2010) är det cirka 1–2 procent av befolkningen som avstår från att söka vård på grund av dålig ekonomi. Det anses dock vara dubbelt så vanligt att personer med funktionsnedsättning avstår från tandvård, hälso- och sjukvård och läkemedel jämfört med övriga befolkningen, av ekonomiska skäl.

[18] SOU 2012:2 s. 70.

I en studie från 2004 uppgav var femte person av dem som avstått från att söka vård att orsaken var dålig ekonomi. Av dessa var en stor andel ensamstående, utrikes födda och lågutbildade[19]. En annan äldre rapport, från Centrum för Folkhälsa inom Stockholms läns landsting, visar att andelen som avstått från att söka vård var flerfaldigt högre bland personer i s.k. utsatta grupper, särskilt bland personer med ekonomiskt bistånd (35 procent)[20].

Få avstår hjälpmedel på grund av dålig ekonomi

I fråga om hjälpmedel finns ingen heltäckande nationell statistik. De undersökningar som finns bygger på brukarenkäter, fokusgruppstudier och fiktiva fallbeskrivningar, vilket minskar möjligheterna att dra några generella slutsatser.

I Avgiftsutredningens betänkande ”Avgifter inom handikappområdet”[21] från 1995 hänvisas återkommande till den s.k. Yngrestudien, där ingick knappt 500 personer med olika slag av funktionsnedsättning, indelade i fyra grupper beroende på funktionsnedsättningens art. Studien visade att hjälpmedel relativt sett inte var den mest betungande utgiften. Medianvärdet för samtliga var 450 kronor per år. Den genomsnittliga kostnaden låg på cirka 1 900 kronor per år och 95 procent hade inte en kostnad som översteg 2 500 kronor per år. För dem i studien som svarade ja på frågan om de tvingats minska sin konsumtion av olika tjänster, framgår att den genomsnittliga kostnaden för hjälpmedel var närmare 3 700 kronor per år. Dock måste framhållas att den siffran ska ses i ljuset av att en person uppgivit en mycket hög kostnad för hjälpmedel, 59 000 kronor.

Det förtjänar att påpekas att studien har några år på nacken och att förändringar skett som påverkar dess relevans, bl.a. att gruppen med kognitiv funktionsnedsättning ökat, den ökade användningen av ny teknik som kompensatoriskt stöd samt en ökning av universell utformning av produkter.

[19] Westin, Åhs, Brand Persson, Westerling (2007). A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – lack of confidence in the medical services a plausible explanation?
[20] Burström (2008). Hälsa, livsvillkor och sjukvårdsutnyttjande bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper.
[21] SOU 1995:35.

Avgiftsutredningen hänvisade också till den s.k. Äldrestudien, som inte heller den visade att hjälpmedelskostnaderna var alltför betungande. Bara ett fåtal, 2 procent, svarade att de haft kostnader för hjälpmedel som översteg 2 400 kronor per år. Dock ska framhållas att bortfallsfrekvensen var 60 procent på den frågan.

Av en rapport från Handikappförbunden[22] som bygger på brukarenkäter framgår att hjälpmedelsanvändarna i studien var missnöjda med hjälpmedelskostnaden. En av sju, eller 15 procent, betalade mer än 1 500 kronor/år för sina hjälpmedel. När det gäller vad användare anses få bekosta själv, var det vanligast med förbrukningsartiklar, förslitningsdelar och reparation (48 procent). Därefter kom produkter i den öppna handeln (32 procent), dubbelförskrivning och fritidshjälpmedel. Mest missnöjda med kostnaden var användarna i Gävleborg. I Västerbotten svarade ingen att man var missnöjd med kostnaden.

I detta sammanhang ska framhållas att sjukvårdshuvudmännens *avgifter* för hjälpmedel inte är detsamma som *utgifter/kostnader* för hjälpmedel. I t.ex. Hjälpmedelsinstitutets (HI) kartläggning från 2012[23] varierade kostnaderna i ett av de två fiktiva fall som användes i studien från 0 kronor till 25 000 kronor, beroende på hur många hjälpmedel som den fiktive 17-årige pojken med bl.a. ADHD inte kunnat få förskrivna och därför måste köpa själv. Endast ett landsting nekade förskrivning av alla de tre hjälpmedlen (Gävleborg) och där blev kostnaden påfallande hög, drygt 25 000 kronor. I det andra fallet, som gällde en vuxen kvinna med en progredierande synskada, varierade kostnaden mellan 0 kronor och 12 500 kronor, återigen beroende på om hjälpmedlet (GPS) ansetts förskrivningsbart eller ej. I de 11 landsting som kunde förskriva en GPS i den situation som fallet gällde, varierade avgifterna mellan 0 kronor och 380 kronor.

I den femte rapporten från samma projekt[24] redovisas en fokusgruppstudie med förskrivare och brukare. Flera brukare i studien hade blivit nekade hjälpmedel (s. 46 f.). De hjälpmedel som det handlade om var färgläsare, fickur, dator, glasögon, sms-tjänster och telefontjänster (även bostadsanpassning och elevassistent nämndes). Ett problem som nämndes av brukarna är att förskrivaren i stället för att neka förskrivning kan bevilja ett hjälpmedel som är mindre flexibelt

[22] Handikappförbunden (2010). Brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning.
[23] Hjälpmedelsinstitutet (2012). Hjälpmedel på lika villkor – kartläggning av landstingens och regionernas tillhandahållande av hjälpmedel.
[24] Handikappförbunden (2010). Hjälpmedel – regelverk – livskvalitet – kön.

och av sämre kvalitet. Förskrivarna å sin sida uppgav att om en brukare fått ett visst hjälpmedel sprider det sig snabbt och då vill alla ha likadant, även om behoven inte är desamma. Intressekonflikter kan uppstå om brukaren eller anhöriga vill ha inflytande på modellval (s. 28 f.).

Kostnader för hjälpmedel inte liktydigt med avgifter för hjälpmedel

Det sagda illustrerar att när användare har synpunkter på sina kostnader för hjälpmedel handlar det inte nödvändigtvis om just avgifter. Det kan handla om kostnader för att köpa ett visst hjälpmedel i den öppna handeln.

En kostnad som kan bli hög för enskilda användare är om man själv ska köpa fritidshjälpmedel. I synnerhet för barn som växer och behöver nya fritidshjälpmedel varje år, kan kostnaderna bli kännbara. Utöver enklare produkter kan det röra sig om specialbyggda hjälpmedel för särskilda idrotter som t.ex. kälke för ishockey, sit-ski för utförsåkning och särskilda styranordningar för segling. Dock ska framhållas att den här typen av hjälpmedel normalt inte förskrivs i något landsting, varför något egentligt problem i termer av likvärdighet inte föreligger.

Det är viktigt att förstå att även om någon avgiftsreglering för hjälpmedel, t.ex. högkostnadsskydd, skulle införas, skulle det inte skydda mot höga kostnader till följd av att sjukvårdshuvudmannen ansett att ett hjälpmedel *inte kan förskrivas*. Olikheter på denna grund kan delvis avhjälpas genom en tydlig definition av hjälpmedel, dvs. genom att slå fast vad som ingår i landstingets skyldighet att erbjuda för typ av hjälpmedel. Utredningen föreslår också att definitionen ska införas i lagen, av flera skäl (se föregående kapitel).

14.5 Syften med avgifter på vårdområdet

Den solidariska finansieringen är grunden i ett välfärdssamhälle där var och en bidrar till vårdens och omsorgens kostnader genom att betala skatt och får stöd och hjälp efter behov – oberoende av per-

sonlig ekonomi, social bakgrund, kön eller ålder.[25] Avgifterna täcker bara cirka 8 procent av kostnaderna för den öppna vården.[26] Samtidigt utgör avgifterna ett inte obetydligt bidrag till välfärdens finansiering.

Det främsta motivet för egenavgifter i hälso- och sjukvården är att de förväntas fungera styrande på vårdkonsumtionen, så att efterfrågan styrs till ”rätt” nivå (t.ex. primärvården) och i ”rätt” tid. En grundläggande förutsättning för att sådana effekter ska uppstå är förstås att avgiftssystemet är transparent. Avgifterna antas också bidra till ett ökat kostnadsmedvetande hos befolkningen och därmed begränsa ”onödig” vårdefterfrågan[27].

Att använda avgifter för att dämpa efterfrågan framstår som ett tveksamt sätt att komma till rätta med överkonsumtion av vård. Enligt HSL ska vård ges efter behov. Om ett hjälpmedel förskrivits i onödan, ligger ansvaret egentligen hos vårdgivaren/förskrivaren. Avgifter bör inte äventyra målsättningen om vård efter behov.

Vad gäller avgifternas effekt i detta avseende kan dessutom inte påvisas ett entydigt samband mellan avgiftsnivå och besöksvolym.[28] Det är många faktorer som påverkar benägenheten att söka vård, t.ex. vårdens tillgänglighet. Landsting med höga avgifter har inte lägre besöksfrekvens än landsting med låga avgifter och vice versa. När landstingen först införde differentierade avgifter för att påverka patienternas val av mottagning, kunde man inte dokumentera vilken effekt de differentierade avgifterna haft.[29] Den kraftiga ökningen av besöksfrekvensen för barn och ungdomar (15–20 procent) då avgiften för dessa togs bort 1998 tyder dock på att avgifter påverkar efterfrågan. Ökningen kvarstod även efter två år.[30]

Principerna för avgiftssättning inom hjälpmedelsområdet är i flera avseenden speciella. Vissa avgifter motiveras med att den enskilde bör betala den kostnad som en person utan funktionsnedsättning har för en motsvarande icke anpassad produkt, exempelvis ortopediska skor. Avgiftsbefrielse för produkter som ersätter vanliga bruksföremål eller kläder innebär att samhället ersätter en normal levnadskostnad som personer utan funktionsnedsättning själva får stå för. Detta kan sägas

[25] Prop. 2000/01:149.
[26] SOU 1995:122 s. 175.
[27] Se t.ex. prop. 1996/97:1 och SOU 2012:2.
[28] SOU 2012:2 s. 108.
[29] SOU 1995:122 s. 175.
[30] SOU 2012:2 s. 53.

stå i strid med tankar om att staten bör ersätta *merkostnader* på grund av funktionsnedsättningen (en utgångspunkt som emellertid inte är konsekvent genomförd i svensk lagstiftning).

Andra avgifter på hjälpmedelsområdet motiveras av att stimulera den enskilde att återlämna hjälpmedlet när behovet av detta inte längre finns. Det kan röra sig om återkommande, t.ex. årliga, avgifter eller en depositionsavgift som återfås när hjälpmedlet återlämnas till sjukvårdshuvudmannen. I praktiken framkommer dock att majoriteten av de hjälpmedelsavgifter som tas ut av landstingen i dag är engångsavgifter som tas ut vid ett tillfälle i samband med att hjälpmedlet förskrivs. Den typen av icke återkommande avgift fyller inget syfte att stimulera återlämnande om inte beloppet återbetalas vid återlämnande av hjälpmedlet. Det förekommer också att avgifter tas ut när användaren tappat bort hjälpmedlet. Förbrukningsvaror, vilka inte kan återlämnas utan övergår till användaren med äganderätt, är ibland avgiftsbelagda. Det förekommer att avgifter motiveras med att man vill dämpa en onödig efterfrågan. Ett exempel är avgifter för tyngdtäcken. En total avgiftsfrihet kan anses främja en ”slit och släng-mentalitet.”[31]

14.6 Högkostnadsskydd

14.6.1 Vad betyder högkostnadsskydd?

Begreppet högkostadsskydd definieras i Socialstyrelsens termbank[32] som *reducering av kostnaden för inköp av förmånsberättigade varor*. Begreppet härrör från ämnesområdet läkemedel och var en föregångare till det nu använda begreppet läkemedelsförmån. Socialstyrelsens definition är inadekvat i detta sammanhang eftersom det inom hjälpmedelsområdet inte enbart handlar om *inköp av varor* utan *tjänster* i form av förskrivning, utprovning, utlån, anpassning av eller träning i att använda hjälpmedel. Utredningen har analyserat frågan utifrån ett sådant bredare perspektiv.

Begreppet avgiftstak finns inte i Socialstyrelsens termbank. Man kan dock dra paralleller till hur avgifter för slutenvård är hanterat enligt 17 kap. 2 § HSL. Denna bestämmelse reglerar vilken avgift som

[31] Remissvarssammanställningen till SOU 2004:83 s. 30.
[32] Socialstyrelsens termbank. Tillgänglig online: termbank.socialstyrelsen.se [2017-04-12].

maximalt får tas ut av den enskilde för varje vårddag. Bestämmelsen skyddar inte enskilda från höga totalbelopp för slutenvården om den enskilde vårdas under lång tid. Avgiftstak i hjälpmedelssammanhang skulle kunna utgöras av ett avgiftstak per förskrivet hjälpmedel – det är då inget högkostnadsskydd eftersom den enskilde kan ha behov av många hjälpmedel.

Avgiftstak och högkostnadsskydd kan också i praktiken vara ”två sidor av samma mynt”. I 8 kap. socialtjänstlagen finns bestämmelser om beräkning av avgifter inom äldre- och handikappomsorgen. Avgiften för hemtjänst i ordinärt och särskilt boende, dagverksamhet samt kommunal hälso- och sjukvård får från och med den 1 juli 2016 uppgå till högst en tolftedel av 0,5392 gånger prisbasbeloppet, cirka 1 990 kronor per månad. Denna reglering av den maximala avgiften blir i praktiken också ett högkostnadsskydd.

14.6.2 Högkostnadsskydd i landstinget

Äldre bestämmelser om högkostnadsskydd i vården fanns i lag (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. Detta högkostnadsskydd omfattade kostnader för såväl besök i öppenvård som läkemedel. I samband med avregleringen av patientavgifterna i den öppna vården 1991 infördes ett högsta beloppstak för patienternas egenavgifter.[33] Den mest påtagliga förändringen av avregleringen var att avgifterna höjdes markant, från 60 kronor till i genomsnitt 105 kronor per besök.[34] Taket i högkostnadsskyddet, som alltså omfattade både öppenvård och läkemedel, sattes efter en höjning 1995 till 1 800 kronor per år.

Efter förslag i prop. 1996/97:27 fördes per den 1 januari 1998 kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen över från staten till landstingen. Samtidigt upphävdes den tidigare lagen. Högkostnadsskyddet delades upp i två delar; ett skydd gällande avgifter i HSL och ett separat skydd för läkemedel, vilket reglerades i lag (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m., som senare ersattes av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. En utgångspunkt för ställningstagandet för två separata skydd var, att det skulle vara möj-

[33] SOU 1995:122 s. 171.
[34] a. bet. s. 173.

ligt att rikta en större del av samhällets subvention till dem med stora behov av läkemedel (a. prop. s. 54 f.).

Genom 26 a § HSL infördes den 1 januari 1997 ett högkostnadsskydd för patienter i den öppna hälso- och sjukvården.[35] Taket var 900 kronor per tolvmånadersperiod, men landstingen kunde (och kan) besluta om ett lägre tak än som anges i lagtexten. Bestämmelsen har därefter ändrats vid flera tillfällen.

Högkostnadsskyddet omfattar som nämnts patientavgifter i den öppna hälso- och sjukvården (oavsett om vården är offentlig eller privat), eventuella avgifter för inkontinensartiklar samt viss tandvård (enligt 8 a § tandvårdslagen).

Den 1 januari 2013 infördes indexreglering av högkostnadsskyddet.[36,37] Innebörden av detta är att lagtexten i stället för ett fast tak i kronor anger ett tak som motsvarar viss andel av prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken (0,025 × prisbasbeloppet), avrundat nedåt. Som tidigare kan landstingen besluta om ett lägre tak för högkostnadsskyddet.

I och med den nya HSL (2017:30) återfinns reglerna om högkostnadsskydd för öppenvård i 17 kap. 6 och 7 §§ HSL.

14.6.3 Högkostnadsskydd gällande avgifter i kommuner

När man införde högkostnadsskyddet för avgifter i äldre- och handikappomsorgen, kunde det skilja mer än 20 000 kronor för samma typ av vård och omsorg mellan kommuner, men också mellan olika individer i samma kommun. *Boende- och avgiftsutredningen* från 1999 ville ändra på detta genom att införa ett nationellt avgiftstak och anförde bl.a. följande.[38] Kommunallagen föreskriver att invånarna ska behandlas likvärdigt, vilket i andra taxesammanhang ansetts innebära att taxeskillnader ska kunna motiveras av den enskildes nytta av en tjänst. För att dämpa avgiftsspridningen kan tillämpas olika modeller; högkostnadsskydd/avgiftstak på nationell nivå, förbud mot inkomstrelaterade taxor eller att förbehållsbeloppet kompletteras med att den enskilde ska garanteras ha kvar viss andel av sina inkomster (för att

[35] Förarbetena finns i SOU 1995:122 samt i prop. 1996/97:27.
[36] Prop. 2012/13:1. utgiftsområde 9, s. 93 ff.
[37] I prop. 2011/12:1 föreslogs först att taket skulle höjas till 1 100 kronor.
[38] SOU 1999:33 s. 191 f.

begränsa de besvärande marginaleffekter som det tidigare systemet hade). Boende- och avgiftsutredningen avvisade de två senare möjligheterna. Gällande utformningen av avgiftstaket anförde utredningen att eftersom äldreomsorgsavgifter uppgår till högre belopp än avgifterna i öppenvården och dessutom av tradition debiteras per månad, borde ett eventuellt högkostnadsskydd utformas som ett högsta belopp som får debiteras per månad.

När det gällde nivån anförde utredningen att man kan tänka sig tre nivåer; ett lågt tak som möjliggör att flertalet äldre kan betala avgiften (200 kronor per månad), ett högt tak som ligger högre än vad majoriteten betalade då (så att extremerna faller bort) och slutligen en mellannivå som minskar spridningen av avgifter men inte begränsar kommunernas handlingsutrymme. Med den låga avgiften skulle uppstå ett betydande intäktsbortfall. Utredningen stannade för en medelnivå (40 procent av basbeloppet eller 1 210 kronor per månad) och argumenterade för att avgiften var tillräckligt låg för att inte skapa besvärande marginaleffekter samtidigt som spridningen begränsades så att skillnaderna inte skulle upplevas som orättvisa.

Utredningen diskuterade också avgifternas styreffekter (s. 172). Utredningen ansåg att styrningen av efterfrågan borde ske genom biståndsbeslutet. Att styra genom taxesättningen ansågs mer trubbigt och leda till att enskilda av ekonomiska skäl väljer bort omsorg de är i behov av.

14.6.4 För- och nackdelar med högkostnadsskydd

Olika effekter beroende på konstruktion

I teorin finns en mängd olika sätt att konstruera och finansiera avgiftstak och högkostnadsskydd. Beroende på valet av lösning uppstår risk eller möjlighet för olika effekter. Både avgiftstak och högkostnadsskydd kan dock sägas öka likvärdigheten över landet.

Ett avgiftstak, exempelvis konstruerat som ett maxbelopp per förskrivet hjälpmedel, gör att den enskilde hjälpmedelsanvändaren lättare kan överblicka sina utgifter. Avgiftsuttaget blir mer transparent för användarna och ökar förutsebarheten. För fullständig transparens och överblickbarhet krävs ett högkostnadsskydd, dvs. ett totalbelopp som den enskilde maximalt kan debiteras under en viss tidsperiod.

Sådana regler kan främja förutsättningarna för nationella jämförelser av typen öppna jämförelser, vilket i sin tur kan leda till mer likartade avgiftssystem.

En annan fördel med avgiftstak och högkostnadsskydd är att likheten mellan olika grupper av hjälpmedelsanvändare ökar. I dag kan det variera inom ett och samma landsting hur mycket den enskilde betalar beroende på vilken typ av funktionsnedsättning och därmed hjälpmedelsbehov den enskilde har. En nationell reglering av möjligheten att ta ut avgifter och ett högkostnadsskydd innebär att behoven kan hanteras mer lika även sett till olika grupper av hjälpmedelsanvändare. Ett högkostnadsskydd innebär i sig inte att möjligheterna minskar att ta ut avgifter och differentiera dem med hänsyn till styreffekter, även om styreffekter får antas försvinna under den avgiftsfria tiden. Däremot tar man bort extremerna och hjälper därmed de användare som drabbas av de allra högsta avgifterna för hjälpmedel (på grund av att de har många hjälpmedel och/eller betalar höga avgifter).

Beroende på hur högt taket i högkostnadsskyddet sätts, uppstår olika effekter för olika grupper av hjälpmedelsanvändare. I teorin kan man också kombinera ett generellt tak med ett tak per avgift. Ett högt avgiftstak per förskrivet hjälpmedel kombinerat med en låg beloppsgräns för högkostnadsskyddets inträde gör att hjälpmedelsanvändare med behov av få hjälpmedel sannolikt får betala mer till systemet, medan hjälpmedelsanvändare med många hjälpmedel snabbt når högkostnadsskyddet. Om avgiftstaket per förskrivet hjälpmedel sätts lågt men högkostnadsskyddet högt, kommer det krävas många förskrivna hjälpmedel för att nå högkostnadsskyddet. I en sådan konstruktion får personer med behov av färre hjälpmedel en mer gynnsam situation än annars.

Det ovan sagda gäller en konstruktion där ett särskilt högkostnadsskydd för hjälpmedel tillskapats. En annan variant är att låta avgifterna för hjälpmedel ingå i det befintliga högkostnadsskyddet för öppenvård. En fördel med denna modell är att de administrativa merkostnaderna jämfört med i dag inte skulle behöva bli så betydande eftersom systemet så att säga redan är på plats. En synpunkt är att det skulle kunna leda till ”onödiga” vårdbesök i syfte att uppnå gränsen och därmed fria hjälpmedel. Den som ofta besöker vården, vilket gäller för många hjälpmedelsanvändare, kan snabbt nå gränsen för högkostnadsskyddet även om denne inte får flera hjälpmedel förskrivna.

Det får till följd att de inte drabbas av någon eller endast en begränsad merkostnad. Störst torde skillnaden bli för personer utan varaktiga funktionsnedsättningar men som behöver ett hjälpmedel under den tid en skada eller sjukdom läker. Många med varaktiga funktionsnedsättningar skulle sannolikt få ingen eller en begränsad kostnadsökning medan personer med ett generellt sett mindre behov och lägre vårdkonsumtion kan få ökade kostnader om landstingen väljer att ta ut sådana avgifter.

Patienter kan trots högkostnadsskydd drabbas av betalningssvårigheter om de får stora behov av vård under en kort period. För att komma till rätta med det problemet har vissa landsting provat periodisering av högkostnadsskyddet, t.ex. genom att ingen behövde betala mer än 300 kronor per 30-dagarsperiod. Försöken upphörde dock på grund av ökade kostnader, marginaleffekter och ökad administration.[39] I stället har man prövat andra åtgärder för att hjälpa patienter med betalningssvårigheter, t.ex. avbetalningsplaner.

Nackdelar från huvudmannasynpunkt

En tydlig nackdel ur sjukvårdshuvudmännens synvinkel är att med högkostnadsskydd blir intäkterna av en avgiftshöjning ofta mindre än vad landstingen räknat med.[40] Fler uppnår frikort och befrias från avgifter. En annan nackdel är att eventuella ambitioner att styra med hjälp av avgifterna kommer till korta under avgiftsfri tid, dvs. efter att taket har nåtts. Vad det innebär rent konkret på hjälpmedelsområdet är oklart. Det finns sålunda inget som tyder på att kostnaderna för hjälpmedel som tappats bort eller blivit förstörda är större i de län där avgift för hjälpmedel inte tas ut.

En studie i Stockholms läns landsting från 1993 tyder på att besöksfrekvensen ökar med nästan 30 procent då patienterna erhåller frikort, vilket ger ökade kostnader. Slutsatsen var att högkostnadsskyddet leder till en icke medicinskt motiverad ökning av sjukvårdskonsumtionen när avgiftsfriheten inträder. Det torde emellertid ha saknats empiriskt underlag för slutsatsen att vårdskonsumtionen inte var medicinskt motiverad.[41]

[39] SOU 1995:122 s. 176.
[40] a. bet. s. 175.
[41] a. bet. s. 176.

Med ett högkostnadsskydd kan man också se tendenser att konsumtionen ökar när frikortsperioden håller på att ta slut. Utan djupare studier går det emellertid inte att uttala sig om det är onödig konsumtion eller om det främst är en omfördelning av konsumtionen över tid.

Ett sätt att förebygga tänkbar överkonsumtion är att använda sig av förmånstrappor med tilltagande subventionsgrad, som i fallet läkemedel. Enligt uppgift fungerar det nuvarande systemet för läkemedelsförmånen väl[42] (till skillnad från då landstingen och staten hade ett gemensamt ansvar). Det systemet är dock redan helt automatiserat, medan det för hjälpmedelsområdet torde krävas betydande investeringar innan ett sådant datasystem kan vara på plats. Dessutom är läkemedelsförmånen statligt reglerad – det får anses som ett påtagligt intrång i den kommunala självstyrelsen att staten inför en detaljreglering i HSL i form av förmånstrappor för avgifter.

Risk för sämre sortiment och högre kostnader för användare

I ett ekonomiskt ansträngt läge och då huvudmännens möjlighet att finansiera verksamheten med avgifter är begränsad, finns en risk för nya prioriteringar, som får negativa konsekvenser för hjälpmedelsanvändare. Det skulle exempelvis kunna handla om att tillhandahålla färre hjälpmedel, försämra öppettider eller andra besparingar som riskerar att försämra valmöjligheter, service och väntetider. Om högkostnadsskydd för hjälpmedel finansieras genom höjning av avgifter i något annat system, kan det drabba ekonomiskt utsatta individer inom det avgiftssystemet.

Det finns också en risk för att huvudmännen gör snävare tolkningar av vad som är ett hjälpmedel i HSL:s mening, vilket riskerar att medföra att fler hjälpmedel än i dag kan komma att klassas som egenansvarsprodukter. På sådant sätt kan produkter helt falla utanför alla högkostnadsskydd. Hjälpmedelsanvändare som behöver sådana hjälpmedel får därmed köpa hjälpmedlen själva utan skydd mot höga hjälpmedelskostnader utöver det som finns genom socialförsäkringsförmånerna handikappersättning och vårdbidrag. Det finns därmed

[42] SOU 2012:2 s. 121.

en påtaglig risk för övervältring av kostnader till såväl enskilda som till den statliga socialförsäkringen.

Vidare ska framhållas att nationella regleringar i form av avgiftstak eller högkostnadsskydd kan leda till försämringar för patienterna, beroende på det aktuella landstingets tidigare regler. Grupper som i dag inte betalat eller betalat låg avgift kan få det sämre om ett landsting som tidigare haft avgiftsfria hjälpmedel börjar ta ut avgifter. I sammanhanget noteras att bestämmelsen om högkostnadsskydd i 17 kap. 6 § HSL medger att landstinget sätter en lägre gräns för högkostnadsskyddets inträde, men enligt vad utredningen erfar är det inget landsting som har gjort det. Det blir mer lika, men inte nödvändigtvis bättre i egentlig mening. Emellertid kan landstingen i framtiden komma att justera sina avgifter till det sämre helt oavsett om lagstiftaren inför ett högkostnadsskydd eller ej, varför tänkbara försämringar i taxorna egentligen inte framstår som ett tungt argument mot lagstiftning. Däremot kan ifrågasättas om likvärdigheten är ett tillräckligt argument för högkostnadsskydd om ett skydd får stor betydelse bara för ett fåtal hjälpmedelsanvändare med påfallande höga kostnader, medan alla andra riskerar höjningar av sina kostnader.

Vad skulle högkostnadsskydd för hjälpmedel kosta?

När det gäller vad det skulle kosta att införa ett högkostnadsskydd har redan tidigare utredningar kunnat konstatera att det är mycket svårt att bedöma på grund av bristen på underlag. Som utvecklas nedan i avsnittet om avgiftsfrihet har utredningen uppskattat landstingens totala intäkter av avgifter som tas ut i samband med och för hjälpmedel 2015 till cirka 230 miljoner kronor. Kostnaden för ett högkostnadsskydd bör rimligen understiga detta belopp, men det går inte att säga vilka de närmare konsekvenserna blir. Att högkostnadsskydd för hjälpmedel utökar det offentliga åtagandet är emellertid uppenbart. I sammanhanget ska framhållas att enligt utredningens direktiv ska utredningens förslag inte utöka det offentliga åtagandet och om de gör det, måste de förses med en finansiering. Vad den skulle behöva uppgå till är svårt att säga mer än att den bör kunna understiga 230 miljoner kronor. I sammanhanget ska framhållas svårigheten att uppskatta s.k. dynamiska effekter av införandet av en reform. Antalet äldre ökar. En svårighet ligger i att enskildas mer-

kostnader för hjälpmedel ofta ersätts genom den statliga handikappersättningen och således vältras över på staten i nuläget. Om landstingen inte tar ut avgifter kan det få till effekt att en del personer hamnar under det s.k. insteget till handikappersättning. Det skulle leda till en besparing för staten, innebärande att det offentliga åtagandet möjligen minskar. De enskildas kostnader ökar däremot. Utredningen har inte försökt göra sådana beräkningar.

Sammanfattande bedömning angående högkostnadsskydd

Hälso- och sjukvården står inför betydande ekonomiska utmaningar, bl.a. på grund av en åldrande befolkning.[43] Det är rimligt att anta att sjukvårdshuvudmännens ekonomiska utveckling i stort får stor betydelse för om och hur de skulle kompensera sig för det avgiftsbortfall som uppstår till följd av ett högkostnadsskydd. Frågan är därför om behovet av ett högkostnadsskydd är så stort att det framstår som motiverat mot bakgrund av den betydande osäkerheten i bedömningarna av vilka konsekvenserna blir, inte minst för olika grupper av hjälpmedelsanvändare. Utredningen bedömer att det finns en påtaglig risk för att sjukvårdshuvudmännen i framtiden kan komma att göra förändringar i sitt utbud och sortiment, vilket kan drabba alla eller bara vissa grupper av hjälpmedelsanvändare. På samma sätt kan inte bortses från risken att de landsting som i dag har mer generösa regler tar bort dessa, vilket må bidra till en ökad likriktning men knappast upplevas som positivt av hjälpmedelsanvändare som i stället får högre avgifter än tidigare. Därvid ska särskilt framhållas att som utredningen uppfattat saken är problemet med avgifterna snarare att skillnaderna är för stora, dvs. bristande likvärdighet, än att människor avstår från hjälpmedel de har ett konstaterat behov av för att de inte har råd, med undantag för den grupp hjälpmedelsanvändare som har mycket dålig ekonomi. Högkostnadsskydd har dålig träffsäkerhet från fördelningspolitisk synpunkt. Anledningen till att man väljer att subventionera även dem som har det gott ställt ekonomiskt kan vara att landstingens avgifter av hävd aldrig varit inkomstdifferentierade, utan utgår från principen att alla ska behandlas lika. Frågan är emellertid om det är en bra resursallokering.

[43] SOU 2012:2 s. 27.

Om syftet med ett högkostnadsskydd i första hand är att förhindra att människor med dålig ekonomi väljer bort hjälpmedel, är det lämpligare att välja åtgärder som gynnar just dessa grupper. Beroende på hur reglerna utformas kan också förutsebarheten öka.

14.6.5 Gemensamt högkostnadsskydd för flera huvudmän?

En central fråga i diskussionen om för- och nackdelar med avgiftstak och högkostnadsskydd är om vi med dessa avser landstingens avgifter, kommunernas avgifter eller båda huvudmännens avgifter. En reglering som enbart riktar sig till den ena huvudmannen innebär att vissa hjälpmedelsanvändare hamnar utanför skyddet.

Gemensamma högkostnadsskydd har vissa fördelar jämfört med separata skydd. En förutsättning är dock att taket kan hållas på en rimlig nivå. Fördelarna är främst att avgiftsintäkterna ökar (till följd av det högre taket än vad som kan anses rimligt för separata skydd), att samhällets stöd till individen blir oberoende av hur konsumtionen fördelas mellan olika delar, att det rör sig om s.k. komplementära tjänster, att det är lättare för enskilda att förstå och att fler personer med stora behov kommer att få frikort.

Betydande praktiska och juridiska hinder behöver dock utredas innan ett sådant gemensamt avgiftssystem kan vara möjligt. Avgiftssystemen i kommunerna respektive landstingen har utformats efter helt olika principer, varför det kan bli svårt att foga enstaka avgifter från båda systemen till ett gemensamt regelverk.

Vidare är det svårt att överblicka konsekvenserna av ett gemensamt högkostnadsskydd. Ett högkostnadsskydd som omfattar avgifter hos mer än en huvudman medför administrativa problem. Dessa drabbar även de enskilda, eftersom hanteringen i vart fall på kort sikt måste ske manuellt. På längre sikt, i ett eventuellt automatiserat system, måste sekretesskyddade uppgifter kunna överföras i administrativt syfte. Kostnaderna för att bygga upp och administrera ett sådant system kan bli betydande utan att samhällsnyttan motsvarar kostnaderna. Det handlar också om att få till stånd en reglering av ekonomiska förehavanden mellan huvudmännen i de fall en enskild har hjälpmedel förskrivna från både kommunen och landstinget. En enskild kan ha betalat avgifter upp till högkostnadsskyddet hos en huvudman och därefter ha behov av hjälpmedel hos den andra, som

då ska vara avgiftsbefriade. Huvudmännen måste komma överens om enligt vilka principer de ska ersätta varandra i ett sådant system.

LSS- och hjälpmedelsutredningen framhöll att det inte finns någon form av gemensamt system som omfattar avgifter i kommuner och landsting samtidigt och att det därför är svårt att uppskatta kostnaderna för att skapa och driva ett sådant system[44].

14.6.6 Avgiftsbefrielse för hjälpmedel

Ett sätt att minska spridningen i avgifter över landet är att helt förbjuda hjälpmedelsavgifter, dvs. att alla hjälpmedel ska tillhandahållas utan kostnad. Detta skulle medföra att alla hjälpmedelsanvändare fritt fick tillgång till hjälpmedel, både de med låg disponibel inkomst och de med högre disponibel inkomst. Om det är en riktig resursallokering är en politisk fråga.

I internationella sammanhang har man sett att de länder som har noll-taxa för hälso- och sjukvård har fler läkarbesök. För besök hos specialistläkare är effekten av noll-taxa mindre eftersom besöken där styrs av remiss från primärvården. En liknande ”kontrollmekanism” finns för hjälpmedel eftersom det alltid görs en behovsbedömning för att identifiera om hjälpmedel är aktuellt innan hjälpmedelsförskrivning påbörjas. Det är därför inte klarlagt att avgiftsfrihet skulle leda till överkonsumtion av hjälpmedel. Inom vissa landsting har man redan i dag i princip avgiftsfrihet för hjälpmedel. Det finns ingenting som tyder på att efterfrågan är högre i t.ex. Västra Götaland i jämförelse med län som tar ut relativt höga eller många avgifter. För denna modell talar också att avgiftsintäkterna för hjälpmedel har marginell betydelse för finansieringen av vården och att administrationen samt kostnaden blir hanterlig.

Fullständig avgiftsfrihet ligger emellertid inte i linje med önskan om att uppnå styreffekter genom avgiftssättningen, t.ex. att stävja onödig vårdkonsumtion, att skapa kostnadsmedvetande hos befolkningen och inte uppmuntra till en slit- och slängmentalitet. Avgiftsfrihet kommer också i konflikt med likställighetsprincipen när avgift inte tas ut för produkter som ersätter vanliga konsumentprodukter som alla måste ha, innebärande att personen med hjälpmedel undgår

[44] SOU 2004:83 s. 98.

en vanlig privat levnadskostnad. Samhället bör inte behandla människor med funktionsnedsättning principiellt annorlunda än andra medborgare. I detta sammanhang ska också framhållas att alla hjälpmedelsanvändare inte har dålig ekonomi. Det kan ifrågasättas om inte samhällets resurser kan användas på ett mer träffsäkert sätt om syftet är att skapa bättre förutsättningar för hjälpmedelsanvändare med låg ekonomisk standard.

Ytterligare en risk som utredningen identifierat om sjukvårdshuvudmännen skulle förhindras att ta ut avgifter är att utbudet av de hjälpmedel som är förskrivningsbara skulle minska. Detta skulle medföra en överhängande risk att behov inte kan uppfyllas på samma sätt som i dag, att valfriheten blir lägre och att hjälpmedelsanvändare i högre utsträckning blir hänvisade till att köpa fler hjälpmedel på egen hand, vilket torde innebära att den totala kostnaden för användaren ändå blir högre. Dessutom saknas ofta nödvändigt stöd och support kring användandet av sådana hjälpmedel som användaren köpt själv på öppna marknaden.

Utredningen har försökt uppskatta vad det skulle kosta att införa avgiftsfrihet för hjälpmedel hos landstingen över hela landet. Landstingens totala intäkter i form av patientavgifter för hjälpmedel inom områdena hörsel, syn, kognition, kommunikation, rörelse och ortopedteknik har uppskattats till cirka 233 miljoner kronor för 2015.

Om avgiftsfrihet för hjälpmedel skulle införas, kan landstingens minskade intäkter således uppskattas till cirka 230 miljoner kronor per år vid nuvarande avgiftsuttag (som dock varierar över landet). Närmare beräkningar finns i kapitlet med konsekvensanalys.

14.7 Analys och sammanfattande slutsatser

14.7.1 Avgifter för hjälpmedel

Enligt utredningens direktiv ska utredningen lägga förslag i syfte att öka likvärdigheten och minska skillnaderna i fråga om avgifter och regelverk. Utgångspunkten är därvid att förslagen inte ska öka det offentliga åtagandet på området. I annat fall ska förslag på finansiering lämnas.

En statlig reglering av avgifter på det kommunala området är principiellt betänklig med tanke på den kommunala självstyrelsen. I synnerhet gäller det inskränkningar i sjukvårdshuvudmännens av-

giftsmakt. En lösning på avgiftsproblematiken utan att tillgripa lagreglering skulle kunna vara att regeringen och SKL träffar en överenskommelse om principer för tillhandahållandet av hjälpmedel i hälso- och sjukvården, i syfte att öka likvärdigheten och transparensen i avgiftssättningen m.m. I sammanhanget noteras att total avgiftsfrihet beräknats ge minskade intäkter om cirka 230 miljoner kronor per år för sjukvårdshuvudmännen. Någon sådan lösning förefaller dock inte aktuell inom den närmaste framtiden.

Detaljreglering i HSL har aldrig ansetts önskvärd och den nya HSL har snarare minskat detaljeringsgraden än ökat den. Av förarbetena framgår att detta varit lagstiftarens uttryckliga avsikt.[45] Den nya lagen syftar bl.a. till att göra regelverket mer i enlighet med intentionen om en målinriktad ramlag (se prop. 2016/17:43 s. 1). Detta kan i och för sig anses tala emot utredningens förslag om att införa en definition av hjälpmedel i HSL. Samtidigt är det tydligt att regeringen funnit det nödvändigt att ha kvar vissa detaljerade regler i lagen, t.ex. reglerna om högkostnadsskydd.

Enligt utredningens mening bör den statliga regleringen i fråga om kommunala avgifter inte gå längre än nödvändigt. Av de kartläggningar som finns kan utredningen inte dra några säkra slutsatser om huruvida det finns användare som avstår förskrivna hjälpmedel på grund av avgifternas storlek eller ej. Inte heller statistiken på vårdområdet i övrigt ger stöd för att många människor tvingas avstå från vård på grund av höga avgifter. Däremot kan enskilda få höga kostnader för hjälpmedel som *inte* förskrivits och som de därför köper in på egen hand. Enligt SCB:s undersökning HEK har ungefär 9 procent av de som upplever hinder till följd av en funktionsnedsättning haft utgifter för hjälpmedel som inte beviljats av hälso- och sjukvården. I genomsnitt betalar de omkring 2 400 kronor per år för dessa.[46] Vidare är det 69 procent av föräldrarna i RBU:s medlemsenkät[47] som uppgivit att de någon gång bekostat hjälpmedel på egen hand. I Neuroförbundets medlemsenkät har runt 60 procent angivit att de

[45] Exempelvis ska vilka förbrukningsartiklar som landstinget ska erbjuda fortsättningsvis framgå på lägre normgivningsnivå än lag (jfr 8 kap. 9 § HSL och gamla 3 d § HSL samt prop. 2016/17:43 s. 139).
[46] Socialstyrelsen (2010). Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar.
[47] Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (2013). Hjälpmedel – var god dröj!

själva köper hjälpmedel som de inte får förskrivna[48]. Att detta upplevs som ett problem bland hjälpmedelsanvändare står klart och tendensen verkar vara att antalet hjälpmedel som faller utanför det förskrivningsbara området ökar. Dessa problem går dock inte att lösa genom ett tak för avgifter som tas ut i samband med att hjälpmedel förskrivs.

Ett sätt att öka likformigheten i avgiftssättningen för både kommuner och landsting är att i lag ange vilka principer som avgiftssättningen ska vila på. Utredningen har därvid övervägt olika modeller. Sjukvårdshuvudmännen förefaller ha vissa principer för sitt avgiftsuttag, t.ex. att man får betala avgift för en produkt som även personer utan funktionsnedsättningar har kostnader för (t.ex. skor) eller att man får betala en avgift om man tappar bort sitt hjälpmedel. Utredningen har emellertid funnit att det skulle kunna leda till gränsdragningsproblem och icke önskade effekter att lagfästa vissa principer som kan urskiljas i sjukvårdshuvudmännens nuvarande praxis. Det kan gälla oönskade anpassningar till lagtexten från sjukvårdshuvudmännens sida, t.ex. genom att utesluta just sådana hjälpmedel som blir avgiftsfria från det offentliga åtagandet (även om den föreslagna definitionen ska motverka detta). Inte heller skulle en sådan detaljerad lagstiftning uppdelad på olika principer vara ägnad att öka transparensen. Målsättningen måste vara att hitta en enkel regel, vilket också rimmar bäst med att HSL ska vara en ramlagstiftning.

Först ska dock följande framhållas. Enligt utredningens mening är det oklart vilket lagstöd som sjukvårdshuvudmännen har för att ta ut hjälpmedelsavgifter i allmänhet och serviceavgifter i synnerhet. Serviceavgifter tas ut för till exempel reparation av hjälpmedel, hemleverans av hjälpmedel eller hämtning av hjälpmedel som ska återlämnas. I både nya och äldre HSL talas om ”vårdavgifter”. Visserligen skulle man kunna hävda att hjälpmedel är vård och att det således är fråga om vårdavgifter som man får ta ut med stöd av 17 kap. 1 § HSL (tidigare 26 § HSL). Det är dock svårt att förstå varför dessa i så fall inte skulle omfattas av högkostnadsskyddet som gäller för avgifter för ”öppen vård”. Ordvalet öppen vård förefaller syfta till att avgränsa mot sluten vård snarare än mot hjälpmedel. Förarbetena anger visserligen inte att hjälpmedelsavgifter ska ingå, men det förhållandet kan lika gärna anses tala för att lagstiftaren inte förutsett att avgifter för

[48] Neuroförbundet (2017). Neurorapporten – Hjälpmedel.

hjälpmedel kommer att tas ut. Sjukvårdshuvudmännens praxis förefaller således inkonsekvent (här ska dock erinras om att många sjukvårdshuvudmän INTE tar ut avgifter). Serviceavgifter och straffliknande avgifter (när man tappat bort sitt hjälpmedel) kan enligt utredningens mening inte ses som vårdavgifter enligt 17 kap. HSL. Det förefaller heller inte finnas stöd i 8 kap. 3 b § första stycket kommunallagen för sådana avgiftsuttag. Visserligen kan reparationer eller rekonditionering kanske ses som en tjänst som kommunen tillhandahåller utan att vara skyldig till det, men samtidigt kan hävdas att tjänsten snarare ligger i sjukvårdshuvudmannens intresse. Hjälpmedlet tillhör huvudmannen och både huvudmannen och förskrivaren har ett intresse av att tillhandahålla ett säkert hjälpmedel. Alternativet är att förskriva ett nytt hjälpmedel som uppfyller kraven (vilket sannolikt vore oekonomiskt jämfört med att utföra servicen).

Det framstår dock inte som orimligt att hjälpmedelsavgifter tas ut, i skälig omfattning. Utredningen har därtill övervägt ytterligare begränsningar i rätten att ta ut hjälpmedelsavgifter, vilka ska vara lätta att tillämpa, öka likvärdigheten över landet och framstå som lämpliga från fördelningspolitisk synpunkt.

För det första kan konstateras att hjälpmedel till barn i regel är avgiftsfritt redan i dag. Utredningen gör bedömningen att det likväl kan finnas skäl att slå fast den principen i lag, för att förhindra att sjukvårdshuvudmän i ett trängre ekonomiskt läge inför avgifter även för barn. I sammanhanget ska framhållas punkten 3 i artikel 23 i barnkonventionen (som rör barn med funktionsnedsättningar), där det anges att bistånd som lämnas barn och vårdnadshavare ska vara kostnadsfritt då så är möjligt, i syfte att säkerställa bl.a. effektiv tillgång till hälso- och sjukvård samt rehabilitering.

För det andra noteras att regeringen i år beslutat att av patienter som är 85 år eller äldre får vårdavgifter och andra avgifter för sådan vård och s.k. förbrukningsartiklar inte tas ut (17 kap. 3 § HSL). Detta är en grupp som troligtvis använder hjälpmedel i förhållandevis stor omfattning och som inte sällan har dålig ekonomi. Enligt utredningens mening är det rimligt att dessa även tillhandahålls avgiftsfria hjälpmedel. I sammanhanget ska framhållas att hjälpmedel ofta förebygger skador och därigenom framstår som en billig försäkring mot t.ex. fallskador och liknande som kräver dyrare vård.

För det tredje har personer som tillhör personkretsen enligt LSS regelmässigt låg ekonomisk standard och utgör således en grupp som

kan uppleva även måttliga hjälpmedelsavgifter som betungande (om de inte ersätts via handikappersättning). Från fördelningspolitisk synpunkt framstår det som en bra resursallokering att införa avgiftsfrihet för hjälpmedel i denna grupp. Det är angeläget att ingen av ekonomiska skäl avstår från behövliga hjälpmedel, som kan öka personens självständighet och delaktighet i samhället och minska behovet av andra insatser. I sammanhanget noteras att insatser enligt LSS är avgiftsfria.

När det gäller den närmare innebörden av skäliga avgifter, hänvisas till vad som anförs nedan under själva förslaget.

14.7.2 Högkostnadsskydd

Utredningen har övervägt om det vore ändamålsenligt med ett högkostnadsskydd för hjälpmedel i någon form.

Ett nationellt högkostnadsskydd, men där landstingen/kommunerna själva bestämmer avgiftsstrukturen under taket, innebär ett skydd mot höga kostnader och ökad likvärdighet i fråga om avgifterna. Det finns också grupper av hjälpmedelsanvändare som lever under mycket knappa ekonomiska omständigheter, för vilka det sannolikt skulle ha viss ekonomisk betydelse om avgiftsfrihet eller högskostnadsskydd infördes. Som framgått ovan finns det samtidigt risker med att införa ett högkostnadsskydd för hjälpmedel. I en ansträngd ekonomisk situation får huvudmännen begränsade möjligheter att öka avgiftsintäkterna. Det kan leda till att de i stället försöker begränsa kostnaderna genom att tillhandahålla färre hjälpmedel, antingen genom att upphandla färre produkter så att användarna får mindre att välja mellan eller genom att besluta om att vissa produkter ska anses falla utanför det offentliga åtagandet. Användarnas kostnader för att köpa egna hjälpmedel riskerar då i stället att öka. Det är inte otänkbart att landsting som tidigare inte tagit ut avgifter börjar göra det. Inte heller är det möjligt att göra en tillförlitlig konsekvensanalys för ett sådant förslag.[49]

Det sagda gäller i än högre grad ett gemensamt högkostnadsskydd för landsting och kommun. Utredningen anser att svårigheterna med

[49] SOU 2012:2 s. 15.

att införa ett sådant i praktiken medför att det inte utgör ett reellt alternativ även om det finns fördelar.

