

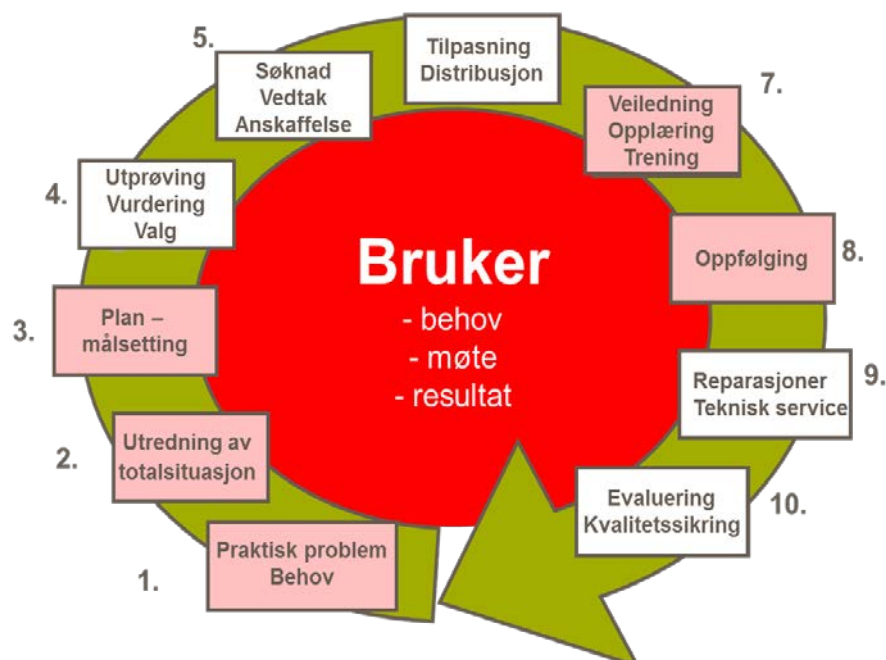
# Rapport

## Utredning av finansiering og formidling av høreapparater og ortopediske hjelpemidler

### Forfattere

Espen Helge Aspnes

Jan Wilhelm Lippestad, Trond Halvorsen, Carlijn Vis, Tone Øderud



Figur 1: Hentet fra [www.veiviseren.no](http://www.veiviseren.no)

# Rapport

## Utredning av finansiering og formidling av høreapparater og ortopediske hjelpemidler

**EMNEORD:**

Finansiering  
Formidling  
Hjelpemiddel  
Høreapparat  
Hørsel  
Ortopedi  
Ortopedisk

**VERSJON**

Versjon 4 – Endelig rapport

**DATO**

2019-10-04

**FORFATTERE**

Espen Helge Aspnes  
Jan Wilhelm Lippestad, Trond Halvorsen, Carlijn Vis, Tone Øderud

**OPPDRAGSGIVER**

Arbeids- og sosialdepartementet

**OPPDRAGSGIVERS REF.**

Ola Nyland / Sara Bruvoll

**PROSJEKTNR**

102018777

**ANTALL SIDER OG VEDLEGG:**

68 + vedlegg

**SAMMENDRAG**

Oppdraget tar utgangspunkt i rapporten fra Ekspertutvalget (Ekspertutvalg, 2017). Ved gjennomføring av oppdraget er det i alt gjennomført 24 intervju, derav 6 gruppeintervju, for å få grunnlag for vurdering av hvordan dagens formidling innen de to hjelpemiddelområdene (høreapparater og ortopediske hjelpemidler) fungerer. Det er lagt spesiell vekt på intervju med brukere. Det er også benyttet en rekke informasjonskilder (se referanseliste). Et hovedinntrykk er at nåværende todelte ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten (formidling) og arbeids- og velferdsetaten (vedtaks- og finansiering) fungerer bra, og at saksbehandlingstiden i arbeids- og velferdsetaten utgjør en liten andel av det totale formidlingsforløpet. Likevel pekes det på flere forbedringsmuligheter innenfor dagens modell. I rapporten skisserer vi følgende 4 alternative modeller:

**Modell I:** Videreføring av dagens todelte system, med forbedringspunkter

**Modell II:** Videreføring av dagens todelte system – overføring av mer ansvar fra NAV til spesialisthelsetjenesten

**Modell III:** Overføring av forvaltningsoppgaver fra NAV til Helfo - fortsatt finansiering gjennom folketrygden

**Modell IV:** Totalansvar lagt til spesialisthelsetjenesten

Konklusjon er at dagens modell med formidling (spesialisthelsetjenesten) og finansiering (folketrygden) videreføres med visse forbedringer. Når det gjelder forvaltning, bør det på sikt vurderes å overføre oppgaver fra NAV til Helfo.