Behovet av att reglera eller på annat sätt minska olikheterna i avgifter för hjälpmedel är mindre i kommunerna än i landstingen, eftersom en majoritet av kommunerna inte tar ut någon avgift i dag. De avgifter som förekommer är oftast besöks- eller behandlingsavgifter. De flesta kommuner anger att de har ett avgiftstak för besöksavgifter i samband med utprovning av hjälpmedel. Ibland ingår avgiften i hemsjukvårdsavgiften, ibland tar man hänsyn till hjälpmedelkostnader inom maxtaxan i äldreomsorgen. Ett mindre antal kommuner, drygt 80, tar ut hjälpmedelsavgifter. Det hänger sannolikt ihop med hur ansvarsfördelningen för hjälpmedel ser ut mellan landsting och kommuner. Direkta hjälpmedelsavgifter är i regel låga och skulle komma att omfattas av ett högkostnadsskydd för besöksavgifter. Det innebär att kostnader för periodiskt återkommande avgifter begränsas. Liksom LSS- och hjälpmedelsutredningen gjorde 2004 gör utredningen därför bedömningen att avgifter till kommunerna för närvarande inte behöver begränsas genom införandet av ett högkostnadsskydd för hjälpmedel i HSL.[50]

Slutligen kan den av utredningen föreslagna regleringen om begränsningar i rätten att ta ut avgifter när det gäller vissa patientkategorier sägas vara mer ändamålsenlig från fördelningspolitisk synpunkt än ett högkostnadsskydd.

Sammanfattningsvis gör utredningen följande bedömningar:

- Det är tveksamt om det i nuläget finns lagstöd för att ta ut avgift för tillhandahållandet av specifika hjälpmedel, liksom för service. Utredningen anser det i och för sig rimligt att skäliga avgifter kan tas ut för hjälpmedel – men inte för service – och att det därför är angeläget att uttryckligt stöd införs i lag.
- Ett högkostnadsskydd som är gemensamt för landsting och kommuner bedöms som orealistiskt av de skäl som framgår i avsnitt 14.6.5. Därtill kommer svårigheterna att bedöma de ekonomiska konsekvenserna av att införa ett sådant system. Beträffande kommunernas avgifter anser utredningen mot bakgrund av kartläggningen att skillnaderna i avgifter inte är av större dignitet. Inte heller beträffande landstingen bedömer utredningen att de brister i

[50] jfr SOU 2004:83 s. 100.

likvärdighet som framkommer av kartläggningen är av den dignitet att det framstår som rimligt med ett högkostnadsskydd för närvarande. Ett högkostnadsskydd för hjälpmedel bör därför inte införas.

- Däremot bör den föreslagna avgiftsregeln innehålla vissa begränsningar i syfte att öka likvärdigheten och transparensen i avgiftssättningen och förhindra att landstingen i framtiden inför avgifter som framstår som oberättigade. Dessa ska äga tillämpning både för landsting och kommuner.
- Skäliga avgifter för hjälpmedel ska få tas ut av sjukvårdshuvudmännen, men inte av barn, den som är 85 år eller äldre eller den som tillhör personkretsen enligt 1 § LSS.
- Slutligen bör avgifter som tas ut vid behovsbedömning och förskrivning av hjälpmedel jämställas med vårdavgifter som avser annan öppen hälso- och sjukvård vid tillämpning av reglerna om högkostnadsskyddet för öppenvård. Ett förtydligande av detta bör införas i HSL.

14.8 Förslag

14.8.1 Inledning

Utredningens förslag att lagfästa definitionen av hjälpmedel (avsnitt 13.7.1) är avsett att förbättra förutsättningarna för tillsyn, riktlinjer och uppföljande statistik från Socialstyrelsen. Om det förslaget genomförs, tillsammans med förslagen nedan, har flera steg tagits mot en ökad likvärdighet i fråga om såväl tillgången till hjälpmedel som i fråga om avgifter. Sjukvårdshuvudmännens svängrum minskar på ett sätt som kommer att öka förutsebarheten och förhoppningsvis minska både förekomsten av riktigt höga avgifter och ovanliga regler för vad landstinget alls kan förskriva, vilket i sig är av stor betydelse för användarnas kostnader. Transparensen ökar genom att det redan av lagtexten kommer att framgå dels vad hjälpmedel är, dels vilka avgift får tas ut av. De kostnader som förslagen kan medföra, företrädesvis i form av minskade avgiftsintäkter, bedöms som begränsade. Alternativen total avgiftsfrihet respektive

högkostnadsskydd har också en sämre fördelningspolitisk träffsäkerhet än förslagen nedan.

14.8.2 En bestämmelse om hjälpmedelsavgifter införs i HSL

Utredningens förslag: I HSL införes en ny bestämmelse, 17 kap. 1 a §, med följande lydelse.

Skäliga avgifter för hjälpmedel och för besök i samband med behovsbedömning och förskrivning får tas ut av den som fyllt 18 år. Avgift får inte tas ut av den som tillhör personkretsen enligt 1 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Avgift får heller inte tas ut av den som är 85 år eller äldre.

Utredningens bedömning: I HSL behöver införas en bestämmelse som reglerar sjukvårdshuvudmännens avgiftsuttag på hjälpmedelsområdet. För samtliga hjälpmedelsanvändare ska gälla att avgifterna måste vara skäliga. Vidare får avgifter inte tas ut av hjälpmedelsanvändare som antingen inte fyllt 18 år, tillhör personkretsen enligt LSS eller är 85 år eller äldre. Bestämmelsen hindrar inte lokala regler som är mer förmånliga för den enskilde. Syftet är att skapa ökad likvärdighet över landet och att skydda enskilda från alltför höga avgifter i framtiden. Den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär bedöms som proportionerlig och godtagbar.

Skäl för utredningens förslag: De nuvarande avgifterna för hjälpmedel är olika över landet. Det är svårt för den enskilde att förutse de sammanlagda kostnaderna för hjälpmedel. Utredningens uppfattning är att de skillnader över landet som finns gällande avgifter som tas ut i samband med att hjälpmedel förskrivs och för hjälpmedel strider mot principen att vård ska ges på lika villkor. I synnerhet gäller detta i landstingen. Dessutom kan avgifterna upplevas som betungande av dem som har dålig ekonomi.

Som framgått ovan är det utredningens bedömning att det bör framgå tydligt av lagtexten att hjälpmedelsavgifter får tas ut av sjukvårdshuvudmännen. För att alls få ta ut avgifter på vårdområdet

måste sjukvårdshuvudmännen ha stöd i lag. Utredningen anser att skäliga avgifter bör få tas ut dels för hjälpmedel, dels i samband med besök för behovsbedömning och förskrivning. Vissa patientgrupper bör dock helt få slippa betala sådana avgifter. Regleringen är således ett avsteg från principen om att patienter ska behandlas lika vid avgiftsuttag i hälso- och sjukvården (detta gäller dock inte om annat är föreskrivet, jfr 17 kap. 1 § 2 stycket HSL). Eftersom det krävs stöd i lag för att ta ut avgifter för vård, är hjälpmedelsavgifter som saknar stöd i den föreslagna bestämmelsen inte tillåtna.

Vilka avgifter får tas ut och av vem

Avgift får enligt utredningens förslag tas ut i samband med besök för behovsbedömning och förskrivning. Som framgår i det följande omfattas sådana avgifter enligt utredningens förslag av högkostnadsskyddet i 17 kap. 6 § HSL.

Med förskrivning avses:

- att prova ut, anpassa och välja produkt
- att specialanpassa produkt
- att informera
- att instruera och träna
- att följa upp och utvärdera funktion och nytta

Rent allmänt gäller att avgifterna måste vara *skäliga*, varmed utredningen avser den normala betydelsen av ordet, dvs. att de ska framstå som rimliga och inte väcka anstöt. Paralleller kan dras till bestämmelsen i 8 kap. 2 § socialtjänstlagen om kommunernas rätt att ta ut skäliga avgifter. Avgiften måste framstå som rimlig i relation till de principer för avgiftssättning som gäller på det kommunala området, såsom självkostnadsprincipen och likställighetsprincipen. Avgifter på ett par hundra kronor bör anses som skäliga. Enligt utredningens mening framstår det vidare som skäligt att avgift tas ut för hjälpmedel som motsvarar produkter som även personer utan funktionsnedsättning har kostnader för. Det kan gälla t.ex. ortopediska skor. Avgiften kan då sättas för att motsvara den ”normala” kostnad som en person utan funktionsnedsättning har för motsvarande

produkt utan anpassningar. Vad som däremot inte kan anses som skäligt är att avgiftens storlek justeras uppåt på grund av att ett visst hjälpmedel blivit ”populärt”, dvs. att avgiften används för att dämpa efterfrågan. Det kan inte anses förenligt med principen om vård på lika villkor att endast de som har råd får tillgång till ett hjälpmedel som en förskrivare bedömt att man har behov av. Här ska också framhållas att den föreslagna regleringen inte hindrar att sjukvårdshuvudmän beslutar om bestämmelser som är mer förmånliga för hjälpmedelsanvändare, t.ex. om högkostnadsskydd eller avgiftsfrihet i olika avseenden. Detta markeras i lagtexten genom formuleringen ”skäliga avgifter *får* tas ut…”.

Att avgifter för hjälpmedel inte tas ut av *barn* verkar tillämpas redan i dag i alla landsting (kommunerna förskriver inte hjälpmedel till barn), även om det inte alltid sker helt konsekvent. Sådan avgiftsfrihet torde vara enkelt och billigt att administrera och eftersom det redan är norm, torde införandet av en sådan lag ha liten eller ingen betydelse för landstingens avgiftsintäkter. Avgiftsbortfallet på grund av förbudet mot att debitera barn hjälpmedelsavgifter kan enligt utredningens beräkningar uppskattas till cirka 5,7 miljoner kronor per år.[51] Även om lagstiftningen således inte får några stora konsekvenser nu, försvåras införandet av sådana avgifter i framtiden, i situationer när landstingen eventuellt har sämre ekonomi. I sammanhanget noteras att sjukvårdshuvudmännens användning av avgifter på hjälpmedelsområdet förefaller ha ökat sedan 2004 och att den ökningen kan förväntas fortsätta. Den begränsade inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär bedöms som proportionerlig och godtagbar.

När det gäller avgiftsfriheten för *personkretsen enligt LSS* ska först framhållas att även den som fyllt 65 år kan komma ifråga. Avgörande är om man ansetts tillhöra personkretsen eller ej. Syftet med att införa avgiftsfrihet för just dessa, är att skydda en grupp som regelmässigt har dålig ekonomi från avgifter som kan medföra att de avstår från behövliga hjälpmedel. Vuxna personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt LSS har generellt en sämre ekonomisk situation än befolkningen i övrigt (se avsnitt 6.4). Andelen personer med löneinkomst är mindre jämfört med både totalbefolkningen och andra grupper av personer med funktionsnedsättning. Den disponibla

[51] Se beräkningen i kapitlet om konsekvensanalys.

inkomsten är också lägre än för andra grupper med funktionsnedsättning och för den totala befolkningen. Detta förklaras till stor del av att många har sjuk- eller aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd som huvudsaklig inkomstkälla. Totalt hade 71 400 personer insatser enligt LSS i oktober 2016, varav 56 400 vuxna personer. Utredningen har bedömt att avgiftsfrihet för hjälpmedel till vuxna som tillhör personkretsen enligt LSS skulle medföra ett avgiftsbortfall på 8,5 miljoner kronor över riket (se närmare i konsekvensanalysen). Detta framstår inte som ett större belopp för sjukvården, samtidigt som det troligtvis är av stor betydelse för de berörda enskilda. Att inte ta ut avgift av denna grupp bedöms inte medföra några administrativa merkostnader för sjukvårdshuvudmännen i och med att avgiftsbefrielsen knyts till ett förhållande som är lätt att bevisa, t.ex. genom ett beslut från kommunen eller Försäkringskassan. Det vore mer komplicerat att knyta avgiftsbefrielsen till t.ex. taxerad inkomst eller liknande, något som dessutom skulle avvika från hälso- och sjukvårdens tradition med icke inkomstdifferentierade avgifter. Det ingrepp i den kommunala självstyrelsen som regeln innebär framstår sammantaget som proportionerligt.

I Sverige finns i dag nästan 260 000 personer som är 85 år eller äldre. Det går inte att säga hur många hjälpmedel som dessa använder, än mindre vilka avgifter som tas ut. Utifrån vissa antaganden har utredningen funnit att om avgiftsfrihet införs för denna grupp, kan sjukvårdshuvudmännens minskade avgiftsintäkter (högt räknat) uppskattas till 104 miljoner kronor över riket (se närmare i konsekvensanalysen). Avgiftsbortfallet för huvudmännen är således väsentligt högre än vad som blir fallet med LSS-gruppen, om antagandena stämmer. Samtidigt ska framhållas att denna grupp redan undantagits från vårdavgifter i övrigt och att det framstår som motsägelsefullt att behandla just hjälpmedelsavgifter annorlunda. Troligtvis är det vanligt med hjälpmedel i denna kategori. Dessutom torde även denna grupp, som företrädesvis består av äldre kvinnor, i allmänhet ha sämre ekonomi än genomsnittet (se avsnitt 6.4). Från fördelningspolitisk synpunkt är det således en träffsäker reform, jämfört med t.ex. högkostnadsskydd och liknande. Inte heller denna avgiftsfrihet torde medföra några administrativa merkostnader för huvudmännen. Det är lätt för vårdgivaren att konstatera att patienten fyllt 85 år och då avstå från att ta ut avgift, jämfört med att i varje enskilt fall göra en behovsbedömning utifrån den enskildes ekonomi. En flytande gräns

för avgiftsfriheten, t.ex. beroende på taxerad inkomst och förmögenhetsförhållanden, vore krångligt och dessutom olämpligt från integritetssynpunkt. Som framgått av ovan strider dessutom inkomstdifferentiering mot hur avgifter debiteras inom hälso- och sjukvården. Ingreppet i den kommunala självstyrelsen framstår som proportionerligt.

Det samlade bortfallet av avgiftsintäkter jämfört med i dag kan således uppskattas till drygt 118 miljoner kronor per år (men samtidigt ska framhållas att långt ifrån alla sjukvårdshuvudmän tar ut avgifter), se vidare i avsnittet om konsekvenser av utredningens förslag. I detta sammanhang ska särskilt framhållas att det inte finns något entydigt lagstöd för att ta ut hjälpmedelsavgifter i dag. Därmed bör det finnas intresse av att lagreglera hjälpmedelsavgifterna alldeles oavsett hur man ställer sig till enskildheterna i förslaget.

14.8.3 Avgifter i samband med besök för behovsbedömning och förskrivning inordnas i högkostnadsskyddet för öppenvård

Utredningens förslag: I 17 kap. 6 § HSL läggs till en punkt som förtydligar att avgifter som tas ut i samband med besök för behovsbedömning och förskrivning av hjälpmedel omfattas av reglerna om högkostnadsskydd för öppenvård.

Utredningens bedömning: Redan i dag är det vanligt att landsting låter avgifter som tas ut i samband med besök för behovsbedömning och förskrivning av hjälpmedel ingå i högkostnadsskyddet för öppenvård. Det råder dock oklarhet om nuvarande reglering omfattar alla avgifter som tas ut i samband med förskrivning av hjälpmedel, t.ex. avgifter som tas ut vid träning i att använda hjälpmedlet. Utredningen anser att det saknas anledning att behandla besöksavgifter vid förskrivning av hjälpmedel på annat sätt än andra besök i öppenvården. Därför bör tydligt framgå i HSL att så är fallet. I den mån förslaget inkräktar på den kommunala självstyrelsen, får inskränkningen likväl anses proportionerlig.

Besöksavgifter inordnas i högkostnadsskyddet

Vissa av landstingens avgifter för besök i samband med behovsbedömning, utprovning, träning och uppföljning ingår redan i dag i högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård. Vilka besök i förskrivningsprocessen som landstingen valt låta ingå i högkostnadsskyddet varierar dock. Det är en rimlig utgångspunkt att besöksavgifter generellt ska ingå i högkostnadsskyddet för öppen vård mot bakgrund av att hjälpmedel är en del av hälso- och sjukvården. Det finns inga sakliga skäl för att behandla avgifter som tas ut vid ett besök för behovsbedömning eller förskrivning av hjälpmedel annorlunda än andra vårdbesök.

Det är svårt att bedöma vad förslaget innebär för landstingen i termer av minskade avgiftsintäkter. En majoritet av landstingen tillämpar redan detta synsätt på vårdavgifter som tas ut i samband med besök för behovsbedömning och förskrivning. Utredningen har uppskattat att det totalt för alla landsting kan röra sig om minskade intäkter på 1,7–8,5 miljoner kronor, beroende på antaganden om hur stor andelen hjälpmedelsanvändare utan högkostnadsskydd för öppenvård är och hur stor andelen som inte slår i taket blir.

Förslaget bedöms utgöra en mindre och i vart fall proportionerlig inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

15 Verklig valfrihet – överväganden och förslag

15.1 Inledning

Delaktighet är ett inte alldeles lättfångat begrepp. Exempelvis är ett grundläggande mål för funktionshinderspolitiken att samhället utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhället. Delaktighet är också ett centralt begrepp inom hälso- och sjukvård. Successivt har lagändringar skett för att öka människors delaktighet och självbestämmande och nationella insatser gjorts för att omsätta principerna i praktiken.

Förskrivning av hjälpmedel kan göras med större eller mindre grad av delaktighet beroende på bl.a. arbetsrutiner, personalens kompetens samt användarens intresse och förmåga att komma med synpunkter och önskemål. Det finns starka traditioner och kulturer inom vården som påverkar användares möjlighet att vara delaktiga. Ett sådant exempel är förhållningssättet till den presumtiva hjälpmedelsanvändaren. En kultur där hjälpmedelsanvändaren ses som en resurs främjar hög delaktighet, samtidigt som effektiviteten ökar. För att våga ge patienten den makt det innebär att få ett reellt inflytande och ta till vara användarens resurser till fullo, krävs en trygghet och mognad i den egna professionen.

Vikten av hög delaktighet och självbestämmande gäller i allra högsta grad vid hjälpmedelsförskrivning. Att ta tillvara och utgå från individens egna behov och livssituation är många gånger avgörande för att hjälpmedlet ska fungera i vardagen och ge det kompensatoriska stöd som det är tänkt. Eftersom ett hjälpmedel följer användaren dagligen och lätt blir en del av användarens identitet är det ange-

läget att användare känner sig nöjda med (och kanske till och med stolta över) sitt hjälpmedel.

När olika sätt att öka användares delaktighet och självbestämmande övervägs måste utgångspunkten vara att hjälpmedelsanvändare är olika. Vana hjälpmedelsanvändare mitt i livet har ofta kunskap om sina behov och vet vilka hjälpmedel som finns att tillgå. Svårt sjuka äldre med komplexa behov kan däremot ha stort behov av specialistkunskap vid behovsbedömning och val av hjälpmedel.

Den nyligen införda patientlagen (2014:821) har inneburit att möjligheterna till delaktighet och självbestämmande stärkts. Patientlagen innebär i fråga om hjälpmedel att när det finns olika hjälpmedel tillgängliga, ska patienten ges möjlighet att välja det som han eller hon föredrar.

Utredningen har funnit att möjligheten till val av hjälpmedel, i förening med breda upphandlade sortiment, är ett bättre sätt att tillgodose önskemål om delaktighet och valfrihet än fritt val av hjälpmedel i sin nuvarande form, detta mot bakgrund av den kritik som i flera sammanhang framkommit mot fritt val av hjälpmedel.

Rätten till information har lyfts fram som av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården.[1] I samband med hjälpmedelsförskrivning kan det handla om information om olika tillgängliga hjälpmedel, regler som styr hjälpmedelsförskrivningen, försäkringar, hur mycket man måste betala för hjälpmedlet m.m. I en enkät som Handikappförbunden skickat ut till medlemsförbund, ungdomsorganisationer och samarbetsorgan kring vad som är det viktigaste området att förändra på nationell nivå framkom att ”Informationen till brukare om befintligt hjälpmedelssortiment” ansågs vara det viktigaste området[2]. Funktionshinderrörelsen har i flera sammanhang framhållit att alla hjälpmedelsanvändare inte upplever sig få all nödvändig information i samband med att hjälpmedel förskrivs. Om det beror på att adekvat information inte getts vid förskrivningen, att informationen varit otydlig, inte individanpassad eller att mängden information varit för stor för användaren att ta till sig, finns det inget enkelt svar på.

[1] Prop. 1998/99:4 s. 23–24.
[2] Handikappförbunden (2010). En kartläggning av handikapprörelsens arbete med hjälpmedelsfrågor.

För att underlätta informationsspridning och öka transparensen ser utredningen behov av att lokal och regional information om hjälpmedelsförskrivning blir lättare tillgänglig för användare. För att möjliggöra val finns behov av tydlig, lätt tillgänglig och aktuell information om vilka olika hjälpmedel som finns tillgängliga. En samlad information bedöms kunna öka delaktigheten hos presumtiva hjälpmedelsanvändare och anhöriga samt underlätta för förskrivare då de ska förmedla informationen. Information om sådant som inte är förskrivningsbart kan också behövas. Det kan dock vara svårt att hålla sådan information helt aktuell, bl.a. mot bakgrund av den snabba teknikutvecklingen. Utredningen har noterat att användare utbyter information på nätforum och liknande. Det ligger i sakens natur att alla användare inte kommer att kunna hitta och sortera bland den information som finns.

För att möjligheten att välja hjälpmedel ska realiseras i praktiken krävs, att det finns alternativa hjälpmedel tillgängliga vilka uppfyller användarens behov. Upphandlingsmyndigheten har på regeringens uppdrag kartlagt upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik.[3] Myndigheten har funnit att de flesta landsting i dag gör ramavtalsupphandlingar eller direktupphandlingar för att tillgodose krav på möjlighet att välja hjälpmedel. Att direktupphandling används för att uppfylla kraven i patientlagen bedöms inte som effektivt. Direktupphandling är en kortsiktig samt tids- och resurskrävande lösning eftersom det görs en upphandling per individ och tillfälle. Möjligheten att direktupphandla är dessutom begränsad och beror på kontraktets värde. Direktupphandling bör bara användas i undantagsfall. Utredningens intryck är också att det finns skillnader över landet i inställning och administrativa rutiner vilket medför att förskrivare är olika benägna att initiera en förskrivning utanför det ordinarie sortimentet. Detta leder förmodligen till att möjligheten till valfrihet via direktupphandling skiljer sig åt över landet.

[3] Upphandlingsmyndigheten (2016). Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik – en kartläggning.

15.2 Regional och lokal information för ökad transparens

Utredningens bedömning: Det finns ett behov av lokal aktuell information till hjälpmedelsanvändare, anhöriga och andra om hur man får tillgång till hjälpmedel, vilka avgifter man behöver betala samt vilka produkter som är förskrivningsbara.

Tema hjälpmedel 1177 Vårdguiden är en upparbetad kanal där sjukvårdshuvudmännen enkelt kan nå ut till invånarna. En väl utarbetad lokal information via Tema hjälpmedel 1177 Vårdguiden kan med fördel användas även av förskrivare som ska informera patienter om alternativa hjälpmedel. Detta hindrar inte att information till användare lämnas även på andra sätt.

Att informera användare om vad som gäller då hjälpmedel förskrivs kan ske skriftligt, muntligt, via hemsidor eller genom informationskampanjer, t.ex. via TV, radio och tidningar. Eftersom hjälpmedelsanvändare är en så diversifierad grupp passar inte en viss informationskanal för alla.

Det finns fördelar och nackdelar med alla informationskanaler. Skriftlig information på papper är statisk, troligen mindre anpassad och förhållandevis dyr att uppdatera. En fördel är att mottagaren enkelt kan ta med sig informationen. Muntlig information är lätt att individanpassa, men mottagaren riskerar att glömma bort delar av eller hela informationen. Att den risken inte är försumbar i dessa sammanhang framgår av det underlag som utredningen haft tillgång till. Information via hemsidor är flexibel och tillgänglig varhelst det finns en dator eller smart telefon, men utestänger samtidigt de som inte har tillgång till internet eller inte har förmåga att komma åt informationen, inte minst ett betydande antal äldre.

Sjukvårdshuvudmännen har funnit fördelar med att informera invånare via hemsidor. I dag finns den nationella invånartjänsten 1177 Vårdguiden, som används av många miljoner människor varje månad.[4] Landstingen är överens om att 1177 Vårdguiden ska vara vårdens kanal ut till invånarna. Som en del av 1177 Vårdguiden påbörjades

[4] Statistik om E-hälsotjänster för invånare. Tillgänglig online: www.inera.se/invanartjanster [2017-01-20].

2013 arbetet med Tema hjälpmedel 1177 Vårdguiden[5]. Tema hjälpmedel på 1177 Vårdguiden används av alla landsting och ett antal kommuner. Under hösten 2016 hade Tema hjälpmedel ungefär 3 000 sidvisningar per dag. Tema hjälpmedel 1177 Vårdguiden bedöms ha hög tillgänglighet och är anpassad enligt E-delegationens riktlinjer. För användare med nedsatt syn, går hela 1177 Vårdguiden att få uppläst genom funktionen Talande webb. Det går också att använda diverse skärmläsningsverktyg för 1177 Vårdguiden.

Den information som presenteras för invånarna på Tema hjälpmedel 1177 Vårdguiden hämtas från en nationell hjälpmedelstjänst som används av sjukvårdshuvudmän och hjälpmedelsleverantörer. Via tjänsten hanterar de sina gemensamma avtal och information om hjälpmedelsprodukter. Tjänsten är uppbyggd kring en databas där hjälpmedelsleverantörer via ett webbgränssnitt registrerar sina produkter och produktinformation (ofta inklusive bilder). Denna information används också i sjukvårdshuvudmännens lokala förskrivarsystem. För att invånarna ska få information om vilka hjälpmedel som i första hand är aktuella där de bor, behöver sjukvårdshuvudmännen endast markera sitt hjälpmedelsutbud i hjälpmedelstjänsten. Informationen blir då synlig för invånarna på Tema hjälpmedel 1177 Vårdguiden.

Det finns stora variationer över landet när det gäller hur aktuell den information som presenteras för invånarna på Tema hjälpmedel 1177 Vårdguiden är. Vissa sjukvårdshuvudmän arbetar inte alls med detta, medan andra arbetar mer aktivt och har rutiner för hur ofta de ska uppdatera och markera sitt hjälpmedelsutbud i hjälpmedelstjänsten. Vissa huvudmän arbetar aktivt i fråga om vissa produktgrupper.

Från ett invånarperspektiv blir det otydligt vad som gäller då den information som presenteras inte är aktuell och fullständig samt då informationen presenteras på olika sätt över landet. Det är viktigt att säkerställa att invånarna erbjuds aktuell information inom alla hjälpmedelsområden, i syfte att öka transparensen. Det är också viktigt att sjukvårdshuvudmännen arbetar enligt liknande principer, för att möjliggöra aktuella jämförelser över landet.

[5] Tema hjälpmedel 1177 Vårdguiden. Tillgänglig online: www.1177.se/hjalpmedel [2017-01-20].

Det vore bra från användarsynpunkt om det fanns enkel och tillförlitlig information även om sådana produkter som inte anses förskrivningsbara. I ett första steg måste dock säkerställas att sjukvårdshuvudmännens information om eget sortiment är riktig, aktuell och tillgänglig för användare.

15.3 Valfrihet och självbestämmande vid förskrivning av hjälpmedel

Fritt val av hjälpmedel har nu tillämpats på ett begränsat antal orter i nästan 10 år, först som försöksverksamhet och därefter inom ordinarie verksamhet. Socialstyrelsen konstaterar i sin utvärdering av fritt val av hjälpmedel att de som valt hjälpmedel via fritt val inte upplever sig mer delaktiga än de som fått hjälpmedel förskrivet på traditionellt sätt. Det måste ses som ett misslyckande för en reform vars syfte var att öka delaktigheten, valfriheten och självbestämmandet vid förskrivning av hjälpmedel. Även från andra håll har kritik riktats mot modellen, som framgår av avsnitt 7.4. Utredningen har av där redovisade skäl inte funnit det lämpligt att föreslå en utvidgning av fritt val i sin nuvarande form.

I syfte att öka hjälpmedelsanvändares valfrihet och självbestämmande, finns därför skäl att överväga andra förslag i syfte att öka möjligheten att friare välja hjälpmedel *inom* sjukvårdshuvudmännens tillgängliga hjälpmedelssortiment.

När det gäller landstingets skyldighet att ge patienten möjlighet att välja hjälpmedel (10 kap. 2 § HSL) följer det av 8 kap. 7 § första meningen jämfört med 8 kap. 1 § HSL att denna möjlighet enbart gäller dem som är bosatta i eller som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget. Kommunens skyldighet att erbjuda patienten möjlighet att välja hjälpmedel enligt 13 kap. 2 § HSL gäller enbart patienter som omfattas av kommunens ansvar enligt 12 kap. 1 § HSL, jfr 12 kap. 5 § HSL.

I dag finns emellertid möjlighet att få hjälpmedel förskrivet som ingår i annat landstings upphandlade sortiment via det s.k. riksavtalet. För hjälpmedel gäller att ett hemlandsting ersätter ett som förskriver och utlämnar hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning, medan hjälpmedel som kräver installation, som måste anpassas med hänsyn till användarens bostadsförhållanden eller vardagliga miljö

eller som fordrar avancerad service och underhåll ska förskrivas av hemlandstinget. Ett alternativ för att öka valfriheten och självbestämmandet för de användare som vill åka till annan ort för att få hjälpmedel förskrivet skulle kunna vara att utöka denna möjlighet till att gälla även för hjälpmedel som kräver installation, som måste anpassas med hänsyn till berörd persons bostadsförhållanden eller vardagliga miljö eller som fordrar avancerad service och underhåll.

Ett annat sätt skulle kunna vara att ändra i HSL så att rätten att välja hjälpmedel inte begränsas till det egna landstinget. Utredningen bedömer dock att de begränsningar som gjorts har fog för sig. Eftersom hjälpmedel är en del av habilitering och rehabilitering kan det ifrågasättas om det är lämpligt att användare åker till annan ort för att få hjälpmedel förskrivet. Det är viktigt att ha ett långsiktigt helhetsperspektiv där hänsyn tas till frågor som uppföljning, service och underhåll av hjälpmedlet. Troligtvis är det olämpligt även från kostnadskontrollssynpunkt.

Sammantaget gör utredningen bedömningen att det mest ändamålsenliga är att satsa på en ökad valfrihet och självbestämmande inom det hjälpmedelssortiment som hjälpmedelsanvändarens hemlandsting erbjuder. Utredningen förespråkar därför att sjukvårdshuvudmännen i så hög utsträckning som möjligt arbetar för breda hjälpmedelssortiment som innehåller fler än ett hjälpmedel som uppfyller samma behov.

Detta ligger i linje med den vägledning som Upphandlingsmyndigheten publicerade i början av 2017.[6]

15.4 Förslag

15.4.1 Stimulera till upphandling som främjar valfrihet och innovationer

Utredningens förslag: Upphandlingsmyndigheten ges i uppdrag att utifrån sin nyligen publicerade vägledning aktivt stimulera och stödja sjukvårdshuvudmännen att genomföra upphandlingar som möjliggör för hjälpmedelsanvändare att välja bland flera hjälp-

[6] Upphandlingsmyndigheten (2017). Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik.

medel som uppfyller de individuella behoven, samt öka införandet av ny teknik och innovationer.

I uppdraget bör också ingå att stödja huvudmännen vid utvärdering av hur väl upphandlade funktioner uppfyller användarnyttan, effekter på delaktighet och självbestämmande samt ekonomiska effekter för sjukvårdshuvudmännen. Som en del av uppdraget bör Upphandlingsmyndigheten stimulera huvudmännen till att aktivt involvera potentiella hjälpmedelsanvändare i olika skeden av upphandlingsprocessen.

Skäl för utredningens förslag

Syftet med förslaget är att öka användares delaktighet och självbestämmande genom att stimulera sjukvårdshuvudmännen till att göra breda funktionsupphandlingar som möjliggör att mer än ett hjälpmedel kan presenteras för användaren utifrån behov. Syftet är också att stimulera upphandlingar som ökar införandet av ny teknik som kan användas som kompensatoriskt stöd.

Upphandlingsmyndigheten genomförde på regeringens uppdrag våren 2016 en kartläggning kring upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknologi. På eget initiativ har myndigheten därefter tagit fram en vägledning inom området. Vägledningen riktar sig till sjukvårdshuvudmännen och syftar till att förbättra förutsättningarna att använda upphandling för att ge användare valmöjligheter och främja utveckling.

I vägledningen lyfts fram olika metoder för samverkan i upphandlingsprocessen, t.ex. centrala ramavtalsupphandlingar via inköpscentral och regionala ramavtalsupphandlingar. Vid behovsinventeringen är brukarinvolvering centralt. Exempelvis kan man använda sig av fokusgrupper och testpaneler. Metoderna kan även användas för att undersöka personalens krav på hantering och användarvänlighet. Ramavtal anges vara lämpligt för att säkerställa den enskildes möjlighet att välja det hjälpmedel denne föredrar eftersom de möjliggör utbud av alternativa produkter. Vidare framkommer att den enskildes egna val med fördel kan användas som fördelningsnyckel. Det finns en risk att valmöjligheter blir kostnadsdrivande, om brukare väljer de dyrare alternativen. För att möta denna risk föreslår Upphandlingsmyndigheten att sjukvårdshuvudmännen utformar en ”Kloka listan”

för hjälpmedel, liknande den som finns för läkemedel (med förstahandsval). Direktupphandling ska inte behöva tillgripas annat än i undantagsfall. Huvudinriktningen måste vara att ordinarie sortiment ska byggas ut för att möta behoven. Vägledningen framhäver också att för att ge användare tillgång till nya, utvecklade, hjälpmedel behöver förfrågningsunderlag, avtal och uppföljning utformas så att de både stimulerar utveckling och ger användare tillgång till nyheter på området, även under löpande avtalsperiod. Ett sätt att främja utveckling/innovation och säkerställa att den bäst lämpade lösningen blir upphandlad är att använda funktionskrav i upphandling. Funktionskrav innebär att kraven inte formuleras i detalj utan att det ställs krav på leverantören att erbjuda en lösning som uppnår en viss funktion. Dock är det viktigt att vara uppmärksam på att funktionen måste definieras efter samverkan med användare och att inte låta sig nöjas med att leverantören funnit att funktionen är uppfylld.

Upphandling ses ofta som ett tidskrävande hinder, men kan rätt använt utgöra ett strategiskt verktyg och fungera som motor för ökad valfrihet och utveckling/innovation. I dialog med företrädare för hjälpmedelsverksamheter och myndigheter har utredningen identifierat starka traditioner och rädsla för överprövningar i arbetet med upphandling av hjälpmedel. Vi bedömer därför att det finns ett behov av aktivt stöd till huvudmännen för att stimulera till ändamålsenliga upphandlingar på området hjälpmedel och välfärdsteknik. Upphandlingsmyndigheten bör därför få ett uttryckligt uppdrag att aktivt stimulera sjukvårdshuvudmän i arbetet med upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik, i syfte att främja delaktighet, självbestämmande och innovationer.

16 Kompetens och samordning – överväganden och förslag

16.1 Inledning

Hjälpmedel är ett av flera stöd till barn, äldre och personer med funktionsnedsättning. Det är viktigt att användare får tillgång till det mest effektiva stödet utifrån sina individuella behov. För att möjliggöra detta är det nödvändigt med lokal samverkan och samordning mellan huvudmän och olika typer av stöd och att berörd personal besitter en bred kompetens om möjligheterna med hjälpmedel.

I avsnitt 16.2 finns utredningens överväganden i fråga om huvudmännens behov av kompetens (16.2.1) och samordning (16.2.2). Utredningens förslag finns i avsnitt 16.3. Först behandlas ett förslag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, gällande kommunernas planeringsskyldighet i fråga om behovet av arbets- och fysioterapeuter (16.3.1), därefter ett uppdrag till Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) om att samla och tillgängliggöra bästa kunskap om kognitivt stöd (16.3.2), ett förslag om en förordningsändring i syfte att stärka elevhälsan med kompetens i form av arbets- och/eller fysioterapeut (16.3.3) och ett uppdrag till Socialstyrelsen och SPSM om att ta fram samordningsstöd till skolhuvudmän och sjukvårdshuvudmän i fråga om elever med funktionsnedsättning (16.3.4).

16.2 Förbättringsområden

16.2.1 Kompetens

Kompetensen om kognitivt stöd i skolan behöver öka

Utredningen har funnit att det inom skolans område finns behov av ökad kompetens för att kunna erbjuda individuella stöd till elever med funktionsnedsättning att uppnå uppsatta mål. Mot bakgrund av det stora antalet elever med kognitiv funktionsnedsättning ser utredningen störst behov av kompetenshöjande insatser inom området kognitivt stöd. Det kan ifrågasättas om inte lärarutbildningarna borde innehålla obligatoriska moment om stöd till elever med kognitiv funktionsnedsättning. Vi har dock inte granskat frågan närmare och lägger heller inget förslag, utan anser att frågan kan utredas vidare i annat sammanhang. Det som däremot kan göras nu är att sammanställa den kunskap som finns om kognitivt stöd samt tillgängliggöra denna för lärarstudenter, lärare, elevhälsa m.fl.

Kompetens inom elevhälsan

Elevhälsans kompetens och tvärprofessionella samarbete har stor betydelse för att skapa en god lärmiljö för elevernas kunskapsutveckling. I elevhälsans roll ingår att stödja lärarna och medverka i det förebyggande arbetet med att undanröja hinder och svårigheter i olika lärmiljöer. Det är därför problematiskt att de yrkesgrupper som arbetar med hjälpmedel och kompensatoriska förebyggande insatser i hälso- och sjukvården sällan ingår i elevhälsan. Utredningen ser en tydlig förbättringspotential i att stärka elevhälsan med dessa yrkesgrupper. En förstärkning skulle kunna ske genom ett tillägg där ytterligare yrkeskategorier läggs till i skollagens (2010:800) bestämmelse om elevhälsan. I dag anges i 2 kap. 25 § att det för medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Vidare ska det finnas tillgång till personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses. Mot bakgrund av den rådande och prognostiserade bristen på de yrkesgrupper som arbetar med hjälpmedel och kompensatoriska förebyggande insatser i hälso- och

sjukvården har utredningen funnit det lämpligare att stödja skolhuvudmännen att på frivillig basis förstärka elevhälsan med dessa yrkeskategorier.

Kompetens hos förskrivare

Utredningen har identifierat att det finns kompetensutvecklingsbehov hos förskrivare inom områden som exempelvis förskrivningsprocessen, delaktighet och bemötande. Socialstyrelsen har nyligen tagit fram ett förskrivarstöd[1], som utredningen bedömer täcker de kompetensbehov som identifierats. Utbildningsmaterialet, som är lätt tillgängligt via Socialstyrelsens hemsida, kan bidra till att utveckla förskrivares kompetens. Det är angeläget att följa upp vilket genomslag utbildningsmaterialet får.

Den snabba tekniska utvecklingen är ett område som ställer särskilda krav på kompetensutveckling, omvärldsbevakning och samordning. Särskilda satsningar är efterfrågade inom detta område. Hur dessa bör utformas påverkas dock av vad som kan anses ingå i hälso- och sjukvårdens ansvar, vilket behöver tydliggöras först. Mer om detta i avsnitt 17.2.4.

Förskrivare ansvarar som en del av förskrivningsprocessen för att utbilda och informera användare, anhöriga och personal om hjälpmedlets funktion, hur det ska användas och eventuella risker när det används. Utöver denna insats kring specifika hjälpmedel tycks det också finnas behov av generell hjälpmedelskompetens. Kompetensbehovet förefaller vara störst i kommunerna.

Stort behov av ökad kompetens inom kommunerna

Kommunerna har tagit över en allt större del av den förskrivning som sker, och det förefaller vara svårare för personal inom kommuner, och privata företag anlitade av kommuner, att upprätthålla hög kompetens än för dem som är anställda av landsting.

[1] Förskrivarstödet består av två delar. Ena delen är en webbutbildning som riktar sig till förskrivare, chefer och vård- och omsorgspersonal. Webbutbildningen kompletteras med ett diskussionsmaterial. Andra delen är en publikation som riktar sig till förskrivare och chefer.

Även utredningen Nationell kvalitetsplan inom äldreomsorgen har identifierat behovet av ökad kompetens hos kommunerna. De gör i sitt betänkande *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer* (SOU 2017:21) bedömningen att kommunerna bör erbjuda personal inom äldreomsorgen möjligheter till fortbildning om välfärdsteknik. Som tidigare framhållits bör inte begrepp och gränsdragningar begränsa användares möjligheter att få tillgång till stöd utifrån sina individuella behov. Vi förespråkar därför att eventuella satsningar inte begränsas till välfärdsteknik enbart. Att inkludera hjälpmedel ger bättre förutsättningar för att användare ska få rätt stöd.

I sammanhanget vill vi även framhålla att tillfälliga kompetenshöjande satsningar riktade till vård- och omsorgspersonal lätt riskerar att bli kortsiktiga punktinsatser. Det är en personalgrupp med stor personalomsättning, vilket medför särskilda svårigheter vid säkerställandet av en långsiktigt hållbar kompetensutveckling. Utredningen förespråkar därför att någon i kommunen med ansvar och kompetens om rehabilitering och hjälpmedel medverkar för att ta fram rutiner för kompetensförsörjning, följer upp och säkerställer att kommunerna på kort och lång sikt innehar kompetens om rehabilitering och hjälpmedel. Detta skulle också ge förutsättningar för kommunerna att identifiera hjälpmedelsområden där kompetensbehoven är som störst, och möjlighet att säkerställa kompetensen inom just dessa områden. Ett område där utredningen bedömer att kompetensbehovet kommer att öka är kognitiva hjälpmedel.

16.2.2 Samordning

Sjukvårdshuvudman och skolhuvudman har ett delat ansvar för att elever med funktionsnedsättning får tillgång till de hjälpmedel de har behov av i skolan. Utredningens uppfattning är att på ett övergripande plan är ansvarsfördelningen mellan huvudmännen klar. Med utgångspunkt i gällande lagstiftning och rådande praxis ansvarar sjukvårdshuvudmannen för personliga hjälpmedel och skolhuvudmannen för pedagogiska hjälpmedel, läromedel och utrustning. Beroende på det aktuella syftet med hjälpmedlet kan emellertid en och samma produkt vara antingen ett personligt eller pedagogiskt hjälpmedel, läromedel eller utrustning, vilket komplicerar gränsdragningen mellan

huvudmännen. Som exempel kan nämnas att skolans ansvar för grundutrusning är större i bland annat särskolan än i andra skolformer, eftersom hjälpmedlet där kan antas tillgodose behovet för fler än en enskild elev.

Förutom oenighet mellan skolhuvudman och sjukvårdshuvudman kring vem som ska tillhandahålla ett visst hjälpmedel är det otydligt vilken huvudman som är ansvarig för att användandet av flera hjälpmedel (från olika huvudmän) fungerar tillsammans.

För att undvika gränsdragningsproblem kan flera olika åtgärder komma ifråga. En tänkbar åtgärd är att en huvudman tar över hela ansvaret för att tillhandahålla hjälpmedel till elever i skolan. Utredningen har dock bedömt att en sådan genomgripande förändring inte står i proportion till problemets art (se avsnitt 13.4.6). I stället förordas en ökad lokal samverkan mellan huvudmännen.

Utredningen har övervägt att föreslå lagändringar i syfte att inrätta en skyldighet för enskilda sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän att samverka kring elever i behov av hjälpmedel. På grund av det stora antalet skolhuvudmän har vi dock funnit att en skyldighet att samverka skulle innebära en stor administrativ påfrestning för huvudmännen. Varje sjukvårdshuvudman skulle bli tvungen att upprätta samverkansavtal med ett stort antal skolhuvudmän. På motsvarande sätt skulle skolhuvudmän som verkar inom flera landsting vara tvungna att upprätta samverkansavtal med flertalet sjukvårdshuvudmän. Dessutom är regler om en skyldighet för huvudmän att ingå formaliserade samverkanöverenskommelser ovanliga.

Som en del av utredningens uppdrag har vi förtydligat den gällande gränsdragningen mellan lärosäte och sjukvårdshuvudman (se kapitel 11). Detta är ett gränsdragningsområde som tidigare fått mycket lite uppmärksamhet. Utredningen gör bedömningen att det förtydligande som gjorts (utifrån gällande lagstiftning) kommer att fungera stödjande i enskilda fall om oenighet uppstår om vilken huvudman som ska ansvara för ett visst hjälpmedel. Det framstår i dagsläget inte som motiverat att utredningen föreslår några ytterligare åtgärder utan att man först avvaktar effekter av de klargöranden som nu görs.

16.3 Förslag

16.3.1 Säker och ändamålsenlig rehabilitering inom kommunernas ansvarsområde

Utredningens förslag: Att i 11 kap. HSL införa en ny bestämmelse (5 §) med följande lydelse:

Kommunen ska vid planeringen av sin hälso- och sjukvård och äldreomsorg särskilt beakta verksamheternas behov av kompetens i form av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. På verksamhetsområden som i huvudsak omfattar rehabilitering bör finnas en medicinskt ansvarig arbetsterapeut eller fysioterapeut.

Utredningens bedömning: I kommunernas planering av sin hälso- och sjukvård samt äldreomsorg behöver rehabilitering lyftas fram ytterligare. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har inte alltid erforderliga kunskaper om hjälpmedel. Fler kommuner borde använda sig av medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Syftet med den nu föreslagna lagändringen är att öka fysioterapeuters och arbetsterapeuters ansvar för en säker och ändamålsenlig rehabilitering, innefattande tillhandahållandet av bra hjälpmedel, inom kommunens ansvarsområde.

Skäl för utredningens förslag

När ansvaret för viss hälso- och sjukvård överfördes från landstingen till kommunerna ansåg lagstiftaren att vissa arbetsuppgifter måste utföras av en medicinskt sakkunnig person med sådan utbildning och erfarenhet att det fanns rimliga möjligheter att fullgöra dem på ett från patientsäkerhetssynpunkt tillfredsställande sätt. Med hänsyn till patientsäkerheten ansågs det nödvändigt att skapa garantier för att dessa uppgifter alltid skulle ligga på en person med tillräcklig kompetens. Man jämförde med den dåvarande regleringen av landstingens hälso- och sjukvård där krav fanns på att det vid en enhet för diagnostik eller vård och behandling skulle finnas en särskild läkare som sva-

rade för den samlade ledningen av verksamheten.[2] Som ett led i detta infördes 24 § HSL. Det blev obligatoriskt för kommunerna att ha en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjukgymnast ha det ansvar som MAS annars har (11 kap. 4 § andra stycket HSL).[3] Han eller hon kan då kallas för medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

I den nya HSL framgår inte vilka uppgifter som åvilar en MAS. Avsikten är att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska meddela närmare föreskrifter om detta, jfr 11 kap. 4 § sista stycket HSL. I den tidigare 24 § HSL angavs sjuksköterskans ansvarsområde; sjuksköterskan ska svara för att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det (1), att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna (2) och slutligen att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (3).

I samband med införandet av nya HSL upphävdes 7 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Enligt den paragrafen skulle MAS utöver vad som angavs i 24 § HSL ansvara för att

1. patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
3. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om, samt att
4. rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande.

[2] Prop. 1990/91:14 Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. s. 68 f.
[3] Bestämmelsen ändrades 2014 endast på så sätt att ordet sjukgymnast ersattes med fysioterapeut. I övrigt har bestämmelsen inte ändrats sedan införandet i juli 1992.

Detta gällde i tillämplig omfattning också för sådana fysioterapeuter och arbetsterapeuter som anges i 11 kap. 4 § andra stycket HSL. I förarbetena till nya HSL anges att det särskilda ansvar som åligger MAS, liksom de fysioterapeuter och arbetsterapeuter som avses i andra stycket, ska fortsättningsvis regleras på en lägre normgivningsnivå än lag.[4]

Ett resultat av att hälso- och sjukvård överfördes från landstingen till kommunerna är att kommuner i dag har ett större ansvar för rehabilitering och hjälpmedel än tidigare. På sina håll sker en så stor andel som 84 procent av hjälpmedelscentralens förskrivning via kommunen. Samtidigt har MAS sällan samma kompetens som arbetsterapeuter och fysioterapeuter. De MAS som utredningen har varit i kontakt med har själva uppgivit att MAS endast i undantagsfall innehar den kompetens som är nödvändig för en säker och ändamålsenlig rehabilitering. Detta framstår som ett problem för patientsäkerheten.

En arbetsterapeut bedömer hur personer med skada eller sjukdom har förmåga och förutsättningar att utföra dagliga aktiviteter i samspel med förhållanden i omgivningen. Åtgärderna bygger på resultatet av bedömningen och syftar till att personen ska bli delaktig i de dagliga aktiviteterna och på så sätt uppnå hälsa och välbefinnande. En viktig del i arbetsterapeutens arbete är att prova ut och anpassa olika tekniska hjälpmedel som kan underlätta tillvaron för patienten. Arbetsterapeuten arbetar med patienten individuellt eller i grupp. Ofta sker arbetet i team med andra yrkesgrupper, så som fysioterapeuter, psykologer, sjuksköterskor, logopeder och läkare (se prop. 2012/13:175 s. 74).

Sjukgymnastisk behandling inriktas mot funktionsnedsättningar i andnings- och cirkulationssystemet och i neuromuskuloskelettala system samt mot psykiska och psykosomatiska problem. De största målgrupperna som fysioterapeuter (tidigare sjukgymnast) behandlar inom hälso- och sjukvården är personer med hjärt- och kärlsjukdomar, lungsjukdomar, neurologiska, psykiska och reumatologiska sjukdomar samt tumörsjukdomar. Det hälsofrämjande arbetet innefattar folkhälsoarbete i vid mening, både inom och utom hälso- och sjukvården, som t.ex. undervisning rörande hälso- och levnadsvanor i skola, arbete och fritid, undervisning i kropps- och rörelsemedvetande samt om fysisk aktivitet och motion (se prop. 2012/13:175 s. 69).

[4] Prop. 2016/17:43 s. 142.

MAR är en funktion som på en övergripande nivå ansvarar för att patienter i kommunen får en säker och ändamålsenlig rehabilitering av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Ansvaret utgår från kommunens skyldighet att bedriva hälso- och sjukvård så att den uppfyller kraven på god vård och kraven om att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. En viktig uppgift är att vägleda, arbeta med styrdokument och säkerställa att hjälpmedelsförskrivning och hjälpmedelsanvändning sker på ett patientsäkert och effektivt sätt i kommunerna. MAR har hjälpmedelsanvändaren i centrum och arbetar för att säkerställa att hjälpmedel blir en del av flödet i vårdkedjan. MAR arbetar också med överenskommelser mellan landsting och kommun vad gäller primärvårdsrehabilitering, utskrivning från slutenvård m.m. MAR kan medverka för att kommunerna på ett strukturerat sätt följer upp förskrivning av hjälpmedel, både utifrån behovsbedömning, risker och teknisk funktion. Sammantaget skulle detta bidra till ökad livskvalitet hos användare och eventuellt besparingar hos både kommuner och landsting när hjälpmedel används för att t.ex. förebygga fallskador.

I dag har ungefär 80 av Sveriges kommuner MAR. Exakt vilka arbetsuppgifter MAR har skiljer sig åt över landet. De MAR utredningen fört dialog med anger att det i deras arbetsuppgifter vanligtvis ingår att medverka vid framtagandet av styrdokument och direktiv för exempelvis arbetstekniska hjälpmedel, grundutrustning av hjälpmedel som ska finnas inom varje verksamhetsområde (t.ex. olika boendeformer), ansvar för kommunens övergripande rutiner kring medicintekniska produkter inklusive en fungerande avvikelsehantering, samverkan med övriga vårdgivare och huvudmän m.m.

MAR-funktionen framstår som särskilt betydelsefull vid utskrivning från slutenvård och hemskrivning från akutmottagning. Detta är ett område där Inspektionen för vård och omsorg (IVO) uppmärksammat brister när det gäller att samordna hälso- och sjukvården och socialtjänstens resurser för de mest sjuka äldre och få till stånd fungerande vårdkedjor vid in- och utskrivning från sjukhus[5]. IVO pekar på att sjukgymnaster (fysioterapeuter) och arbetsterapeuter inte alltid blir kallade till vårdplaneringar, vilket medför en risk för att rehabilitering försenas eller helt uteblir. Vid hälften av inspektionerna

[5] Inspektionen för vård och omsorg (2013). Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013.

bedömde de intervjuade från kommuner och landsting att uppgifter om behovet av rehabilitering och hjälpmedel inte kommer fram vid utskrivningen från sjukhus. Vidare framhåller Socialstyrelsen i sin *Patientsäkerhetsrapport*[6] att utskrivning från sjukhus innebär en stor risk för patientsäkerheten. Hjälpmedel är en av flera insatser som måste fungera vid utskrivningen, vilket innebär att fysioterapeuter eller arbetsterapeuter behöver vara med på ett tidigt stadium i vårdplaneringen.

I prop. 2016/17:106 föreslås en ny lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Syftet med den nya lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Det tydliggörs att verksamheter inom socialtjänst och öppen hälso- och sjukvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från sluten vård och att den slutna vården därför i vissa fall ska underrätta berörda enheter om inskrivningen inom 24 timmar från det att patienten skrivits in i sluten vård. Lagen innehåller även bestämmelser om samverkan mellan landsting och kommun. Huvudmännen ska i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer om samverkan enligt den nya lagen och förväntas ingå överenskommelser med varandra om tidpunkt för kommunens betalningsansvar samt vilka belopp som ska betalas. MAR har också en viktig funktion i vårdkedjan, exempelvis för en trygg och effektiv utskrivning från slutenvård. Om det nya lagförslaget genomförs kan MAR-funktionen antas bli ännu viktigare för att säkerställa en snabb och fungerande hjälpmedelsförsörjning vid hemkomst.

Mot bakgrund av att en så stor andel av hjälpmedelsförskrivningen numera sker i kommunerna, gör utredningen bedömningen att MAR egentligen skulle behövas i varje kommun. Att inrätta MAR i kommunerna bedöms också främja eventuell implementering av den föreslagna lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Utöver att stärka patientsäkerheten inom sitt verksamhetsområde kan MAR bidra till att över tid öka den övriga personalens kompetens inom rehabilitering och hjälpmedel. Att uppmuntra till anställandet av MAR framstår som ett bättre sätt för staten att bidra till en större, långsiktig kompetens om hjälpmedel och reha-

[6] Socialstyrelsen (2015) Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015.

bilitering inom kommunernas äldreomsorg än att t.ex. stödja enstaka utbildningsinsatser vilka snabbt tappar i aktualitet när personal slutar och hjälpmedelsutbudet förändras genom t.ex. ny teknik.

I syfte att säkerställa en säker och ändamålsenlig rehabilitering inom kommunernas ansvarsområde föreslår utredningen därför en regel med innebörden att kommunen vid planeringen av sin hälso- och sjukvård och äldreomsorg särskilt ska beakta verksamheternas behov av kompetens i form av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. På verksamhetsområden som i huvudsak omfattar rehabilitering bör finnas en medicinskt ansvarig arbetsterapeut eller fysioterapeut.

Utredningen har funnit det mindre lämpligt med tvingande lagstiftning, bl.a. för att det handlar om kommunernas organisation och inkräktar på den kommunala självstyrelsen. Det går dessutom att tänka sig andra lösningar än en anställd MAR i varje kommun för att uppnå samma resultat från kompetens- och patientsäkerhetssynpunkt. Regeln innebär dock en skyldighet för kommunerna att beakta behovet av just arbetsterapeuter och fysioterapeuter vid sin verksamhetsplanering. Även om den föreslagna regeln inte tvingar kommunerna att anställa MAR, har den ett egenvärde som principstadgande, som en viljeyttring från statens sida och som ett första steg mot en förbättrad kommunal kompetens på rehabiliterings- och hjälpmedelsområdet.

16.3.2 Förslag om uppdrag att samla och tillgängliggöra kunskap om kognitivt stöd

Utredningens förslag: Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) ges i uppdrag att under tre år (2018-2020) samla och tillgängliggöra bästa tillgängliga kunskap om kognitivt stöd för elever i skolmiljön. Kunskapssammanställningen ska belysa aktuell forskning och annan kunskap kring strategier, bemötande, anpassningar, individanpassat stöd eller hjälpmedel för elever med kognitiv funktionsnedsättning. Med utgångspunkt i kunskapssammanställningen bör SPSM, i samverkan med Skolverket, därefter sprida kunskapen. Arbetet bör genomsyras av ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv.

Utredningens bedömning: Det finns ett stort antal elever med kognitiv funktionsnedsättning, varav många saknar tillgång till hjälpmedel i skolan. Utredningen ser behov av att öka skolpersonalens kompetens i fråga om kognitivt stöd.

En förutsättning för att öka kompetensen är att samla och tillgängliggöra bästa tillgängliga kunskap om kognitivt stöd för elever i skolmiljön med stöd i forskning och annan kunskap.

Skäl för utredningens förslag

Kognitivt stöd i skolan

Det finns ett tydligt samband mellan goda skolresultat och psykisk hälsa. Att gå ut skolan med godkända betyg är en stark skyddsfaktor för barn och unga. Omvänt ökar risken för psykisk ohälsa av att misslyckas i skolan[7].

Det är angeläget att lärare som undervisar elever med funktionsnedsättning har adekvat kompetens för att kunna möta elevens särskilda behov. Många elever i skolan har en kognitiv funktionsnedsättning som kan ha sitt ursprung i olika sjukdomar och tillstånd som t.ex. hjärnskada eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Här ska framhållas att även elever utan medicinsk diagnos kan ha kognitiva funktionsnedsättningar till följd av bl.a. stress, utmattning, dålig sömn eller ännu inte genomgått någon medicinsk utredning. Det innebär att alla lärare någon gång under sitt yrkesliv troligtvis undervisar elever som, med eller utan diagnos, är i behov av kognitivt stöd. Det tycks vara så att förekomsten av en medicinsk diagnos snarare än konstaterade behov är det som avgör om eleven får tillgång till extra anpassningar och särskilt stöd i skolan. En ökad kompetens om funktionsnedsättningar och därmed sammanhängande behov skapar en medvetenhet om dels att alla elever med en viss medicinsk diagnos inte har behov av exakt samma åtgärder, dels att alla elever med en medicinsk diagnos inte är i behov av extra anpassningar eller särskilt stöd. Bedömningen är individuell.

[7] Socialstyrelsen (2010). Social rapport 2010, kap. 7.

Kognitivt stöd kompenserar för svårigheter att minnas, prioritera, komma igång, planera, hantera tid etc. Kognitivt stöd kan bestå i hjälpmedel, anpassningar av läromedel och andra pedagogiska resurser, individanpassat stöd, strategier eller bemötande. Många av exemplen på s.k. extra anpassningar som anges i regeringens prop. 2013/14:160 *Tid för undervisning – lärares arbete med stöd, särskilt stöd och åtgärdsprogram* kan anses falla inom begreppet kognitivt stöd. Exempel på kognitiva hjälpmedel som kan användas i skolan är olika typer av tidsstöd, inspelningsbara pennor, anpassade scheman och påminnelser. Att använda begreppet produkt för att beskriva hjälpmedel för lätt tankarna till fysiska ting. Därför ska framhållas att även tjänster och programvaror kan vara hjälpmedel om de syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera för en funktionsnedsättning.

Utöver hjälpmedel kan skolan stödja elever med kognitiv funktionsnedsättning genom anpassningar, individanpassade stöd, strategier och sitt bemötande. Exempel på sådana anpassningar är uppmärkningar, avgränsningar som tar bort distraktioner, placering av det kognitiva stödet, tillrättalägganden av innehåll eller långsam progression i ett läromedel. Individanpassade stöd kan vara veckoscheman, kom ihåg-listor, arbetsbeskrivningar med skrift och bild, lathundar och checklistor. Verksamma strategier kan bestå i att förenkla en uppgift genom att begränsa antalet delmoment, visualisera rutiner, knyta en ny vana till en gammal vana eller att använda påminnare. Bemötande kan gälla att man tar hänsyn till behov av förberedelser inför nya situationer, behov av speciell placering i rummet, överkänslighet för externa stimuli m.m.

Skolor är skyldiga att genomföra åtgärder för att verksamheten ska vara tillgänglig för elever med funktionsnedsättning. Detta gäller åtgärder för både undervisning och lokaler, universella såväl som individuella. Kognitionsområdet är ett relativt nytt område och många skolhuvudmän saknar i dag kunskap om hur tämligen enkla åtgärder kan ge stor effekt och en mer tillgänglig verksamhet. Utredningen och Samordnaren inom området psykisk hälsa (S 2015:09) ser ett behov av en ökad användning av kognitivt stöd i skolan, som en åtgärd för att uppnå en tillgänglig verksamhet för elever med kognitiv funktionsnedsättning, alldeles oavsett om eleverna har en konstaterad diagnos eller inte. I sammanhanget noteras att gruppen med kognitiv funktionsnedsättning har ökat och fortsätter att öka.

SPSM

Enligt sin instruktion[8] ska SPSM verka för att alla barn, elever och vuxenstuderande med funktionsnedsättning får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Myndigheten ska bidra till goda förutsättningar för barnens utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna och de vuxenstuderande. Utredningen bedömer att i detta ingår att verka för att elever med kognitiv funktionsnedsättning får tillgång till kognitivt stöd i skolan. SPSM har upparbetade nätverk mot skolhuvudmän, vilket är en fördel om de får det uppdrag som utredningen nu föreslår.

I den stödjande roll SPSM har i förhållande till huvudmän med ansvar för utbildning inom bl.a. skolväsendet, utbildning vid särskilda ungdomshem och annan pedagogisk verksamhet ingår att anordna och medverka i kompetensutveckling, bedriva och medverka i specialpedagogisk utvecklingsverksamhet samt sammanställa och sprida kunskap om resultat av forskning som är relevant för det specialpedagogiska området. Till utredningen har framkommit farhågor om att skolhuvudmännen inte utnyttjar myndighetens tjänster i tillräcklig omfattning. Önskemål om att SPSM ska arbeta mer uppsökande, att skolhuvudmännen ska tvingas ta kontakt med SPSM och att SPSM ska ha en mer aktiv roll gentemot föräldrar har framförts. Vi bedömer emellertid inte att det ryms inom utredningens uppdrag att förorda någon förändring av myndighetens uppdrag.

SPSM har en databas med tillgängliga läromedel[9]. Databasen innehåller flera läromedel som kan ge stöd till elever med kognitiva funktionsnedsättningar. Dessa läromedel kan användas i specifika ämnen i olika skolformer. Emellertid saknas en samlad information till skolhuvudmän om hur elever med kognitiv funktionsnedsättning kan erbjudas stöd i hela skolsituationen, oberoende av ämne eller skolform. Det kan t.ex. röra sig om stöd för att passa tider, få med rätt material till rätt lektion, få struktur över skoldagen eller uppfatta hur stor del av en lektion som är möjlig att lägga på en viss uppgift.

[8] Förordning (2011:130) med instruktion för Specialpedagogiska skolmyndigheten.
[9] Databasen ”Hitta läromedel”. Ett likartat arbetssätt finns kring it i lärandet, där SPSM med exempel visar på användbara it-lösningar.

Utredningen och Samordnaren inom området psykisk hälsa (S 2015:09) har gemensamt identifierat ett behov av riktade, tidiga och stödjande insatser till elevgruppen med kognitiv funktionsnedsättning. Vi föreslår i samråd med Samordnaren inom området psykisk hälsa att SPSM för uppdragets genomförande får använda 3 miljoner kronor 2018, 3 miljoner kronor 2019 och 3 miljoner kronor 2020. Kostnaderna föreslås belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition.

16.3.3 Förslag att stärka elevhälsan

Utredningens förslag: Utvidga förordningen (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser till att även gälla personalförstärkning inom elevhälsan som avser arbetsterapeut, fysioterapeut eller logoped. Första stycket i 7 § föreslås få följande lydelse.

Statsbidrag får lämnas för kostnader för personalförstärkning inom elevhälsan som avser

1. skolläkare,
2. skolsköterska,
3. skolkurator,
4. skolpsykolog,
5. *arbetsterapeut*,
6. *fysioterapeut, eller*
7. *logoped.*

Vidare föreslås att ett nytt andra stycke ska införas i 16 §. Enligt första stycket gäller att om det kommer in fler ansökningar om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan än vad det finns medel för, beslutar Statens skolverk om urval. Vid urvalet ska ansökningar som avser anställning eller uppdrag som skolpsykolog prioriteras före ansökningar som avser skolläkare, skol-

sköterska eller skolkurator. Utredningen föreslår att ansökningar som avser anställning eller uppdrag som arbetsterapeut, fysioterapeut och logoped ska prioriteras lägre än ansökningar gällande samtliga de andra personalkategorierna.

Bedömning: Utredningen bedömer att det finns behov av att förstärka elevhälsan i syfte att förbättra skolans möjligheter att stödja elever med funktionsnedsättning. Detta kan göras genom att skolhuvudmännen stimuleras till att anställa och integrera yrkeskategorier med kompetens om hjälpmedel i sina elevhälsoteam. Eftersom delar av statsbidraget för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser inte utnyttjas, bedömer utredningen att statsbidraget bör kunna utvidgas så att statsbidrag även kan lämnas för anställning av arbetsterapeuter, fysioterapeuter och logopeder. Ansökningar som avser anställning eller uppdrag som skolläkare, skolpsykolog, skolsköterska eller skolkurator ska dock prioriteras högre än nu aktuella personalkategorier om det inkommer fler ansökningar om statsbidrag för personalförstärkning än vad det finns avsatta medel för.

Skäl för utredningens förslag

Elevhälsans roll

Elevhälsan har som uppgift att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål och verka för en utbildning som är tillgänglig och likvärdig för elever med funktionsnedsättning[10]. Fokus ligger således inte på hälso- eller sjukvårdande insatser i snäv bemärkelse utan på förebyggande och hälsofrämjande insatser i ett bredare perspektiv. Medlemmarna i ett elevhälsoteam har specifika roller och arbetar ofta parallellt med sina insatser. En fungerande elevhälsa är en förutsättning för arbetet med att ge särskilt stöd.[11]

[10] Socialstyrelsen och Skolverket (2016). Vägledning för elevhälsan.
[11] Barnombudsmannen (2016). Respekt – Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd.

Tillhandahållande av hjälpmedel är ett exempel på en förebyggande och hälsofrämjande insats. Som framkommit tidigare behöver kompetensen om funktionsnedsättningar och hjälpmedel öka i skolan. Detta gäller alla hjälpmedelsområden. Det finns exempel på hur yrkeskategorier med specialistkompetens om hjälpmedel integreras i elevhälsan för att, tillsammans med personal med pedagogisk kompetens, stödja elever med funktionsnedsättning.

I dag är det exempelvis få skolhuvudmän som har arbetsterapeuter anställda i elevhälsan, trots att det finns flera goda exempel på hur arbetsterapeuters kompetens kan bidra till att skapa en mer tillgänglig skolmiljö och därmed ett mer jämlikt lärande[12,13]. Forskning visar att arbetsterapeuter kan bidra till att skapa en mer tillgänglig och inkluderande skola för barn med funktionsnedsättning genom insatser på individ-, grupp- och organisationsnivå[14]. Internationellt sett, till exempel i Australien, Nya Zeeland och USA, är arbetsterapeuter ofta en naturlig del i skolans arbete med att skapa bättre förutsättningar för eleverna[15].

Förutom förebyggande och hälsofrämjande insatser, träning samt anpassning av skolans miljöer, som ger eleven förutsättningar att vara aktiv och delaktig, kan arbetsterapeuter genom konsultation och fortbildning till skolans övriga personal öka förståelsen och kunskapen om vilka konsekvenser elevens funktionsnedsättning får för skolaktiviteter och i skolmiljön.

Vi anser att även fysioterapeuter skulle kunna användas mer i elevhälsan än de gör i dag. Elever med funktionsnedsättning har en sämre självrapporterad hälsa än elever utan funktionsnedsättning. Vidare presterar de sämre i skolan och deltar i skolgymnastiken i lägre utsträckning[16]. Fysioterapeuters kompetens i fråga om att arbeta med anpassad fysisk aktivitet och träning för att uppnå bättre hälsa och välbefinnande skulle kunna användas för att identifiera och

[12] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Teknikstöd i skolan – Slutrapport.
[13] Carlbom, M. & Nordström, S (2010). Utvärdering av projektet Arbetsterapi i skolan.
[14] Hemmingsson, H., Gustavsson, A. & Townsend, E. (2007). Students with disabilities participating in mainstream schools: Policies that promote and limit teachers and therapists cooperation.
[15] World Federation of Occupational Therapist (2016). Position statement on Occupational Therapy Services in School-Based Practice for Children and Youth.
[16] Statens Folkhälsoinstitut (2012). Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning.

stödja elever med behov av extra stöd för fysisk aktivitet, bidra till en bättre hälsa och därmed också till ett mer jämlikt lärande.

Utredningen om kvalitet i utbildningen för elever med vissa funktionsnedsättningar har i sitt slutbetänkande *Samordning, ansvar och kommunikation – vägen till ökad kvalitet i utbildningen för elever med vissa funktionsnedsättningar*[17] framhållit vikten av att i elevhälsan inkludera yrkeskategorier med kompetens om hjälpmedel och som arbetar med detta inom hälso- och sjukvården. I betänkandet föreslås att elevhälsan ska förstärkas med personalkategorin logoped i syfte att garantera rätten till utbildning och öka måluppfyllelsen för elever med grav språkstörning.

Det finns också andra yrkeskategorier som kan behövas i elevhälsan för att möta behoven hos elever med funktionsnedsättning. Exempelvis är tillgången till hörselpedagoger av största vikt för hörselskadade elever. En hörselpedagog har ofta en specialpedagogisk utbildning med hörselinriktning.

Som framkommit ovan återfinns sällan de yrkesgrupper som har kompetens om och arbetar med hjälpmedel och kompensatoriska förebyggande insatser inom hälso- och sjukvård i elevhälsoteamen. Det är inte förvånande eftersom elevhälsan enligt skollagen inte behöver omfatta dessa yrkeskategorier. I 2 kap. 25 § skollagen anges bl.a. att elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser och att det för medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Vidare ska det finnas tillgång till personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses.

Bristen på evidens inom området är problematisk. Utredningen anser likväl att det finns risk att elever med funktionsnedsättning inte får tillgång till förebyggande och tidiga insatser, som hjälpmedel, som en följd av att tillräcklig hjälpmedelskompetens saknas i elevhälsan. Vi har övervägt möjligheten att stärka elevhälsan genom ett tillägg i 2 kap. 25 § skollagen att i elevhälsan ska ingå arbetsterapeut, fysioterapeut och logoped. Mot bakgrund av bristen på evidens samt den rådande och prognostiserade bristen på dessa personalgrupper, finner vi dock det lämpligare att stödja skolhuvudmännen att på frivillig

[17] SOU 2016:46.

basis förstärka elevhälsan med dessa yrkeskategorier i enlighet med vad som anges nedan.

Förordning (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser

Förordningen innehåller bestämmelser om statsbidrag för kostnader för personalförstärkning inom elevhälsan. Den gäller för bl.a. förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, specialskolan, gymnasieskolan, och gymnasiesärskolan. Genom bidragen ska genomföras årliga satsningar på bl.a. förstärkningar av personalkategorierna skolläkare, skolsköterska, skolkurator och skolpsykolog.

Enligt 4 § lämnas statsbidraget i den mån det finns tillgång på medel och för högst ett år i sänder. Förstärkningen ska avse anställning eller uppdrag med viss varaktighet på heltid eller deltid. Förstärkningen ska innebära att den genomsnittliga personaltätheten inom elevhälsan hos huvudmannen faktiskt ökar. Bidrag får även lämnas för att bibehålla det utökade antal årsarbetskrafter som huvudmannen tidigare fått bidrag för. Bidrag får lämnas med ett belopp som motsvarar hälften av kostnaden för en heltidsanställning eller uppdrag som motsvarar heltid (8 §). Enligt 7 § får statsbidraget lämnas för kostnader för personalförstärkning inom elevhälsan som avser skolläkare, skolsköterska, skolkurator, eller skolpsykolog.

I 16 § första stycket anges att om det kommer in fler ansökningar om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan enligt 6 § än det finns medel för, beslutar Statens skolverk om urval. Vid urvalet ska ansökningar som avser anställning eller uppdrag som skolpsykolog prioriteras före ansökningar som avser skolläkare, skolsköterska eller skolkurator.

I 16 § andra stycket anges att Skolverket vid urvalet ska prioritera ansökningar från de huvudmän som har störst behov av en förstärkt elevhälsa, beakta geografisk spridning och att bidrag lämnas till såväl offentliga som fristående huvudmän.

Att möjliggöra en bredare användning av medlen i syfte att öka kompetensen och därmed möjligheterna till likvärdig skolgång för elever med funktionsnedsättning ligger i linje med de funktionshinderspolitiska målen. Utredningen föreslår att statsbidraget ska utvidgas till att även omfatta stöd för att anställa arbetsterapeuter,

fysioterapeuter (tidigare sjukgymnaster) eller logopeder. En invändning mot detta skulle kunna vara att dessa yrkeskategorier inte nödvändigtvis har någon pedagogisk utbildning, men det gäller samtidigt även andra yrkeskategorier som statsbidraget får lämnas för (jfr 7 §).

Här kan nämnas att Riksrevisionen har riktat kritik mot hur statsbidrag används inom skolans område. Riksrevisionen anser att statsbidragen inte fungerar tillräckligt effektivt och inte bidrar i tillräckligt hög grad till en likvärdig utbildning för eleverna. De huvudmän och skolor som relativt sett bäst behöver insatserna gynnas inte av statsbidragen såsom de är utformade i dag.[18] Skolkommissionen har därefter föreslagit att bidraget avskaffas (jfr SOU 2017:35). Utredningen vill med anledning av detta framhålla att om ett statsbidrag kommer att behållas i någon form, vore det önskvärt om reglerna för bidraget medger att även andra personalkategorier kan komma i fråga för att förstärka elevhälsan.

Bedömning gällande stöd till barn och unga

Utredningens bedömning: Regeringen bör tillsätta en utredning som ser över och lämnar förslag om förebyggande och främjande arbete riktat till barn och unga. Översynen bör omfatta såväl universellt arbete som selektivt och individuellt anpassat stöd från flera olika professioner.

Skäl för utredningens bedömning: Hjälpmedel är endast en av många insatser som kan vara nödvändiga för barn och unga med funktionsnedsättning. Inom ramen för sina uppdrag har flera utredningar på olika sätt inhämtat kunskaper om och analyserat nuvarande stöd till barn och unga och hur väl det möter de behov som finns i dag, i synnerhet gällande elevhälsans uppdrag och funktion. Parallellt har även SKL arbetat med denna fråga och nyligen fick Skolverket och Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans genomföra ett utvecklingsarbete i syfte att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

[18] Riksrevisionen (2014). Specialdestinerade statsbidrag – ett sätt att styra mot en mer likvärdig skola?

Det finns en risk att förslag och bedömningar från pågående utredningar, uppdrag och andra aktörer inte sker utifrån ett helhetsperspektiv på barns och ungas behov av såväl universellt som individuellt stöd. Det finns dock inte möjlighet inom respektive utredning eller uppdrag att ta det nödvändiga helhetsgreppet och lämna förslag om ett långsiktigt hållbart system som tar sin utgångspunkt i alla barns och ungas behov av stöd. Därför gör vi bedömningen att regeringen bör tillsätta en utredning som ser över och lämnar förslag om förebyggande och främjande arbete riktat till barn och unga. Översynen ska omfatta såväl universellt arbete som selektivt och individuellt anpassat stöd från flera olika professioner.

I diskussionerna har följande utredningar deltagit: 2015 års skolkommission (U 2015:03), Att vända frånvaro till närvaro – en utredning om problematisk elevfrånvaro (U 2015:11), Gymnasieutredningen (U 2015:01), Nationell samordnare för den sociala barn- och ungdomsvården (S2014/6314/FST), Utredningen om nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09), Kommissionen för jämlik hälsa (S 2015:02) samt Utredningen Samordnare för unga som varken arbetar eller studerar (U 2015:06).

Utredningen Samordnare för unga som varken arbetar eller studerar har i sitt delbetänkande *Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar* (SOU 2017:9) lämnat ett förslag, i likhet med vår bedömning, att en statlig utredning bör tillsättas och få i uppdrag att lämna förslag om hur en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård från 0 till 25 års ålder bör utformas.

16.3.4 Förslag om uppdrag att ta fram stöd kring samordning mellan huvudmännen för hjälpmedel till elever med funktionsnedsättning

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ges i uppdrag att i samråd med SPSM uppdatera och förvalta den vägledning till skolhuvudmän och sjukvårdshuvudmän om samordning av hjälpmedel till elever med funktionsnedsättning som redan finns publicerad.

Skäl för utredningens förslag

Ansvarsfördelningen mellan skolhuvudmän och sjukvårdshuvudmän har kartlagts tidigare av Hjälpmedelsinstitutet (HI) i *Vems är ansvaret för hjälpmedel i skolan?* från 2008. HI lämnade också förslag på hur lokala överenskommelser om hjälpmedel i skolan skulle kunna utarbetas mellan sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän. Med utgångspunkt i vägledningen har en handfull huvudmän utformat gemensamma lokala överenskommelser.

Vi bedömer att lokal samverkan och formella överenskommelser mellan sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän är nödvändiga för att uppnå en effektiv handläggning där alla elever med behov skyndsamt får tillgång till fungerande hjälpmedel. Genom överenskommelser som innehåller bestämmelser om gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kan långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning skapas. De huvudmän som har lokala överenskommelser uppger att det underlättar samarbetet mellan skolan och hälso- och sjukvården i frågor som rör hjälpmedel till elever med funktionsnedsättning.

Syftet med förslaget är att fler huvudmän utifrån lokala förutsättningar ska träffa överenskommelser och samverkansformer, så att elever i behov av hjälpmedel snabbt får tillgång till fungerande lösningar. Sådana överenskommelser bör utgå från gällande lagstiftning och innehålla regelverk, ansvarsfördelning och kostnadsansvar för hjälpmedlet. Överenskommelserna bör också innehålla uppgift om vilken huvudman som har ansvar för kompetensutveckling och att användandet av hjälpmedlet fungerar, samt vilken huvudman som ansvarar för att användandet fungerar då hjälpmedel som tillhandahållits av skolhuvudman och sjukvårdshuvudman måste fungera tillsammans.

Här ska framhållas att sedan HI:s vägledning om samverkan mellan sjukvårdshuvudman och skolhuvudman kring hjälpmedel till elever med funktionsnedsättning publicerades 2008 har ett antal faktorer i omgivningen förändrats. Bland annat har den tekniska utvecklingen gjort att gränsen för vad som kan betecknas som hjälpmedel suddas ut mer och mer. En allt större del av eleverna har exempelvis tillgång till ”smarta” mobiltelefoner, som under vissa förutsättningar kan fungera som kompensatoriskt stöd i skolan. En annan förändring är att en ny skollag trätt ikraft och skolans ansvar för att tillhandahålla extra anpassningar har införts i skollagen.

Sedan HI upphörde med sin verksamhet i april 2014 finns ingen aktör med ansvar för att uppdatera och vidareutveckla vägledningen. Ett särskilt uppdrag till en eller flera myndigheter är därför nödvändigt om en översyn av vägledningen ska genomföras.

Socialstyrelsen är enligt sin instruktion[19] förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Socialstyrelsen ska bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen har dessutom ett samlat ansvar, sektorsansvar, för genomförande av de funktionshinderspolitiska målen med anknytning till Socialstyrelsens verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska inom ramen för detta ansvar vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter, se 2 § i instruktionen. Socialstyrelsen har vidare tagit över en rad publikationer i och med att HI upphörde med sin verksamhet den 30 april 2014.

SPSM är enligt sin instruktion[20] en myndighet som ska verka för att alla barn, elever och vuxenstuderande med funktionsnedsättning får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Myndigheten ska bidra till goda förutsättningar för barnens utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna och de vuxenstuderande.

Mot bakgrund av det anförda framstår det som ett självklart val att Socialstyrelsen får uppdraget, tillsammans med SPSM.

[19] Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[20] Förordning (2011:130) med instruktion för Specialpedagogiska skolmyndigheten.

17 Inkluderande teknik – överväganden och förslag

17.1 Inledning

Innehåll

I kapitlet behandlas utredningens överväganden och förslag som berör teknikutvecklingen på hjälpmedelsområdet. I avsnitt 17.2 diskuteras behovet av förändring i fråga om bl.a. nationellt stöd och forskning (avsnitt 17.2.2), patientsäkerhetsområdet (avsnitt 17.2.3) och hälso- och sjukvårdens ansvar för produkter som användare köper själv (17.2.4). Förslagen som presenteras i avsnitt 17.3 är:

- ett uppdrag till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) gällande kunskapsöversikter (17.3.1),
- ett uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) om att kartlägga förskrivning av icke medicintekniska produkter som hjälpmedel (17.3.2),
- ett uppdrag till Myndigheten för delaktighet (MFD) om uppföljning av teknik som individstöd (17.3.3.), och
- ett uppdrag till MFD om att initiera ett samverkansforum gällande teknik som individstöd (17.3.4).

Universell utformning

Antalet universellt utformade produkter som kan användas av personer med funktionsnedsättning och äldre ökar i snabb takt. Universell utformning innebär att produkter, tjänster, miljöer och program

utformas så att de kan användas av alla i största möjliga utsträckning, utan behov av anpassning eller specialutformning. Detta är i linje med de funktionshinderpolitiska målen om full delaktighet i samhällslivet och regeringen genomför flera satsningar för att främja området. Riksdagen har sålunda på förslag från regeringen beslutat om ökade anslag till Vinnova till följd av forsknings- och innovationssatsningar på tillgänglighetsdesign och universell utformning.[1]

Universellt utformade produkter kommer i praktiken inte att motsvara allas behov, men för dem som kan få adekvat stöd från sådana kan känslor av stigmatisering minska. Sådana produkter kan dessutom ibland lösa flera hjälpbehov samtidigt, varigenom antalet produkter som man behöver använda sig av kan minska.

Konsumentprodukter i jämförelse med medicinteknik

Många av de universellt utformade produkterna är inte klassade som medicintekniska produkter. Medicintekniska produkter är principiellt mer patientsäkra då de är CE-märkta enligt det medicintekniska regelverket. För att icke medicintekniska produkter ska kunna förskrivas som hjälpmedel måste vårdgivaren utvärdera att produkten är säker för patienten oavsett användningsområde. Ett mer omfattande arbete kring patientsäkerhet krävs därmed i samband med förskrivning av produkter som inte är klassade som medicinteknik. Omfattningen av utvärderingen och riskanalysen avgörs av vilken slags produkt det rör sig om och hur stor risk det finns med produkten.

I fråga om patientsäkerhet finns även skillnader i fråga om vilka försäkringar som gäller beroende på vilken typ av produkt som förskrivits. För hjälpmedel som är klassade som medicintekniska produkter gäller patientskadelagen (1996:799). Patientskadeersättning lämnas om en vårdskada uppstår på grund av fel hos, eller felaktig användning av, en medicinteknisk produkt. Vid vårdskada som uppstår på grund av fel hos produkter som inte är medicinteknik gäller i stället bestämmelserna i produktansvarslagen (1992:18). Där är tillverkarens strikta ansvar begränsat till produktens användningsområde, vilket inte alltid sammanfaller med det medicinska användningsområdet. Detta innebär att tillverkaren av produkten inte säker-

[1] Se prop. 2016/17:1, dvs. budgetpropositionen för 2017.

ställer att den är säker utifrån att användas som kompensatoriskt stöd för personer med funktionsnedsättning på samma sätt som för medicintekniska produkter. Vid sidan av konsumentskyddsregler gäller den vanliga skadeståndslagen (1972:207). I båda fallen kan den skadelidande bli tvungen att processa i allmän domstol, med åtföljande rättegångskostnadsansvar och behov av juridiskt biträde. Det framstår därmed som uppenbart att patientskadelagen innebär ett mycket fördelaktigare försäkringsskydd. Det förutsätter dock som nämnts att det förskrivna hjälpmedlet är klassat som medicinteknisk produkt.

Huruvida icke medicintekniska produkter som finns tillgängliga på konsumentmarknaden (konsumentprodukter) ska förskrivas via hälso- och sjukvården är det upp till varje sjukvårdshuvudman att besluta om. Följaktligen varierar tillämpningen över landet, vilket kan sägas innebära brister i likvärdigheten. Utöver avvägningarna från patientsäkerhetssynpunkt, aktualiserar förskrivning av konsumentprodukter ännu en tillämpningssvårighet för sjukvårdhuvudmännen; den närmare omfattningen av hälso- och sjukvårdens (förskrivarens) skyldighet att – som en del av habilitering och rehabilitering – erbjuda råd och stöd i användning av produkter som användaren köpt själv eller har sedan tidigare.

Utvecklingen på hjälpmedelsområdet

Det finns ett antal faktorer som påverkar förutsättningarna för innovation och utveckling på hjälpmedelsområdet, bl.a. metoder och graden av användarfokus vid offentlig upphandling, liksom hur samverkan mellan huvudmän sker regionalt och nationellt. Det är angeläget att kunskap sprids om hur man bäst främjar utveckling och innovation på hjälpmedelsområdet. Det är också viktigt att stimulera forskning och att sammanställa och sprida kunskapsöversikter på hjälpmedelsområdet.

17.2 Förbättringsområden

17.2.1 Ökad utveckling och innovation på hjälpmedelsområdet

Samverkan med användare är nödvändigt om man vill förbättra förutsättningarna för utveckling och innovation i samband med att nya produkter, processer, tjänster, samverkansformer, synsätt och metoder införs. Ur ett användarperspektiv är det angeläget att begrepp och gränsdragningar inte hindrar utveckling, innovation och tillgången till bra individstöd. Ett hinder för utveckling och innovation som identifierats är ett alltför stort fokus på mätbara mål och kortsiktiga kostnader för produktionen, snarare än på vad som bidrar till hälsa och välfärd för medborgarna och effektiva verksamheter av hög kvalitet.

Tillitsdelegationen[2] tillsattes av regeringen i juni 2016 för att främja idé- och verksamhetsutveckling mot en mer tillitsbaserad styrning när det gäller kommunal verksamhet. Delegationen ska bland annat genomföra projekt i kommuner och landsting som omfattar hela styrkedjan, från nationell nivå till genomförandet i kommuner och landsting, där hinder för att genomföra utvecklingsinsatser identifieras, positivt förändringsarbete synliggörs och utveckling mot en mer samordnad verksamhet främjas. Den offentliga tillsynen och olika ersättningsmodellers påverkan på verksamheters kvalitetsutveckling kommer att analyseras särskilt.

Med utgångspunkt i ovanstående utreds eller bereds för närvarande många aspekter på styrning i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det gäller bl.a. statens styrning av kommunal verksamhet, styrning mot kvalitet i de offentligt finansierade välfärdstjänsterna, hur forskning, innovation och utveckling kan främjas inom livsvetenskapsområdet, utveckling av den högspecialiserade vården samt en ny regionindelning. Regeringen föreslog i budgetpropositionen för 2017[3] en forskningssatsning för att öka kunskapen om styrningen av hälso- och sjukvård och socialtjänst för en kunskapsbaserad och innovativ utveckling. Utgångspunkten är därvid att kunskapen behöver öka om hur arbetssätt, processer, styrning, driftsform och organisation kan främja en kunskapsbaserad och innovativ hälso- och sjukvård och socialtjänst utifrån ett nationellt, regionalt och lokalt perspektiv. Profession och personal, invånare, patienter, användare och

[2] Dir. 2016:51.
[3] Prop. 2016/17:1.

anhöriga har viktiga kunskaper och erfarenheter som behöver tas till vara i utvecklingen av verksamheterna.

De brister som identifierats hos dagens ersättningsmodeller när det gäller att uppmuntra till utveckling och innovationer är inte unika för hjälpmedelsområdet och borde rymmas inom denna forskningssatsning, enligt utredningens bedömning.

Utveckling och innovation påverkas också av hur huvudmännen väljer att upphandla hjälpmedel. Utredningens bild är att det i dag förekommer att huvudmännen genomför upphandlingar som indirekt hindrar införandet av nya innovationer. Upphandlingsmyndigheten har nyligen tagit fram en vägledning för att stimulera huvudmännen till innovationsvänliga upphandlingar. Som framhållits i andra sammanhang är det önskvärt om marknaden för hjälpmedel och välfärdsteknik kan breddas och upphandling i enskilda kommuner undvikas. Överväganden och förslag kring upphandling finns i avsnitt 15.3 och 15.4.

17.2.2 Nationellt stöd och forskning

Det är inte bara antalet universellt utformade produkter som ökar. Även antalet medicintekniska produkter ökar i snabb takt. Den flora av produkter som har potential som kompensatoriskt stöd, både medicintekniska produkter och icke medicintekniska produkter, ställer krav på sjukvårdshuvudmännen att kontinuerligt omvärldsbevaka, testa och utvärdera produkter på marknaden.

Emellertid har huvudmännen olika förutsättningar när det gäller att omvärldsbevaka, prova och utvärdera innovationer och nya produkter. På hjälpmedelsområdet förefaller finnas en betydande osäkerhet kring vilken effekt olika produkter har, om det finns några risker med dem och om det aktuella hjälpmedlet ger mesta möjliga nytta ur ett samhällsekonomiskt och hälsoekonomiskt perspektiv. Utredningen har i dialog med företrädare för både kommuner och landsting erfarit att man efterfrågar nationellt stöd i fråga om vilka hjälpmedel och metoder som är mest effektiva och leder till delaktighet för användaren. I dag saknas forskning och utvärderingar av många hjälpmedel och utredningen ser här ett behov av att staten tar en mer aktiv roll. Det framstår inte som effektivt att alla huvudmän inom vård, omsorg och skola själva ska identifiera vilka produkter som finns

tillgängliga. Att stödja huvudmännen i detta på ett nationellt plan borde vara ett mer effektivt angreppssätt.

I prop. 2016/17:50 *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft* presenterar regeringen sin syn på forskningspolitikens inriktning i ett tioårigt perspektiv. Prioriterade utmaningar med anknytning till hjälpmedelsområdet är hälsa, ökad digitalisering och förbättrade kunskapsresultat i det svenska skol- och utbildningssystemet. I budgetpropositionen[4] för 2017 föreslogs ökade anslag till forskning och innovation med totalt 2 815 miljoner kronor till 2020.

I propositionen nämns förstärkning av klinisk forskning som ett förslag för att strategiskt möta samhällsutmaningar. Klinisk behandlingsforskning utgår från hälso- och sjukvårdens behov och är inriktad mot forskning som förväntas leda till stor patient- och samhällsnytta. Utredningens bedömning är att hjälpmedelsområdet är ett sådant område. Regeringens förstärkning av klinisk behandlingsforskning syftar till att utöka och vidareutveckla densamma genom att Vetenskapsrådet utlyser medel för forskning som ska svara mot identifierade och prioriterade kunskapsbehov. Det kan exempelvis röra områden som SBU har identifierat, dvs. diagnostik och behandling av äldre sköra personer, psykisk ohälsa bland barn och vuxna, tandvård, förlossningsvård, medicinteknik, kombination av olika läkemedel, läkemedelsbehandling av multisjuka personer, läkemedel förskrivna till barn, prevention samt hälsofrämjande åtgärder.

Inom hjälpmedelsområdet har SBU hittills publicerat endast ett fåtal kunskapsöversikter. Dessa har främst behandlat området hjälpmedel vid dyslexi. SBU konstaterar i *Tekniken som vården inte synar* (2010) att det är ont om vetenskapliga studier inom hjälpmedelsområdet. Här nämns även ett stort behov av att undersöka effekter på området, eftersom hjälpmedel används flitigt och kan spela stor roll för många patienter.

SBU arbetar för närvarande med att sammanställa vad det finns för systematiska kunskapsöversikter kring hjälpmedel till äldre och personer med funktionsnedsättning[5]. Detta är en del av SBU:s arbete med att kartlägga metoder inom socialtjänsten och de hjälp-

[4] Prop. 2016/17:1 utg. omr. 9, 16, 20, 23 och 24.

[5] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). Projektplan – kunskap och kunskapsluckor avseende utredning och insatser inom kommunal verksamhet som genomförs utifrån socialtjänstlagen eller LSS.

medel som ingår i sammanställningen är sålunda hjälpmedel som förskrivs inom socialtjänstens område. Det pågår inget arbete med att systematiskt kartlägga kunskapsöversikter av hjälpmedel som enbart förskrivs av landstingen. SBU:s arbete med hjälpmedelsfrågor är således ännu i sin linda.

Inför forskningspropositionen 2016–2026 lämnade SBU en rapport till Socialdepartementet med förslag på kommande satsningar[6]. I rapporten konstaterar SBU att medicinteknik är ett otillräckligt beforskat område och den kategori där flest vetenskapliga kunskapsluckor finns. De medicintekniska åtgärder SBU utvärderat för att identifiera kunskapsluckorna har dock primärt inte rört hjälpmedel, utan snarare medicinteknik i form av robotassisterad kirurgi, värmebehandling, insulinpumpar, vakuumassisterad sårbehandling, bettskenor m.m.

Mot denna bakgrund bedömer utredningen att det ännu inte finns tillräckliga underlag kring vilka kunskapsluckorna är för hjälpmedel. Vidare är det oklart om hjälpmedelsområdet kommer att stärkas genom förslaget om finansiering av klinisk behandlingsforskning.[7]

För att hälso- och sjukvården ska kunna fatta så välgrundade beslut som möjligt kring vilka medicintekniska produkter som ska ingå i verksamheten, har Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ett särskilt uppdrag ta fram hälsoekonomiska kunskapsunderlag gällande nya medicintekniska produkter. TLV:s uppdrag innebär att man utvärderar produkter i ett tidigt skede. Samtliga kostnader och effekter oavsett vilken huvudman de faller på inkluderas i resultaten. Ett sådant underlag som TLV:s utvärdering resulterar i skulle kunna stödja huvudmännen i att bedöma kostnader och effekter av olika produkter som ger kompensatoriskt stöd. Emellertid har TLV hittills inte arbetat vare sig med medicintekniska hjälpmedel eller universellt utformade produkter som skulle kunna användas som hjälpmedel. Orsaken till detta är enligt TLV att landstingen inte efterfrågat utvärdering av några specifika hjälpmedel samt att det saknas vetenskapliga underlag inom området.

Mot denna bakgrund gör utredningen bedömningen att det finns behov av mer forskningsunderlag gällande vilka effekter som hjälp-

[6] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2015). Kunskapsbehov och vetenskapliga kunskapsluckor.
[7] Jfr prop. 2016/17:50.

medelsanvändning ger upphov till. De samhällsutmaningar som står framför oss, med en allt större åldrande befolkning, gör också att utredningen vill lyfta fram forskning kring hjälpmedel som ett strategiskt viktigt område att satsa på. Regeringen har lämnat förslag till en hel del satsningar kring innovationer och forskning som skulle kunna ha bäring på hjälpmedelsområdet, men det saknas förslag på särskilda forskningssatsningar gällande just hjälpmedel.

För att förbättra forskningsunderlaget på hjälpmedelsområdet är det angeläget att initialt ta reda på vilka kunskapsluckor som finns. Att identifiera var kunskapsluckorna är som störst är nödvändigt för att möjliggöra framtida satsningar. Som ett led i detta ser utredningen behov av kunskapsöversikter på hjälpmedelsområdet.

17.2.3 Patientsäkerhetsområdet

Om produkter som inte är klassade som medicintekniska produkter förskrivs som hjälpmedel fordras som framkommit ovan särskilda riskbedömningar och patientskyddet är sämre än annars. Följaktligen begränsar många huvudmän i dag sina lokala regelverk till att endast tillåta förskrivning av medicintekniska produkter. På grund av detta uppstår skillnader över landet. Om man ser det som ett mål att minska dessa skillnader, ser utredningen två alternativ. Antingen väljer man att främja den ”patientsäkra” vägen att huvudmännen enbart förskriver medicintekniska produkter som hjälpmedel, eller så bejakar man en utveckling där fler förskriver även icke medicintekniska produkter. Det finns troligtvis användare som skulle kunna erbjudas icke medicintekniska produkter som hjälpmedel. Detta ställer emellertid särskilda krav på kompetensen hos förskrivaren när det gäller att bedöma användarens förmåga och tillse att lösningen inte blir för generell för användarens behov.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) uppdrog 2012 åt HI att utreda bl.a. förutsättningarna för att inom hälso- och sjukvården kunna förskriva konsumentprodukter som hjälpmedel. HI kom att föreslå flera författningsändringar för att möjliggöra förskrivning av konsumentprodukter på samma villkor som medicintekniska pro-

dukter.[8] För det första föreslogs att patientskadelagen skulle kompletteras så att lagen blir tillämplig även vid fel och felaktig hantering av konsumentprodukter som hjälpmedel, för det andra föreslogs en översyn av Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter (SOSFS 2008:1) och för det tredje föreslogs en frivillig försäkringslösning för sjukvårdshuvudmännen som enbart omfattar vårdskador efter användning av konsumentprodukter och slutligen föreslogs införandet av en definition av begreppet hjälpmedel.[9]

I detta sammanhang ska framhållas att användning av universellt utformade produkter som kompensatoriskt stöd inte nödvändigtvis måste vara en hälso- och sjukvårdsfråga. Den ökade förekomsten av universell utformning medför att gränsen för vad som är ett hjälpmedel suddas ut allt mer. Av den anledningen skapas även nya gränsdragningar gällande vad som är hälso- och sjukvård och inte. Utredningens bild är att det i dagsläget är oklart hur utvecklingen påverkar hjälpmedelsanvändare i behov av specialanpassade produkter, t.ex. om det finns användare som missgynnas av det stora fokus som finns på universellt utformad teknik. Det finns för lite kunskap om hur teknik och universellt utformade stöd kan bidra till ökad delaktighet och bättre livsvillkor för personer med funktionsnedsättning. Det måste därför vara upp till varje huvudman att bedöma förutsättningarna för att förskriva universellt utformade produkter inom hälso- och sjukvården.

Utredningen ser ett behov av att göra det tydligare för både hjälpmedelsanvändare och förskrivare vilken typ av råd och stöd förskrivare kan ge gällande konsumentprodukter som användare har köpt på egen hand. Otydligheten i dag medför att användare får olika grad av stöd beroende på förskrivarens kompetens och intresse för konsumentprodukter och teknik.

Om sjukvårdshuvudmannen tillåter förskrivning av produkter som inte är klassade som medicinteknik är det angeläget att göra det tydligt för användare och profession vilka regler som gäller. HI har sedan tidigare tagit fram en handbok kring förskrivning av konsu-

[8] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Konsumentprodukter som hjälpmedel och på 1177.se – slutrapport.
[9] a.a. s. 45.

mentprodukter.[10] Handboken tydliggör gällande regler vid förskrivning av icke medicintekniska produkter. Socialstyrelsen har övertagit handboken efter det att HI upphörde med sin verksamhet. Utredningen bedömer att handboken fortfarande är aktuell och kan fungera som stöd till både personal och användare då icke medicintekniska produkter förskrivs som hjälpmedel.

Socialstyrelsen har haft ett särskilt uppdrag där de bland annat undersökt om den ökade användningen av icke medicintekniska produkter som hjälpmedel bör påverka utformningen av dess föreskrift om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1)[11]. Socialstyrelsen har föreslagit att se över föreskrifterna om medicintekniska produkter i syfte att stärka patientsäkerheten i samband med förskrivning av icke medicintekniska produkter. Åtgärderna handlar om att inkludera vissa av de aspekter som lyfts fram i HI:s handbok om konsumentprodukter i föreskriften om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Föreskriften om medicintekniska produkter skulle då utvidgas till att även omfatta icke medicintekniska produkter. Socialstyrelsen konstaterar att det finns anledning att vidta åtgärder i syfte att stärka patientsäkerheten i samband med förskrivning av konsumentprodukter.[12] Det gäller åtgärder som att tydliggöra ansvarsförhållanden i fråga om riskanalys, information och spårbarhet. För att icke medicintekniska produkter ska kunna förskrivas som hjälpmedel måste vårdgivaren ha rutiner för att genomföra riskanalyser så att de produkter som förskrivs är säkra för den enskilde patienten eller målgruppen med avseende på det tänkta användningsområdet. Spårbarhet innebär att varje enskild produkt som förskrivs som hjälpmedel ska kunna spåras. Syftet med spårbarheten är att produkter ska kunna återkallas om det inträffat tillbud eller olyckor som innebär en risk för användaren.

Socialstyrelsens föreskrift stödjer sig, trots namnet, inte bara på bemyndigandet att meddela föreskrifter i fråga om medicintekniska produkter utan även på bemyndiganden i andra sammanhang, bl.a. patientsäkerhetsförordningen. Med den utgångspunkten framstår

[10] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Konsumentprodukter som hjälpmedel – En handbok för hälso- och sjukvården.
[11] Uppdrag inom hjälpmedelsområdet (S2014/8959/FST).
[12] Socialstyrelsen (2015). Rapportering av Socialstyrelsens uppdrag att se över föreskrifterna om medicintekniska produkter.

därmed inte som omöjligt att utöka föreskriften med regler om förskrivning av konsumentprodukter, under förutsättning att det finns stöd i något annat bemyndigande.

Utredningen anser dock att en sådan utvidgning inte är lämplig, inte minst mot bakgrund av att regleringen av medicintekniska produkter utgör ett eget regelverk som i sin helhet bygger på EU-rätten, som är bindande för medlemsstaterna. Utredningens mening är att man av tydlighetsskäl bör hålla regelverken åtskilda. En annan fråga är om det alls är nödvändigt att av patientsäkerhetsskäl meddela just *föreskrifter* i fråga om förskrivning av konsumentprodukter, snarare än t.ex. allmänna råd.

Utredningen bedömer att handboken om förskrivning av konsumentprodukter tillsammans med Socialstyrelsens föreskrift om användning av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvård tillsammans bör utgöra ett tillräckligt stöd vid förskrivning av hjälpmedel, oavsett om de är klassade som medicintekniska produkter eller inte. Det hindrar inte att de skillnader som finns kan vara svåra för användaren och professionen att få grepp om i ett enskilt fall.

En ändring i patientskadelagen så att den även omfattar skador efter användning av förskrivna konsumentprodukter, skulle kunna öka benägenheten att förskriva icke medicintekniska produkter. Utredningen gör dock bedömningen att en sådan ändring måste föregås av en noggrann analys av på vilket sätt det skulle påverka de ekonomiska förutsättningarna för försäkringen, något som inte ryms inom ramen för förevarande utredning. I sammanhanget noteras att i direktiven till den utredning som föregick patientskadelagen anfördes att de ekonomiska ramarna för dagens system skulle ligga till grund för utredningens förslag och att det av framför allt kostnadsskäl inte ansågs möjligt att införa en lagstiftning eller annan ordning som innebär ett mer omfattande ansvar för vårdgivarna än det ansvar som gällde enligt den dåvarande patientförsäkringen.[13]

Det förslag till frivillig försäkringslösning som nämns i HI:s skrift *Konsumentprodukter som hjälpmedel och på 1177.se – Slutrapport* är inte närmare beskrivet där. Utredningen anser i och för sig att det framstår som en lämplig väg att komma till rätta med bristen att patientskadelagen inte gäller vid användning av konsumentprodukter, men att det inte ankommer på utredningen att tvinga fram en frivillig

[13] Prop. 1995/96:187 s. 77.

försäkringslösning. En annan sak är att sjukvårdshuvudmännen själva kan ta initiativ till en sådan lösning i syfte att kunna öka förskrivningen av konsumentprodukter.

För att kunna bedöma riskerna inför t.ex. en frivillig försäkringslösning och kvantifiera de ekonomiska fördelarna med förskrivning av konsumentprodukter, bedömer utredningen att det finns behov av att på nationell nivå kartlägga hur vanligt det är att icke medicintekniska produkter förskrivs som hjälpmedel, liksom de faktiska riskerna (men också fördelar) med att förskriva icke medicintekniska produkter som hjälpmedel.

17.2.4 Hälso- och sjukvårdens ansvar för produkter som användare köper själv

Utredningens bedömning: Sjukvårdshuvudmännen behöver ha en tydlig policy i fråga om förskrivares ansvar för råd och stöd kring användning av produkter som användare redan har eller nyligen införskaffat på egen hand. Sjukvårdshuvudmännen behöver också ha en tydlig policy kring hur personalen ska hantera frågor som ställs av anhöriga och användare inför egna inköp av produkter. I detta bör även, som en del av arbetsgivaransvaret, ingå att erbjuda förskrivare kompetensutveckling ifråga om policydokumentens innehåll.

För att säkerställa likvärdigheten över landet är det önskvärt att sjukvårdshuvudmännen samverkar i utarbetandet av de lokala riktlinjerna. Utredningen bedömer att det i dagsläget inte finns tillräckligt underlag för att kunna lämna nationella rekommendationer i frågan.

Skäl för utredningens bedömning

De förskrivare som utredningen fört en dialog med framhåller att det blir allt vanligare att de får frågor från anhöriga och användare kring vilka allmänt tillgängliga konsumentprodukter som finns att köpa. Förskrivare upplever det många gånger problematiskt att avgöra vilken typ av råd och stöd de, i egenskap av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, kan ge inför inköp som användare vill göra på egen

hand. En annan fråga är om förskrivare ska ge råd och stöd kring användning av produkter som användare redan har eller köpt på egen hand. Det är svårt att se några juridiska hinder för förskrivare att göra enklare justeringar av produkter som användare köpt själv. Sådana justeringar är dock ingen hälso- och sjukvårdsåtgärd.[14] Det är upp till respektive verksamhetschef att avgöra om det ingår i förskrivarens arbetsuppgifter.

Förskrivare med personligt intresse och mycket kunskap om konsumentprodukter som kan användas som kompensatoriskt stöd kan ge mer detaljerat stöd än förskrivare som inte har denna kunskap. Det innebär i dag att det stöd användaren får inför privata inköp ofta skiljer sig mycket åt beroende på vem de träffar.

Att hälso- och sjukvårdspersonal ger råd och stöd kring privata inköp kan te sig problematiskt ur flera synvinklar än den ovan nämnda. Många användare fäster stor tilltro till de råd som ges från hälso- och sjukvårdspersonal. Samtidigt medför den snabba tekniska utvecklingen svårigheter att säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen har en fullständig överblick av alla tänkbara produkter på marknaden vilka kan tjäna som kompensatoriskt stöd. Detta medför en risk att användaren enbart får råd kring att köpa de produkter förskrivaren har kännedom om, även om det finns lämpligare produkter tillgängliga. Det finns också en risk för att hälso- och sjukvårdspersonalens opartiskhet kan komma att sättas ifråga. Ännu en fråga att ta ställning till är hur hälso- och sjukvården ska hantera användare som återkommer på grund av att de är missnöjda. En sista synpunkt är om det överhuvudtaget ingår i hälso- och sjukvårdens ansvar att ge sådan rådgivning.

Att dessa frågor är angelägna att belysa bekräftas av Sveriges Arbetsterapeuter. För några år sen försökte förbundet lyfta fram problemet med rehabiliteringsansvaret gällande t.ex. tv och telefoni som användare köper på egen hand. I ett diskussionsunderlag från 2010[15] skiljer förbundet på generella och individuella råd:

[14] Hjälpmedelsinstitutet (2011). Förskrivningsprocessen Fritt val av hjälpmedel Egenansvar – tre olika vägar till hjälpmedel.
[15] Sveriges Arbetsterapeuter (2010). Utmaningar – för äldre och arbetsterapeuter i ett allt mer teknologiskt samhälle.

> En legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är alltid personligt ansvarig för de råd som ges där den egna yrkeskunskapen används. När det gäller *individuella råd* som anpassas till personens förutsättningar, till exempel inköp av en specifik produkt är det en hälso- och sjukvårdsåtgärd som omfattas av personligt yrkesansvar. Arbetsterapeuten måste i vissa fall dokumentera råden i patientens journal som behövs för god och säker vård. Råden behöver följas upp. När det gäller *generella råd* som inte förutsätter kännedom om personens förutsättningar räknas detta inte som en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Råden behöver inte dokumenteras eller följas upp. När arbetsterapeuten rekommenderar inköpsställen av en produkt bör dessa vara neutrala och specifika affärer bör inte rekommenderas före någon annan.

Frågan om hur långt hälso- och sjukvårdens ansvar sträcker sig är ingalunda enkel. Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvården omfattar sådan verksamhet som bedöms kräva medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med annan personal. I förarbetena till HSL talas om ”funktionsförbättrande och funktionsuppehållande *behandling*” för funktionsnedsatta personer. Det framgår inte av HSL att sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att ge råd kring användningen av hjälpmedel. I förskrivningsprocessen ingår dock att prova ut och anpassa produkten till patienten, specialanpassa vid behov, informera, instruera och träna. I sammanhanget är det relevant att utgå från hälso- och sjukvårdens rehabiliterings- och habiliteringsansvar, dvs. att utifrån en individs behov och förutsättningar återvinna/utveckla eller behålla bästa möjliga funktionsförmåga och skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet[16]. Vad som ingår i habiliterings- och rehabiliteringsansvaret är dock framför allt en lokal verksamhetsfråga. Det är vårdgivaren som i sina lokala rutiner beslutar om vad som ska utföras och verksamhetschefen bestämmer vem som ska göra uppgifterna. Hur uppgiften ska utföras bestämmer den legitimerade förskrivaren på sitt yrkesansvar.

Hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens kan krävas för att ge råd och stöd kring användning av produkter som användaren köpt på egen hand och rådgivningen kan då vara en del av habiliterings- eller rehabiliteringsansvaret. Råd och stöd från hälso- och sjukvårdsper-

[16] Socialstyrelsens termbank. Tillgänglig online: termbank.socialstyrelsen.se [2017-03-31].

sonal kan vara nödvändigt för att överbrygga funktionsnedsättning och möjliggöra användning av produkten.

Det finns uppenbara fördelar med att användare, som bedömts kunna få adekvat stöd från produkter som de redan äger, också får nödvändigt stöd i att använda dessa. Fördelarna är bl.a. att användaren inte behöver lära sig en helt ny produkt, att användare inte måste hantera fler produkter än nödvändigt och att kostnaderna för hjälpmedelsverksamheten blir lägre.

Råd och stöd kring produkter som användare redan har eller köper på egen hand kan konkret handla om att hälso- och sjukvårdspersonal – för att utveckla en funktionsförmåga – märker upp en tvättmaskin så att användaren kan tvätta sina kläder själv, och därmed få ett mer självständigt liv. På samma sätt förväntas hälso- och sjukvårdspersonalen ofta kunna hjälpa till att anpassa tekniskt avancerade produkter, t.ex. mobiltelefoner, för att utveckla eller återvinna funktionsförmågor och skapa mer självständighet för användaren. Den tekniska utvecklingen medför dock svårigheter för förskrivarna att upprätthålla kompetens för att ge detaljerade råd och stöd kring den mängd olika produkter som finns på marknaden.

HI har bedömt att användare under vissa omständigheter kan få råd och instruktioner av förskrivaren under pågående behandling gällande hur en egeninköpt produkt ska användas.[17] Om behandlingen fortsätter efter rådgivningen, kan det ingå i behandlingen att följa upp om användaren har följt rådet och om det haft avsedd effekt. Förskrivare bör avråda från köp när en patient eller närstående avser att köpa en produkt som är direkt olämplig. Vill patienten ändå köpa produkten, är det användarens egenansvar. Samma sak gäller om förskrivare upptäcker att en patient redan köpt en olämplig produkt. Förskrivaren bör då påtala att produkten kan vara olämplig, men däremot inte ta produkten.

Här ska också framhållas risker med att hälso- och sjukvårdspersonal gör anpassningar i en persons privata produkt. Hälso- och sjukvårdspersonalens anpassningar kanske medför att produkten som användaren köpt på egen hand inte längre fungerar som det är tänkt. I praktiken är det oklart hur långt hälso- och sjukvårdens ansvar för att ge teknisk support sträcker sig. Det kan ifrågasättas om användare

[17] Hjälpmedelsinstitutet (2011). Förskrivningsprocessen Fritt val av hjälpmedel Egenansvar – tre olika vägar till hjälpmedel.

har rätt till stöd med nya anpassningar när tidigare anpassningar inte längre fungerar på grund av exempelvis programuppdateringar. Rättsläget är således oklart.

Utredningen bedömer att det är angeläget att sjukvårdshuvudmännen enas om vilka principer som ska gälla och att dessa sedan kommuniceras till såväl allmänheten som personal.

17.3 Förslag

17.3.1 Sammanställa kunskapsöversikter

Utredningens förslag: SBU ges i uppdrag att utifrån aktuell forskning kartlägga befintligt kunskapsläge, inklusive bristande evidens och kunskapsluckor, för olika medicintekniska hjälpmedel som används som kompensatoriskt stöd inom hälso- och sjukvård samt inom omsorg. SBU ska tillsammans med användare och berörda professioner identifiera områden där forskning bedöms som angelägen samt vilka vetenskapliga utvärderingar och systematiska översikter som är både angelägna och genomförbara. I ett andra steg bör SBU utifrån behovsinventeringen genomföra systematiska översikter på de särskilt angelägna hjälpmedelsområdena.

Uppdraget bör ske i dialog med berörda funktionshindersorganisationer och vårdgivare.

Skäl för utredningens förslag

Syftet med förslaget är att främja en jämlik tillgång till hjälpmedel och god vård genom att på sikt kunna erbjuda sjukvårdshuvudmännen kunskapsbaserade underlag för att kunna avgöra för vilka hjälpmedel och hjälpmedelsområden det finns dokumenterad effekt. Möjliga effekter kan vara hur väl hjälpmedlet uppfyller mål som sats upp vid behovsbedömningen, användares ökade delaktighet och självständighet eller hur nöjda användare är med sitt hjälpmedel. Utredningen bedömer att det finns behov av den här typen av underlag för att möjliggöra utlysning av forskningsanslag samt för att utforma modeller för införande av innovationer på hjälpmedelsområdet.

SBU är en myndighet som har i uppdrag att göra oberoende utvärderingar av metoder inom hälso- och sjukvård inklusive tandvård.

De utvärderar metoder i hälso- och sjukvården ur ett medicinskt, ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv. SBU sprider också utvärderingarna så att vårdgivarna kan tillgodogöra sig resultaten.

SBU har hittills endast sammanställt ett fåtal kunskapsöversikter inom hjälpmedelsområdet, främst kring hjälpmedel vid dyslexi. Myndigheten konstaterar själv att det är ont om vetenskapliga studier inom hjälpmedelsområdet. Myndigheten konstaterar också att hjälpmedelsområdet är ett område där det finns mindre vetenskaplig evidens, varför granskningar inom området blir beroende av beprövad erfarenhet. SBU lyfter också fram att det finns behov av att undersöka effekterna inom området, eftersom hjälpmedel används flitigt och kan spela stor roll för många patienter.

SBU arbetar för närvarande med att utveckla sitt arbete och hitta systematiska metoder inom områden med starkare tradition kring beprövad erfarenhet än vetenskapliga evidens. Arbetet med detta sker genom att granska kunskapsläget för insatser inom socialtjänst och insatser med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Som en del av sitt arbete med att kartlägga metoder inom socialtjänsten kommer SBU att sammanställa vad det finns för systematiska kunskapsöversikter om hjälpmedel[18]. De hjälpmedel som är planerade att ingå är hjälpmedel som förskrivs inom socialtjänstens område. Hjälpmedel som enbart förskrivs av landstingen kommer därmed inte att ingå. Kartläggningen beräknas vara klar hösten 2017.

17.3.2 Kartlägga förskrivning av icke medicintekniska produkter som hjälpmedel

Utredningens förslag: Vårdanalys ges i uppdrag att kartlägga förskrivning av icke medicintekniska produkter ur ett patient-, brukar- och samhällsperspektiv. Som en del av kartläggningsarbetet bör myndigheten undersöka hur vanligt det är i dag att icke medicintekniska produkter förskrivs som hjälpmedel, vilka orsakerna till variationer är, hur hjälpmedlen upplevs av användare, nyttan av

[18] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). Projektplan – kunskap och kunskapsluckor avseende utredning och insatser inom kommunal verksamhet som genomförs utifrån socialtjänstlagen eller LSS.

dessa produkter, ekonomiska effekter för huvudmännen samt omfattningen av de risker som finns med att förskriva icke medicintekniska produkter som hjälpmedel. Det bör även undersökas i vilken utsträckning förskrivare i dag skulle vilja förskriva en konsumentprodukt för att bäst möta användares behov, men hindras i detta på grund av sjukvårdshuvudmännens regelverk.

Skäl för utredningens förslag

Syftet med förslaget är att öka kunskapen om förskrivning av icke medicintekniska produkter. På sikt kan kartläggningen ligga till grund för åtgärder som underlättar för sjukvårdshuvudmännen att med hög patientsäkerhet förskriva hjälpmedel som uppfyller användarens behov oavsett om produkten är klassad som medicinteknisk produkt eller inte. För att få kunskap om vilka åtgärder som vore ändamålsenliga, bör en kartläggning först göras.

Det finns både medicintekniska produkter och konsumentprodukter som kan ge kompensatoriskt stöd till äldre och personer med funktionsnedsättning. Kraven på kvalitet och säkerhet hos konsumentprodukter är inte desamma som för medicintekniska produkter. För medicintekniska produkter säkerställer tillverkaren att produkten är säker utifrån sitt tänkta användningsområde. För konsumentprodukter säkerhetsklassar inte tillverkaren produkten utifrån att den ska användas som kompensatoriskt stöd till någon med funktionsnedsättning.

Utredningens bild är att konsumentprodukter allt oftare förskrivs som en hälso- och sjukvårdsinsats, även om skillnaderna över landet är stora. Utredningens bedömning är att det finns effektivitetsvinster att göra genom att förskriva konsumentprodukter till de användare som kan få likvärdigt stöd från dessa som från traditionella hjälpmedel. Dock är det angeläget att förtydliga vad som gäller vid sådan förskrivning för att säkerställa patientsäkerheten. Socialstyrelsen har tidigare haft i uppdrag att göra en översyn av sina föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. I återrapporteringen av uppdraget konstaterar Socialstyrelsen att det finns anledning att vidta åtgärder i syfte att stärka patientsäkerheten i samband med förskrivning av konsumentprodukter. Utredningen delar den uppfattningen.

Vårdanalys är en myndighet som har till uppgift att följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Utredningens bedömning är att myndigheten snabbt borde kunna kartlägga vilken potential som ligger i en ökad förskrivning av konsumentprodukter, för såväl brukare som huvudmän. Skulle övervägande skäl tala för att ekonomiska och andra fördelar inte är så betydande, är det tveksamt om det är motiverat att främja sådan förskrivning, främst mot bakgrund av bristen på patientförsäkring. Inget hindrar att sjukvårdshuvudmännen på basis av de slutsatser som en sådan kartläggning kan leda till tar initiativ till en frivillig försäkringslösning, såsom föreslagits av HI.[19]

17.3.3 Uppdrag om uppföljning till Myndigheten för delaktighet

Utredningens förslag: MFD ges i uppdrag att följa upp hur teknik som individstöd bidrar till ökad delaktighet och förbättrade levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning.

Arbetet bör ske sektorsövergripande och kan omfatta inhämtande av statistik, data och annan uppföljning som görs av andra myndigheter och organisationer inom relevanta sektorer. Uppföljningen ska bidra till att synliggöra hur användningen av individstöd inom olika system kan bidra till ökad delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Uppdraget bör även belysa hur individstöd samspelar med utformningen av miljön och universellt utformade produkter, i syfte att förbättra tillgängligheten i samhället. I uppdraget bör aven ingå att MFD samverkar med andra aktörer med ansvar för hjälpmedel och motsvarande teknikstöd.

[19] Hjälpmedelsinstitutet (2013). Konsumentprodukter som hjälpmedel och på 1177.se – slutrapport.

Skäl för utredningens förslag

MFD ska enligt 3 § i sin instruktion[20] bidra till kunskapsutveckling i frågor som rör delaktighet, tillgänglighet, universell utformning, välfärdsteknologi, miljö, levnadsvillkor och rättigheter för personer med funktionsnedsättning, där välfärdsteknologi definierats som kunskapen om och användandet av teknik som kan bidra till ökad trygghet, aktivitet, delaktighet och självständighet för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar och deras anhöriga (2 §). Myndigheten ska arbeta tvärsektoriellt och sprida kunskap, ansvara för utbildnings- och informationsinsatser, förmedla erfarenheter och goda exempel, initiera utvecklingsarbete, initiera och följa forskning samt främja innovationer i nationella och internationella sammanhang.

I instruktionen anges ordet hjälpmedel uttryckligen enbart i 4 § punkt 6; myndigheten ska ”utveckla kunskap om hur samspelet mellan generella välfärdsteknologilösningar och personligt utformade hjälpmedel fungerar för den enskilde”.

Som utredningen föreslår i kapitel 18 behöver det förtydligas att MFD löpande ska arbeta med sektorsövergripande frågor om individstöd i form av produkter och tjänster som digital teknik, hjälpmedel och välfärdstekniska lösningar. Det nu föreslagna uppdraget med en mer utvecklad uppföljning i dessa avseenden ska ses som en del i detta ansvar för myndigheten.

Syftet med att MFD ska utveckla sin uppföljning när det gäller teknik för individuell användning, däribland hjälpmedel, är att möjliggöra en samlad bild av hur teknik inom olika livsområden kan bidra till delaktighet, självständighet och förbättrade levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning.

Inom ramen för uppdraget bör myndigheten, i den mån det finns tillgängligt, samla in data och underlag från andra myndigheter som ansvarar för att följa upp användning av individstöd inom olika sektorer. De myndigheter utredningen bedömer kan vara relevanta är Socialstyrelsen, Specialpedagogiska skolmyndigheten och Skolverket. MFD kan därefter utifrån den samlade bilden göra fördjupade analyser av hur delaktigheten för personer med funktionsnedsättning påverkas av individstöd. Fokus bör då vara sektorsövergripande och särskilt belysa om samspelet mellan teknik som tillhandahålls indivi-

[20] SFS (2014:134).

den genom de olika stödsystemen bidrar till eller tvärtom kan verka hindrande för full delaktighet, självständighet och självbestämmande. Utgångspunkten bör vara att inkludera centrala samhällssektorer som påverkar förutsättningarna för individens delaktighet, självständighet och levnadsvillkor. På grund av att utredningens uppdrag avser enbart hjälpmedel inom hälso- och sjukvården och skolan, har utredningen inte gjort någon analys av vilka andra sektorer som kan komma i fråga. Exempel på myndigheter som skulle kunna ingå är Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, eftersom de delar ut bidrag för arbetshjälpmedel. Utredningen anser att MFD bör ha en bred ansats och identifiera de sektorer som är relevanta, eftersom myndigheten har ett sektorsövergripande uppdrag och därmed bör ha en helhetssyn på hur olika stödsystem i samspel bidrar till individens delaktighet, självbestämmande och levnadsvillkor.

17.3.4 Samverkansforum hos Myndigheten för delaktighet

Utredningens förslag: MFD ges i uppdrag att initiera ett samverkansforum gällande teknik som individstöd som kan bidra till ökad delaktighet, självbestämmande och jämlika levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning.

Samverkansforumet ska vända sig till i första hand landsting, kommuner och statliga myndigheter med ansvar för olika stöd för personer med funktionsnedsättning. Syftet med samverkansforumet är att beskriva potentiell nytta med olika kategorier av individstöd. Detta kan i sin tur utgöra underlag för huvudmännen vid ställningstagande till vilken teknik som ska erbjudas som stöd. Samverkansforumet ska också kunna fungera som en inspirations- och kunskapsplattform för enskilda med funktionsnedsättning. I uppdraget ingår att ha en dialog med berörda funktionshindersorganisationer.

Fokus bör inledningsvis vara digital teknik. Beroende på utfallet, kan även andra individstöd ingå senare.

Skäl för utredningens förslag

Flera sjukvårdshuvudmän förskriver i dag digital teknik utvecklad för användning av konsumenter med eller utan funktionsnedsättning, ”digital konsumentteknik”, och ytterligare andra ger stöd i utbildning och användning av konsumentteknik som kompensatoriskt stöd eller hjälpmedel som egenansvarsprodukter. Det saknas dock en principiell samordning mellan olika aktörer med ansvar för kompensatoriskt stöd.

Digital konsumentteknik kan fungera som hjälpmedel i det dagliga livet för personer med funktionsnedsättning, men även som hjälpmedel i andra sammanhang, t.ex. som pedagogiska hjälpmedel i skolan, hjälpmedel i högskolan eller i arbetslivet. Oavsett om konsumentteknik bedöms ingå i sjukvårdshuvudmännens hjälpmedelsansvar eller ej, bedömer utredningen att det i viss utsträckning ingår i rehabiliterings- och habiliteringsansvaret att stödja patienter i att lära sig använda även annan teknik för att underlätta den dagliga livsföringen, se avsnitt 17.2.4.

MFD bör därför få i uppdrag att inrätta ett samverkansforum för att tillsammans med berörda aktörer identifiera digital teknik som kan fungera som kompensatoriskt stöd, utbyta erfarenheter kring användning av digital konsumentteknik, diskutera vilka behov tekniken kan tillgodose och för vilka samt upptäcka behov av fortsatt forskning och innovation. I samverkansforumet bör även utbyte ske kring hur tillgängliga miljöer och teknik samspelar med teknik för individuell användning, i syfte att samla och förmedla kunskap om hur sådana faktorer påverkar behovet och användningen teknik som individstöd. Bland de aktörer som myndigheten samlar bör finnas aktörer med ansvar inom områdena hjälpmedel för dagliga livet och skolhjälpmedel.

I samverkansforumets uppgifter ska ingå att utreda på vilket sätt MFD kan *sammanställa kunskap* om hur digital konsumentteknik kan bidra till självständighet, tillgänglighet och delaktighet. I uppdraget ska däremot inte ingå att bedöma kostnadseffektivitet, utvärdera medicinska eller andra risker med användningen, då detta huvudsakligen är ett ansvar för tillverkaren och andra myndigheter. Inte heller är det MFD:s uppdrag att göra fördjupade studier och analyser av inomsektoriell karaktär.

Uppdraget syftar till att bygga upp myndighetens arbete kring teknik som individstöd. En sådan verksamhet kan dra nytta av resultat och insikter som framkommer i utredningens andra förslag till uppdrag för MFD, dvs. att utveckla sin uppföljning. Samrådet med andra myndigheter i uppdragen kan med fördel samordnas.

18 Statligt stöd och styrning – överväganden och förslag

18.1 Inledning

I utredningens uppdrag har ingått att analysera uppgifterna för Myndigheten för delaktighet (MFD) när det gäller frågor om tjänster, metoder och hjälpmedel för att öka den enskildes självbestämmande och delaktighet i samhället och lämna förslag till eventuella förändringar. Uppdragen för andra myndigheter med uppgifter på området bör också beskrivas i detta sammanhang. Många av dem utredningen fört dialog med uppger att de saknar en nationell aktör som innehar den breda kunskap om hjälpmedel och ny teknik som Hjälpmedelsinstitutet (HI) tidigare hade. Bland annat mot denna bakgrund anser utredningen att det finns behov av att stärka och tydliggöra den statliga styrningen på hjälpmedelsområdet. Därmed är inte sagt att en ensam nationell aktör måste inneha all kunskap på ett liknande sätt som HI tidigare hade.

I avsnitt 18.2 och 18.3 redogörs för utformningen av det statliga arbetet med hjälpmedelsfrågor (bl.a. om HI) och om det finns skäl att överväga mer systematiska förändringar. Därefter presenteras utredningens förslag i avsnitt 18.4. Socialstyrelsen behandlas därvid i avsnitt 18.4.1 och därefter MFD i avsnitt 18.4.2.

18.2 Statliga myndigheters arbete med hjälpmedelsfrågor

HI är en ideell förening (inte en myndighet) med staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som medlemmar. HI har inte bedrivit någon verksamhet sedan den 1 maj 2014, då delar av HI inordnades i Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handi-

sam) under det nya namnet Myndigheten för delaktighet. Föreningens syfte är sedan dess att avveckla föreningen, vilket planeras att vara slutfört till årsskiftet 2017/2018. Före 1999 då HI bildades fanns Handikappinstitutet, som hade en omfattande praktisk verksamhet, framför allt med hjälpmedelsprovning. HI hade en samlande och samordnande roll i nationella hjälpmedelsfrågor. Institutet höll i försöksverksamheter, spred kunskap och följde samhällsutvecklingen både nationellt och internationellt.

Gällande motiven till avvecklingen 2014 anförde regeringen bl.a. att den huvudsakliga verksamhetsinriktningen och arbetssättet för HI, att ge stöd till huvudmännen inom hjälpmedelsområdet, påtagligt förändrats under senare år. Den tidigare omfattande provnings- och upphandlingsverksamheten av enskilda produkter och tjänster hade i det närmaste upphört medan tyngdpunkten i verksamheten alltmer förskjutits mot teknik- och kunskapsutveckling i ett större funktionshinderspolitiskt perspektiv. Styrningen och organisationen av HI ansågs också begränsa regeringens möjligheter att i förhållande till gällande regler om upphandling och statsstöd använda organisationens kunskap och kompetens på ett effektivt sätt (se prop. 2013/14:67 s. 24 och Ds 2013:40). HI skulle därför upplösas medan dåvarande Handisam skulle inordna berörda uppgifter som bedrevs av HI i myndigheten, som därmed skulle få ett utökat ansvarsområde. Handisam skulle byta namn till Myndigheten för delaktighet för att bättre spegla dess utökade verksamhet och det mer samlade uppdraget, det tvärsektoriella perspektivet samt uppgiften att stimulera och utveckla kunskapsbildningen. Regeringen ansåg att inordnandet av de delar av HI som ansågs utgöra ett statligt åtagande i den nya myndigheten skulle komma att skapa förutsättningar för en ”mer ändamålsenlig och effektiv nationell aktör inom hjälpmedelsområdet” (se prop. 2013/14:67 s. 24).

De uppgifter som inte ansågs vara ett statligt åtagande (och därmed inte skulle inordnas i MFD) var uppgifter som inte var av generell karaktär och som i huvudsak riktades mot enskilda kommuner och landsting, eller grupper av kommuner och landsting. Det ansågs rimligt att kommunerna och landstingen genomförde dessa uppgifter på egen hand. Som exempel angavs lokala och regionala nätverk med kommuner och landsting som huvudsakliga avnämare, stöd till upphandling av hjälpmedel, direkt och varaktigt stöd till enskilda sjukvårdshuvudmän eller grupper av sjukvårdshuvudmän samt direkt

metod- eller verksamhetsutveckling inom hjälpmedelsförsörjningen riktat till enskilda kommuner/landsting eller grupper av dessa. Enligt regeringens bedömning skulle huvudmännen ta fortsatt ansvar för de delar som inte bedömdes vara ett statligt åtagande, bl.a. att inrätta samverkan och främja kunskapsutveckling, enskilt eller i samarbete, på det sätt de uppfattade ändamålsenligt.[1] Vidare anfördes att hjälpmedelsverksamheten är en del av landstingens hälso- och sjukvårdsansvar.

Socialstyrelsen är enligt sin instruktion (2015:284) förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Socialstyrelsen ska bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsens ansvar gäller i den utsträckning sådana frågor inte ska handläggas av någon annan myndighet (§ 1). Av 2 § i instruktionen framgår att myndigheten har ett samlat ansvar, sektorsansvar, för genomförande av de funktionshinderspolitiska målen med anknytning till Socialstyrelsens verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska inom ramen för detta ansvar vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter.

Efter att HI avvecklats har uppdragen inom hjälpmedelsområdet till Socialstyrelsen ökat. Myndigheten har haft regeringsuppdrag gällande hjälpmedel, t.ex. den kartläggning av tillgång till och avgifter för hjälpmedel som denna utredning lägger till grund för sin bedömning. Uppdragen har också gällt att utveckla statistik och utvärdera valfriheten gällande hjälpmedel.[2] Ett av uppdragen avsåg att vidareutveckla kunskapsstöd inom hjälpmedelsområdet, varav en del har handlat om att ta fram utbildningsmaterial om förskrivningsprocessen. Socialstyrelsen har även tagit över de av HI:s publikationer som bedömts höra till myndighetens verksamhetsområde. Som ett led i att samla kunskap om hjälpmedel som förskrivs enligt HSL, har en särskild flik skapats på Kunskapsguiden. Under denna flik samlas publikationer om hjälpmedelsområdet från samtliga inblandade aktörer.

[1] Prop. 2013/14:1.
[2] Uppdrag inom hjälpmedelsområdet (S2014/8959/FST).

18.3 Behov av tydligare styrning

Det står helt klart att MFD inte arbetar med att ta fram ny kunskap på hjälpmedelsområdet i samma utsträckning som HI gjorde. Det kan delvis bero på att Socialstyrelsen fått i uppdrag att vidareutveckla kunskapsstöden. De uppgifter MFD tagit över från HI handlar framför allt om välfärdsteknologi eller välfärdsteknik. Välfärdsteknik och hjälpmedel gränsar dock till varandra. Det är oklart var gränserna går för myndighetens ansvar vad gäller välfärdsteknik och hjälpmedel. Det arbete som MFD gör när det gäller välfärdsteknologi styrs framför allt av särskilda regeringsuppdrag. Karaktären på det som myndigheten gör inom ramen för dessa regeringsuppdrag är delvis metod eller verksamhetsutveckling och riktat till enskilda kommuner eller landsting, dvs. sådant som i förarbetena inte ansågs ingå i det statliga åtagandet och därmed inte skulle inordnas i MFD.

MFD har ett sektorsövergripande uppdrag i förhållande till målen för funktionshinderspolitiken, som syftar till tillgänglighet och delaktighet. Eftersom hjälpmedel är en viktig förutsättning för delaktighet i samhällslivet utgår vi ifrån att MFD följer tillgången till hjälpmedel ur ett tvärsektoriellt perspektiv och även uppmärksammar eventuella samordningsproblem mellan olika sektorer.

Socialstyrelsen har på senare år fått en tydligare roll som nationell expertmyndighet när det gäller hjälpmedel som förskrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Myndigheten har inget uttryckligt ansvar för hjälpmedel inskrivet i sin instruktion, även om det indirekt framgår av både 1 och 2 §§. Myndigheten har dessutom fått ett stort antal särskilda regeringsuppdrag på området gällande kunskapsstöd till förskrivare, nationell uppföljning och utvärdering m.m.

Utredningen anser det angeläget att tydliggöra Socialstyrelsens långsiktiga roll på hjälpmedelsområdet när det gäller normering, kunskapsstöd, uppföljning och utvärdering av hjälpmedel som förskrivs enligt HSL.

Vid sidan om Socialstyrelsens uppgifter på området finns behov av en sektorsövergripande uppföljning ur ett användarperspektiv. Någon myndighet bör kunna presentera en heltäckande nationell bild av hjälpmedelsområdet, följa upp hur hjälpmedelsförsörjningen mellan olika sektorer fungerar (t.ex. när unga med funktionsnedsättning ska gå från skola till arbete) och göra sektorsoberoende jämförelser och analyser. Ett sektorsövergripande uppföljningsansvar kan också gälla

utvecklingen av hjälpmedel sett i förhållande till universell utformning, generell tillgänglighet, digitalisering, välfärdsteknik m.m. för att se hur detta sammantaget påverkar delaktigheten för personer med funktionsnedsättning.[3]

18.4 Förslag m.m.

18.4.1 Socialstyrelsens roll på hjälpmedelsområdet

Utredningens bedömning: Det behöver förtydligas att hjälpmedel som förskrivs enligt HSL ingår i Socialstyrelsens ansvar som förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård.

I förordningen med instruktion för Socialstyrelsen anges att Socialstyrelsen är en förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel.

Hjälpmedel som förskrivs enligt HSL är hälso- och sjukvård och inryms därmed i Socialstyrelsens uppdrag. Socialstyrelsen delar den bedömningen. Mot bakgrund av att HI tidigare haft ett stort nationellt ansvar för hjälpmedelsfrågor, har Socialstyrelsens arbete inom området emellertid varit begränsat, även om myndigheten på senare tid fått ett större fokus på området på grund av pågående och nyligen avslutade regeringsuppdrag inom hjälpmedelsområdet. Socialstyrelsen avser att även fortsättningsvis förvalta och vidareutveckla kunskapsstöd, liksom att följa utvecklingen inom hjälpmedelsområdet. Att det löpande arbetet med hjälpmedelsfrågor kommer att prioriteras lika mycket då regeringsuppdragen är avslutade framstår dock inte som självklart.

Utredningen har övervägt att föreslå en förändring av Socialstyrelsens instruktion innebärande ett förtydligande om att hjälpmedel förskrivna enligt HSL ingår i myndighetens uppdrag. Det som talar

[3] Utredningen noterar att Statskontoret har bedömt att MFD:s uppgifter och uppdrag på välfärdsteknologiområdet överlappar andra myndigheters arbete. Samtidigt har MFD sedan lång tid tillbaka kompetens på området, vilken framstår som effektiv att använda.

emot en sådan ändring är att det redan följer av myndighetens ansvar för hälso- och sjukvården att hjälpmedel ingår i myndighetens uppdrag (då hjälpmedel som förskrivs utgör vård) och att det är ologiskt och olämpligt att ange ett visst specialområde som ryms *inom* det i instruktionen angivna området hälso- och sjukvård. Det skulle kunna leda till en utveckling där fler områden ”gör anspråk” på att anges särskilt trots att det redan följer av instruktionen att Socialstyrelsen ansvarar för dem. Det är tveksamt om det vore en positiv utveckling.

Icke desto mindre är det angeläget att regeringen på det sätt som framstår som mest ändamålsenligt förtydligar Socialstyrelsens ansvar så att det inte uppstår någon tvekan om att Socialstyrelsen är den myndighet som har huvudansvaret (sektorsansvar) på nationell nivå för kunskapsstöd, normering, uppföljning och utvärdering för hjälpmedel som förskrivs enligt HSL.

18.4.2 Styrningen av MFD:s sektorsövergripande arbete

Utredningens förslag: Regeringen bör förtydliga att MFD löpande ska arbeta med *sektorsövergripande* frågor rörande produkter och tjänster som digital teknik, personliga hjälpmedel och välfärdstekniska lösningar.

Utredningens bedömning: Myndighetens instruktion bör ses över så att MFD:s uppgifter på området hjälpmedel och välfärdsteknik blir tydliga.

Skäl för utredningens förslag

I förordningen (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet anges att MFD ska verka för full delaktighet i samhällslivet för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar och för jämlikhet i levnadsvillkor. Ett medel för att uppnå detta är generella anpassningar av miljön och universell utformning av produkter. För att uppnå full delaktighet i samhällslivet kan även individstöd i form av digital teknik, personliga hjälpmedel och välfärdsteknologiska tjänster vara nödvändiga. Syftet med utredningens förslag är att stärka MFD:s *sektorsövergripande* roll vad gäller individstöd i dessa former. I sam-

manhanget noteras att regeringen i samband med myndighetens bildande önskade sig en ”effektiv nationell aktör inom hjälpmedelsområdet” (se prop. 2013/14:67 s. 24).

Redan i dag ska myndigheten enligt sin instruktion bidra till kunskapsutveckling i frågor som rör bland annat välfärdsteknologi. Vid tidpunkten för utfärdandet av instruktionen 2014 saknades en allmän definition av begreppet välfärdsteknologi. Begreppet definieras i myndighetens instruktion som kunskapen om och användandet av teknik som kan bidra till ökad trygghet, aktivitet, delaktighet och självständighet för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar och deras anhöriga. Som definitionen är formulerad är det inget som hindrar att även hjälpmedel, dvs. produkter eller tjänster som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera för en funktionsnedsättning[4], ingår. Av de diskussioner som utredningen haft med myndigheten synes dock framgå att den rådande uppfattningen på MFD är att kunskapsutveckling gällande hjälpmedel inte ingår i deras uppdrag. Det skulle kunna sammanhänga med att hjälpmedel ses som synonymt med hjälpmedel som förskrivs enligt HSL, där Socialstyrelsen har sektorsansvar.

MFD har haft ett antal särskilda regeringsuppdrag som begränsat sig till välfärdsteknologi. Också i regleringsbrevet för 2017 fick MFD flera uppdrag på välfärdsteknologiområdet.

Välfärdsteknologi är ett begrepp som lätt för tankarna till äldreomsorg och digitala trygghetslarm. Frågan är därför om avgränsningen till välfärdsteknologi är så ändamålsenlig. På samma sätt är hjälpmedel ett begrepp som för tankarna till hälso- och sjukvård. Utredningen förordar därför ett uttalat användarperspektiv där fokus inte ligger på hur stödet för närvarande är kategoriserat. Individuella stöd är ofta nödvändiga för att individen ska nå full delaktighet i samhället. Det är inte ändamålsenligt ur ett användarperspektiv att principiellt utesluta en typ av stöd när allt måste samordnas för att nå full delaktighet.

MFD beskriver att de vill vara en effektiv och kunskapsbaserad myndighet för genomförandet av funktionshinderspolitiken.[5] Myndighetens egen målbild är att vara ett kunskapsnav som levererar ny

[4] Jfr definition i Socialstyrelsens termbank. Tillgänglig online: termbank.socialstyrelsen.se [2017-04-28].
[5] Skrivelse dnr 2016/0180.

och aggregerad kunskap inom det funktionshinderspolitiska området samt en mötesplats kring frågor och områden som är viktiga för funktionshindersområdet. I detta sammanhang ser utredningen det som självklart att alla sektorer som bidrar till att uppnå målen med funktionshinderspolitiken ingår, dvs. både universell utformning, anpassning av miljöer och individstöd i form av digital teknik, personliga hjälpmedel och välfärdstekniska lösningar. Vidare är det mot bakgrund av MFD:s förslag till ny funktionshinderspolitik naturligt att myndighetens arbete i ökad utsträckning inkluderar sektorsövergripande kartläggningar, uppföljningar, utvärderingar och analyser avseende användningen av individstöd.

Statskontorets myndighetsanalys av MFD

Det är inte bara vi som ser behov av en tydligare styrning av MFD:s roll. Statskontoret har tydligt påtalat behovet av en instruktionsförändring för MFD i sin rapport *Myndighetsanalys av Myndigheten för delaktighet* som gjorts på uppdrag av regeringen.

Statskontoret har bedömt att myndighetens verksamhet inte bedrivs effektivt och behöver förändras. Myndigheten har bl.a. inte nått någon samsyn internt gällande hur uppdraget i instruktionen ska tolkas. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och funktionshinderspolitiken är alltför vaga för att kunna ligga till grund för myndighetsspecifik resultatstyrning. MFD ska inte driva funktionshindersrörelsens frågor, men väl ha kunskap om FN:s konvention och sprida information om dess innehåll och innebörd. Myndigheten ska ha en sektorsövergripande roll där det handlar om att ha kunskap om funktionshinderspolitiken, se samband över flera sektorer, identifiera de stora problemen samt ge stöd till andra genom riktlinjer och vägledningar. Uppföljningen av funktionshinderspolitiken bör vara basen för myndighetens arbete. Myndigheten bör inte ges uppdrag av sektorsspecifik eller operativ karaktär, om avsikten är att den ska arbeta sektorsövergripande.[6]

Statskontoret har föreslagit att MFD:s uppdrag förtydligas i instruktionen med innebörden att MFD är en sektorsövergripande kunskapsmyndighet på det funktionshinderspolitiska området. Den

[6] Statskontoret (2016). Myndighetsanalys av Myndigheten för delaktighet, s. 98 f.

bör kunna struktureras på ett sätt som gör det tydligare vad myndigheten ska åstadkomma. Instruktionen anger i dag olika typer av främjande uppgifter som till sin karaktär är vaga vad gäller innehåll, målgrupper och gränsdragning mot andra myndigheters ansvarsområden. De två paragrafer i instruktionen som beskriver myndighetens uppgifter (dvs. 3 och 4 §§) överlappar varandra. Varken av instruktionen eller i förarbetena kan utläsas hur MFD förväntas utföra sin stödjande roll när det gäller välfärdsteknologi.[7] Myndigheten har ingen föreskriftsrätt och inte heller något uppdrag att bedriva forskning (det tidigare stödet från HI var på en mer operativ nivå än den på vilken MFD förväntas arbeta). Vidare finns det uppgifter i form av praktiskt och utvecklingsinriktat arbete om hjälpmedel som ingen statlig aktör har ansvar för i dag. Enligt Statskontoret borde ansvaret för detta troligen ligga på landstingen.[8]

Statskontoret har föreslagit att Hjälpmedelsutredningen skulle få i uppdrag att pröva om vissa av MFD:s uppgifter kan föras över till Socialstyrelsen, bl.a. välfärdsteknologi.[9] Som skäl har anförts att välfärdsteknologi inte är en nödvändig förutsättning för att MFD ska kunna fullgöra sina sektorsövergripande uppgifter och att MFD inte funnit formerna för sina uppgifter på området. Både MFD och Socialstyrelsen har fått uppdrag på området välfärdsteknik, vilket skapat oklarheter. Välfärdsteknologi och hjälpmedel överlappar varandra som begrepp och så länge som myndigheterna har ett delat ansvar kommer det att uppstå gränsdragningsproblem med risk för att resurserna utnyttjas ineffektivt, anser Statskontoret. SKL har funnit att ansvarsfördelningen mellan MFD och Socialstyrelsen är otydlig på hjälpmedels- och välfärdsteknologiområdet.[10] Företrädare för Socialdepartementet, Socialstyrelsen och MFD har i rapporten hållit med om att ansvarsfördelningen mellan de två myndigheterna är otydlig.[11] Kunskapsstyrningsrådet har enligt Statskontoret tagit initiativ till att söka klargöra ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen och MFD, men såvitt utredningen känner till har det inte publicerats någon sådan analys ännu. Enligt Statskontoret vore det mer ändamålsenligt om Socialstyrelsen som har kompetens på hjälpmedelsområdet får ett

[7] Statskontoret (2016). Myndighetsanalys av Myndigheten för delaktighet, s. 29.
[8] a.a. s. 86.
[9] a.a. s. 9 och 100.
[10] a.a. s. 68.
[11] a.a. s. 86.

samlat ansvar för frågor om hjälpmedel och välfärdsteknologi. Socialstyrelsen har också en naturligare koppling till förskrivare av hjälpmedel inom vård och omsorg.

Vi har fått uppgifter om att ett förändringsarbete initierats på MFD efter det att Statskontoret lämnat sin rapport. Även med beaktande av detta instämmer vi i Statskontorets bedömning att MFD:s instruktion behöver ses över med inriktningen att MFD är en sektorsövergripande kunskapsmyndighet på det funktionshinderspolitiska området. De uppdrag som vi föreslår till MFD har också avpassats med tanke på den föreslagna inriktningen där MFD ska arbeta sektorsövergripande och med hjälpmedel *utanför* hälso- och sjukvårdens område. När det gäller hjälpmedel som förskrivs inom hälso- och sjukvården är det Socialstyrelsen som är sektorsansvarig myndighet, vilket framgår av dess ansvar för hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen bör även ha det inomsektoriella ansvaret för välfärdsteknik. Vi ställer oss däremot tveksamma till att samla hela området välfärdsteknik hos Socialstyrelsen. Den definition av välfärdsteknologi som finns i MFD:s instruktion och i Socialstyrelsens termbank utgår inte från att välfärdsteknik måste tillhandahållas genom ett biståndsbeslut (dvs. inom socialtjänsten, som Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för), utan definitionen handlar om funktionen hos den aktuella tekniken. Det är viktigt att förstå att varken hjälpmedels- eller välfärdsteknikbegreppen som de ser ut i dag med nödvändighet är kopplade till sjukvård respektive socialtjänst, dvs. Socialstyrelsens sektorsspecifika ansvar. De sektorsövergripande frågorna bör åvila MFD, oavsett om det gäller välfärdsteknik eller hjälpmedel med dagens definitioner.

Avsikten är alltså inte att MFD ska arbeta med inomsektoriella frågor som rör hjälpmedel, digital teknik och välfärdstekniska lösningar som förskrivs enligt HSL, används av elever i skolan eller beviljas för att användas i arbete. Däremot måste någon myndighet ha ansvar för att identifiera om gällande lagstiftning inom olika sektorer är tillräcklig för att tillgodose individers behov av hjälpmedel, digital teknik och välfärdstekniska lösningar för att nå full delaktighet i samhället, dvs. ett slags ”helikopterperspektiv” på samhällets tillhandahållande av bl.a. hjälpmedel. Ett konkret exempel på när ett sektorsövergripande perspektiv är nödvändigt är fritidshjälpmedel, som i dag sällan förskrivs som en hälso- och sjukvårdsinsats och i stora delar inte heller kan anses som hälso- och sjukvårdens ansvar. Det är också

viktigt att någon myndighet innehar samlad kunskap om hur aspekter för att hjälpmedel, digital teknik och välfärdsteknologiska lösningar som erhålls genom stöd inom olika sektorer *samspelar* och bidrar till full delaktighet i samhällslivet för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar.

DEL IV
Övrigt

19 Konsekvensanalys samt finansiering

19.1 Inledning

I kapitlet redogörs för förväntade konsekvenser av utredningens förslag samt finansiering. Först kommer en sammanfattning som i korthet belyser de ekonomiska konsekvenserna (avsnitt 19.2). I avsnitt 19.3 beskrivs allmänna regler om konsekvensanalys, varefter utredningens problemställning anges (avsnitt 19.4). Därefter följer en fördjupad analys uppdelat på enskilda förslag (avsnitt 19.5). Förslaget om definition i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, behandlas därvid i avsnitt 19.5.1, avgiftsförslagen i avsnitten 19.5.2–19.5.3 och därefter förslaget om medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) i 19.5.4. Sedan följer förslagen som rör olika statliga myndigheter (avsnitt 19.5.4 till och med 19.5.13). Slutligen behandlas särskilda frågor (avsnitt 19.6 och framåt). I beräkningarna har utredningen avrundat till jämna 500 000 kronor.

19.2 Sammanfattande konsekvensanalys och uppgift om finansiering

Utredningens förslag innefattar för det första ändringar i HSL vilka berör kommuner och landsting. Dessa inkräktar på den kommunala självstyrelsen, men inskränkningen får anses proportionerlig. De utökar också det offentliga åtagandet i vissa avseenden och måste då finansieras. Kostnader på grund av att det blir tvingande att tillhandahålla hjälpmedel för vardagliga fritidssysselsättningar i hemmet och närmiljön är svåra att uppskatta men har beräknas till **26,5 miljoner kronor** utslaget på två år (avsnitt 19.5.1). Minskade intäkter på grund av regleringen av hjälpmedelsavgifter har uppskattats till sammanlagt

118,5 miljoner kronor per år (avsnitt 19.5.2). Siffran bedöms vara klart i överkant, eftersom hjälpmedelsavgifter inte nödvändigtvis tas ut årligen och ofta inte alls. Det största intäktsbortfallet är hänförligt till förslaget om avgiftsfrihet för dem som är 85 år och äldre (104 miljoner kronor). Resterande delar rör avgiftsfrihet för barn (6 miljoner kronor) och för personkretsen enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, (8 miljoner kronor) samt vidare ”förbud” mot serviceavgifter (2,5 miljoner kronor). Totalt finns således ett finansieringsbehov mot kommuner och landsting om **cirka 145 miljoner kronor.**

Här förtjänar att framhållas att utredningens förslag inte kan anses vara en särskilt dyr reform. I sammanhanget kan nämnas att Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götalands län bara genom sitt nuvarande samarbetsavtal sänkt kostnaderna i hjälpmedelsverksamheten med 74 miljoner kronor perioden 2015-10-01 till och med 2016-09-30 (med bibehållen god kvalitet och patientsäkerhet). Förslagen har hög fördelningspolitisk träffsäkerhet i jämförelse med högkostnadsskydd eller avgiftsfria hjälpmedel för alla, oavsett ekonomiska förutsättningar. Vidare bör det vara en lönsam investering för vård och omsorg att satsa på hjälpmedel, till undvikande av dyr slutenvård och omsorgsinsatser.

Finansieringsbehovet mot kommuner och landsting kan regleras genom anslaget på utgiftsområde 25 genom en höjning av högkostnadsskyddet i öppen vård. Enligt 17 kap. 6 § HSL uppgår detta till 0,025 × prisbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken, dvs. cirka 1 120 kronor. Prisbasbeloppet 2017 uppgår till 44 800 kronor. Den tidigare LSS- och hjälpmedelsutredningen utgick i sitt betänkande från 2004[1] från att antalet invånare per 1 000 som når upp till högkostnadsskyddet är 126 stycken. Om vi utgår från att den nivån fortfarande gäller, är det 1 261 000 personer som når högkostnadsskyddet sett till dagens befolkningsmängd. En ökning av högkostnadsskyddet med 100 kronor till 1 220 kronor skulle innebära ökade intäkter med 126 miljoner kronor för landstingen och täcker således de förväntade förlusterna i avgifter, men inte de uppskattade kostnaderna för ”fritidshjälpmedel” om dessa alls bör finansieras. I en senare beräkning har en höjning av nivån för högkostnadsskyddets inträde med 200 kronor beräknats ge ökade avgiftsintäkter

[1] SOU 2004:83.

med cirka 280 miljoner kronor[2]. Det innebär att en höjning med 100 kronor skulle medföra ökade avgiftsintäkter med cirka **140 miljoner kronor**.

Beräkningarna i finansieringsdelen är behäftade med osäkerhet. Dels saknas nationella data om avgifter som patienter betalar för besök, dels finns ingen uppgift om patientavgifter till privata vårdgivare. Vidare finns dynamiska effekter som uppstår om beloppsgränsen för högkostnadsskyddet höjs. Patienters kostnader ökar innan man uppnår högkostnadsskyddet samtidigt som landstingens avgiftsintäkter ökar, dels på grund av att antalet personer som uppnår nivån av högkostnadsskyddet sannolikt minskar, dels eftersom kostnaden per patient som uppnår högkostnadsskyddet minskar. För att exakt beräkna dessa dynamiska effekter skulle krävas information på individnivå om antalet besök, typ av besök, kostnader etc. I den mån sådana uppgifter finns, har de inte varit tillgängliga för utredningen.

För det andra föreslår utredningen flera uppdrag till statliga myndigheter. Under 2018 kostar dessa staten **12,5 miljoner kronor**. Under 2019 uppgår kostnaden till **6 miljoner kronor** och 2020 till **4,75 miljoner kronor**. För Socialstyrelsen kommer kvarstå ett behov av att framgent beakta det föreslagna uppdraget om jämförande statistik och uppföljning på hjälpmedelsområdet, vilka kostnader uppskattats till 750 000 kronor per år. Finansieringen i dessa delar föreslås ske inom utgiftsområde 9.

19.3 Allmänt om konsekvensanalyser

Enligt 14 § kommittéförordningen (1998:1474) ska en kommitté beräkna och redovisa de ekonomiska konsekvenserna av förslag som påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda och förslag som innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt. När det gäller kostnadsökningar eller intäktsminskningar för staten, kommuner eller landsting, ska kommittén även föreslå en finansiering.

Om ett betänkande innehåller förslag till nya eller ändrade regler, ska förslagens kostnadsmässiga och andra konsekvenser anges i betänkandet (15 a §). Konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar

[2] Ds 2011:23 Uppdaterade högkostnadsskydd – öppen hälso- och sjukvård samt läkemedel.

de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. I en konsekvensutredning ska ingå en beskrivning av problemet och vad man vill uppnå (1), en beskrivning av alternativa lösningar och vilka effekterna blir om någon reglering inte kommer till stånd (2), uppgifter om vilka som berörs (3), uppgifter om de bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på (4), uppgifter om vilka kostnadsmässiga och andra konsekvenser regleringen medför och en jämförelse av konsekvenserna för de övervägda alternativen (5), en bedömning av om regleringen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till EU (6), och bedömning av om särskilda hänsyn behöver tas när det gäller ikraftträdande och behov av speciella informationsinsatser (7).[3]

I 15 § kommittéförordningen anges att om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, ska konsekvenserna i det avseendet anges. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Ytterligare krav på konsekvensbeskrivningar kan framgå av direktiven (16 §). I utredningens direktiv anges att utredningen ska redovisa för- och nackdelar med högkostnadsskydd. Utgångspunkten är vidare att utredningens förslag inte ska öka det offentliga åtagandet, varför detta rimligen måste belysas noga.

19.4 Problemställning

Som framgått av tidigare kapitel finns det skillnader mellan olika huvudmän när det gäller regelverk och avgifter för hjälpmedel. Människor förefaller i stort sett få tillgång till de hjälpmedel de har behov av. Skillnaderna över landet beskrivs dock som problematiska i sig enligt utredningens direktiv. De övergripande målen med utredningens förslag är därför att öka likvärdigheten och minska skillna-

[3] Om regleringen får effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt tillkommer ytterligare krav på konsekvensanalysen.

derna i fråga om avgifter och regelverk, på kort och lång sikt, genom en ökad statlig styrning. Förslagen ska skapa förutsättningar för en effektiv hjälpmedelsverksamhet hos huvudmän och myndigheter och den enskildes delaktighet ska öka.

19.5 Förslagen

19.5.1 Definitionen lagfästs i hälso- och sjukvårdslagen

Förslagets innebörd

Förslaget innebär att en definition av hjälpmedel införs i HSL. Bestämmelsen får direkt betydelse för tolkningen av 8 kap. 7 § HSL och 12 kap. 5 § HSL där anges bl.a. att sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att tillhandahålla hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Som utvecklats i kapitel 13 innebär inte definitionen någon ändring i sak jämfört med vad som redan kan sägas gälla, eftersom det framgår av förarbetsuttalanden vad sjukvårdshuvudmännens skyldighet att erbjuda hjälpmedel innebär. Det framgår dessutom av utredningens direktiv att utredningen inte har mandat att förändra själva begreppet hjälpmedel. Dock ska framhållas att utredningen kan förutse ökade kostnader för sjukvårdshuvudmännen i fråga om fritidshjälpmedel, vilka regelmässigt inte förskrivs i dag. Syftet med att lagfästa definitionen är att skapa en ökad tydlighet för såväl sjukvårdshuvudmän, statliga myndigheter och enskilda användare.

Vilka berörs?

Genom definitionen, som anknyter till behovsområden, blir det tydligare för envar att det saknar betydelse för ansvaret enligt HSL vad orsaken till funktionsnedsättningen är, t.ex. naturligt åldrande. För enskilda användare är det också positivt att det framgår av lagtexten vad hälso- och sjukvårdens skyldighet att erbjuda hjälpmedel principiellt innefattar. Att motsvarande upplysningar finns i förarbeten till HSL från början av 1990-talet känner kanske inte många till. Definitionen är vidare tänkt att underlätta för statlig tillsyn och vid uppföljning och framtagande av statistik på nationell nivå.

Eventuella kostnadsökningar på grund av att en huvudman tvingas förskriva hjälpmedel som man tidigare inte förskrivit, drabbar *kommuner och landsting*. Däremot bör inte några kostnader uppstå på grund av en ökad administrativ börda hos huvudmännen.

Eftersom inköpskostnaden för sådant som inte förskrivits tidigare kommer att drabba sjukvårdshuvudmän, slipper enskilda hjälpmedelsanvändare undan en motsvarande (eller möjligen högre) kostnad, då de får låna hjälpmedlet gratis eller till en låg avgift i stället för att köpa det på egen hand. För riktigt dyra hjälpmedel och för dem som har det dåligt ställt ekonomiskt, bör detta framstå som en betydande fördel. Kostnader för staten bedöms inte uppstå.

Närmare om de ekonomiska konsekvenserna

Utredningens intryck är att sjukvårdshuvudmännen i allmänhet följer vad som anges i förarbetena och således redan förskriver de hjälpmedel som kan sägas ingå i hälso- och sjukvårdens ansvar. Förslaget *borde* därför inte medföra några ökade kostnader för sjukvårdshuvudmännen, i vart fall inte för dem som följer lagens intentioner. Dock ska ånyo framhållas att det är svårt att få en säker och heltäckande bild av vilka hjälpmedel som förskrivs eftersom det saknas officiell statistik och det fåtal kartläggningar som finns bygger på fiktiva fall. För de sjukvårdshuvudmän som inte följer förarbetena, kan kostnader tillkomma. Utredningen är av den uppfattningen att staten inte bör kompensera dessa särskilt, till nackdel för de sjukvårdshuvudmän som följt lagens intentioner.

De flesta sjukvårdshuvudmän tillämpar således definitionen redan i dag, utom på ett område: *fritidshjälpmedel*. Många sjukvårdshuvudmän (landsting) förskriver inte sådana fritidshjälpmedel som kan anses ingå i hälso- och sjukvårdens ansvar enligt förarbetena, dvs. hjälpmedel för att delta i ”normala fritids- och rekreationsaktiviteter” eller ”vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet eller närmiljön”. Exempelvis har utredningen erfarit att inga eller mycket få hjälpmedel med ISO-koden 30 förskrivs, en kod som innehåller fritidshjälpmedel[4]. Rent faktiskt innebär därför kodifieringen i just

[4] Även andra ISO-koder innehåller produkter som kan förskrivas i syfte att fungera som ett fritidshjälpmedel, t.ex. förflyttningshjälpmedel. Måttet ISO-kod 30 är således inte säkert.

detta avseende en ambitionshöjning från statens sida, dvs. ett utökat offentligt åtagande vilket kan motivera en statlig finansiering av särkostnader.

Det är mycket svårt att få en bild av vad en ökad förskrivning av sådana hjälpmedel skulle komma att kosta sjukvårdshuvudmännen. Det man kan säga med säkerhet är att sjukvårdshuvudmännen drabbas av initiala anskaffningsutgifter för inköp av relevanta hjälpmedel (sådana kommer rimligen att upphandlas samtidigt som andra hjälpmedel, men direktupphandling kan förekomma), som emellertid går att slå ut över fler personer eftersom hjälpmedel återanvänds. Dessvärre finns ingen uppgift om hur många som använder hjälpmedel, än mindre fritidshjälpmedel och hur många. Än mindre går det att säga något om hur många som skulle vara intresserade om möjligheten till förskrivning fanns, eller om dynamiska effekter. Det är rimligt att föreställa sig ett uppdämt behov, så att kostnaderna initialt blir höga men sedan planar ut. Man kan fundera över om intresset för fritidshjälpmedel minskar med åldern, vilket talar för en lägre siffra. En annan synpunkt är att kommuner sällan förskriver hjälpmedel till barn och det är troligtvis i denna grupp som behoven är störst. I första hand är det alltså landstingen som drabbas av den föreslagna ändringen.

Enligt vad utredningen erfar finns en oro för exponentiellt ökande kostnader för sjukvårdshuvudmännen om de skulle ”börja” förskriva fritidshjälpmedel. Därför ska framhållas följande.

För det första är begreppet fritidshjälpmedel missvisande i sammanhanget. De hjälpmedel som kan anses ingå i hälso- och sjukvårdens ansvar är endast hjälpmedel för ”vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet eller närmiljön”. Under ISO-koden 30 (Fritidshjälpmedel) finns undergrupper med hjälpmedel för lek, hjälpmedel för spel, hjälpmedel för att spela och komponera musik, hjälpmedel för att skapa foton, filmer och videor samt hjälpmedel för att arbeta med konst och hantverk. Hjälpmedel som tillhör dessa kategorier kan enligt utredningen anses falla inom ramen för vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet och i närmiljön. Hjälpmedel som hjälper personer att utöva båtliv, jaga vilda djur eller campa – som också finns under ISO-kod 30 – anser utredningen *inte* falla inom ramen för ”vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet och i närmiljön”, och därmed inte heller inom ramen för HSL. Hjälpmedel för motions-, sport- och hobbyverksamhet ingår

enligt vår uppfattning generellt inte i det ansvar för hjälpmedel som åvilar hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

För det andra finns uppgifter som tyder på att intresset för fritidshjälpmedel inte ska överdrivas. Det finns landsting som på eget initiativ sammanställt depåer med fritidshjälpmedel för utlån utan att hjälpmedlen för den skull förskrivs som en hälso- och sjukvårdsinsats. Syftet med depåerna är att användare ska ha möjlighet att prova fritidshjälpmedel under en begränsad tid, för att därefter eventuellt införskaffa dem på egen hand. Ett landsting med en sådan depå med fritidshjälpmedel har till utredningen uppgivit att efterfrågan på att låna fritidshjälpmedel inte varit så stor, trots breda och återkommande informationsinsatser om möjligheten att låna fritidshjälpmedel. En utgångspunkt har varit att de hjälpmedel som finns i depån med fritidshjälpmedel ska kunna användas av många utan alltför stora specialanpassningar och efterfrågas av många. Landstinget hade dessutom samverkat med brukare och brukarorganisationer inför införskaffandet av produkter, för att säkerställa att det är efterfrågade fritidshjälpmedel som finns tillgängliga i depån. Under 2016 skedde endast 23 utlån. Utredningen anser därför att mycket talar för att farhågorna är oberättigade. Dock skulle det kunna vara så att intresset för att låna fritidshjälpmedel underskattas, till följd av att en del människor som i och för sig varit intresserade av att låna hjälpmedel ur depån inte hört av sig för att de ändå inte kunnat använda hjälpmedlen i depån utan individuella anpassningar.

I det följande görs ett försök att beräkna förväntade kostnader till följd av att fler fritidshjälpmedel än i dag kommer att förskrivas.

*Konsument*priser för de ”fritidshjälpmedel” som kan anses falla inom ramen för ansvaret enligt HSL uppskattas till mellan 80 och 600 kronor (exempel på produkter är enhandsblockflöjt cirka 250 kronor, hållare för spelkort cirka 100 kronor, specialutformad kratta cirka 400 kronor, greppkritor cirka 150 kronor). Det finns också hjälpmedel med högre konsumentpriser (exempelvis specialgungor för cirka 3 000 kronor och trehjulig cykel för 15 000 kronor). På grund av att priserna kan pressas vid en offentlig upphandling förefaller det emellertid inte alldeles rimligt att utgå från konsumentpriser. Konsumentpriset är också inklusive mervärdesskatt om 25 procent. Varan är 20 procent billigare att köpa in för den som kan dra av mervärdesskatt.

I beräkningarna utgår vi från *tre olika inköpspriser* för sjukvårdshuvudmän: 100 kronor, 400 kronor och 1 000 kronor per hjälpmedel. Vi gör antagandet att hjälpmedlen är möjliga att återanvända 3 gånger och att ungefär 20 procent av dem som är hjälpmedelsanvändare (cirka 1 miljon människor) också kommer att få ett hjälpmedel förskrivet för vardaglig fritidssysselsättning som utförs i hemmet och i närmiljön. Det innebär att totalt 200 000 människor får fritidshjälpmedel.

Utifrån våra antaganden blir den totala kostnaden:

- cirka 6,5 miljoner kronor vid priset 100 kronor,
- 26,5 miljoner kronor vid priset 400 kronor, eller
- 66 miljoner kronor vid priset 1 000 kronor.

Vi antar att det finns ett uppdämt behov vilket kan innebära att 50 procent av användarna får hjälpmedel förskrivna under första året och resterande år 2.

Från och med år 3 antas den årliga förskrivningen vara lägre och kostnaden beräknas då bli 33 000 kronor, 1,3 miljoner kronor eller 3,3 miljoner kronor per år, återigen beroende på hjälpmedlets pris.

I sammanhanget ska framhållas att de beräknade kostnaderna är *brutto*. Hjälpmedelsavgifter kommer i varierande utsträckning att kunna tas ut för dessa hjälpmedel.

Enligt utredningens mening är det mot bakgrund av vilka hjälpmedel som omfattas av åtagandet enligt HSL klart missvisande att utgå från inköpspriser på 1 000 kronor, utan detta ska ses som ett räkneexempel. Alternativet med **26,5 miljoner kronor** framstår som rimligt. Som jämförelse har Norge i samband med att de under 2014 infört statligt stöd till s.k. aktivitetshjälpmedel även för dem som är över 26 år (inklusive sportutrustning av alla slag) redovisat att detta kostat cirka 43 miljoner kronor (NOK) år 2015[5].

Det finns självfallet en betydande osäkerhet när det gäller hur många som kan tänkas vara intresserade av fritidshjälpmedel och vilka behov de kan antas ha. Vi har inte heller tagit hänsyn till eventuella ökningar av administrativa kostnader till följd av fler besök för förskrivning av hjälpmedel för fritiden. Det ovan nämnda exemplet på

[5] Arbeids- og sosialdepartementet (2017). En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring, s. 68.

utlån från en landstingsdepå tyder emellertid på ett betydligt lägre intresse än 20 procent av användarna. Där skedde 23 utlån under 2016 samtidigt som antalet hjälpmedelsanvändare i länet kan uppskattas till cirka 36 000. Risken för en anstormning av intressenter måste därmed anses som liten vilket medför att administrativa kostnader för besök inte heller bedöms öka markant. I sammanhanget ska framhållas att det torde finnas hälsoekonomiska vinster att göra vid en ökad förskrivning av fritidshjälpmedel.

Utredningen kan inte se att införandet av definitionen i lagtexten medför några administrativa kostnader för huvudmännen. Möjligen behöver förfrågningsunderlag och liknande ses över.

När det gäller samhällsekonomiska effekter, kan man argumentera för en ökad effektivitet när samhället köper hjälpmedel i stället för att enskilda gör det, eftersom det torde vara billigare för landsting och kommuner att komplettera sitt upphandlande hjälpmedelssortiment med ytterligare en produkt än vad det är för den enskilde att köpa ett enskilt hjälpmedel som konsument. Eftersom sjukvårdshuvudmännen lånar ut de flesta hjälpmedel och återanvänder dem i viss utsträckning, gynnas ofta flera individer av deras inköp jämfört med om individen köper sina hjälpmedel själv. Återanvändningen som blir följden av att samhället lånar ut hjälpmedel är positiv från miljösynpunkt, både för att produkten återanvänds i stället för att man köper nytt och för att miljöbelastningen vid kassering av t.ex. rullstolar minskar. För de företag som tillverkar hjälpmedel och deras anställda kan det vara en fördel att deras produkter blir upphandlade, eftersom det leder till en säkrare avsättning för deras produkter över tid.

Finansiering

Den kommunala finansieringsprincipen tillämpas bl.a. vid ändrade statliga ambitionsnivåer för befintliga kommunala uppgifter. De merkostnader som kan antas uppstå för sjukvårdshuvudmännen när de börjar axla sitt ansvar för fritidshjälpmedel enligt HSL fullt ut, skulle kunna kompenseras via anslaget på utgiftsområde 25 om kompensation som för ett ökat offentligt åtagande alls bör ske. Utredningen har försiktigtvis uppskattat kostnaderna till 26,5 miljoner kronor.

19.5.2 Avgifterna regleras

Förslagets innebörd

Allmänt

Först ska ånyo framhållas att avgiftsintäkterna är av liten betydelse för finansieringen av hälso- och sjukvården. Den totala årskostnaden för hjälpmedel i landstingen uppgår till 6 miljarder kronor. Sjukvårdshuvudmännens avgiftsintäkter under samma tid uppgår till cirka 230 miljoner kronor.

Förslaget i denna del innebär att sjukvårdshuvudmännens avgiftsmakt gällande hjälpmedel lagfästs och att vissa ramar införs för avgiftssättningen på hjälpmedelsområdet. Vissa grupper får avgiftsfrihet. Begränsningarna syftar till att skapa en ökad likvärdighet över landet, en större förutsebarhet och utgöra ett hinder mot att sjukvårdshuvudmännen i framtiden tar ut markant högre avgifter. Sjukvårdshuvudmännen kommer i allt väsentligt ha kvar samma möjligheter att ta ut avgifter av det stora flertalet patienter och lokala variationer är fullt möjliga. Sjukvårdshuvudmännen behöver självfallet inte utnyttja en möjlighet att ta ut avgift om de inte önskar detta.

Avgifterna måste vara skäliga

En första begränsning av sjukvårdshuvudmännens avgiftssättning jämfört med i dag består i att endast skäliga avgifter får tas ut. Här kan invändas att ordet ”skälig” är vagt. I andra fall kan det få en tydligare uttolkning genom rättspraxis. En talan mot en viss debitering torde dock inte kunna tas upp till prövning i domstol, även om själva taxan torde kunna överklagas i den ordning som är föreskriven i 10 kap. kommunallagen, dvs. laglighetsprövning. Det framstår som tveksamt ifall en domstol skulle finna att en taxa är direkt olaglig för att en avgift är påfallande hög. Bestämmelsen uttrycker således snarast en viljeriktning från statens sida, vilken sjukvårdshuvudmännen i huvudsak säkert instämmer i. Bestämmelsen torde inte ge kunna upphov till processer och därmed ökade administrativa kostnader för huvudmännen.

Begränsningen till skäliga avgifter torde enligt utredningens mening inte medföra några praktiska konsekvenser i nuläget, eftersom utredningen inte upptäckt några avgifter som framstår som oskäligt höga. Här kan ges några exempel. Enligt Socialstyrelsens kartläggning kan avgifterna variera mellan 100 kronor och 1 700 kronor i landstingen. När det gäller besöksavgifter har sex län angett att de tar en enhetlig besöksavgift på 100 till 200 kronor. Av de 120 kommuner som tar ut avgift i samband med besök för behovsbedömning varierar kostnaden från 0 kronor till 400 kronor (median 140 kronor). Samtliga dessa exempel framstår som skäliga belopp.

Även om ett förbud mot oskäliga avgifter således kan förefalla onödigt i dag, anser utredningen att begränsningen tjänar ett förebyggande syfte. I denna del bedöms dock lagförslaget inte få några omedelbara ekonomiska konsekvenser, vare sig för sjukvårdshuvudmän, enskilda eller samhället i övrigt.

Vilka avgifter får inte tas ut?

Som framgår i kapitlet om avgifter, kan avgifterna lite förenklat indelas i besöksavgifter, hjälpmedelsavgifter och serviceavgifter. Enligt förslaget kommer besöksavgifter att få tas ut i samma utsträckning som tidigare (och ingår då i högkostnadsskyddet). När det gäller hjälpmedelsavgifter och serviceavgifter är bilden mer komplicerad.

Socialstyrelsens kartläggning visar att hjälpmedelsavgifter är vanliga i landstingen men tas ut av endast 81 kommuner, dvs. 30 procent. Serviceavgifter tas ut för till exempel reparation av hjälpmedel, hemleverans av hjälpmedel eller hämtning av hjälpmedel som ska återlämnas. Avgifter för service förekommer i landsting och regioner, men det vanliga är att användaren själv svarar för kostnaderna för t.ex. däck och slangar till rullstolar eller batterier till hörapparater. Tre landsting har uppgivit att de tar ut en serviceavgift för något eller några av hjälpmedlen rollator, surfplatta med applikationsprogram och trehjulig cykel, där den högsta avgiften uppgår till 200 kronor. I landsting och regioner är det alltså inte så vanligt med serviceavgifter och de rör små belopp. Vidare tas serviceavgift av något slag ut i 37 kommuner, dvs. i 14 procent av kommunerna, enligt Socialstyrelsen. Kartläggningen visar också att det förekommer avgifter till följd av att man tappar bort sitt hjälpmedel och liknande.

I HSL finns stöd för att ta ut avgifter för vård, men knappast för annat, t.ex. reparationer eller straffavgifter. Det kan ifrågasättas om sådana avgifter ens har stöd i 8 kap. 3 b § kommunallagen (1991:900), eftersom det varken kan sägas vara en avgift för vård eller fråga om en tjänst eller nyttighet som tillhandahålls den enskilde (när det gäller reparationer m.m. på egendom som tillhör sjukvårdshuvudmannen). Med detta synsätt kan inte den nu föreslagna regleringen egentligen sägas medföra att uttag av serviceavgifter förhindras, om de inte varit tillåtna tidigare. I vart fall ska de inte anses tillåtna i och med detta förslag till reglering.

Enligt förslaget införs ett förbud mot att ta ut avgifter av *barn*. Visserligen har de flesta sjukvårdshuvudmän i kartläggningen som Socialstyrelsen gjort 2016 uppgivit att man inte tar ut avgifter av barn. Således skulle kunna hävdas att förslaget i denna del inte innebär några ekonomiska konsekvenser. Emellertid stämmer inte bilden att vårdavgifter inte tas ut av barn, varom mera nedan. Oavsett detta kan förslaget sägas få sin största betydelse för sjukvårdshuvudmännens möjligheter att *i framtiden* ta ut avgifter för barn, om de skulle önska det. Kommuner förskriver inga hjälpmedel till barn, varför kommunerna inte berörs i den delen.

Vidare får avgift inte tas ut av den som tillhör *personkretsen enligt LSS* och inte heller av *den som fyllt 85 år*. I dessa delar får förslaget ekonomiska konsekvenser för sjukvårdshuvudmännen.

Ett område där det finns nationell återkommande statistik är hörselområdet, vilket medger beräkningar av hur den föreslagna avgiftsbestämmelsen slår i det avseendet. Enligt HRF har cirka 455 000 personer hörapparat. Av 2,2 miljoner barn i Sverige är det 4 600 som har hörapparat. Av de 260 000 personer som är 85 år eller äldre har cirka 56 000 hörapparat. Av de 49 500 personer som har LSS-insatser är det knappt 5 procent eller cirka 2 475 som har hörapparat. Förslaget möjliggör därmed för landstingen att även fortsättningsvis ta ut avgift av cirka 392 000 hörapparatanvändare, de flesta i yrkesverksam ålder. Avgifterna för hörapparater varierar mellan sjukvårdshuvudmännen, men en vanlig avgift är 500 kronor. I sammanhanget ska erinras om kravet på att avgifter ska vara skäliga.

Ekonomiska effekter av förslaget om avgiftsfrihet för barn

Det saknas nationell statistik över antalet landsting som tar ut egenavgifter för barn, egenavgifternas storlek och för vilka hjälpmedel egenavgifter tas ut. Det underlag som ligger till grund för beräkningarna har samlats in dels genom kontakter med landstingen, dels genom inhämtande av uppgifter via 1177. Insamlingen av underlaget har av resursskäl inte gjorts på så sätt att en regelrätt statistik av god kvalitet kunnat tas fram (med avseende på innehåll, jämförbarhet, tillförlitlighet och tid). Avgiftsbortfallet på grund av förbudet mot att debitera barn hjälpmedelsavgifter skulle enligt utredningens beräkningar kunna uppskattas till knappt **6 miljoner kronor per år**.

Uppskattningen har skett enligt följande. Rent allmänt gäller att samtliga landsting tar ut egenavgifter för ortopedtekniska skor till barn. Ungefär en tredjedel tar ut egenavgifter för cyklar. Ett mindre antal landsting tar ut egenavgifter för hörapparater, tyngdtäcken, synhjälpmedel m.m. Besöksavgifter tas inte ut av barn. Vidare antas kommunerna inte förskriva några hjälpmedel till barn. Beräkningarna om avgifter till barn har skett i tre steg:

1. Totala avgiftsintäkter för ortopedtekniska skor för barn. *Mått: Antalet barn som förskrivs ortopedtekniska skor x egenavgiften/par skor.* Antalet barn har beräknats med utgångspunkt i andelen barn som förskrivits sådana skor i Stockholms läns landsting (SLL)[6] av det totala antalet barn där (0–17 år). Andelen har multiplicerats med respektive läns antal barn 0–17 år[7]. Antagandet är således att det är ungefär samma andel barn med behov av ortopedtekniska skor i alla landsting. Egenavgiften har antagits uppgå till 400 kronor/par skor[8].

   Delresultat: Avgiftsintäkterna för ortopedtekniska skor för barn beräknas uppgå till 4 miljoner kronor per år för hela riket.

2. Totala avgiftsintäkter för cyklar som förskrivs till barn. *Mått: Antalet barn som förskrivs cyklar x egenavgift/cykel.* Antalet barn har beräknats med utgångspunkt i antalet barn som förskrivits

[6] Antalet barn som förskrivits ortopedtekniska skor i SLL har hämtats från sjukvårdsförvaltningen i SLL.
[7] Nationell befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån.
[8] Storleken på egenavgiften för ortopedtekniska skor för barn i respektive landsting är hämtad från den egna undersökningen.

cyklar i landstinget Dalarna jämfört med det totala antalet barn där[9]. Andelen har därefter multiplicerats med respektive läns antal barn i åldern 0–17 år. Hälften av detta antal barn har antagits betala egenavgift. Egenavgiften har antagits uppgå till 600 kronor/cykel.[10]

Delresultat: Avgiftsintäkterna för cyklar uppgår till 1 miljon kronor.

3. Totala avgiftsintäkter för övriga hjälpmedel till barn. *Mått: Antalet barn som förskrivs hörapparat x egenavgiften/övriga hjälpmedel.* Utöver ortopedtekniska skor och cyklar förekommer i viss mån att landsting tar ut egenavgifter för andra hjälpmedel till barn. Det handlar i några landsting om hörapparater, i andra om tyngdtäcken eller synhjälpmedel osv. Eftersom det inte finns exakta uppgifter, beräknas här avgiftsintäkterna för dessa övriga hjälpmedel med en avgiftsschablon om 1 000 kronor och utifrån antagandet att antalet barn som betalar egenavgifter är detsamma som antalet barn som förskrivs hörapparater. Antagandet om avgiftsnivån (1 000 kronor) bedöms ligga i överkant av det verkliga värdet. Antalet barn har beräknats genom att utgå från andelen barn som förskrivits hörapparat i landstinget Dalarna av det totala antalet barn där. Andelen har multiplicerats med respektive läns antal barn.[11] Hälften av detta antal har antagits betala egenavgift.

   Delresultat: Avgiftsintäkter för övriga hjälpmedel är cirka 1 miljon kronor.

När det gäller resultatens rimlighet, ska dessa ses i ljuset av Socialstyrelsens uppfattning från 2016 att landstingen sällan tar ut avgifter för hjälpmedel till barn. Vidare kan konstateras att avgiftsintäkterna för barn utgör cirka 3 procent av de totalt skattade intäkterna av landstingens egenavgifter för hjälpmedel. Det är därmed uppenbart att det inte kan röra sig om större belopp.

[9] Dvs. personer 0–17 år.
[10] Uppgiften om antalet barn som betalar egenavgift och egenavgiftens nivå är något osäker. Socialstyrelsens kartläggning om hjälpmedelsavgifter visar att cirka en tredjedel av landstingen tar ut egenavgifter för cyklar till barn, men av kartläggningen framgår inte hur många barn dessa landsting omfattar. De eventuella fel som osäkerheten ger bedöms dock inte påverka avsevärt. En känslighetsanalys visar att om värdena för dessa två variabler höjs med 20 procent, ökar de totala intäkterna med 4,9 procent motsvarande 0,3 mkr.
[11] Antalet barn i åldern 0–17 år är hämtade från befolkningsstatistik Statistiska centralbyrån.

Ekonomiska effekter av avgiftsfrihet för personkretsen enligt LSS

Totalt hade 71 400 personer insatser enligt LSS i oktober 2016. Drygt 15 000 av dessa var barn och unga och ingår därmed redan i beräkningarna om avgiftsfrihet för barn. Beräkningarna nedan baseras på de 56 400 vuxna personer med insatser enligt LSS. Förekomst av hjälpmedel är cirka 50 procent i gruppen, vilket innebär ungefär 28 200 hjälpmedel. Många har hjälpmedel för kommunikation, kognition, syn och förflyttning för vilka landsting och kommuner i dag tar ut låga och/eller få avgifter. Ett antagande om genomsnittligt avgiftsuttag per år skulle kunna vara 300 kronor per hjälpmedel, vilket får anses som högt räknat (många hjälpmedel är redan avgiftsfria och avgift tas inte heller ut per år). Förekomsten för hörselhjälpmedel i gruppen är knappt fem procent. Medianen för nuvarande avgiftsuttag för hörapparater är ungefär 500 kronor. Med utgångspunkt i antagandena ovan innebär en avgiftsfrihet för hjälpmedel till vuxna personer med insatser enligt LSS ett avgiftsbortfall på knappt **8,5 miljoner kronor per år**.

Ekonomiska effekter av avgiftsfrihet för dem som är 85 år och äldre

Det finns i dag nästan 260 000 personer som är 85 år och äldre.[12] Man vet inte hur många av dessa som använder hjälpmedel. I den undersökning av SCB som föregick SOU 2004:83 uppgick andelen hjälpmedelsanvändare i åldern 85 år och äldre till cirka 41 procent.[13] Man vet inte heller hur många hjälpmedel en person använder i snitt. För att räkna på förlorade avgiftsintäkter har utredningen gjort ett antagande om att cirka 50 procent använder 2 hjälpmedel/person. Det ger 260 000 hjälpmedel totalt. Vid en tänkt avgift på 400 kronor per år, vilket får anses som högt beräknat, uppgår förlusten av avgiftsintäkter till **104 miljoner kronor per år**.

[12] Statistiska centralbyrån. Exakt siffra 259 864 personer år 2016.
[13] Från HEK, jfr SOU 2004:83 s. 459 (bilaga 8).

Ekonomiska konsekvenser av att serviceavgifter inte kan tas ut

Utredningen har också försökt uppskatta konsekvenserna av att serviceavgifter inte får tas ut, även om det inte gärna kan hävdas att förslaget måste finansieras i den delen (eftersom det förefaller som om lagstöd saknas för dessa avgifter). Detta väntas leda till minskade avgiftsintäkter om cirka **1,5 miljoner kronor**[14] **för landstingen och 1 miljon kronor för kommunerna**. Det innebär att utgifterna för hjälpmedelsanvändare minskar med totalt 2,5 miljoner kronor per år.[15] En konsekvens av detta är att statens utgifter för handikappersättning och vårdbidrag kommer att minska. Minskningens omfattning har inte beräknats.

Uppskattningen i delen om serviceavgifter har gjorts enligt följande. Resultaten i Socialstyrelsens kartläggning från 2016 ligger till grund för beräkningarna, kompletterat med uppgifter som samlats in på egen hand (se avgifter för hjälpmedel för barn). Tre landsting tar ut serviceavgifter (enligt utredningens egen undersökning är det 6–10 landsting som gör det). Serviceavgifternas nivå uppgår till 100–200 kronor (i Värmland uppgår de till 600 kronor, men omfattas av ett högkostnadsskydd). Serviceavgifter tas i några fall ut för cyklar, hörapparater och varseblivningshjälpmedel, men i vilken utsträckning serviceavgifter tas ut för andra hjälpmedel är oklart. Det är också oklart hur ofta service utförs. Vad gäller kommunerna är det cirka 14 procent som tar ut serviceavgifter. Deras serviceavgifter varierar mellan 78 kronor och 600 kronor. Det är förknippat med stora svårigheter att slå fast hur ofta serviceavgifter tas ut för varje hjälpmedel. Här har antagits att landstingen har intäkter i form av serviceavgifter vartannat år för varje förskriven hörapparat, el-rullstol respektive cykel.

Beräkningarna om landstingens intäkter för serviceavgifter utgår från måttet *Antalet personer som betalar serviceavgift x serviceavgift* och har gjorts enligt följande:

1. Antalet personer med behov av service (landsting) har beräknats genom att utgå från andelen personer som förskrivits hörapparat, cykel respektive el-rullstol av samtliga invånare i landstinget

[14] Siffran ökar till 4,7 mkr om man antar att antalet landsting med serviceavgifter är fler än 3.
[15] Eller med 5,8 mkr om alternativ 2 används, dvs. att antalet landsting med serviceavgifter i själva verket är 6–10 st.

Dalarna 2015. Andelen har multiplicerats med antalet personer i respektive län[16]. Det framräknade och summerade antalet personer har sedan multiplicerats med faktorn 0,5, utifrån antagandet att varje hjälpmedel servas/återlämnas/hämtas en gång *vartannat* år.

2. Antalet personer som betalar serviceavgifter (landsting) har beräknats genom att först räkna bort de personer från summan av personer under punkt 1) som bor i Stockholms, Dalarnas, Sörmlands och Jönköpings län, dvs. de län som på fråga svarat att de *inte* tar ut serviceavgifter. Därefter har antalet av de återstående 17 landstingen ”skalats ned” till att motsvara 3 landsting[17] (eftersom utredningen inte vet vilka landstingen är, har genomsnittliga landsting beräknats). Antalet personer med behov av service enligt punkt 1 i de 17 landstingen har alltså summerats, dividerats med 17 och sedan multiplicerats med faktorn 3. Som nämnts ovan har utredningen fått fram att antalet landsting med serviceavgifter i själva verket uppgår till mellan 6–10 stycken. Därför har en alternativ beräkning gjorts. Beräkningen är samma som ovan, men där har antagits att hela 10 län har serviceavgifter.
3. Antalet personer som antas betala serviceavgift har multiplicerats med en tänkt serviceavgift om 200 kronor per person. De totala intäkterna av serviceavgifter hos landstingen uppgår då till **1,5 miljoner kronor** enligt alternativ 1 och enligt alternativ 2 till **4,7 miljoner kronor**. (Om samtliga 17 landsting antas ta ut serviceavgift uppgår det totala intäkterna till 8 miljoner kronor.)

När det gäller motsvarande beräkning för kommunerna, har antalet beräknats genom att utgå från andelen personer som förskrivits cykel, manuell rullstol respektive el-rullstol av samtliga invånare i kommuner i Dalarna 2015. Andelen har multiplicerats med antalet personer i respektive län.[18] Det summerade antalet personer har sedan multiplicerats med faktorn 0,5 utifrån antagandet att varje hjälpmedel servas/återlämnas/hämtas en gång *vartannat* år. Antalet som betalar serviceavgifter i kommunerna har beräknats genom att från summan

[16] Antalet invånare per län är hämtade från Statistiska centralbyrån.
[17] Socialstyrelsen har angivit att 3 landsting tar ut serviceavgifter.
[18] Antalet invånare per län är hämtade från Statistiska centralbyrån.

av personer först räkna bort de personer som bor i Stockholms län, där kommunerna förskriver märkbart färre hjälpmedel jämfört med i andra landsting. Därefter har antalet multiplicerats med 0,14, dvs. 14 procent av personerna antas betala serviceavgifter. Antagandet innebär att antalet sådana personer i varje kommun är lika stort.

För att därefter få fram intäkterna av serviceavgifter har detta antal multiplicerats med en tänkt serviceavgift om 275 kronor per person. De totala intäkterna av serviceavgifter hos kommunerna uppgår då enligt beräkningen till **1 miljon kronor**.

Antagandena som ligger till grund för beräkningarna är delvis osäkra, därav de alternativa beräkningarna. I Socialstyrelsens rapport bedöms dock de totala serviceavgifterna vara små och resultatet i den lägre nivån bedöms därför vara rimligt.

Alternativ till utredningens förslag

I kapitlen med överväganden och förslag om ökad likvärdighet och avgifter redogörs för alternativa sätt att skapa en ökad likvärdighet över landet när det gäller bl.a. avgifter för hjälpmedel. Utredningen har inte funnit skäl att föreslå ett ändrat huvudmannaskap, som vore en mer omfattande (och dyrare) reform. Inte heller har utredningen funnit några tungt vägande skäl för att införa ett högkostnadsskydd för just hjälpmedel. I sammanhanget har noterats att de ekonomiska konsekvenserna av en sådan reform är synnerligen svårbedömda, detta på grund av bristen på tillförlitligt underlag och de stora lokala variationerna.

Även om det är omöjligt att närmare beräkna konsekvenserna av reformer på hjälpmedelsområdet, ska framhållas att enligt utredningens beräkning uppgår de totala avgiftsintäkterna på grund av hjälpmedel till endast cirka 230 miljoner kronor per år, en i sammanhanget förhållandevis blygsam siffra. Att förbjuda allt avgiftsuttag bedöms alltså kosta cirka 230 miljoner kronor per år, utspritt på olika sjukvårdshuvudmän. Det förslag som utredningen nu lämnar innebär således i vart fall ett mindre ekonomiskt bortfall än så, samtidigt som ingreppet i den kommunala självstyrelsen är mindre än vid ett totalt avgiftsförbud.

Finansiering

Finansieringsprincipen gäller om kommunernas och landstingens möjligheter att ta ut avgifter påverkas. Utredningens förslag innebär just detta. Utredningen föreslår att kompensation ska ske via anslaget på utgiftsområde 25, då alla landsting och kommuner berörs. Minskade avgiftsintäkter för sjukvårdshuvudmännen på grund av att avgift inte får tas ut av a) barn, b) personkretsen i LSS och c) dem som är 85 år och äldre beräknas till sammanlagt **118,5 miljoner kronor** per år (sjukvårdshuvudmännens intäkter antas minska även på grund av att serviceavgifter inte får tas ut, men då utredningen anser att detta inte haft stöd tidigare heller, föreslås ingen finansiering specifikt för detta).

19.5.3 Besöksavgifter ska alltid ingå i högkostnadsskyddet

Förslaget innebär att avgifter som tas ut i samband med besök vid behovsbedömning och inom ramen för förskrivningsprocessen ska likställas med andra besöksavgifter vid tillämpning av högkostnadsskyddet för vård. Bestämmelsen gäller för *landsting* eftersom det handlar om en ändring i regeln om högkostnadsskydd för avgifter till landsting. I detta sammanhang kan noteras att bland kommunerna är det endast 52 procent som tar ut besöksavgifter.

Såvitt utredningen kunnat erfara tillämpas denna princip redan i dag, men lagstiftningen lämnar utrymme för olika tolkningar. Det ser t.ex. olika ut om landstingen tar ut besöksavgift vid förskrivningen av hjälpmedel och om avgiften tas ut vid ett tillfälle eller för varje besök i processen. Införandet av denna regel bedöms i vilket fall inte medföra några större ekonomiska konsekvenser för vare sig sjukvårdshuvudmännen eller enskilda. Inte heller ökar huvudmännens administration, eftersom systemet redan är på plats.

19.5.4 Det behövs fler MAR i kommunerna

I HSL:s kapitel om organisation, planering och samverkan i kommunerna (12 kap.) föreslår utredningen ska införas en ny bestämmelse av följande lydelse. Kommunen ska vid planeringen av sin hälso- och sjukvård och äldreomsorg särskilt beakta verksamheternas behov av kompetens i form av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. På verk-

samhetsområden som i huvudsak omfattar rehabilitering bör finnas en medicinskt ansvarig arbetsterapeut eller fysioterapeut.

Årskostnaden för en arbetsterapeut (inklusive arbetsgivaravgifter och försäkring) uppskattas till cirka 428 000 kronor. Arbetsgivarens kostnad för en fysioterapeut är cirka 437 000 kronor. Eftersom en MAR har ett större ansvar och rimligen bör besitta lite större erfarenhet än arbetsterapeuter/fysioterapeuter i allmänhet, kan kostnaden för arbetsgivaren tänkas bli högre än så.

Emellertid tvingar inte den föreslagna regeln kommuner att anställa en arbetsterapeut eller fysioterapeut. Finansieringsprincipen tillämpas när frivilliga uppgifter blir obligatoriska för kommunen. Eftersom förslaget inte är tvingande, är det utredningens uppfattning att finansieringsprincipen inte är tillämplig.

De som berörs av förslaget är självfallet *kommunerna*, som emellertid har kvar sitt självbestämmande. Att vid kommunens planering särskilt beakta behovet av kompetens i rehabiliteringsverksamheten, bör inte medföra någon mer omfattande administration. Man kan tänka sig andra lösningar än en anställd MAR i varje kommun för att uppnå samma resultat från kompetens- och patientsäkerhetssynpunkt. I sammanhanget ska framhållas att det råder viss brist på arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Det avgörande är att kommunen planerar för och tillser att adekvat kompetens finns i organisationen.

Om fler kommuner skulle börja med MAR, bedöms detta få positiva effekter för *svårt sjuka äldre*, i synnerhet äldre bosatta i glesbygd (där det sannolikt är mindre vanligt med MAR än i storstadsområdena). I dag har ungefär 80 av kommunerna MAR. Om den föreslagna lagändringen leder till att fler kommuner anställer en eller flera arbetsterapeuter/fysioterapeuter, bedöms detta ge vissa, mindre, positiva effekter för sysselsättningen och offentlig service (äldreomsorg) i framför allt glesbygd.

19.5.5 Elevhälsan ska stärkas

Förslaget innebär att förordningen (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser, ska utvidgas till att även gälla personalförstärkning inom elevhälsan som avser arbetsterapeut, fysioterapeut eller logoped (7 §).

Samtidigt föreslås en ändring i 16 § som slår fast att om det kommer in fler ansökningar om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan än det finns medel för, ska Statens skolverk vid urvalet prioritera övriga personalkategorier högre än de som nu läggs till.

Under 2011 beslutade regeringen att införa ett statsbidrag i syfte att förstärka elevhälsan hos landets skolhuvudmän. Under åren 2012–2015 skulle Skolverket fördela 625 miljoner kronor enligt förordningen (2011:1597) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan (dnr U2011/5947). Skolverket har under 2012–2015 totalt betalat ut 542 miljoner kronor av de 619 miljoner kronor som hade avsatts.[19] Det innebär att cirka 77 miljoner kronor av de medel som avsatts för ändamålet inte utbetalats.[20] Detta motsvarar, grovt räknat, kostnaden för att anställa 360 arbetsterapeuter, logopeder eller fysioterapeuter om skolhuvudmännen finansierar halva anställningen[21]. Den 1 juni 2016 upphävdes förordningen (2011:1597) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och ersattes av förordning (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser. Utgifterna i enlighet med nu aktuell förordning anges i Skolverkets regleringsbrev. För 2017 anges att myndigheten får belasta anslagsposten med högst 536 miljoner kronor, varav 150 miljoner kronor i första hand ska användas för statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan.

Av det ovan sagda framgår att förslaget redan har statlig finansiering. I övrigt berörs skolhuvudmän och enskilda elever. Förslaget bedöms inte få några konsekvenser i övrigt.

19.5.6 Nationell statistik ska tas fram

Förslaget innebär att Socialstyrelsen får i uppdrag att kontinuerligt samla in statistik och data i syfte att långsiktigt följa upp hjälpmedelsområdet. Socialstyrelsen måste även ta fram och utveckla lämpliga

[19] Skolverket (2016). Redovisning av uppdrag om att genomföra insatser för en förstärkt elevhälsa.
[20] Med beaktande av administrationskostnader hos Skolverket.
[21] Att huvudmannen står för halva kostnaden utgör en förutsättning för tillämpningen enligt 8 § förordningen (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser.

indikatorer. I statistik- och datainsamlingen bör ingå uppgifter om kön, ålder, hjälpmedelstyp, län/kommun och avgifter.

Förslaget berör i första hand Socialstyrelsen, som bör tilldelas medel om 2 miljoner kronor per år under två år för att samla in data och ta fram indikatorer, därefter ökat anslag med 750 000 kronor årligen. Finansiering föreslås ske inom utgiftsområde 9.

Ett visst administrativt merarbete kan komma att uppstå även hos sjukvårdshuvudmännen i samband med att uppgifter lämnas till Socialstyrelsen, i synnerhet initialt. Dock ska framhållas att verksamhetsstatistik i någon form redan finns hos huvudmännen. Såvitt utredningen kunnat erfara är sjukvårdshuvudmännen positiva till att lämna ifrån sig data på hjälpmedelsområdet. Vidare bedöms sjukvårdshuvudmän, statliga myndigheter och enskilda samtliga gynnas av en systematisk statistik på hjälpmedelsområdet.

19.5.7 Förtydligande av Myndighetens för delaktighet (MFD) uppgifter

Förslaget innebär att förtydliga att MFD löpande ska arbeta med frågor som rör individstöd i form av produkter och tjänster som digital teknik, hjälpmedel och välfärdstekniska lösningar som ett led i att uppnå full delaktighet i samhällslivet för personer med funktionsnedsättning. Detta bedöms inte medföra några ytterligare kostnader i MFD:s verksamhet.

19.5.8 Uppdrag till Myndigheten för delaktighet

Bättre möjligheter till aktiv fritid

Förslaget innebär att MFD ges i uppdrag att utreda hur enskilda personer med en varaktig funktionsnedsättning och som vill utöva en aktiv fritid, skulle kunna få en bättre tillgång till olika individstödjande produkter som möjliggör en aktiv fritid. De individstödjande produkter som avses är sådana som faller *utanför* hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Uppdraget bör utföras i samråd med Folkhälsomyndigheten samt i dialog med berörda funktionshindersorganisationer. Om någon lämplig lösning kan tas fram, skulle det kunna

få stor betydelse för livskvaliteten för enskilda med funktionsnedsättning, inte minst barn.

Samverkansforum för digital teknik som individstöd

Förslaget innebär att MFD får i uppdrag att initiera ett samverkansforum gällande digital teknik som individstöd. Samverkansforumet ska vända sig till i första hand landsting, kommuner och statliga myndigheter med ansvar för olika stöd för personer med funktionsnedsättning. Syftet med samverkansforumet är att beskriva potentiell nytta med olika kategorier av digital teknik som individstöd. Detta kan i sin tur utgöra underlag för huvudmännen vid ställningstagande till vilken teknik som ska erbjudas som stöd. Samverkansforumet ska också kunna fungera som en inspirations- och kunskapsplattform för enskilda med funktionsnedsättning. I uppdraget ingår att ha en dialog med berörda funktionshindersorganisationer.

Uppföljning gällande tekniska stöd

Förslaget innebär att MFD får i uppdrag att sektorsövergripande följa upp hur teknik som individstöd bidrar till ökad delaktighet och förbättrade levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning. Det innebär att inhämta och ta fram statistik, data och annan uppföljning som görs av andra myndigheter och organisationer inom relevanta sektorer. I uppdraget ingår att MFD samverkar med andra aktörer med ansvar för hjälpmedel och motsvarande teknikstöd.

Enligt utredningens mening borde kostnaderna för förslaget egentligen rymmas inom befintligt anslag, då denna uppföljning rimligen borde inrymmas i myndighetens ordinarie verksamhet.

Finansiering av uppdragen till MFD

Utredningen föreslår att MFD år 2018 tilldelas engångsvis 3 miljoner kronor för de aktuella uppdragen. Finansiering föreslås ske inom utgiftsområde 9.

19.5.9 Uppdrag till Socialstyrelsen

Det första förslaget till Socialstyrelsen innebär att myndigheten i samråd med relevanta nationella aktörer ska kartlägga och sprida goda exempel på systematiskt jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet, t.ex. jämställdhetsintegrering (avsnitt 13.7.3). Förslaget syftar till att främja jämställdhetsarbetet. Uppdraget bedöms kunna finansieras inom ramen för ordinarie verksamhet.

Det andra förslaget innebär att Socialstyrelsen ges i uppdrag att i samråd med Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) ta fram stöd till skolhuvudmän och sjukvårdshuvudmän om samordning av hjälpmedel till elever med funktionsnedsättningar (avsnitt 16.3.4).

Sedan Hjälpmedelsinstitutets (HI) vägledning om samverkan mellan sjukvårdshuvudman och skolhuvudman kring hjälpmedel till elever med funktionsnedsättning publicerades 2008 har en del förändrats. Sedan HI upphörde i april 2014 finns ingen aktör med ansvar för att uppdatera och vidareutveckla vägledningen om ansvarsfördelning mellan skolhuvudman och sjukvårdshuvudman gällande hjälpmedel till elever med funktionsnedsättningar. Ett särskilt uppdrag till en eller flera myndigheter är därför nödvändigt om en översyn och uppdatering av vägledningen ska genomföras. Socialstyrelsen har också tagit över en rad publikationer efter HI.

För detta uppdrag bör Socialstyrelsen tilldelas 1,5 miljoner kronor. Finansiering föreslås ske inom utgiftsområde 9. Förslaget bedöms inte få några övriga konsekvenser.

19.5.10 Uppdrag till Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM)

Förslaget innebär att SPSM får i uppdrag att under en treårsperiod (2018–2020) samla och tillgängliggöra bästa tillgängliga kunskap om kognitivt stöd för elever i skolmiljön. Kunskapssammanställningen ska belysa befintlig aktuell forskning och annan kunskap kring strategier, bemötande, anpassningar, individanpassat stöd eller hjälpmedel för elever med kognitiva funktionsnedsättningar. SPSM ska i samverkan med Skolverket sprida kunskapen till skolhuvudmän och skolpersonal i syfte att bl.a. förebygga psykisk ohälsa.

Utredningen och Samordnaren inom området psykisk hälsa (S 2015:09) har gemensamt identifierat ett behov av riktade, tidiga

och stödjande insatser till elevgruppen med kognitiva funktionsnedsättningar. Utredningarna föreslår således att SPSM för uppdragets genomförande får använda 3 miljoner kronor 2018, 3 miljoner kronor 2019 och 3 miljoner kronor 2020. Kostnaderna föreslås belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition.

19.5.11 Uppdrag till Upphandlingsmyndigheten

Förslaget innebär ett uppdrag till Upphandlingsmyndigheten att utifrån sin nyligen publicerade vägledning aktivt stimulera och stödja sjukvårdshuvudmännen att genomföra upphandlingar som möjliggör för hjälpmedelsanvändare att välja bland flera hjälpmedel som uppfyller de individuella behoven, samt öka införandet av ny teknik och innovationer. I uppdraget ska också ingå att stödja huvudmännen vid utvärdering av hur väl upphandlade funktioner uppfyller användarnyttan, effekter av användarnas möjlighet till delaktighet och självbestämmande samt ekonomiska effekter för sjukvårdshuvudmännen. Som en del av uppdraget bör Upphandlingsmyndigheten stimulera huvudmännen till att aktivt involvera potentiella hjälpmedelsanvändare i olika skeenden av upphandlingsprocessen. Stödet till huvudmännen föreslås ske i form av exempelvis seminarier, workshops etc. i samband med att sjukvårdshuvudmännen genomför upphandling av hjälpmedel.

Förslaget berör i första hand Upphandlingsmyndigheten och sjukvårdshuvudmännen, dvs. kommuner och landsting. I förlängningen kommer resultatet att komma även enskilda till godo i form av bättre upphandlade sortiment över hela landet. Uppdraget bedöms kunna utföras inom ramen för Upphandlingsmyndighetens ordinarie verksamhet.

19.5.12 Uppdrag till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Förslaget innebär att SBU ska ges i uppdrag att utifrån aktuell forskning ta reda på vilken effekt olika medicintekniska hjälpmedel som används som kompensatoriskt stöd inom hälso- och sjukvård samt vård och omsorg har, om det finns några risker med dem, och om

åtgärderna ger mesta möjliga nytta för satsade resurser. I uppdraget ingår att i ett första steg kartlägga befintligt kunskapsläge, inklusive bristande evidens och kunskapsluckor. SBU ska tillsammans med användare och berörda professioner identifiera områden där forskning bedöms som angeläget samt vilka vetenskapliga utvärderingar och systematiska översikter av befintlig vetenskaplig kunskap som är både angelägna och genomförbara. I ett andra steg bör SBU utifrån behovsinventeringen genomföra systematiska översikter på de särskilt angelägna hjälpmedelsområdena. Uppdraget bör ske i dialog med berörda funktionshindersorganisationer och vårdgivare.

För detta uppdrag bör SBU av staten tilldelas 1 miljon kronor årligen 2018–2020. Finansiering föreslås ske inom utgiftsområde 9. Uppdraget bedöms inte få några konsekvenser för andra än SBU. På längre sikt bedöms såväl hjälpmedelsanvändare, förskrivare som sjukvårdshuvudmän kunna dra nytta av tillgången till systematiska översikter gällande befintlig kunskap på hjälpmedelsområdet.

19.5.13 Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)

Förslaget innebär ett uppdrag till Vårdanalys att kartlägga förskrivning av icke medicintekniska produkter ur ett patient-, brukar- och samhällsperspektiv. Som en del av kartläggningsarbetet bör myndigheten undersöka hur vanligt det är i dag att icke medicintekniska produkter förskrivs som hjälpmedel, vilka orsakerna till variationer är, hur hjälpmedlen upplevs av användare, nyttan av dessa produkter, ekonomiska effekter för huvudmännen samt omfattningen av de risker som finns med att förskriva icke medicintekniska produkter som hjälpmedel. Det bör även undersökas i vilken utsträckning förskrivare i dag utifrån behovsbedömningen skulle vilja förskriva en konsumentprodukt, men hindras på grund av regelverk.

För detta uppdrag bör Vårdanalys av staten tilldelas 2 miljoner kronor 2018. Finansiering föreslås ske inom utgiftsområde 9. Uppdraget bedöms inte medföra konsekvenser utom för Vårdanalys. På längre sikt kan resultatet komma att användas av sjukvårdshuvudmännen vid förändringar av regelverk. Resultatet kan också användas av Socialstyrelsen vid framtagande av föreskrifter, allmänna råd, handböcker m.m. Härigenom kan resultatet av undersökningen på sikt komma enskilda till godo.

19.6 Regleringen i förhållande till Sveriges skyldigheter genom medlemskapet i EU

Författningsförslagen är utformade i enlighet med gällande krav för medlemsländer inom EU.

19.7 Ikraftträdande

Förändringar som rör den kommunala sektorns ekonomi och som berör anslagen under utgiftsområde 25[22] bör träda i kraft vid kalenderårsskiften. Förslaget måste också hinna remissbehandlas. Utredningens ändringsförslag i HSL föreslås därför träda i kraft tidigast den 1 januari 2019. Ändringarna i instruktionsförordningar och uppdragen till statliga myndigheter är helt fristående från lagförslagen och bedöms kunna genomföras vid valfri tidpunkt. I förslaget har angivits att ikraftträdandet kan ske den 1 januari 2018.

19.8 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslagen utgår från nuvarande ansvarsfördelning. Vissa av förslagen innebär dock inskränkningar av det kommunala självstyret. Förslaget i fråga om avgifter minskar kommunalpolitikernas handlingsutrymme och möjligheter till lokala prioriteringar. Utredningen hänvisar till vad som anförs om förslagen och relationen till den kommunala självstyrelsen i kapitel 13.

19.9 Konsekvenser för brottsligheten

Tidiga förebyggande insatser i bl.a. skolan är en del av det brottsförebyggande arbetet. Hjälpmedel, i synnerhet i skolan och på kognitionsområdet torde ha en viss brottsförebyggande effekt eftersom en avslutad skolgång är en framgångsfaktor senare i livet. Tillgång till rätt hjälpmedel och god kunskap hos skolpersonalen gällande t.ex. kognitiva funktionsnedsättningar kan bidra till att barnet inte und-

[22] Anslaget 1:1 Kommunalekonomisk utjämning under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

viker skolan och får lättare att ta till sig undervisningen. Hjälpmedel är en billig insats i jämförelse med de kostnader för samhället som kan uppstå om individen inte kommer ut i arbete, missbrukar droger eller hamnar i kriminalitet.

Utredningen ser dock inte att något av förslagen påverkar brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet i egentlig mening, i synnerhet inte i negativ riktning.

19.10 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet

Utredningen föreslår en lagändring som syftar till att MAR ska finnas i varje kommun. Detta bedöms vara särskilt positivt i glesbygd. Däremot är det tveksamt om förslaget leder till fler offentliganställda totalt i respektive kommun. Arbetsterapeuter torde ofta vara offentliganställda redan. Lagen är heller inte tvingande. I övrigt lägger utredningen inga förslag som bedöms påverka sysselsättningen i olika delar av landet.

Indirekt kan förslagen komma att öka enskildas tillgång till hjälpmedel över landet, även om det huvudsakliga målet är att skapa en mer likvärdig tillgång. Att avgifterna blir mer homogena över landet, bör också ses som en positiv effekt för de enskilda. Förslagen bedöms inte som problematiska från regionalpolitisk synpunkt. Tvärtom bör de få positiv effekt för boende i glesbygd.

19.11 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Det finns skillnader mellan könen på hjälpmedelsområdet, även om det inte framgår att skillnaderna i förskrivning beror på direkt eller indirekt diskriminering. Skillnaderna kan såvitt framkommit lika gärna förklaras av skillnader i medicinska behov och individuella önskemål. Majoriteten hjälpmedelsanvändare torde vara kvinnor, beroende på att de flesta hjälpmedelsanvändare är äldre och bland dessa dominerar kvinnorna. Äldre kvinnor har det inte sällan sämre ekonomiskt ställt än män i motsvarande ålder. Förslag som syftar till

att skapa ett mer jämlikt tillhandahållande av hjälpmedel över landet kan således indirekt sägas gynna kvinnor.

Utredningens förslag att Socialstyrelsen ska kartlägga och sprida goda exempel på systematiskt jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet tar direkt sikte på att öka jämställdheten mellan kvinnor och män på hjälpmedelsområdet.

När det särskilt gäller förslaget om att öka kunskapen om kognitivt stöd i skolan kan konstateras att det är bra för alla om man blir bättre på att uppmärksamma behov i skolan, men framför allt torde det vara bra för flickor eftersom det är där det brukar vara svårast att uppfatta behoven. I dag förskrivs fler kognitiva hjälpmedel till pojkar, troligtvis inte beroende på diskriminering utan som en följd av att pojkar inte sällan uppträder mer utagerande vilket medför att deras behov medvetandegörs. Utredningens förslag syftar till att allas behov av kognitivt stöd ska uppmärksammas i skolan, även de tystare flickornas.

Utredningen ser dock inte att förslagen egentligen påverkar jämställdheten, i vart fall inte i menlig riktning.

19.12 Konsekvenser för små företag m.m.

Tillverkare av hjälpmedel är ofta små eller medelstora företag. I huvudsak säljer man på hemmamarknaden. Undantaget från detta är hörapparater, vilka säljs på en global marknad och i stora volymer. Det finns fyra delmarknader inom hjälpmedelsområdet; skola, arbetsmarknaden, hälso- och sjukvård och privatmarknaden. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har utifrån internationella studier dragit slutsatsen att det kan finnas cirka 700 000 medicintekniska produkter på marknaden. I oktober 2016 var antalet ISO-klassificerade produkter i Ineras Hjälpmedelstjänst drygt 383 000 stycken. Bara i hälso- och sjukvården förskrivs drygt 676 000 individmärkta och drygt 920 000 icke individmärkta hjälpmedel på ett år.

Av det ovan anförda framgår att förslag som förändrar förutsättningarna på hjälpmedelsmarknaden kan få betydelse för små och medelstora företag. Utredningen kan dock inte se att förslagen får några sådana konsekvenser. I vart fall bedöms inte förslagen få några negativa konsekvenser för företagande och små företags förutsättningar. I sammanhanget noteras att utredningen förordat satsningar på upphandlingar med stort brukarinflytande och inslag av innova-

tion. Upphandlingsmyndighetens vägledning syftar till att möjliggöra sådan upphandling. Förslaget om att stötta huvudmännen i hjälpmedelsupphandling bör vara positivt för företag i hjälpmedelsbranschen, i synnerhet företag – av alla storlekar – som satsar på produktutveckling och innovation.

19.13 Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen

Utredningen ser inte att förslagen påverkar möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

19.14 Konsekvenser i övrigt

Utredningen kan konstatera att förslagen på flera sätt kan sägas gynna *barn*, även om de flesta hjälpmedelsanvändare är äldre. Det gäller särskilt förslaget om lagstadgad avgiftsfrihet för barn, men också definitionen som tydliggör att fritidshjälpmedel i viss omfattning ingår i hälso- och sjukvårdens ansvar. Vidare ska framhållas förslaget att låta MFD utreda hur människor ska kunna få ökad tillgång till fritidshjälpmedel även utanför hälso- och sjukvårdens område. På skolans område ska framhållas förslaget om att stärka elevhälsan, förslaget om en uppdaterad vägledning om samordning av hjälpmedel till barn med funktionsnedsättningar, liksom förslaget om uppdrag till SPSM.

Förslagen berör inte *miljön* i egentlig mening. Utredningen anser ändå att förslagen i stort uppmuntrar till en hållbar konsumtion i och med att återanvändning och offentlig konsumtion av hjälpmedel uppmuntras framför privat konsumtion.

19.15 Offentligt åtagande

Som framgått tidigare bedöms vissa av utredningens förslag utöka det offentliga åtagandet. Motiven för ett offentligt åtagande är i huvudsak effektivitet och fördelning. I enlighet med den s.k. finansieringsprincipen föreslås att en reglering gentemot kommuner och landsting ska göras, som motsvarar de ekonomiska konsekvenserna av avgiftsförslagen. Utredningen föreslår en finansiering genom höjning av hög-

kostnadsskyddet för öppenvård med cirka 100 kronor, vilket bedöms i huvudsak täcka avgiftsbortfallet och eventuella utgifter för fritidshjälpmedel. Härigenom bedöms inte det offentliga åtagandet öka.

20 Författningskommentar

20.1 Förslaget till ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

2 kap.

8 §

Paragrafen, som är *ny*, innehåller en definition av begreppet hjälpmedel, som förekommer i lagens 8 kap. 7 §, 10 kap. 2 §, 12 kap. 5 § och 13 kap. 2 §. I paragrafen återges tidigare förarbetsuttalanden gällande innebörden av hälso- och sjukvårdens ansvar för att erbjuda hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning (se prop. 1992/93:159 s. 201). Syftet med att lagfästa definitionen är att tydliggöra begreppet för dem som inte känner till dessa äldre förarbetsuttalanden. Någon materiell förändring är inte avsedd.

Bestämmelsen anger de *behovsområden* som ingår i sjukvårdshuvudmännens ansvar. Sjukvårdshuvudmännen ansvarar för tillhandahållandet av hjälpmedel som underlättar den dagliga livsföringen för personer med funktionsnedsättning (oavsett vad orsaken till funktionsnedsättningen är i det enskilda fallet) samt för hjälpmedel för vård och behandling, t.ex. proteser. Avgörande för tolkningen av begreppet är hjälpmedlets användningsområde i det enskilda fallet.

Utanför begreppet faller arbetstekniska hjälpmedel, vilka utgör ett arbetsgivaransvar, liksom hjälpmedel som används vid yrkesinriktad rehabilitering, vilka utgör ett statligt ansvar. Hjälpmedel för att gå i skolan är sjukvårdshuvudmannens ansvar, medan särskilda *pedagogiska* hjälpmedel inte är det. Att ”gå i skolan” anses som en del av det dagliga livet och omfattas därigenom av sjukvårdshuvudmannens

ansvar, oavsett skolform. Med skolhjälpmedel avses sådan personlig utrustning eller anpassning som elever med funktionsnedsättning behöver för att *fungera* i skolan och för att kunna använda och tillgodogöra sig läromedel (se prop. 1992/93:159 s. 127). Hjälpmedel som är skolhuvudmannens ansvar kännetecknas av att de huvudsakligen har som syfte att för den enskilde kompensera för en funktionsnedsättning i just lärsituationen. I de tidigare förarbetena talas om särskilda pedagogiska hjälpmedel i skola och *barnomsorg* (se prop. 1992/93:159 s. 201). Eftersom begreppet barnomsorg utmönstrats har ordet ersatts med *förskola*, *fritidshem och annan pedagogisk verksamhet*, vilket anknyter till begreppen i skollagen (2010:800). Annan pedagogisk verksamhet är en sammanfattande benämning för fyra verksamheter som vänder sig till barn till och med 12 år, bl.a. pedagogisk omsorg (t.ex. familjedaghem) och öppen förskola. Det är således en språklig modernisering. Någon ändring i sak av ansvarsfördelningen är inte avsedd.

Utanför begreppet hjälpmedel för den dagliga livsföringen faller också s.k. förbrukningsartiklar, varmed avses inkontinensskydd, jfr 3 d § i äldre hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763).

Sådana fritidshjälpmedel som kan anses ingå i hälso- och sjukvårdens ansvar är individuellt utprovade hjälpmedel för att delta i ”normala fritids- och rekreationsaktiviteter” eller ”vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet eller närmiljön” (se prop. 1992/93:159 s. 127 f. och SOU 1989:39 s. 229). Med vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet och i närmiljön avses t.ex. trädgårdsarbete eller lek och spel av enklare karaktär. Hjälpmedel för motions-, sport- och hobbyverksamhet ingår enligt vår uppfattning således inte generellt i det ansvar för hjälpmedel som åvilar hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

Paragrafen har behandlats i avsnitt 13.7.1.

11 kap.

5 §

Paragrafen, som är *ny*, innebär en skyldighet för kommunen att vid planeringen av sin hälso- och sjukvård och äldreomsorg särskilt beak-

ta sina verksamheters behov av att ha god tillgång till sådan kompetens som arbetsterapeuter och fysioterapeuter besitter. Vidare föreskrivs att på verksamhetsområden som i huvudsak omfattar rehabilitering bör det finnas en medicinskt ansvarig arbetsterapeut eller fysioterapeut, jämförbart med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), jfr 11 kap. 4 §. Bestämmelsen är tänkt att komplettera 11 kap. 2 § som också rör kommunens planering av sin hälso- och sjukvård. För enkelhets skull har bestämmelsen emellertid placerats sist i kapitlet, i anslutning till bestämmelsen om MAS, som det finns ett naturligt samband med. Om kompetensbehovet uttryckligen beaktats och tillgodosetts i rimlig omfattning, får kommunen ansetts ha följt bestämmelsen. Någon sanktion finns heller inte.

Av bestämmelsen framgår att kompetensbehovet i fråga om arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska beaktas även i planeringen av äldreomsorgen (på grund av dess nära samband med kommunens hälso- och sjukvård). Att bestämmelsen placeras i hälso- och sjukvårdslagen, som inte reglerar äldreomsorgen i egentlig mening, bedöms inte medföra några problem i praktiken.

Paragrafen har behandlats i avsnitt 16.3.1.

17 kap.

1 a §

Paragrafen, som är *ny*, reglerar sjukvårdshuvudmännens möjligheter att ta ut hjälpmedelsavgifter inklusive avgift som tas ut i samband med besök för behovsbedömning och förskrivning (besöksavgifter). Med förskrivning avses att prova ut, anpassa och välja produkt, att specialanpassa produkt, att informera, att instruera och träna samt att följa upp och utvärdera funktion och nytta.

I bestämmelsen anges att avgifter *får* tas ut, men inget hindrar att sjukvårdshuvudmän avstår från detta. Avgift får inte tas ut i strid med bestämmelsen, men förmånligare regler är tillåtna.

Avgift får inte tas ut av barn. Inte heller får sådana avgifter tas ut av den som tillhör personkretsen enligt 1 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller den som fyllt 85 år. Den enskilde bör enkelt kunna styrka sin rätt att slippa erlägga avgift

om det skulle anses behövligt. För övriga hjälpmedelsanvändare gäller att *skäliga* avgifter får tas ut. Uttrycket tar sikte på såväl avgiftens storlek som dess karaktär. Avgiften måste framstå som rimlig i relation till de principer för avgiftssättning som gäller på det kommunala området, såsom självkostnadsprincipen och likställighetsprincipen. Enligt utredningens mening framstår det vidare som skäligt att avgift tas ut för hjälpmedel som motsvarar produkter som även personer utan funktionsnedsättning har kostnader för, t.ex. ortopediska skor. Däremot kan det inte anses skäligt att sätta högre avgifter för vissa typer av hjälpmedel enbart i syfte att dämpa efterfrågan. Den som av en förskrivare ansetts vara i behov av ett visst hjälpmedel ska inte behöva betala högre avgift för att hjälpmedlet råkar vara populärt. Avgifter på några hundra kronor bör i regel anses skäliga.

Serviceavgifter och straffliknande avgifter för den som tappar bort sitt hjälpmedel, kan inte anses som vårdavgifter och saknar stöd i hälso- och sjukvårdslagen. Det kan inte uteslutas att vissa serviceavgifter skulle kunna tas ut med stöd av 8 kap. 3 b § kommunallagen (1991:900), men inte enligt denna bestämmelse.

Paragrafen har behandlats i avsnitt 14.8.2.

6 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om högkostnadsskyddet för avgifter till landsting i öppen hälso- och sjukvård. I bestämmelsen har tillagts en ny punkt 3 som förtydligar att även avgifter som tas ut i samband med besök för behovsbedömning och förskrivning av hjälpmedel är sådana avgifter som omfattas av högkostnadsskyddet. Avgifter som tas ut för själva hjälpmedlet ingår däremot inte. Nuvarande punkt 3 har fått den nya beteckningen punkt 4. Ingen ändring har gjorts i paragrafen i övrigt.

Paragrafen har behandlats i avsnitt 14.8.3.

Referenser

Departementsserien m.m.

Ds 2015:58 Reformerade stöd till barn och vuxna med funktionsnedsättning.

Ds 2015:9 Ett reformerat bilstöd.

Ds 2013:40 En samlad organisation på det funktionshinderspolitiska området.

Ds 2011:23 Uppdaterade högkostnadsskydd – öppen hälso- och sjukvård samt läkemedel.

Ds 2008:23 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Ds 2000:45 En specialdomstol för utlänningsärenden.

Kommittébetänkanden

SOU 2017:35 Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet.

SOU 2017:21 Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer.

SOU 2017:9 Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar.

SOU 2016:89 För digitalisering i tiden.

SOU 2016:46 Samordning, ansvar och kommunikation – vägen till ökad kvalitet i utbildningen för elever med vissa funktionsnedsättningar.

SOU 2016:41 Hur står det till med den personliga integriteteten? – En kartläggning av integritetskommittén.

SOU 2016:19 Barnkonventionen blir svensk lag.

SOU 2016:2 Effektiv vård.

SOU 2015:80 Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning.

SOU 2015:20 Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård.

SOU 2013:44 Ansvarsfull hälso- och sjukvård.

SOU 2013:12 Goda affärer – en strategi för hållbar offentlig upphandling.

SOU 2013:2 Patientlag – delbetänkande av patientmaktsutredningen.

SOU 2012:92 Arbetshjälpmedel och försäkringsskydd på lika villkor.

SOU 2012:2 Framtidens högkostnadsskydd i vården.

SOU 2011:77 Hjälpmedel – ökad delaktighet och valfrihet.

SOU 2011:55 Kommunaliserad hemsjukvård.

SOU 2008:77 Möjlighet att leva som andra – ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning.

SOU 2007:10 Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.

SOU 2006:100 Ambition och ansvar – nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.

SOU 2004:83 Hjälpmedel.

SOU 2004:68 Sammanhållen hemvård.

SOU 2000:114 Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet.

SOU 1999:33 Bo tryggt – Betala rätt – Särskilda boendeformer för äldre samt avgifter för äldre- och handikappomsorg.

SOU 1997:154 Patienten har rätt.

SOU 1995:122 Reform på recept.

SOU 1995:35 Avgifter inom handikappområdet.

SOU 1995:5 Vårdens svåra val.

SOU 1991:97 En väg till delaktighet och inflytande – tolk för döva, dövblinda, vuxendöva, hörselskadade och talskadade.

SOU 1991:46 Handikapp – Välfärd – Rättvisa.

SOU 1990:19 Handikapp och välfärd?

SOU 1989:39 Hjälpmedelsverksamhetens utveckling.

SOU 1981:23 Tekniska hjälpmedel för handikappade.

SOU S 1975:04 Betänkande hälso- och sjukvårdsutredningen.

Propositioner

Prop. 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Prop. 2016/17:50 Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft.

Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag.

Prop. 2016/17:4 Ett reformerat bilstöd.

Prop. 2016/17:1 Budgetpropositionen för 2017 – förslag till statens budget för 2017, finansplan och skattefrågor.

Prop. 2015/16:71 Bidrag för glasögon till barn och unga.

Prop. 2013/14:160 Tid för undervisning – lärares arbete med stöd, särskilt stöd och åtgärdsprogram.

Prop. 2013/14:148 Vissa skollagsfrågor.

Prop. 2013/14:106 Patientlag.

Prop. 2013/14:67 Mer inflytande för den enskilde i valet av hjälpmedel.

Prop. 2013/14:1 Budgetpropositionen för 2014 – förslag till statens budget för 2014, finansplan och skattefrågor.

Prop. 2012/13:175 Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Prop. 2012/13:1 Budgetpropositionen för 2013 – förslag till statens budget för 2013, finansplan och skattefrågor.

Prop. 2011/12:1 Budgetpropositionen för 2012 – förslag till statens budget för 2012, finansplan och skattefrågor.

Prop. 2009/10:176 Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet.

Prop. 2009/10:165 Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet.

Prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag.

Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning.

Prop. 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m.

Prop. 2008/09:105 Genomförande av EG-direktiv om medicinteknik m.m.

Prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.

Prop. 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet.

Prop. 2000/01:149 Avgifter inom äldre- och handikappomsorgen.

Prop. 1999/2000:79 Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken.

Prop. 1998/99:4 Stärkt patientinflytande.

Prop. 1997/98:189 Patientens ställning.

Prop. 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.

Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Prop. 1996/97:27 Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m.m.

Prop. 1996/97:1 Förslag till statsbudget för budgetåret 1997, m.m.

Prop. 1995/96:187 Patientskadelag m.m.

Prop. 1992/93:159 Om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Prop. 1992/93:58 Bostadsanpassningsbidrag m.m.

Prop. 1990/91:14 Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.

Prop. 1987/88:99 Om förbättrat bilstöd till handikappade.

Prop. 1982/83:174 Om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, m.m.

Prop. 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

Prop. 1979/80:1 Om socialtjänsten.

Rapporter och litteratur

Arbeids- og sosialdepartementet (2017). *En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring*. Rapport fra et ekspertutvalg.

Arbetsförmedlingen (2016). *Var finns jobben? Bedömning till och med första halvåret 2017 och en långsiktig utblick*. 2016–06–29.

Arbetsmiljöverket (2001). *Personlig assistans – ett arbetsfält med brukare, ansvar och variation*. Rapport 2001:15.

Autism- och Aspergerförbundet (2016). *Medlemsundersökning om skolgången*. Rapport demoskop 2016-03-17.

Barnombudsmannen (2016). *Respekt – Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd*. Tillgänglig online: https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/respekt160510.pdf [2016-07-13].

Boman, D. & Bowin, R (2015). *Hemsjukvård 2015 – Delutredning om hjälpmedel.* Stockholms läns landsting och Kommunförbundet Stockholms län.

Boman, I-L. (2011). *Ny teknik för personer med kognitiva funktionshinder*. Arbetsterapeuten nr 5/2011.

Boman, I-L. (2009). *New technology and everyday functioning at home for persons with cognitive impairments after acquired brain injury*. Thesis for doctoral degree. Karolinska Institutet.

Boverket (2014). *Översyn av lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m.* Rapport 2014:38.

British Assistive Technology Association. (2013). *Assistive technology in the UK – Baseline review 2013*. Editor: Barbara Phillips CBE, Executive Director of BATA.

Brännmark, L. & Åslin, U. (2010). *Hemtjänstpersonalens erfarenheter av tekniska hjälpmedel och förflyttningsteknik*. Luleå tekniska universitet 2010:116.

Burström (2008). *Hälsa, livsvillkor och sjukvårdsutnyttjande bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper*. Socialmedicinsk tidskrift 1/2008.

Carlbom, M. & Nordström, S (2010). *Utvärdering av projektet Arbetsterapi i skolan (ATiS)*. Umeå kommun.

Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (2007). *Kostnader och effekter vid förskrivning av rollatorer.* Rapport 2007:3.

Crossland, A. Ruedel, K. Gray, T, Wellington, D, Reynolds, J. & Perrot, M. (2016). *Future Ready Assistive Technology: Fostering State Supports for Students With Disabilities*. Center on Technology and Disability.

Dahlberg, Å (2015). *Hjälpmedel utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv – Litteraturgenomgång av samhällsekonomiska studier inom hjälpmedelsområdet*. Bilaga till Socialstyrelsens uppdrag 1 S2014/8959/FST.

Dahlin Ivanoff, S & Sonn, U (2005). *Changes in the use of assistive devices among 90-year-old persons*. Aging, Chronical and Experimental Research, vol. 17, s. 1–6.

Dahlin Ivanoff. S & Sonn. U (2004). *Assistive devices among 85-year-olds living at home focusing especially on the visually impaired*. Disability and Rehabilitation, vol. 26, s. 1423–1430.

Delarosa, E., Lax-Vanek, A., & Davies, TC. (2016). *How can emerging technologies be leveraged to benefit Canadians? The impact of emerging technology on developing and accessing assistive technology*. Queen's University.

EU-kommissionen (2010). *Nya åtgärder för ett hinderfritt samhälle i EU.* KOM (2010) 636.

EU-kommissionen (2009). *Analysing and federating the European assistive technology ICT industry*. Final Report March 2009.

Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (2012). *Forskning om funktionsnedsättning och funktionshinder 2002–2010 – Kartläggning, analys och förslag*. Rapport av regeringsuppdrag till FAS från Socialdepartementet.

FoU Malmö (2015). *Hjälper hjälpmedel? Om vardagsteknik och kognitiva hjälpmedel för personer med kognitiv svikt och demenssjukdom.* FoU-dokument 2012:5.

FoU Välfärd Värmland (2010). *Tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning – En fallstudie och brukarundersökning i Värmland*. FoU-rapport 2010:6.

Fysioterapeuterna (2017). *Stadgar – gäller från 2017*. Etiska regler.

Fysioterapeuterna (2016). *Fysioterapeuters förutsättningar för livslångt lärande samt tillgång till kunskaps- och beslutsstöd*. En enkätundersökning genomförd i maj och juni 2016.

Försäkringskassan (2012). *Vårdbidraget – Utvecklingen fram till i dag och försörjningssituationen i morgon.* Socialförsäkringsrapport 2012:8.

Försäkringskassan (2003). *Assistansersättning*. Vägledning 2003:6, version 14.

Försäkringskassan (2003). *Bilstöd till personer med funktionsnedsättning*. Vägledning 2003:1, version 10.

Handikappförbunden (2010). *En kartläggning av handikapprörelsens arbete med hjälpmedelsfrågor*. Rapport 1 av 5 i Projektet Hjälpmedel – En förutsättning för delaktighet och god livskvalitet.

Handikappförbunden (2010). *Brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning*. Rapport 2 av 5 i Projektet Hjälpmedel – En förutsättning för delaktighet och god livskvalitet.

Handikappförbunden (2010). *Kostnader och effekter vid hjälpmedelsförskrivning*. Rapport 3 av 5 i Projektet Hjälpmedel – En förutsättning för delaktighet och god livskvalitet.

Handikappförbunden (2010). *Politikers agerande i hjälpmedelsfrågan och deras samarbete med handikapprörelsen*. Rapport 4 av 5 i Projektet Hjälpmedel – En förutsättning för delaktighet och god livskvalitet.

Handikappförbunden (2010). *Hjälpmedel – regelverk – livskvalitet – kön. En fokusgruppstudie med förskrivare och brukare utifrån ett genusperspektiv*. Rapport 5 av 5 i Projektet Hjälpmedel – En förutsättning för delaktighet och god livskvalitet.

Handu (2008). *Det blir mer stöd till barn och unga med synskador när kommun, landsting och stat samverkar! – Föräldrars, rektorers och kommunens svar på frågor om stöd till barn och unga med synskador i förskolan och skolan*. En rapport från HANDU på uppdrag av Synskadades riksförbund.

Handu (2005). *Barns och ungas delaktighet vid tillhandahållandet av IT-hjälpmedel – En enkätundersökning till hjälpmedelskonsulenter*. En rapport av HANDU på uppdrag av Hjälpmedelsinstitutet, projekt Bättre tillsammans.

Health Consumer Powerhouse (2016). *Euro health consumer index 2015*. Report 2016-01-26.

Hemmingsson, H., Gustavsson, A. & Townsend, E. (2007). *Students with disabilities participating in mainstream schools: Policies that promote and limit teachers and therapists cooperation*. Disability & Society, 12,4,383-398.

Hjälpmedelsinstitutet (2014). *Förflyttnings- och kognitionshjälpmedel.* Art nr 14306-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2014). *Förflyttnings- och kognitionshjälpmedel – Metodbeskrivning, statistik*. Art nr 214306-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2014). *Samhällsekonomiska nordiska studier inom området välfärdsteknologi – En kartläggning*. Art nr 14314-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2014). *Äldrestatistik 2013/2014 – Sammanställning.* Art nr 14309-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2013). *Gränsdragningsfrågor – Teknikstöd i skolan*. Art nr 13343-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2013). *Konsumentprodukter som hjälpmedel – En handbok för hälso- och sjukvården*. Art nr 2016-4-45.

Hjälpmedelsinstitutet (2013). *Konsumentprodukter som hjälpmedel och på 1177.se – Slutrapport*. Art nr 13351-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2013). *Nyttokostnadsanalys vid införande av välfärdsteknologi – exemplet Posifon*. Art nr 13309-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2013). *Samverkansformer mellan kommuner och landsting på hjälpmedelsområdet*. Art nr 13319-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2013). *Teknik för äldre II – Slutrapport*. Art nr 13327-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2013). *Teknikstöd i skolan – Slutrapport*. Art nr 13341-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2013). *Teknikstöd i skolan – Socioekonomisk analys*. Art nr 13336-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2012). *Hjälpmedel i fokus – Effekter av en treårig satsning.* Art nr 12342-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2012). *Hjälpmedel på lika villkor – Kartläggning av landstingens och regionernas tillhandahållande av hjälpmedel.* Art nr 12348-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2012). *Kognitiva hjälpmedel – Nationell uppföljning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar.* Art nr 12364-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2012). *Nattfrid? Om tillsyn på natten för äldre personer med hemtjänst*. Art nr 12378-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2012). *Nyttokostnadsanalys vid införande av välfärdsteknologi – exemplet ippi*. Art nr 12380-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2011). *Förskrivningsprocessen Fritt val av hjälpmedel Egenansvar – Tre olika vägar till hjälpmedel.* Art nr 11357.

Hjälpmedelsinstitutet (2011). *Kostnader och levererade hjälpmedel inom ortopedteknisk verksamhet 2009*. Art nr 11348-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2011). *Smartphone i vardagen*. Art nr 11373-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2010). *Kognitiva hjälpmedel – Nationell uppföljning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar*. Art nr 10399-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2010). *Kostnadsnyttobedömning av hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning*. Art nr 10377.

Hjälpmedelsinstitutet (2010). *SKL:s statistikuppdrag till Hjälpmedelsinstitutet – Slutrapport*. Art nr 11350-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2010). *Statistik om hjälpmedel för förflyttning och kognition – Inköpskostnader och förskrivningar.* Art nr 11349-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2010). *Större inflytande och delaktighet – Slutrapport från försöksverksamheten Fritt val av hjälpmedel*. Best nr 10320.

Hjälpmedelsinstitutet (2010). *Äldres boende – Bostadsanpassningsbidrag även för generell tillgänglighet*. Art nr 093110.

Hjälpmedelsinstitutet (2009). *Statistik om hjälpmedel – En översikt av nationella undersökningar 2009*. Best nr 09372-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2008). *Kognitiva hjälpmedel – Nationell kartläggning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva nedsättningar*. Best nr 08371-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2008). *Vems är ansvaret för hjälpmedel i skolan?* Best nr 08334-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2007). *IT-baserade hjälpmedel, bostadsanpassning och personlig assistans*. Best nr 07317-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2005). *Rollatorns betydelse för äldre kvinnor i ordinärt boende – En treårig studie*. Best nr 05347-pdf.

Hjälpmedelsinstitutet (2000). *Att leva och bo hemma: äldre personers erfarenhet av hjälpmedel*. Best nr 00202.

Hörselbron (2014). *Kvalitetsregister hörselrehabilitering för vuxna*. Årsrapport 2014.

Hörselskadades riksförbund (2017). *Primär hörselrehabilitering i Stockholms län – En kartläggning av organisation och styrning, verksamhetens utförande samt uppföljning*. Hörselskadades distrikt i Stockholms län.

Hörselskadades riksförbund (2014). *Hörselskadade och hörselvård i siffror.* Årsrapport 2014.

Hörselskadades riksförbund (2014). *Myternas marknad, Svensk hörselvård – från behov till business*.

Inspektionen för vård och omsorg (2016). *Tillsynsrapport – De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015.* Art nr IVO 2016-20.

Inspektionen för vård och omsorg (2014). *Kommunikationsbrister i vården*. Art nr IVO 2014-29.

Inspektionen för vård och omsorg (2013). *Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – Slutrapport 2013.* Art nr IVO 2013-2.

Institutet för framtidsstudier (2016). *Bortom IT - om hälsa i en digital tid.* Forskningsrapport 2016:2.

International Organization for Standardization (2010). *ISO 9241-210:2010 – Ergonomics of Human System Interaction Part 210: Human-centred design for interactive systems.* ISO 9241-210:2010.

Jermsten, H. & Sandström, G. (2009). *Om svenska domstolar och folkrättsliga förpliktelser.* I Regeringsrätten 100 år, Iustus förlag, Uppsala.

Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet (1996). *Hjälpmedelsansvarets fördelning mellan kommuner och landsting – en principdiskussion.* LOKAH-rapporten.

Lind, A-S. (2016). *Patientens rättigheter – en komparativ analys av Sverige, Danmark, Finland och Norge.* Intern rapport Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, dnr 2659-2016.

McKnight, L. & Davies, C. (2012). *Current perspectives on assistive learning technologies – 2012 review of research and challenges within the field*. Kellogg College Centre for Research into Assistive Learning Technologies.

Myndigheten för delaktighet (2016). *Digitala tjänster inom socialtjänst och hemsjukvård*. Serie A 2016:6.

Myndigheten för delaktighet (2016). *En funktionshinderspolitik för ett jämlikt och hållbart samhälle – MFD:s förslag på struktur för genomförande, uppföljning och inriktning inom funktionshindersområdet*. Serie A 2016:13.

Myndigheten för delaktighet (2016). *En jämställdhetsanalys av levnadsvillkor och delaktighetsmöjligheter*. Serie A 2016:2.

Myndigheten för delaktighet (2016). *Utvärdering och analys av funktionshinderspolitiken 2011-2016 – Redovisning av regeringsuppdrag om ett samlat uppföljningssystem för funktionshinderpolitiken*. Serie A 2016:14.

Myndigheten för delaktighet (2015). *Alternativ telefoni 2012–2014 – redovisning av ett regeringsuppdrag*. Serie A 2015:8.

Myndigheten för delaktighet (2015). *Rivkraft 9 – Idrott och motion*.

Myndigheten för delaktighet (2015). *Samlad uppföljning av funktionshinderspolitiken – Hur är läget 2015?* Serie A 2015:12.

Myndigheten för delaktighet (2015). *Teknisk utveckling inom vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga*. Serie A 2015:1.

Myndigheten för skolutveckling (2005). *Elever som behöver stöd men som får för lite*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag.* Rapport 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Samordnad vård och omsorg – en analys av samordningsutmaningar i ett fragmentiserat vård- och omsorgssystem.* PM 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Patientlagen i praktiken – En baslinjemätning.* Rapport 2015:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2.

Myndigheten för yrkeshögskolan (2016). *En strategi för genomförandet av den nationella funktionshinderspolitiken 2011-2016 – Slutrapport 2016*. Diarienr YH 2012/1512.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2016). *Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg.* Uppdaterad version. 2016:3.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2016). *Kvalitet i äldreomsorg ur ett anhörigperspektiv.* Rapport på uppdrag av utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S2015:03).

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2013). *Anhöriga till personer med funktionsnedsättning.* Sammanfattning 2013:9.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2013). *Information om praktisk hjälp till anhöriga.* Kunskapsöversikt 2013:6.

Nestor (2014). *Innocare – test av teknikprodukter i Nacka kommun.* Nacka kommun, internrapport mars 2014.

Neuroförbundet (2017). *Neurorapporten – Hjälpmedel*. Neurorapporten 2017.

Neuroförbundet (2015). *Medlemsundersökning – Hjälpmedel.* Resultat från medlemsundersökning under perioden 2015-06-03–2015-07-15.

Nordens välfärdscenter (2010). *Fokus på välfärdsteknik och ADHD.* Temahäfte under nordisk konferens om ADHD december 2010.

Nysam (2016). *Nyckeltal 2015*. Rapport – Hjälpmedelsverksamhet.

Nysam (2016). *Nyckeltal 2015.* Rapport – Hörselvård.

Nysam (2016). *Nyckeltal 2015*. Rapport – Ortopedteknik.

Nysam (2016). *Nyckeltal 2015.* Rapport – Syncentraler.

Nysam (2014). *Nyckeltal 2013.* Rapport – Hörselvård.

Oliveira, P., Zejnilovic, L., Canhão H., & von Hippel, E. (2015) *Innovation by patients with rare diseases and chronic needs.* Orphanet Journal of Rare Diseases 10:41.

Olofsson, J, Lundahl, L med flera (2012). *Ungas Övergångar mellan skola och arbete. Förutsättningar, strategier och åtgärder.* Institutionen för tillämpad utbildningsvetenskap, Umeå Universitet.

Post- och telestyrelsen (2015). *Marknadsöversikt för innovatörer.* A-focus.

Post- och telestyrelsen (2015). *Statistiksammanställning över funktionsnedsättningar*. Bilaga till PTS marknadsöversikt för innovatörer.

Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, et al. (2013). *Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints.* Ann Rheum Dis. Epub 6 juni 2013.

Raja, D. S. (2016). *Bridging the disability divide through digital technologies.* Background Paper for the 2016 World Development Report: Digital Divinds. The World Bank.

Rambøll (2014). *Kortlægning og effektmåling af servicelovens bestemmelser om frit valg af hjælpemidler og boligindretning*. Rapport mai 2014.

Region Örebro län – Centrum för hjälpmedel (2015). *Jämställda hjälpmedel – Kartläggning av hjälpmedel i relation till kön, bostadsort och ålder.* Johan Börk och Annelie Wåhlin.

Rehabiliteringsteknik vid Lunds Tekniska Högskola (2015). *EU-projektet HOBBIT*. Tillgänglig online: www.certec.lth.se/forskning/hobbit/ [2017-03-29].

Riksförbundet Attention (2016). *Fortfarande svår skolgång för många elever med NPF – En undersökning om hur barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har det i skolan och hur det påverkar familjen.* 2016-01-13.

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (2015) *År efter år av väntan.* RBU:s skolrapport 2015.

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (2013). *Hjälpmedel - var god dröj!* Årsrapport 2013.

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (2011). *Skolad eller spolad*. Årsrapport 2011.

Riksrevisionen (2011). *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem?* RiR 2011:17.

Riksrevisionen (2014). *Specialdestinerade statsbidrag – ett sätt att styra mot en mer likvärdig skola?* RiR 2014:25.

Rynning, E. (2011). *Patientens rättsliga ställning – två steg fram och ett tillbaka?* ur Festskrift till Lotta Vahlne Westerhäll, Santérus förlag.

Rynning, E. (2011). *Still no Patients' Act in Sweden – Reasons and implication.* Nordic health law in a European context (red. Rynning, E. & Hartlev, M.). Liber, Malmö s. 122–136.

Skolinspektionen (2016). *Skolans arbete med extra anpassningar – Kvalitetsgranskningsrapport.* Kvalitetsgranskning 2016.

Skolinspektionen (2010) *Skolsituationen för elever med funktionsnedsättning i gymnasieskolan*. Rapport 2010:4.

Skolinspektionen (2009). *Skolsituationen för elever med funktionsnedsättning i grundskolan 2009.* Rapport 2009:6.

Skolverket (2016). *Pisa 2015 – 15-åringars kunskaper i naturvetenskap, läsförståelse och matematik.* Rapport 450.

Skolverket (2016). *Redovisning av uppdrag om att genomföra insatser för en förstärkt elevhälsa*. Redovisning av regeringsuppdrag Dnr 2012:1077.

Skolverket (2016). *Tillgängliga lärmiljöer? En nationell studie av skolhuvudmännens arbete för grundskoleelever med funktionsnedsättning.* Rapport 440.

Skolverket (2015). *Att planera för barn och elever med funktionsnedsättning – En sammanställning av forskning, utvärdering och inspektion 1994–2014.* Best nr 15:1489.

Skolverket (2014). *Arbete med extra anpassningar, särskilt stöd och åtgärdsprogram.* Skolverkets allmänna råd med kommentarer. Best nr 14:1408.

Socialstyrelsen (2017). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2017.* Art nr 2017-2-10.

Socialstyrelsen (2016). *Delaktighet vid förskrivning av hjälpmedel – Stödmaterial till chefer.* Art nr 2016-3-14.

Socialstyrelsen (2016). *Förskrivning av hjälpmedel – Diskussionsmaterial.* Stöd till hur webbutbildningen kan användas i gruppdiskussion med förskrivare. Art nr 2016-12-21.

Socialstyrelsen (2016). *Förskrivning av hjälpmedel – Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning.* Art nr 2016-8-2.

Socialstyrelsen (2016). *Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning.* Art nr 2016-4-1.

Socialstyrelsen (2016). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2016*. Art nr 2016-2-20.

Socialstyrelsen (2016). *Om bedömningsinstrumentet barns behov i centrum*. Tillgänglig online: www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/bbic [2016-09-17].

Socialstyrelsen (2016). *Statistik om socialtjänstinsatser för äldre 2015.* Art nr 2016-4-23.

Socialstyrelsen (2016). *Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel.* Art nr 2016-12-20.

Socialstyrelsen (2016). *Webbutbildning som riktar sig till förskrivare, chefer och vård- och omsorgspersonal.* Tillgänglig online: https://utbildning.socialstyrelsen.se/enrol/index.php?id=225 [2017-03-31].

Socialstyrelsen (2016). *Öppna jämförelser 2016 – Stöd till personer med funktionsnedsättning.* Tillgänglig online: http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/funktionsnedsattning [2017-04-03].

Socialstyrelsen (2015) *Nationella planeringsstödet 2016 – Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.* Art nr 2016-2-16.

Socialstyrelsen (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal.* Art nr 2015-4-10.

Socialstyrelsen (2015). *Förstudie – Stöd vid förskrivning av hjälpmedel. Grund för ett stöd riktat till förskrivare och andra relevanta yrkesgrupper.* Dnr 3.6-36052/2014.

Socialstyrelsen (2015). *Indikatorer inom hjälpmedelsområdet*. Art nr 2015-10-2.

Socialstyrelsen (2015). *Kartläggning av vetenskapliga studier kring förskrivningsprocessen.* Art nr 2015-12-23.

Socialstyrelsen (2015). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).* Art nr 2003-4-1.

Socialstyrelsen (2015). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015.* Art nr 2015-4-1.

Socialstyrelsen (2015). *Rapportering av Socialstyrelsens uppdrag att se över föreskrifterna om medicintekniska produkter (S2014/8959/FST).* Dnr 4.1.1-32534/2014.

Socialstyrelsen (2015). *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2014.* Art nr 2015-12-24.

Socialstyrelsen (2015). *Uppdrag inom hjälpmedelsområdet – Del- och slutredovisning av vissa uppdrag 1 oktober 2015.* S2014/8959/FST.

Socialstyrelsen (2014). *Anhöriga om ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser.* Art nr 2014-10-10.

Socialstyrelsen (2014). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige* 2012. Art nr. 2014-6-3.

Socialstyrelsen (2014). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2014.* Art nr 2014-9-41.

Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014.* Art nr 2014-2-4.

Socialstyrelsen (2010). *Alltjämt ojämlikt! – Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning*. Art nr 2010-6-21.

Socialstyrelsen (2010). *Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar.* Art nr 2010-1-12.

Socialstyrelsen (2010*). Social rapport 2010*. Art nr 2010-3-11.

Socialstyrelsen och Skolverket (2016). *Vägledning för elevhäls*an. Art nr 2016-11-4.

Specialpedagogiska skolmyndigheten (2017). *Årsredovisning 2016 – Specialpedagogiska skolmyndigheten*. Art nr 00724.

Specialpedagogiska skolmyndigheten (2014). *Hörteknik och dess användning i skolan – HODA.* Best nr 00504.

Specialpedagogiska skolmyndigheten (2008). *Om elever med hörselskada i skolan.* Best nr 00073.

Stack, J., Zarate, L., Pastor, C., Mathiassen, N-E., Barberá, Knops, H. & Kornsten, H. (2009) *Analysing and federating the European assistive technology ICT industry.* European Commission. ICT for inclusion.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Projektplan – Kunskap och kunskapsluckor avseende utredning och insatser inom kommunal verksamhet som genomförs utifrån socialtjänstlagen eller LSS.*

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2015). *Kunskapsbehov och vetenskapliga kunskapsluckor.* Rapport till Socialdepartementet.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). *Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre – En systematisk litteraturöversikt.* Rapport nr 219.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010). *Tekniken som vården inte synar.* Tillgänglig online: http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/tekniken-som-varden-inte-synar/ [2017-05-11].

Statens Folkhälsoinstitut (2012). *Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning.* A 2012:02.

Statens medicinsk-etiska råd (2014). *Med- och egenfinansiering i vården – Etiska aspekter.* Smer rapport 2014:1.

Statens medicinsk-etiska råd (2014). *Robotar och övervakning i vården av äldre – etiska aspekter.* Smer rapport 2014:2.

Statistiska centralbyrån (2016). *Sveriges framtida befolkning 2016-2060.* Sveriges officiella statistik statistiska meddelanden BE 18 SM 1601.

Statistiska centralbyrån (2016). *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).* Värdena för 2015, barn mellan 7–18 år. Redovisning efter kön och ålder.

Statistiska centralbyrån (2016). *Undersökningarna av levnadsförhållanden ULF/SILC.* Värdena för 2015, personer 18 år eller äldre. Redovisning efter kön och ålder.

Statistiska centralbyrån (2014). *Trender och prognoser 2014 – befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden med sikte på år 2035.*

Statistiska centralbyrån (2006). *Hushållens ekonomi (HEK)*. Nationell officiell statistik.

Statistiska centralbyrån (2005). *Hushållens ekonomi (HEK)*. Nationell officiell statistik.

Statistiska centralbyrån, (2002/03, 2004, 2005, 2006, 2008, 2010, 2011). *Undersökningarna av levnadsförhållanden, ULF respektive ULF/SILC*.

Statskontoret (2016). *Myndighetsanalys av Myndigheten för delaktighet.* 2016:18.

Statskontoret (2012). *Den effektiva staten – En antologi från Statskontoret.* Om offentlig sektor 15.

Stockholm Kvalitetsregistercentrum (2014). *Partnerskap mellan patient och vårdprofession – Exempel, bästa praxis och rekommendationer.*

Svensk Teknisk Audiologisk Förening (2010). *Tekniskt stöd till barn med hörselnedsättning – En enkätundersökning av hörselvårdens resurser till barn i förskola och skola.* STAF:s referensgrupp för undervisningshjälpmedel – akustik 2010-05-25.

Sveriges Arbetsterapeuter (2016). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter.*

Sveriges Arbetsterapeuter (2016). *Kognitiva hjälpmedel – Sammanställning av enkätsvar*.

Sveriges Arbetsterapeuter (2014). *Fortbildningsläget för arbetsterapeuter – En enkätundersökning 2009–2013*.

Sveriges Arbetsterapeuter (2010). *Utmaningar – För äldre och arbetsterapeuter i ett allt mer teknologiskt samhälle. Ett diskussionsunderlag*. Ej längre i förlag.

Sveriges Kommuner och Landsting (2017). *Kommunal personal 2016*. Statistik från 2016 års personalstatistiska undersökning.

Sveriges Kommuner och Landsting (2016). *Nationell patientenkät*. Rapport analysuppdrag Flippen.

Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Förutsättningar för innovation 2015.* Enkätundersökning om kommuner, landsting och regioners syn på innovationsfrågor.

Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse.*

Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Förslag till Nationell strategi för skolans digitalisering*.

Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Hyresnivåer i särskilda boenden.* Avd för ekonomi och styrning 2013-03-01.

Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning.*

Sveriges Kommuner och Landsting (2008). *Samhällsekonomisk kostnad och nytta av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter – några illustrativa exempel.* ISBN: 978-91-7164-395-7.

Swedish Standards Institute (2016). *ISO 9999:2016 – Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning – Klassificering och terminologi.* Svensk standard SS-EN ISO 9999:2016.

Swedish Standards Institute (2011). *ISO 9999:2011 – Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning – Klassificering och terminologi.* Svensk standard SS-EN ISO 9999:2011, utgåva 4.

Synskadades riksförbund (2013). *Enkät om avgifter för vita käppen och käppträning.*

Thompson, D., Fisher, K. R., & Kayess, R. (2013). *The role of assistive technology in supporting people with disabilities and complex care needs: a litterature review*. SPRC Report 13/13, Social Policy Research Centre, Sydney.

Upphandlingsmyndigheten (2017). *Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik.* Vägledning nr 1 (2017).

Upphandlingsmyndigheten (2016). *Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik – En kartläggning.* Rapport 2016:1.

Utbildningsdepartementet (2016). *Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Stockholms universitet.* Regeringsbeslut III:8.

Vahlne Westerhäll, L. (2015). *Svensk patientlagstiftning – Lärobok om patienters ”rätt” i hälso- och sjukvården* (2 uppl), Santérus förlag.

Velferdsteknologi i Sentrum (2015). *Införing av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo – En kartläggning av effekten.* Oslo: VIS, 2015.

Vinnova (2015). *Ersättningssystem för innovation i vård och omsorg – En studie av åtta projekt som utvecklar nya ersättningsmodeller.* Rapport VR 2015:08.

Västerås stad (2016). Skriftlig rapport från Västerås stad till utredningen *Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen*, daterad 2016-11-22.

VästKom och Västra götalandsregionen (2016). *Utvärdering av samarbetsavtal för försörjning av personliga hjälpmedel*. Rapport från Ledningsrådet för hjälpmedel, koncernstab hälso- och sjukvård.

Wennberg, B. (2007). *Delaktighet för personer med lindrig utvecklingsstörning vid förskrivning och användning av kognitiva hjälpmedel.* Högskolan i Jönköping.

Westin, Åhs, Brand Persson, Westerling (2007). *A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – Lack of confidence in the medical services a plausible explanation?* Health Policy 68 s. 333–344.

Wise, P. H. (2012). *Emerging Technologies and Their Impact on Disability.* Vol. 22. No 1. Future of Children.

World Federation of Occupational Therapist (2016). *Position statement on Occupational Therapy Services in School-Based Practice for Children and Youth.* Tillgänglig online: www.wfot.org/ResourceCentre.aspx [2017-03-31].

World Health Organization (2016). *Priority Assistive Products List*. WHO reference number: WHO/EMP/PHI/2016.01.

Örebro universitet (2009). *Samverkan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa – en formativ utvärdering av skola, socialtjänst, polis samt barn- och ungdomspsykiatrin*. Slutrapport till Skolverket från Örebro universitet, Hälsoakademin, 2009-12-07.

Östhammars kommun (2011). *Handbok för boendestödjare. del 1 och 2.* Framtagen inom projektet ”Förenkla vardagen”.

Kommittédirektiv 2015:134

Hjälpmedel, teknik och metoder för delaktighet och självbestämmande

Beslut vid regeringssammanträde den 10 december 2015

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över tillgången till och användningen av hjälpmedel och lämna förslag i syfte att öka likvärdigheten och minska skillnaderna i fråga om avgifter och regelverk samt därvid se över frågan om nationell reglering och ett samlat huvudmannaskap.

Utredaren ska vidare lämna förslag som skapar förutsättningar för att hjälpmedelsverksamheten hos berörda myndigheter och huvudmän bedrivs effektivt. Detta ska ske med hänsyn till den enskildes delaktighet och självbestämmande och ett effektivt utnyttjande av de befintliga ekonomiska resurserna. Utredaren ska även analysera om kompetensen hos förskrivare och andra relevanta yrkesgrupper i fråga om hjälpmedel är adekvat och tillräcklig.

Utredningens förslag ska vara kostnadseffektiva ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och inte öka det offentliga åtagandet på området. Om förslag eventuellt leder till ökade kostnader ska de vara försedda med väl underbyggda finansieringsförslag. Förslagen ska skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling på området.

Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2017.

Bakgrund

Hjälpmedel och funktionshinder

Av artikel 26.3 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning framgår att konventionsstaterna ska främja tillgång till, kännedom om och användning av hjälpmedel och teknik som är utformade för personer med funktionsnedsättning och som främjar habilitering och rehabilitering. Ett grundläggande mål för funktionshinderspolitiken är att samhället utformas så att människor i alla åldrar oavsett funktionsförmåga blir fullt delaktiga i samhällslivet. För att nå dit behövs bl.a. god tillgång till funktionella hjälpmedel.

Det totala antal personer i Sverige som har någon funktionsnedsättning uppskattas till drygt 1,5 miljoner personer i åldrarna 16–84 år. De vanligaste funktionsnedsättningarna är hörselnedsättning och rörelsehinder. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar beräknas finnas hos cirka fem procent och psykiska funktionsnedsättningar hos cirka tre procent av befolkningen. Ungefär 70 procent av hjälpmedlen förskrivs till personer som är äldre än 64 år.

Den svenska befolkningen åldras. Andelen personer över 65 år i befolkningen förväntas öka med 30 procent mellan år 2010 och 2050. Behovet av hjälpmedel kan därför antas öka i framtiden till följd av den ökade andelen äldre. Även efterfrågan på hjälpmedel för kognition (t.ex. system i bostaden för att påminna, varna och vägleda, bildsymboler, planeringskalendrar, handdatorer) kan komma att öka till personer med psykiska funktionsnedsättningar och neuropsykiatriska diagnoser. En ökande andel äldre ökar vikten av att hjälpmedelsverksamheten i landsting och kommuner är effektiv. Teknikutvecklingen i samhället kan komma att innebära att behoven kan tillgodoses på ett bättre sätt och att individens möjligheter att själv tillgodose delar av behovet ökar.

Utvecklingen inom hjälpmedelsområdet har inneburit ett kraftigt ökat utbud av hjälpmedel. Den enskildes möjligheter att få ett hjälpmedel som möter det individuella behovet har därmed stärkts. Det finns också ett stort utbud av konsumentprodukter på marknaden som kan fungera som komplement till eller ersättning för hjälpmedel. Detta kan också skapa förutsättningar för att kunna bredda utbud och lösningar till en lägre kostnad.

Tjänster, metoder och nya hjälpmedel är ett komplement i omsorgen om personer med omfattande och komplexa behov. Konsumentprodukter innebär ytterligare möjligheter för den enskilde att själv komplettera med teknik som kan underlätta vardagen, det kan gälla smarta telefoner och läsplattor samt produkter som underlättar planering och tidsuppfattning. Hjälpmedel och andra tekniska tjänster kommer att bli en allt viktigare och större del i ett kvalitativt och effektivt omsorgsutbud.

Anpassningen av nya hjälpmedel behöver ske i nära samspel med den enskildes befintliga hjälpmedel men också med konsumentteknik. Detta innebär behov av ökad kunskap och en annan syn på teknik och hjälpmedel. Metoder för innovativ och funktionsbaserad upphandling är också viktiga verktyg för stärkt kvalitet, ökad valfrihet och en effektiv resursanvändning.

Begreppet hjälpmedel

Begreppet hjälpmedel är svårdefinierbart eftersom upplevelsen av vad som är ett hjälpmedel kan variera från person till person. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, innehåller t.ex. ingen definition av begreppet hjälpmedel. I stället brukar hjälpmedel, när ordet används i styrdokument, definieras utifrån sitt användningsområde. I förarbetena till HSL används uttrycket ”hjälpmedel för den dagliga livsföringen”.

Hjälpmedlen är till för den dagliga livsföringen, dvs. grundläggande vardagliga behov som att äta och klä på sig, förflytta sig, kommunicera med omvärlden, sköta vardagslivets rutiner, gå i förskola, skola eller delta i annan utbildning och arbeta och delta i normala fritids- och rekreationsaktiviteter. Vidare finns produkter vid vård och behandling efter en medicinsk behandlingsinsats och produkter som kompenserar för förlust av kroppsdel eller kroppsfunktion.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att vidareutveckla kunskapsstöd kring hjälpmedelsverksamhet och hjälpmedelsförskrivning i landsting och kommuner. Som en del av detta uppdrag har Socialstyrelsen påbörjat ett arbete med en definition av begreppet hjälpmedel inom hälso- och sjukvården. Definitionen kommer att ingå i Socialstyrelsens termbank.

Regler och samverkan

I HSL föreskrivs det grundläggande ansvar som sjukvårdshuvudmännen har när det gäller hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Sjukvårdshuvudmännen är landsting eller regioner och kommuner. Efter bedömning av patientens behov är sjukvårdshuvudmännen enligt lagen skyldiga att erbjuda de hjälpmedel som den enskilde anses behöva för att kunna fungera i det dagliga livet eller som en del av vård och behandling. Tillhandahållandet av hjälpmedel inom hälso- och sjukvården är en integrerad del i den enskildes habilitering och rehabilitering. Landstingens ansvar är enligt 3 b § HSL att tillhandahålla hjälpmedel till personer som är bosatta inom landstinget. Kommunen har enligt 18 b § motsvarande hjälpmedelsansvar för personer som bor i särskilda boenden, vistas i daglig verksamhet eller som finns inom hemsjukvården om det finns en sådan överenskommelse med landstinget.

Den 1 juli 2014 ändrades HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659) så att det tydligare framgår att sjukvårdshuvudmannen ska erbjuda den enskilde att välja hjälpmedel när det finns olika hjälpmedel tillgängliga inom landstinget eller kommunen. Den enskildes val ska tillgodoses om det med hänsyn till den enskildes behov och kostnaderna för hjälpmedlet anses som befogat (prop. 2013/14:67). Från och med den 1 januari 2015 är detta även reglerat i den nya patientlagen (2014:821).

Enligt 18 b § HSL kan landsting och kommun träffa överenskommelse om att kommunerna ska ha ansvar för vissa hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Avtal om ansvarsfördelningen för hjälpmedel finns i varje län mellan landstinget och kommunerna och avtalen ser olika ut. Landsting och kommuner har utvecklat olika former av samverkan när det gäller hjälpmedelsförsörjningen.

Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bl.a. bestämmelser om patientsäkerhetsarbete, behörighet, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen och Socialstyrelsens tillsynsarbete. Patientsäkerhetslagen har förtydligats när det gäller det ansvar som hälso- och sjukvårdpersonalen har att lämna patienten individuellt anpassad information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning.

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat.

Lagen om medicintekniska produkter (1993:584) innehåller bl.a. en definition av medicintekniska produkter, allmänna bestämmelser om hanteringen av dessa produkter, krav på att en medicinteknisk produkt ska vara lämplig för sin användning och att den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter. För de hjälpmedel som är medicintekniska hjälpmedel finns särskilda föreskrifter utfärdade av Socialstyrelsen (SOFS 2008:1).

Patientlagen (2014:821) trädde i kraft den 1 januari 2015. Av 7 kap. 1 § denna lag framgår att när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat. Av 7 kap. 2 § samma lag framgår att när det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat.

Kommunernas ansvar regleras också i *socialtjänstlagen* (2001:453). Kommunen har det yttersta ansvaret för att de personer som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Genom uppsökande verksamhet ska kommunen skaffa sig kunskap om livssituationen för personer med funktionsnedsättning och planera insatser för dem.

Landsting, kommuner och huvudmän inom skolväsendet (kommuner, landsting, staten, enskilda), har ett delat ansvar för att barn och elever med funktionsnedsättning som har behov av hjälpmedel i sin utbildning får tillgång till sådana. Ansvaret regleras i *skollagen* (2010:800) och i HSL.

Alla barn och elever ska ges den ledning och stimulans som de behöver i sitt lärande och sin personliga utveckling för att de utifrån sina egna förutsättningar ska kunna utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål. Elever som till följd av funktions-

nedsättning har svårt att uppfylla de olika kunskapskrav som finns ska ges stöd som syftar till att så långt som möjligt motverka funktionsnedsättningens konsekvenser (3 kap. 3 § skollagen). Barn i förskolan som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling ska ges det stöd som deras speciella behov kräver (8 kap. 9 § skollagen).

Av 3 kap. 5 a § skollagen framgår att om det inom ramen för undervisningen eller genom resultatet på ett nationellt prov, uppgifter från lärare, övrig skolpersonal, en elev eller en elevs vårdnadshavare eller på annat sätt framkommer att en elev inte kommer att nå de kunskapskrav som minst ska uppnås, ska eleven skyndsamt ges stöd i form av extra anpassningar inom ramen för den ordinarie undervisningen. Stöd i form av extra anpassningar är t.ex. att hjälpa en elev att planera och strukturera sina studier. Till stöd i form av extra anpassningar hör även enstaka specialpedagogiska insatser under en kortare tid. Likaså kan särskilda läromedel eller utrustning i form av t.ex. tidsstöd, dvs. hjälpmedel för att förstå och passa tider, samt digital teknik med anpassade programvaror som huvudregel anses falla inom ramen för stöd i form av extra anpassningar (prop. 2013/14:160). I de fall extra anpassningar inte är tillräckliga ska en elev i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan samt gymnasieskolan och gymnasiesärskolan få särskilt stöd. Om extra anpassning inte är tillräcklig ska en anmälan av elevens eventuella behov av särskilt stöd göras till rektorn. Det finns också situationer där särskilt stöd behöver ges omgående, utan att först sätta in extra anpassningar. Då ska också en anmälan av elevens behov av särskilt stöd göras till rektorn. När en anmälan om en elevs eventuella behov av särskilt stöd har gjorts ska rektorn se till att behovet av särskilt stöd skyndsamt utreds (3 kap. 8 § skollagen) och ett åtgärdsprogram ska utarbetas för en elev som ska ges särskilt stöd. Av programmet ska behovet av särskilt stöd och hur det ska tillgodoses framgå (3 kap. 9 §).

Av 3 kap. 10 § skollagen framgår vidare att för en elev i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan eller sameskolan ska det särskilda stödet ges på det sätt och i den omfattning som behövs för att eleven ska ha möjlighet att nå de kunskapskrav som minst ska uppnås.

I gymnasieförordningen (2010:2039) finns kompletterande bestämmelser om gymnasieelevers rätt till stöd. Vidare finns regler

om stöd inom skolväsendet för vuxna i förordningen (2011:1108) om vuxenutbildning samt i förordningen (SKOLFS 2012:101) om läroplan för vuxenutbildningen (Lvux12).

Hjälpmedelsinstitutet gjorde 2012 en kartläggning av vilka samverkansformer som fanns på hjälpmedelområdet. Resultatet har publicerats i rapporten Samverkansformer mellan kommuner och landsting på hjälpmedelsområdet (Hjälpmedelsinstitutet 2013). De vanligaste samverkansformerna mellan landsting och kommuner är samverkansavtal och gemensamma nämnder. Vid samverkansavtal är landstinget huvudman för verksamheten och i de gemensamma nämnderna, där både landsting och kommuner samverkar, är landstinget värdkommun.

Samverkan på hjälpmedelsområdet har fått ökad aktualitet genom den kommunalisering av hemsjukvården som nu har genomförts i samtliga län utom ett. Kommunaliseringen innebär att många kommuner har fått ett större ansvar än tidigare för hjälpmedelsförsörjningen. De hjälpmedelsområden som berörs mest av kommunaliseringen är hjälpmedel inom områdena rörelse, kommunikation och kognition. Ansvaret för ortopedtekniska hjälpmedel, de flesta medicinska behandlingshjälpmedel samt syn- och hörselhjälpmedel ligger fortsatt kvar hos landstingen.

Enligt *diskrimineringslagen* (2008:567) är bristande tillgänglighet en form av diskriminering. Det innebär att en person med funktionsnedsättning missgynnas genom att en verksamhet inte vidtar skäliga tillgänglighetsåtgärder för att den personen ska komma i en jämförbar situation med personer utan denna funktionsnedsättning.

Av diskrimineringslagen framgår vidare att utbildningsanordnare som bedriver utbildning eller annan verksamhet enligt skollagen (2010:800), utbildning enligt högskolelagen (1992:1434) eller utbildning som kan leda fram till en examen enligt lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina ska bedriva ett målinriktat arbete för att aktivt främja lika rättigheter och möjligheter för de barn, elever eller studenter som deltar i eller söker till verksamheten, oavsett bl.a. funktionsnedsättning.

Avgifter

Det är sjukvårdshuvudmannen som bestämmer vilka hjälpmedel som ska ingå i hälso- och sjukvårdens ansvar och vilka avgifter som ska tas ut för produkter och tjänster. De avgifter som tas ut är bl.a. besöksavgifter, egenavgifter, service- och utprovningsavgifter, hyra, avgifter för förbrukningsmaterial samt årsavgifter. Kostnaderna för hjälpmedel varierar i landet.

Införandet och utformningen av eventuella högkostnadsskydd bestäms av landstinget eller kommunen. Vissa landsting tillämpar i dag högkostnadsskydd för medicintekniska hjälpmedel. Avgifter för hjälpmedel omfattas i regel inte av högkostnadsskyddet för den öppna hälso- och sjukvården. Däremot omfattas besöksavgifter eller utprovningsavgifter, som vissa landsting tar ut i samband med att hjälpmedel förskrivs, vanligen av högkostnadsskyddet.

Myndigheten för delaktighet

Från och med den 1 maj 2014 har de delar av Hjälpmedelsinstitutets verksamhet som bedömts vara ett statligt åtagande inordnats i Myndigheten för delaktighet (tidigare Myndigheten för handikappolitisk samordning, Handisam). Myndigheten ska bidra till kunskapsutveckling i frågor som rör delaktighet, tillgänglighet, universell utformning, välfärdsteknologi, miljö, levnadsvillkor och rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Myndigheten ska arbeta tvärsektoriellt och sprida kunskap, ansvara för utbildnings- och informationsinsatser, förmedla erfarenheter och goda exempel, initiera utvecklingsarbete, initiera och följa forskning samt främja innovationer i nationella och internationella sammanhang.

Behovet av en översyn

Teknikutveckling leder till nya möjligheter som bör tas till vara

Hjälpmedel och ny teknik har en viktig roll för att personer med funktionsnedsättning ska kunna leva ett självständigt liv. Den snabba teknikutvecklingen leder till nya möjligheter som på bästa sätt bör

tas till vara hos myndigheter och huvudmän med ansvar inom hjälpmedels- och välfärdsteknikområdet.

Hjälpmedel som i dag tillhandahålls för olika funktionsnedsättningar kan bli överflödiga och möjliga att ersätta med mer modern och billigare teknik. Exempel på ett område där ny teknik spelar stor roll är kognitiva hjälpmedel där hjälpmedlet kan utgöras av elektroniska hjälpmedel som vi utnyttjar i vår vardag, exempelvis handdatorer. Det kan också handla om tekniska lösningar där ett system installeras i bostaden med funktion att påminna, varna och vägleda. Det kan även gälla en mobiltelefon som kopplar direkt till en samtalscentral med personlig service. Denna utveckling kan ge individen större friheter i valet av hjälpmedel och ett minskat behov av offentliga insatser.

Teknikutvecklingen ställer emellertid högre krav på att de yrkesgrupper som medverkar i t.ex. förskrivningen av hjälpmedel och stöd har nödvändiga kunskaper som ger förutsättningar för att en kostnadseffektiv lösning ska kunna rekommenderas den enskilde. Om kunskaperna brister finns det risk för att den enskilde begränsas i sin livsföring men också att onödiga kostnader uppstår såväl för den enskilde som för det offentliga.

Det är av yttersta vikt för samhället och den enskilde att behovet av personlig assistans utreds och bedöms efter gällande föreskrifter och riktlinjer och med beaktande av den enskildes integritet. Det kan dock finnas situationer där något av de hjälpbehov som motiverar personlig assistans kan tillgodoses genom hjälpmedel. Mot denna bakgrund är det viktigt att det i utrednings- och bedömningssituationer klarläggs vilka möjligheter det finns att utnyttja hjälpmedel som ett komplement eller alternativ till personlig assistans.

Nuvarande regelverk, ansvarsfördelning och kompetensen hos ansvariga myndigheter och huvudmän behöver därför ses över för att skapa förutsättningar för en hållbar utveckling samt för ökad delaktighet och självbestämmande för äldre personer och personer med funktionsnedsättning.

Kompetenssituationen behöver övervägas

Välutbildad och kunnig personal är en förutsättning för att behovsbedömningar och förskrivningar av hjälpmedel ska kunna göras på

bästa möjliga sätt. Det saknas för närvarande underlag för att bedöma kompetensförsörjningen för personalgrupper som fullgör uppgifter inom t.ex. handläggning eller förskrivning av hjälpmedel. Det bör därför kartläggas hur kompetensförsörjningen för relevanta yrkesgrupper ser ut och vid behov identifiera möjliga åtgärder som huvudmännen inom ramen för arbetsgivaransvaret kan vidta för att utveckla den befintliga personalens kompetens på kort och på lång sikt. Kompetensförsörjning och kompetensutveckling faller inom arbetsgivaransvaret där varje arbetsgivare har ansvar för att personalen har rätt kompetens för att utföra sina arbetsuppgifter.

Avgifterna varierar över landet

Det finns skillnader mellan landsting och kommuner när det gäller de avgifter som hjälpmedelsanvändaren får betala för förskrivna hjälpmedel.

Avgiftsnivåer och typ av avgifter skiljer sig även åt mellan olika former av hjälpmedelsverksamhet, t.ex. hjälpmedelscentraler, hörcentraler, syncentraler och ortopedtekniska avdelningar. Avgifterna varierar både inom och mellan landsting och dessa beslutar själva om vilka avgifter som ska tas ut för olika hjälpmedel och tjänster. Detta kan leda till stora skillnader i avgiftssystemet och för den enskilde kan kostnaderna för attanvända ett hjälpmedel bli olika beroende på var i landet man bor. Utredningen ska kartlägga och analysera kommunernas och landstingens avgiftssystem med syfte att beskriva olika typer av avgifter, variationen i nivåer samt konsekvenser av denna variation.

Ansvaret för hjälpmedel för barn och elever behöver övervägas

För barn och unga med funktionsnedsättning utgör ändamålsenliga hjälpmedel ofta ett omistligt stöd i utvecklingen. Barn och unga med funktionsnedsättning behöver hjälpmedel som stöd på fritiden och i förskolan eller skolan. Även vuxna med funktionsnedsättning som deltar i vuxenutbildning inom skolväsendet kan behöva hjälpmedel i utbildningen. Någon samlad bild av behoven finns dock inte och inte heller av i vilken utsträckning som landstingen erbjuder barn och elever med funktionsnedsättning hjälpmedel.

Inom skolväsendet finns det vissa oklarheter i ansvarsfördelningen mellan dels landstingen som enligt HSL ska erbjuda personliga hjälpmedel, dels skolhuvudmännen, som enligt skollagen har ett ansvar att, i fråga om elever som till följd av funktionsnedsättning har svårt att uppfylla de olika kunskapskraven, ge stöd som syftar till att så långt som möjligt motverka funktionsnedsättningens konsekvenser.

Gränsdragningen mellan huvudmännens ansvarsområden uppfattas som otydlig och försök har därför gjorts att genom lokala avtal och överenskommelser tydliggöra ansvarsfördelningen. Ansvarsfördelningen har också belysts i flera kartläggningar. Den senaste från 2013, Gränsdragningsfrågor – Teknikstöd i skolan, (Hjälpmedelsinstitutet HI), motiverades bl.a. av den snabba teknikutvecklingen på hjälpmedelsområdet.

Inom denna kartläggning har försöksverksamhet med teknikstöd i skolan bedrivits och frågan om vilken huvudman som är ansvarig för att tillgodose elevernas behov av teknikstöd har aktualiserats. Gränsdragningen mellan kommunens ansvar och skolhuvudmannaansvaret respektive landstingets ansvar upplevdes inte alltid som helt given, och HI konstaterade att det stöd eleven kan få berodde på var i landet man bor.

En samlad bild av barns och elevers behov av hjälpmedel bör därför tas fram. Dessutom bör den rådande ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän kartläggas samt, om det behövs, förslag tas fram som förtydligar ansvarsfördelningen mellan huvudmän med ansvar för hjälpmedel till barn och elever.

Systemet med fritt val av hjälpmedel ska utredas

Ett förhållande som kan påverka tillgången till hjälpmedel är reglerna om fritt val av hjälpmedel. Det är i grunden positivt att ge individer ökat inflytande över valet av hjälpmedel. Regeringen anser dock att det finns anledning att göra en mer noggrann utvärdering och konsekvensanalys av verksamheten med fritt val av hjälpmedel.

Ansvaret för hjälpmedel till studenter med funktionsnedsättning behöver klargöras

Lärosäten, dvs. universitet och högskolor samt enskilda utbildningsanordnare med tillstånd att utfärda examina, ansvarar för att utbildningsmiljön på lärosätena ska vara tillgänglig. Stockholms universitet har ett samordnande uppdrag att fördela bidrag för särskilt pedagogiskt (personligt) stöd till landets lärosäten avsett för studenter med funktionsnedsättning i studiesituationen. När det däremot gäller s.k. personliga tekniska hjälpmedel till studenter med funktionsnedsättning är ansvarsfördelningen oklar mellan lärosäten och sjukvårdshuvudmän (bl.a. hjälpmedelscentraler) i fråga om att erbjuda dessa hjälpmedel.

I betänkandet Hjälpmedel (SOU 2004:83) utreddes bl.a. frågan om var gränsen går mellan sjukvårdshuvudmannens respektive skol- eller utbildningshuvudmannens ansvar för att tillhandahålla hjälpmedel eller utrustning. Trots denna utredning kvarstår ännu vissa oklarheter kring sjukvårdshuvudmannens respektive utbildningsanordnarens ansvar inom detta område.

Uppdraget

Utgångspunkter för uppdraget

En särskild utredare ska se över tillgången till och användningen av hjälpmedel och lämna förslag i syfte att öka likvärdigheten och minska skillnaderna i fråga om avgifter och regelverk samt därvid se över frågan om nationell reglering och ett samlat huvudmannaskap.

Utredaren ska vidare lämna förslag som skapar förutsättningar för att hjälpmedelsverksamheten hos berörda myndigheter och huvudmän bedrivs effektivt. Detta ska ske med hänsyn till den enskildes delaktighet och självbestämmande och ett effektivt utnyttjande av de befintliga ekonomiska resurserna.

Utredaren ska även analysera om kompetensen hos förskrivare och andra relevanta yrkesgrupper i fråga om hjälpmedel är adekvat och tillräcklig.

Utredningens förslag ska vara kostnadseffektiva ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och inte öka det offentliga åtagandet på

området. Om förslag eventuellt leder till ökade kostnader ska de vara försedda med väl underbyggda finansieringsförslag. Förslagen ska skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling på området.

Beskrivning av uppdragets inriktning

Utredaren ska göra följande:

– Analysera regler, ansvarsfördelning och samverkan mellan berörda huvudmän samt bedöma hur allt detta påverkar effektivitet i förskrivning, utnyttjande av hjälpmedel och ekonomiska resurser, utveckling och innovation samt föreslå vilka eventuella åtgärder som bör vidtas.

– På grundval av denna analys av nuvarande regler, ansvarsfördelning och samverkan föreslå vilka eventuella åtgärder som bör vidtas. Förslagen bör ta sin utgångspunkt i:
  - hur tillgången till funktionella hjälpmedel, tjänster och metoder för den enskilde kan bli mer likvärdiga över landet,
  - hur förutsättningarna för effektivitet när det gäller förskrivning, utnyttjande, utveckling och innovation inom hjälpmedelsverksamheten kan förbättras,
  - hur avgiftssättning och tillgång till hjälpmedel kan bli mer jämlik samt utifrån dessa förutsättningar se över frågan om nationell reglering och ett samlat huvudmannaskap,
  - hur delaktigheten för den enskilde vid förskrivning av hjälpmedel kan öka och utveckling, rådgivning och konsultation kan förbättras med utgångspunkt att insatserna ska bli bättre anpassade för den enskilde, och
  - hur samverkan mellan kommuner och landsting kan effektiviseras för att förbättra utnyttjandet av hjälpmedel, tjänster och metoder för den enskilde.

Utredaren ska vidare

– Överväga hur teknikbaserade stöd kan komplettera det stöd som i dag ges till äldre och personer med funktionsnedsättning och höja stödets kvalitet.

- Analysera uppgifterna för Myndigheten för delaktighet när det gäller frågor om tjänster, metoder och hjälpmedel för att öka den enskildes självbestämmande och delaktighet i samhället och lämna förslag till eventuella förändringar. Uppdragen för andra myndigheter med uppgifter på området som Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Vinnova, Post- och telestyrelsen och Specialpedagogiska skolmyndigheten bör beskrivas i detta sammanhang.
- Kartlägga barns och ungas tillgång till hjälpmedel och vid behov föreslå åtgärder som gör tillgången mer likvärdig.
- Se över och beskriva ansvarsfördelning och samverkan mellan sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän när det gäller hjälpmedel i skolväsendet för barn och elever med funktionsnedsättning.
- Klargöra ansvarsfördelningen mellan lärosäten, dvs. universitet och högskolor med statlig huvudman samt enskilda utbildningsanordnare med tillstånd att utfärda examina och sjukvårdshuvudmän när det gäller personliga tekniska hjälpmedel i studiemiljön till studenter med funktionsnedsättning.
- Utvärdera och analysera konsekvenserna av systemet med fritt val av hjälpmedel med utgångspunkt i en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling för staten, kommuner och landsting.
- Redovisa för- resp. nackdelar med högkostnadsskydd och avgiftstak inom hjälpmedelsområdet.
- Kartlägga om det föreligger skillnader i förskrivning av hjälpmedel till kvinnor och män, flickor och pojkar och vid behov föreslå åtgärder för att uppnå en jämställd förskrivning.
- Säkerställa att utredningens förslag är kostnadseffektiva ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och inte ökar det samlade offentliga åtagandet på området. Om förslag eventuellt leder till ökade kostnader ska de vara försedda med väl underbyggda finansieringsförslag. Förslagen ska skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling på området.

– Säkerställa att förslag som lämnas leder till hög kvalitet inom hjälpmedelsområdet.

Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2017.

Konsekvensbeskrivningar

Förslagens konsekvenser ska redovisas enligt 14–15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Utredningens förslag ska vara kostnadseffektiva ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och inte öka det samlade offentliga åtagandet på området. Om förslag eventuellt leder till ökade kostnader ska de vara försedda med väl underbyggda finansieringsförslag. Vidare ska förslagen skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling på området.

Förslagen ska ta utgångspunkt i att det offentliga åtagandet och kostnaderna inte ska öka samt att en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling på området ska uppnås. Konsekvenserna av förslag ska bedömas, särskilt i de fall överväganden eller förslag kan påverka den kommunala självstyrelsen och de kommunala huvudmännens ekonomi.

Avgränsning av uppdraget

I uppdraget ingår inte området arbetshjälpmedel. Ansvaret för att ge stöd till arbetshjälpmedel är i dag delat mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Den 4 april 2012 beslutade regeringen om ett tilläggsdirektiv (dir. 2012:27) till den s.k. FunkA-utredningen med innebörden att utredningen bland annat skulle analysera förutsättningarna för och bedöma lämpligheten av en samordning av regelverket om stöd till arbetshjälpmedel. Utifrån denna analys skulle utredningen ta ställning till om en myndighet borde ha ett samlat ansvar för handläggningen av ärenden som rör arbetshjälpmedel. Utredningen har i betänkandet Arbetshjälpmedel och försäkringsskydd för arbete på lika villkor (SOU 2012:92) föreslagit att Försäkringskassans uppgift att ge bidrag till arbetshjälpmedel förs över till Arbetsförmedlingen. FunkA-utredningens förslag bereds i Regeringskansliet.

I uppdraget ingår inte att pröva definitionen av hjälpmedel.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska föra dialog med berörda myndigheter, företrädare för hjälpmedelsverksamhet, Sveriges Kommuner och Landsting, funktionshindersorganisationer och pensionärsorganisationer samt organisationer och förbund som representerar olika yrkesgrupper som är verksamma inom hjälpmedelsområdet om arbetet i utredningen och ge dem möjlighet att framföra synpunkter. Företrädare för myndigheter, huvudmännen samt patient- brukar- och andra intresseorganisationer ska på lämpligt sätt beredas plats i utredningsarbetet.

Utredaren ska hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om arbetet.

Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2017.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2016:81

Tilläggsdirektiv till Hjälpmedelsutredningen (S 2015:08)

Beslut vid regeringssammanträde den 6 oktober 2016

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 10 december 2015 kommittédirektiv om Hjälpmedel, teknik och metoder för delaktighet och självbestämmande (dir. 2015:134). Utredningen beslutade därefter att ändra namnet till Hjälpmedelsutredningen. Enligt direktiven (dir. 2015:134) ska uppdraget slutredovisas senast den 28 februari 2017.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 31 maj 2017.

(Socialdepartementet)

Ett urval av de aktörer som utredningen fört dialog med

Myndigheter

- Myndigheten för delaktighet
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Myndigheten för tillgängliga medier
- Post- och telestyrelsen
- Socialstyrelsen
- Specialpedagogiska skolmyndigheten
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
- Statistiska centralbyrån
- Statskontoret
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- Upphandlingsmyndigheten
- Vinnova

Andra statliga utredningar

- Att vända frånvaro till närvaro – en utredning om problematisk elevfrånvaro (U2015:11)
- Kvalitet i utbildningen för elever med vissa funktionsnedsättningar (U 2013:02)
- Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03)
- Utredningen Samordnare för unga som varken arbetar eller studerar (U 2015:06)
- Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (S 2015:07)
- Utredningen om översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen (S 2016:03)
- Samordnaren inom området psykisk hälsa (S 2015:09)
- Nationella samordnaren för life science (U 2015:08)

Brukarorganisationer

- Anhörigas riksförbund
- Autism- och Aspergerförbundet
- DHR – Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder
- Handikappförbunden
- Hörselskadades riksförbund
- Neuroförbundet
- Synskadades riksförbund
- Unga hörselskadade

Yrkesförbund/nätverk för yrkesverksamma

- Fysioterapeuterna
- Föreningen kognitivt stöd
- Kognet (nätverk med hjälpmedelskonsulenter kognitiva hjälpmedel)
- Kommunal
- MAS/MAR-nätverket
- Sveriges Arbetsterapeuter

Universitet och högskolor

- Stockholms universitet, samordningsansvar samordnare till studenter med funktionedsättning
- Forskare vid Linköpings universitet
- Certec, Lund
- Kungliga tekniska högskolan

Internationella kontakter

- World Health Organization (WHO)
- Kommunernas Landsforening Köpenhamn
- Odense kommun i Danmark
- Digitaliseringsstyrelsen i Danmark
- Norska hjälpmedelsutredningen ledd av professor Arlid Hervik
- Nordens välfärdscenter

Övriga

- Förvaltningschefer
- Hjälpmedelschefer
- Inera, som tillhandahåller tjänsten 1177-tema hjälpmedel
- Medtech4Health
- Nationellt kunskapscenter dövblindfrågor
- SKL:s beredning för primärvård och äldreomsorg
- Swedish Medtech
- Fördjupande intervju med ett antal landsting och regioner (bl.a. Västra Götalands-regionen, Region Gävleborg, Region Norrbotten, Landstinget Dalarna, Stockholms läns landsting, Västmanlands läns landsting, Västerbottens läns landsting)
- Ett antal hjälpmedelsföretag

Sammansättning av experter och sakkunniga

Sakkunniga

- Brooks, Anna. Kansliråd Socialdepartementet. *2016-02-29 till 2017-05-31.*
- Feltelius, Hedvig. Kansliråd Utbildningsdepartementet. *2016-06-08 till 2017-05-31.*
- Hektor, Anders. Kansliråd Näringslivsdepartementet. *2016-02-29 till 2017-05-31.*
- Hermansson, Andreas. Kansliråd Finansdepartementet. *2016-02-29 till 2016-09-12.*
- Ståhlberg, Lisa. Departementssekreterare Finansdepartementet. *2016-10-03 till 2017-05-31.*
- Törn, Marie. Kansliråd Utbildningsdepartementet. *2016-06-08 till 2017-05-31.*

Experter

- Blomsten, Annica. Handläggare Sveriges Kommuner och Landsting. *2016-02-29 till 2016-09-05.*
- Bucht, Gösta. Professor emeritus SPF Seniorerna. *2016-02-29 till 2016-08-10.*
- Everitt, Emma. Handläggare Sveriges Kommuner och Landsting. *2017-03-01 till 2017-05-31.*

- Flyckt, Karin. Samordnare Socialstyrelsen. *2016-02-29 till 2017-05-31.*
- Gouali, Henrik. Handläggare Sveriges Kommuner och Landsting. *2016-09-05 till 2017-02-28.*
- Hammar, Lena. Rådgivare Specialpedagogiska skolmyndigheten. *2016-02-29 till 2017-05-31.*
- Kölhed, Pelle. Ledamot Handikappförbunden. *2016-02-29 till 2017-05-31.*
- Lagerwall, Tomas. Vice ordförande Pensionärernas riks-organisation. *2016-02-29 till 2017-05-31.*
- Landfors, Pedro. Utredare Myndigheten för delaktighet. *2017-01-01 till 2017-05-31.*
- Persdotter, Maria. Förbundsordförande Lika Unika. *2016-02-29 till 2017-05-31.*
- Richter, Andreas. Utredare Myndigheten för delaktighet. *2016-02-29 till 2016-12-31.*
- Ström, Hans. Distriktsordförande SPF Seniorerna. *2016-08-10 till 2017-05-31.*

Redovisning av enkät till lärosäten

Hjälpmedel och ny teknik har en viktig roll för att personer med funktionsnedsättning ska kunna leva ett självständigt liv. I dag finns ett antal utvecklingsområden för att öka effektiviteten och utnyttjandet av hjälpmedel för de som har behov av det. Bland annat finns det skillnader mellan landsting och kommuner när det gäller tillgången till hjälpmedel och de avgifter som hjälpmedelsanvändaren får betala. Det uppstår också ibland gränsdragningsproblem mellan sjukvårdshuvudman och skolhuvudmän eller lärosäten vilket leder till att barn, elever och studenter inte alltid får tillgång till det stöd de har behov av.

För att utreda och klargöra ett antal frågor kring hjälpmedel har en utredning tillsatts. Utredningens direktiv (dir. 2015:134) beslutades vid regeringssammanträde den 10 december 2015. Enligt direktiven ska utredningen analysera regler, ansvarsfördelning och samverkan mellan berörda huvudmän samt bedöma hur detta påverkar effektivitet i förskrivning, utnyttjande av hjälpmedel och ekonomiska resurser, utveckling och innovation samt föreslå vilka eventuella åtgärder som bör vidtas.

I utredningen ingår att klargöra ansvarsfördelningen mellan lärosäten (universitet och högskolor med statlig huvudman samt enskilda utbildningsanordnare med tillstånd att utfärda examina) och sjukvårdshuvudmän när det gäller personliga tekniska hjälpmedel i studiemiljön till studenter med funktionsnedsättning. Vid alla universitet och högskolor finns en kontaktperson som är samordnare av pedagogiskt stöd för studenter som begränsas i studiesituationen till följd av en funktionsnedsättning. Som en del av arbetet kring ansvarsfördelningen mellan lärosäten och sjukvårdshuvudman har utredningen samlat in erfarenheter av vad samordnarna av pedagogiskt stöd har för erfarenheter inom området. Insamlingen av erfarenheter

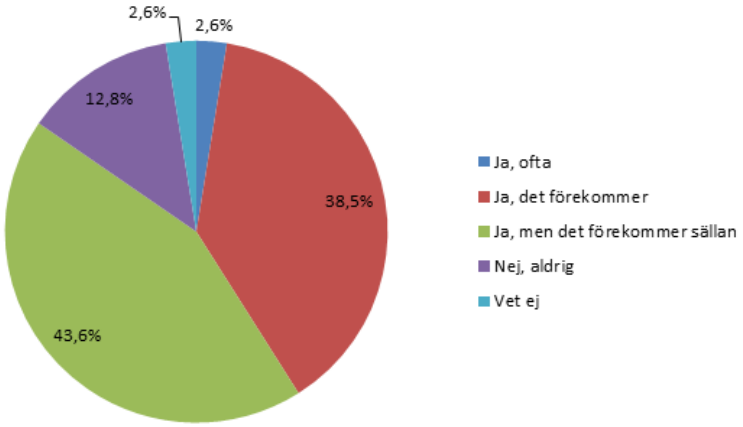
har skett via en enkät som skickades ut till samtliga samordnare i mars 2016. Enkäten innehöll ett antal frågor kring hur samordnarna av pedagogiskt stöd upplever gränsdragningen för hjälpmedel mellan lärosäten och sjukvårdshuvudman. Det som i frågorna avsågs med hjälpmedel var produkter som för en enskild individ syftade till att kompensera för en funktionsnedsättning. Generella anpassningar av lokalerna (som att ta bort trösklar eller installera talsyntes i hissar), personligt pedagogiskt stöd (t.ex. av mentor, extra handledning, av medstudent) eller anpassad examinationsform (t.ex. uppdelad examination, muntlig examination, förlängd tid) räknades därmed inte som hjälpmedel i detta sammanhang. Samordnarna av pedagogiskt stöd hade tre veckor på sig att besvara enkäten. Stockholms universitet, som har ett samordnande uppdrag att fördela bidrag för särskilt pedagogiskt (personligt) stöd till landets lärosäten avsett för studenter med funktionsnedsättning i studiesituationen, hjälpte till att ta fram kontaktuppgifter inför utskicket av enkäten.

Resultat

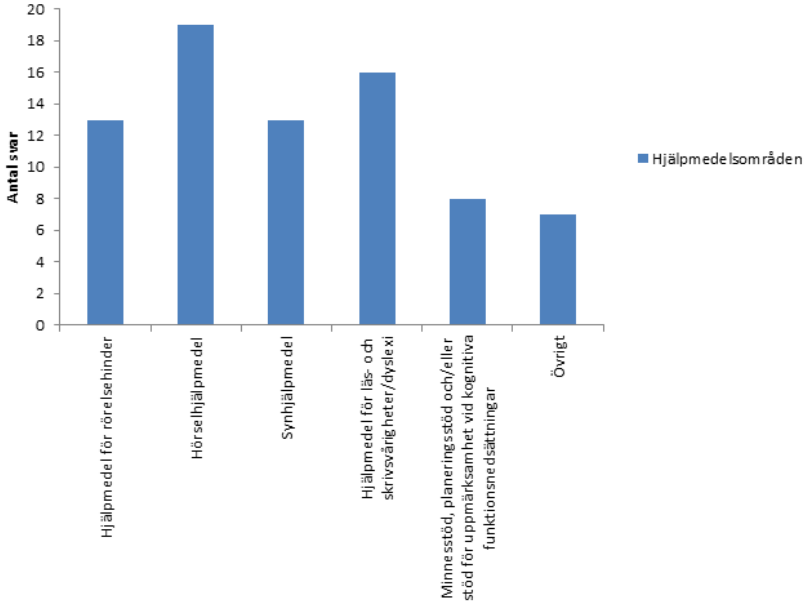
Det var 80 procent av lärosätena som besvarade enkäten. Lärosäten med mer än ett campus har antingen samordnat sina svar eller lämnat in ett enkätsvar per campus. Nedan följer en redovisning av resultaten. Varje fråga redovisas separat och frågorna är kategoriserade enligt enkätens fem sektioner; gränsdragning, ansvarsfördelning, kunskap, samarbete och övrigt. Vissa fritextsvar har anonymiserats och kategoriserats.

Gränsdragning

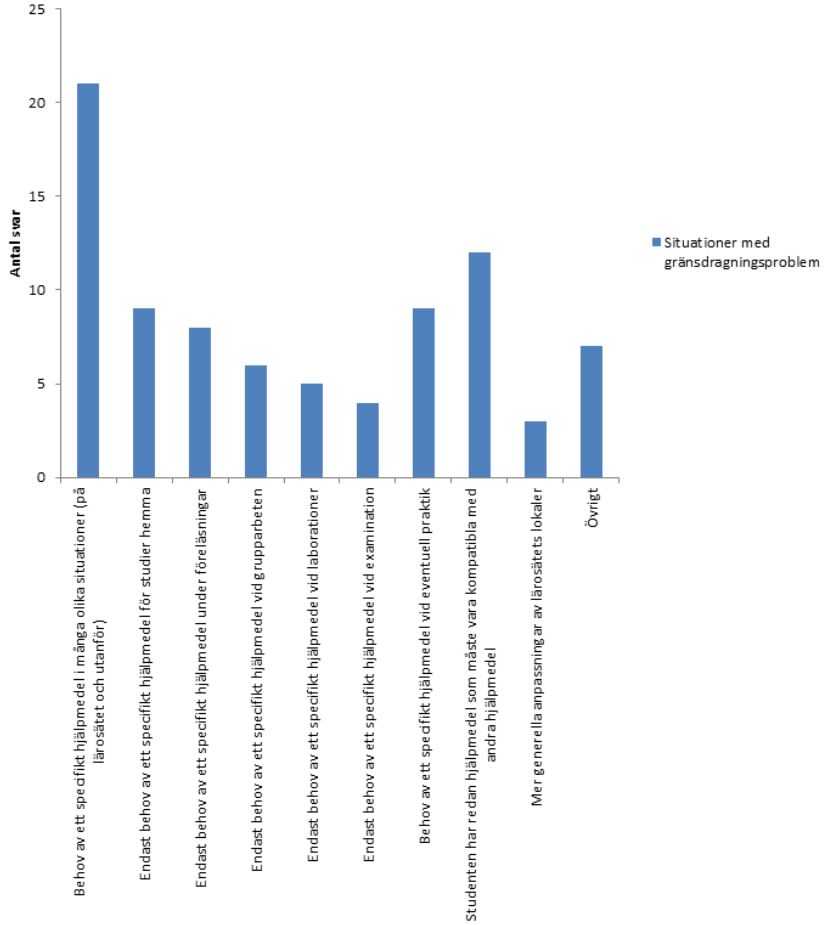
Brukar du stöta på problem kring om det är lärosätet eller sjukvårdshuvudman som är ansvarig för att förse en enskild student med personliga hjälpmedel som studenten har behov av för att delta i studier?



Inom vilka områden stöter du på problem kring om det är lärosätet eller sjukvårdshuvudman som är ansvarig för att förse en enskild student med personliga hjälpmedel som studenten har behov av för att delta i studier?

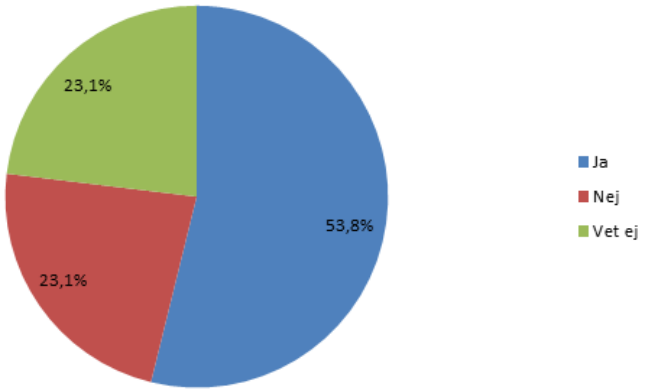


I vilka situationer upplever du att det finns gränsdragningsproblem mellan lärosätet och sjukvårdshuvudman när det gäller personliga hjälpmedel som studenten har behov av för att delta i studier?



Ansvar

Anser du att det är en oklar ansvarsfördelning för när lärosätet och när sjukvårdshuvudmannen har ansvar för att förse en enskild student med personliga hjälpmedel som studenten har behov av för att delta i studier?



Exempel på situationer då du tolkar att det är lärosätets ansvar att förse en student med personliga hjälpmedel som studenten har behov av för att delta i studier

Två har angett att de inte kan ge några exempel på situationer.

Tre har angett hjälpmedel i samband med examination som exempel. Det kan vara dator och programvaror vid salstentamen.

Nitton av exemplen syftar primärt till hjälpmedel som används i själva studiesituationen. De exempel som tagits upp är:

- Rättstavningsprogram, talsyntes, höj- och sänkbara bord, specialstolar.
- Hörselhjälpmedel som ska användas vid undervisning. Men det är oklart!
- Myndighetens/skolans ansvar gäller enbart de pedagogiska hjälpmedel som krävs för att den studerande ska kunna nå utbildningens mål.

- T.ex. vid föreläsning och studenten har en hörselnedsättning.
- Tolk för hörselskadad student, anteckningsstöd, anpassad dator, höj- och sänkbar stol och bord, hörselslinga, ledsagning, mentor.
- Fickminne, stetoskop anpassat för hörselskadade.
- Specialstol.
- Vid föreläsningar, laborationer, grupparbeten – alla aktiviteter på lärosätet.
- Lån av särskild utrustning för att kunna bedriva studier på lika villkor. Detta kan röra sig om att universitetet bistår med bärbara hörselslingor då det inte finns fasta slingor i lokalen. Studenter ska även kunna få låna inställbar stol och bord eftersom det hör till studentens arbetsmiljö. Denna utrustning ingår inte som personliga hjälpmedel eftersom flera studenter har möjlighet att låna dessa. Respektive institution/enhet vid universitetet ansvarar för att tillhandahålla sådan utrustning som är nödvändig för studiernas genomförande och som inte bekostas av annan part, t.ex. landsting eller kommun. Kan vara anpassade stetoskop och mikroskop m.m.
- När studenten vistas på universitetsområdet och hjälpmedlet inte är personligt eller tekniskt.
- Om verksamheten på lärosätet förutsätter hjälpmedel som annars inte skulle behövas (utanför lärosätet).
- Vid funktionshinder som hindrar eller försvårar inlärning i de former vi erbjuder.
- Vi ger stöd på campus men tekniska hjälpmedel är vårdens ansvar. Trots det köper vi in t.ex. diktafoner. Vi behöver ordna mikrofoner – som används – i alla salar på alla lärosäten.
- Ståbord vid föreläsningar och tentamen, speciell stol till föreläsningar vid fysiska funktionshinder.
- Fyra har angett som exempel att lärosätet är ansvarig för stetoskop med hörselförstärkning.
- Skrivhjälpmedel.

Nio har angett exempel där den generella tillgängligheten (eller generella hjälpmedel) på lärosätet primärt avses. De exempel som tagits upp är:

- När vi har otillgänglig ljudmiljö måste vi tillhandahålla någon slags bärbar hörselslinga, t.ex.
- Då det beror på studier och anpassningar för lärandesituation. Svårigheter vi har i lokaler, behov av att skärma av ljud och intryck p.g.a. att våra lokaler är för oanpassade.
- Lärosätet har ett tillgänglighetsansvar och ska erbjuda särskilt pedagogiskt stöd. Däremot ska vi inte tillhandahålla personligt stöd, detta kan ibland vara oklart. Är t.ex. ett specifikt datorprogram i matte för någon med grav synnedsättning och som bara en eller två studenter använder, ett personligt stöd eller generellt stöd? Vissa syncentraler kan hävda att lärosätet ska erbjuda dessa program medan andra ser det som ett personligt hjälpmedel.
- Lärosätet tar ansvar för hjälpmedel av mer generell natur, vilka kan användas av flera studenter. Det kan handla om programvaror (rättstavningsprogram, talsyntes), men också höj- och sänkbara bord, kontorsstolar och liknande.
- Ja, om de personliga hjälpmedlen också kan användas av andra så att det ingår i den allmänna tillgängligheten vid universitetet.
- Om de personliga hjälpmedlen också kan användas av andra, så att det ingår i den allmänna tillgängligheten på lärosätet.
- Tillgänglighet är hela lärosätets ansvar, som hörselslingor t.ex.
- Vi har köpt in rättstavningsprogram och är på gång att köpa in en talsyntes som alla studenter ska kunna få tillgång till vid behov. Där kan det finnas fördelar med att det finns generellt vid lärosätet eftersom behoven kan variera och det är ett mer generellt stöd. Det blir inte bundet till någon specifik student och de behöver inte motivera och ansöka om stödet. Alla kan då använda det vid behov och det går snabbt för dem att få tillgång till det.

Fyra har angett att de inte förser studenter med personliga hjälpmedel. Hänvisar till att lärosätet har antagit ett förhållningssätt som innebär att alla personliga hjälpmedel är studentens ansvar att införskaffa för sina studier. Det framkommer också att man arbetar med individuellt kompensatoriskt pedagogiskt stöd och har inte fokus på personliga hjälpmedel. Särskilt pedagogiskt stöd = tjänster (mentor, anteckningshjälp) etc. Inte några personliga hjälpmedel (saker).

Två har angett som exempel att lärosätet är ansvarig vid specifika funktionsnedsättningar. Som exempel har dyslexi och syn- och hörseltillgänglighet nämnts.

Av svaren framkommer också att det är svårt att ge exempel. Exempel på oklarhet är att det kan vara svårt att avgöra när t.ex. en logoped ska förskriva hjälpmedel och när det ska vara lärosätet som betalar. T.ex. med talsyntesprogram och andra appar.

Övriga synpunkter som framkommit är att personal som arbetar med funktionsnedsättningar ska vara utbildad. Det räcker inte med en tredagarskurs, utan man bör ha kunskap kring olika diagnoser och psykologi.

Exempel på situationer då du tolkar att det är sjukvårdshuvudmannens ansvar att förse en student med personliga hjälpmedel som studenten har behov av för att delta i studier

En har angett att sjukvårdshuvudmannen *alltid* är ansvarig för att förse en student med personliga hjälpmedel som studenten har behov av för att delta i studier, en har angett att sjukvårdshuvudmannen *aldrig* är ansvarig för detta utan enbart för att utreda eventuell diagnos hos studenten.

Fem stycken har angett att de inte vet.

Fem har gett exempel som syftar till då hjälpmedlet inte enbart ska användas för studier. De exempel som angetts är:

- Hjälpmedel som används även utanför studier, t.ex. syn- och hörselhjälpmedel, rullstol etc.
- I samtliga fall då hjälpmedel behövs även utanför lärosätet.
- Studier i hemmet, personliga hjälpmedel samt tekniska hjälpmedel.

- De hjälpmedel som inte är av pedagogisk karaktär (t.ex. rullstol, hörapparat, personlig assistans), alltså sådana hjälpmedel som den studerande har behov av i alla situationer, inte enbart för att bedriva studier.
- Personliga hjälpmedel som studenten behöver både i hemmet och i studierna.

Fjorton har gett exempel som syftar till då hjälpmedlet inte kan användas av fler än en speciell student. De exempel som angetts är:

- Hjälpmedel som är personliga/personligt utprovade och inte kan användas av andra på universitetet efteråt.
- Hjälpmedel som är personliga/personligt utprovade, så att de inte kan användas av andra på lärosätet.
- Alla hjälpmedel som måste vara anpassade och utprovade till en särskild individ. Studenter läser ibland få kurser och kanske korta kurser vid ett specifikt lärosäte och då blir det svårt att motivera höga kostnader för ett hjälpmedel som inte kan användas till andra studenter. Studenter läser också i dag vid flera lärosäten – vilket lärosäte ska då bekosta hjälpmedlet?
- Personliga hjälpmedel som endast är anpassade efter en enskild student. Kan vara anpassade programvaror, dator, annan teknisk utrustning.
- Se svaret ovan om särskilda ”specialdestinerade” datorprogram, det anser jag är sjukvårdhuvudmannens ansvar. Likaså hörhjälpmedel på praktik, studiebesök och under seminarier, detta eftersom hörhjälpmedel i dag är så personligt utformat. Vinklade skrivskivor (för studerande med kroniska whiplashskador), talupplästningsprogram som måste kombineras med t.ex. förstoringsprogram.
- Personliga läs- och skrivhjälpmedel.
- Personlig assistans, rullstol.
- Det som är personliga hjälpmedel (såsom saker), ej tjänster.

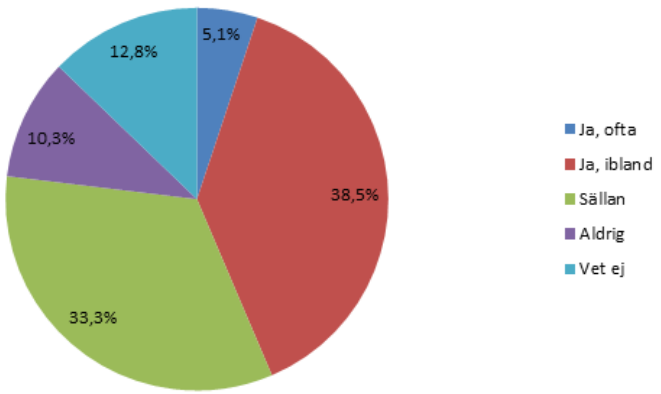
- Individuella/personliga hjälpmedel. Det kan handla om syn- och hörselhjälpmedel, särskild lyft för personer med rörelsehinder för att ge några exempel.
- Personliga hjälpmedel som rullstol, hörselslinga, minnesstöd, planeringsstöd osv.
- Personlig assistans, färdtjänst, rullstol samt andra hjälpmedel som används i dagliga livet också.
- Om studenten behöver ett personligt hjälpmedel som t.ex. en speciell stol som han/hon alltid vill ha tillgång till på lärosätet.
- Personligt utprövade hörseltekniska hjälpmedel som studenten har behov av under flera år p.g.a. av grav hörselskada eller implantat. (Jag tycker även att landstinget ska bekosta teckenspråkstolk för studenterna.)
- Särskild rullstol.

Andra exempel som getts är:

- Bärbar mikrofon som studenten hänger på föreläsarna.
- Bärbar hörselutrustning.
- Hörselapparat, ledarhund, rullstol, färdtjänst, personlig assistent, boendestödjare.
- T.ex. vid en synnedsättning där förstoringsprogram behövs, bärbara hörslingor, förflyttningshjälpmedel vid rörelsehinder.
- En del studenter med dyslexi kräver mycket eget stödmaterial som är dyrt och gäller enskilda licenser. Gäller även döva studenter när det kommer till dansundervisningen – är det tillgänglighet i utbildningen eller något som bör tas via sjukvården när det är ett hjälpmedel som kommer att krävas vid yrkesutövningen?
- Tillgång till hörselhjälpmedel 2) kognitiva hjälpmedel via habilitering till studenter med neuropsykiatrisk diagnos.
- Hörsel och synhjälpmedel. Rullstol och bord till rullstol. Fickminne, inspelningsapparatur, mp3, diktafon.
- Rullstol, hörapparat, i övrigt oklart eftersom dialog saknas.

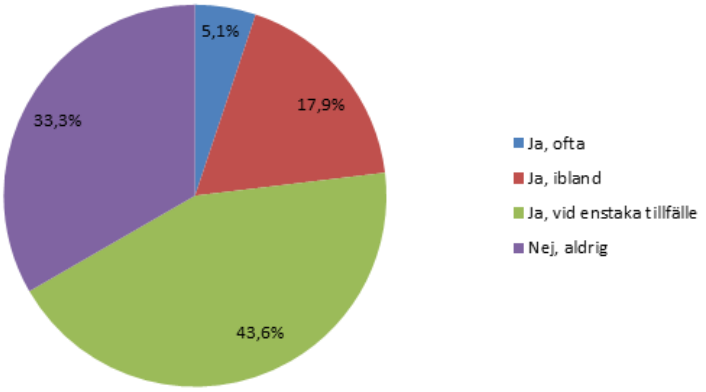
- Anpassade stolar och bord.
- Personlyft, kikarglasögon, toalettstolsförhöjare, mjukvara för dyslektiker och synskadade.
- Då studenten inte faller inom en viss personkrets, dvs. inte är tillräckligt mycket i behov av assistent p.g.a. att de väljer att få hjälp på annat håll, de studenterna faller mellan stolarna. Det kan handla om hjälp hemma och hjälp på campus p.g.a. rörelsehinder.
- Syn och hörsel.
- Ledsagare av blind.

Upplever du att studenter blir hänvisade mellan hälso- och sjukvård och lärosätet i frågor som rör personliga hjälpmedel som studenten har behov av för att delta i studier?

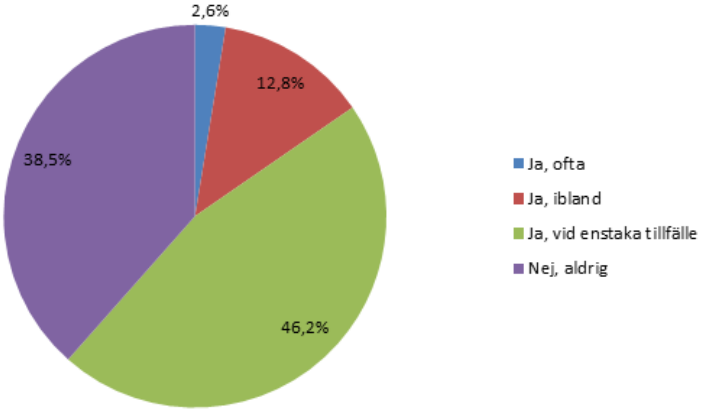


Kunskap

Har du under det senaste året tagit stöd av hälso- och sjukvården för att få ökad kunskap kring någon enskild students funktionsnedsättning?

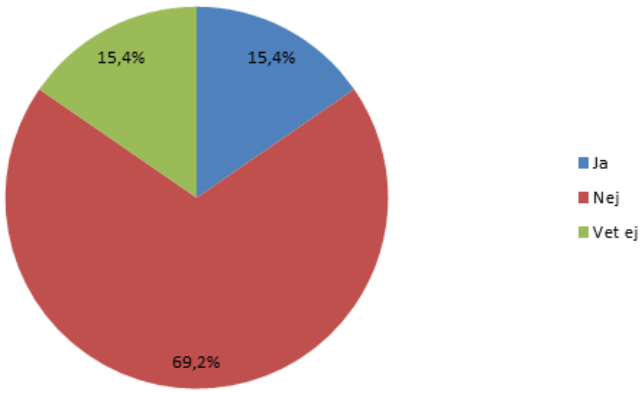


Har du under det senaste året tagit stöd av hälso- och sjukvården för att få ökad kunskap kring hjälpmedel till någon enskild student?

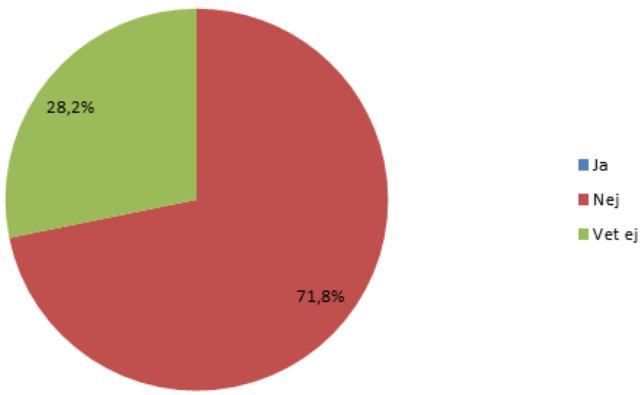


Samarbete mellan lärosäte och sjukvårdshuvudman

Finns något upparbetat samarbete mellan lärosätet på den ort du verkar och sjukvårdshuvudmannen i landstinget kring personliga hjälpmedel som studenter med funktionsnedsättningar kan ha behov av för att delta i studier?

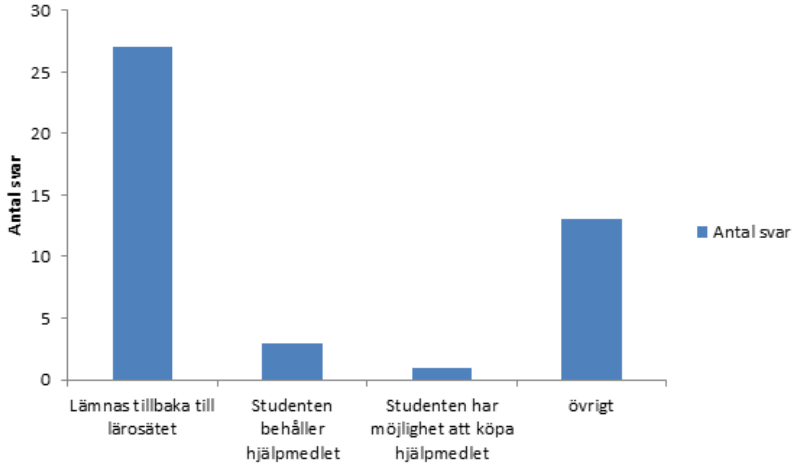


Finns några formella lokala överenskommelser mellan lärosätet på den ort du verkar och sjukvårdshuvudmannen i landstinget för vem som är ansvarig för personliga hjälpmedel som studenten har behov av för att delta i studier?

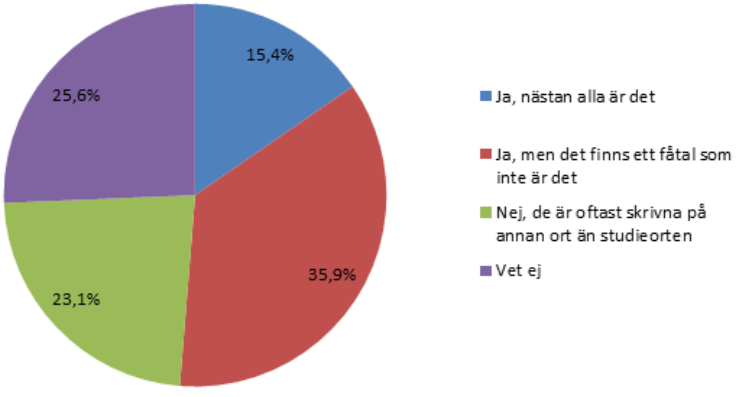


Övrigt

Om en student beviljas ett personligt hjälpmedel av lärosätet, vad händer då mest ofta med hjälpmedlet då eleven avslutar sina studier?



Är studenten oftast folkbokförd på studieorten?



Övriga kommentarer

”Vad bra att detta utreds! Viktigt att det tydliggörs så att inte studenterna blir utan sina hjälpmedel!”

”Jag märker att det är stor skillnad på vilket personligt stöd en student får, beroende på vilket landsting hen tillhör. Vissa får egna datorprogram, datorer och andra tekniska hjälpmedel medan andra nästan inte får något. Utifrån mina erfarenheter har vi inte i dag en lika och allmän sjukvård eftersom variationerna är så stora. Det finner jag otillfredsställande och anmärkningsvärt.”

”Vill betona att det oftast fungerar bra med samarbete med regionen och att de flesta studenter jag möter har god kontakt med t.ex. habilitering, logoped och att de har mycket bra hjälpmedel med sig redan när de kommer till lärosätet.”

”I mina kontakter med landstinget använder jag mig av landstingets egna dokument kring riktlinjer för hjälpmedelsförskrivning. Under rubriken ”Skolelever med funktionsnedsättning” står följande: ”För elever med bestående funktionsnedsättning som har anknytning till landstingets habilitering har landstinget ansvar för hjälpmedel som förskrivs inom grundskola, gymnasieskola, statlig och kommunal vuxenutbildning samt högskola. Detta gäller såväl för hjälpmedel i hemmet som för anpassning i skolan.” Detta ser jag som en tydlig ansvarsfördelning vad gäller personliga hjälpmedel.”

”Vad gäller stöd för dyslektiker tycker jag att landstinget tillhandahåller mycket bra stöd. Jag brukar tipsa om att student med gammal utredning gör om den och efterfrågar talsyntes och penna som stöd vid föreläsningar. Det har fungerat mycket bra.”

”Bättre samordning behövs när det gäller inkommande utbytesstudenter. Bättre samarbete med vården skulle vara önskvärt.”

”Är relativt ny som samordnare så jag har inte så mycket erfarenhet av detta.”

”Just nu känns det som att landsting och kommun lastar över ansvaret för personliga hjälpmedel på lärosätet med hänvisning till den nya diskrimineringslagen. Här finns varken resurser eller kompetens för att prova ut personliga hjälpmedel som exempelvis hörselhjälpmedel.”

”Bra att denna utredning tydliggör ansvar mellan högskola och landsting.”

”Om sjukvården inte köper det personliga hjälpmedlet som studenten behöver i sina studier, köper eller hyr vi det. Vi gör det för att studenten inte ska skickas mellan instanser, även om vi anser att det är sjukvårdens ansvar.”

”Tidigare har det funnits samarbete med landsting kring hjälpmedel. Eftersom vi i dag får få frågor från studenter kring hjälpmedel så är vår uppfattning att landstinget bistår med de hjälpmedel studenten är i behov av.”

”Som sagt, detta måste tas på allvar, inte läggas på en anställd som extrasyssla på 10 procent.”

”Bra om det kan bli tydligare riktlinjer kring detta. Vi har vid flera tillfällen köpt in personliga hjälpmedel då studenten hamnat i kläm.”

”Viktigt att vi blir bättre på hjälpmedel för kognitiva nedsättningar.”

”Det är många studenter som bor i andra kommuner. Många studenter läser distanskurser.”

”Jag stöter ibland på problem om det är lärosätet eller studenten själv som borde stå för ett hjälpmedel. t.ex. ett särskilt avancerat stetoskop som går att koppla till studentens hörapparat, då övriga studenter själva står för inköp av personligt stetoskop som de använder i undervisningen men också senare som yrkesverksamma.”

”Jag har de senaste åren träffat flera studenter som har en ganska svår/allvarlig sjukdom som de kanske behandlas för på sin hemort. De vill därför inte folkbokföra sig hos oss utan vill vara kvar i sitt

hemlandsting. Men det kan ibland ställa till problem eftersom de inte är vårt landstings patienter. Jag tycker personligen att det är omodernt att vi måste ”höra till” ett visst landsting eller en viss kommun för att få stöd som är nödvändigt för att klara av ex. studier. I dag flyttar vi och rör oss över såväl landstings- som kommun- och t.o.m. landgränser och att stödet ska hänga ihop med var jag bor, finner jag otidsenligt. Det måste finnas smartare lösningar. Kanske ska sjukvården och omsorgen vara statlig. I synnerhet då det skiljer så mycket mellan olika kommuner och landsting.”

Statens offentliga utredningar 2017

Kronologisk förteckning

1. För Sveriges landsbygder – en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd. N.
2. Kraftsamling för framtidens energi. M.
3. Karens för statsråd och statssekreterare. Fi.
4. För en god och jämlik hälsa. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. S.
5. Svensk social trygghet i en globaliserad värld. Del 1 och 2. S.
6. Se barnet! Ju.
7. Straffprocessens ramar och domstolens beslutsunderlag i brottmål – en bättre hantering av stora mål. Ju.
8. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017. Kärnavfallet – en fråga i ständig förändring. M.
9. Det handlar om oss. – unga som varken arbetar eller studerar. U.
10. Ny ordning för att främja god sed och hantera oredlighet i forskning. U.
11. Vägskatt. Volym 1 och 2. Fi.
12. Att ta emot människor på flykt. Sverige hösten 2015. Ju.
13. Finansiering av infrastruktur med privat kapital? Fi.
14. Migrationsärenden vid utlandsmyndigheterna. Ju.
15. Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. S.
16. Sverige i Afghanistan 2002–2014. UD.
17. Om oskuldspresumtionen och rätten att närvara vid rättegången. Genomförande av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. Ju.
18. En nationell strategi för validering. U.
19. Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen mot fördjupad lokal samverkan för unga arbetslösa. A.
20. Tillträde för nybörjare – ett öppnare och enklare system för tillträde till högskoleutbildning. U.
21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Del 1 och 2. S.
22. Från värdekedja till värdecykel – så får Sverige en mer cirkulär ekonomi. M.
23. digitalforvaltning.nu. Fi.
24. Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön? A.
25. Samlad kunskap – stärkt handläggning. S.
26. Delningsekonomi. På användarnas villkor. Fi.
27. Vissa frågor inom fastighets- och stämpelskatteområdet. Fi.
28. Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö. A.
29. Brottsdatalag. Ju
30. En omreglerad spelmarknad. Del 1 och 2. Fi.
31. Stärkt konsumentskydd på bostadsrättsmarknaden. Ju.
32. Substitution i Centrum – stärkt konkurrenskraft med kemikaliesmarta lösningar. M.
33. Stärkt ställning för hyresgäster. Ju.
34. Ekologisk kompensation – Åtgärder för att motverka nettoförluster av biologisk mångfald och ekosystemtjänster, samtidigt som behovet av markexploatering tillgodoses. M.
35. Samling för skolan. Nationell strategi för kunskap och likvärdighet. U.
36. Informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Ju.
37. Kvalificerad välfärdsbrottslighet – förebygga, förhindra, upptäcka och beivra. Ju.

38. Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning. Fi.
39. Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskydds–förordning. Ju.
40. För dig och för alla. S.
41. Meddelarskyddslagen – fler verksamheter med stärkt meddelarskydd. Ju.
42. Vem har ansvaret? M.
43. På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. S.

Statens offentliga utredningar 2017

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen mot fördjupad lokal samverkan för unga arbetslösa. [19]

Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön? [24]

Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö. [28]

Finansdepartementet

Karens för statsråd och statssekreterare. [3]

Vägskatt. Volym 1 och 2. [11]

Finansiering av infrastruktur med privat kapital? [13]

digitalforvaltning.nu. [23]

Delningsekonomi. På användarnas villkor. [26]

Vissa frågor inom fastighets- och stämpelskatteområdet. [27]

En omreglerad spelmarknad. Del 1 och 2. [30]

Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning. [38]

Justitiedepartementet

Se barnet! [6]

Straffprocessens ramar och domstolens beslutsunderlag i brottmål – en bättre hantering av stora mål. [7]

Att ta emot människor på flykt. Sverige hösten 2015. [12]

Migrationsärenden vid utlandsmyndigheterna.[14]

Om oskuldspresumtionen och rätten att närvara vid rättegången. Genomförande av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. [17]

Brottsdatalag. [29]

Stärkt konsumentskydd på bostadsrättsmarknaden. [31]

Stärkt ställning för hyresgäster. [33]

Informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. [36]

Kvalificerad välfärdsbrottslighet – förebygga, förhindra, upptäcka och beivra. [37]

Meddelarskyddslagen – fler verksamheter med stärkt meddelarskydd. [41]

Miljö- och energidepartementet

Kraftsamling för framtidens energi. [2]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017. Kärnavfallet – en fråga i ständig förändring. [8]

Från värdekedja till värdecykel – så får Sverige en mer cirkulär ekonomi. [22]

Substitution i Centrum – stärkt konkurrenskraft med kemikaliesmarta lösningar. [32]

Ekologisk kompensation – Åtgärder för att motverka nettoförluster av biologisk mångfald och ekosystemtjänster, samtidigt som behovet av markexploatering tillgodoses. [34]

Vem har ansvaret? [42]

Näringsdepartementet

För Sveriges landsbygder – en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd. [1]

Socialdepartementet

För en god och jämlik hälsa. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. [4]

Svensk social trygghet i en globaliserad värld. Del 1 och 2.[5]

Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. [15]

Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Del 1 och 2. [21]

Samlad kunskap – stärkt handläggning. [25]

För dig och för alla. [40]

På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. [43]

Utbildningsdepartementet

Det handlar om oss. – unga som varken arbetar eller studerar. [9]

Ny ordning för att främja god sed och hantera oredlighet i forskning. [10]

En nationell strategi för validering [18]

Tillträde för nybörjare – ett öppnare och enklare system för tillträde till högskoleutbildning. [20]

Samling för skolan. Nationell strategi för kunskap och likvärdighet. [35]

Utrikesdepartementet

Sverige i Afghanistan 2002–2014. [16]