**UTARBEIDET AV**

Espen H. Aspnes, seniorrådgiver

## SIGNATUR

**KONTROLLERT AV**

Anita Das, forskningsleder (PhD)

## SIGNATUR

**GODKJENT AV**

Jon Harald Kaspersen, forskningssjef (PhD)

## SIGNATUR



**SINTEF Digital**

Postadresse:  
Postboks 4760 Torgarden  
7465 Trondheim

Sentralbord: 40005100

[info@sintef.no](mailto:info@sintef.no)

Foretaksregister:  
NO 919 303 808 MVA

---

**RAPPORTNR**  
2019:00896

**ISBN**  
978-82-14-06384-4

**GRADERING**  
Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**  
Åpen

# Historikk

---

<b>VERSJON</b>	<b>DATO</b>	<b>VERSJONSBESKRIVELSE</b>
1	2019-03-20	Utkast til vurdering hos Arbeids- og sosialdepartementet
2	2019-08-21	Utkast etter innspill fra Arbeids- og sosialdepartementet
3	2019-09-02	Utkast til endelig rapport
4	2019-10-04	Endelig rapport

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1	Hva legges i begrepet "formidling"?	7
<b>2</b>	<b>Sammendrag</b> .....	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Historisk bakgrunn for dagens organisering</b> .....	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Metodisk tilnærming</b> .....	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>Rapporten fra ekspertutvalget</b> .....	<b>9</b>
5.1	Hovedtrekk.....	9
5.2	Ekspertutvalgets anbefalinger .....	10
<b>6</b>	<b>NAV Hjelpemiddelsentraler</b> .....	<b>11</b>
6.1	Regelverket i folketrygdloven .....	13
6.1.1	Relevante utdrag fra Folketrygdloven .....	13
<b>7</b>	<b>Økende behov for hjelpemidler og tilrettelegging</b> .....	<b>13</b>
7.1	Befolkningen vokser og andelen eldre øker .....	15
7.2	Økt behov for hjelpemidler og tilrettelegging .....	17
<b>8</b>	<b>Hjelpemiddelsystemene i Danmark og Sverige</b> .....	<b>17</b>
8.1	Hjelpemiddelsystemet i Danmark.....	17
8.2	Hjelpemiddelsystemet i Sverige.....	19
8.3	En sammenligning av høreapparatformidlingen i noen land (DK, SE, NO og UK 2016).....	20
<b>9</b>	<b>Beskrivelse av dagens organisering – Felles for begge hjelpemiddelområder</b> .....	<b>22</b>
9.1	Innledning .....	22
9.2	Stønadsbehandling og fakturakontroll – Beskrivelse av dagens organisering .....	22
9.3	Evaluerings av dagens organisering for stønadsbehandling og fakturakontroll .....	23
9.4	Anskaffelse av hjelpemidler .....	23
<b>10</b>	<b>Formidling og finansiering av høreapparater</b> .....	<b>25</b>
10.1	Innledning .....	25
10.2	Kartlegging og beskrivelse av dagens organisering .....	25
10.3	EuroTrak Norway 2019 – noen hovedfunn .....	28
10.4	"Høreapparatformidlerundersøkelsen" 2014 .....	32
10.5	Evaluerings av dagens organisering vedr. høreapparater .....	33
10.5.1	Har NAV sin rolle en merverdi? .....	33
10.5.2	Sikrer dagens ordning en effektiv forvaltning av hjelpemidlene?.....	34

10.5.3	Sikrer dagens ordning god kostnadskontroll? .....	35
10.5.4	Andre forhold av betydning for vurdering av høreapparatformidlingen .....	36
10.6	Teknologisk utvikling.....	36
10.7	Innovasjons-/utviklingsmuligheter .....	37
10.7.1	Endret oppgavefordeling ved bruk av teknologiske muligheter .....	37
10.7.2	Kommunale og/eller ambulerende audiografer.....	37
10.7.3	Bedre opplæring ut til distriktene .....	38
10.7.4	Forenkling av formidlingsprosessen etter 6 år .....	38
<b>11</b>	<b>Formidling og finansiering av ortopediske hjelpemidler .....</b>	<b>40</b>
11.1	Innledning .....	40
11.2	Kartlegging og beskrivelse av dagens organisering .....	40
11.3	Evaluering av dagens organisering – ortopediske hjelpemidler .....	44
11.3.1	Innledning .....	44
11.3.2	Brukerhistorier.....	44
11.3.3	Har NAV sin rolle en merverdi? .....	46
11.3.4	Sikrer dagens ordning god kostnadskontroll? .....	47
11.3.5	Styrker og svakheter ved dagens organisering.....	48
<b>12</b>	<b>Alternative organiseringsmodeller .....</b>	<b>52</b>
12.1	Innledning .....	52
12.2	Modell I: Videreføring av dagens todelte system, med forbedringspunkter .....	53
12.2.1	Forbedringspunkter .....	53
12.2.2	Konsekvenser av modellen for brukerne.....	54
12.2.3	Økonomiske konsekvenser .....	54
12.2.4	Administrative konsekvenser .....	54
12.3	Modell II: Overføring av forvaltningsoppgaver fra NAV til spesialisthelsetjenesten, med fortsatt finansiering gjennom folketrygden.....	55
12.3.1	Konsekvenser av modellen for brukerne.....	56
12.3.2	Økonomiske konsekvenser .....	57
12.3.3	Administrative konsekvenser .....	57
12.4	Modell III: Overføring av forvaltningsoppgaver fra NAV til Helfo, med fortsatt finansiering gjennom folketrygden.....	57
12.4.1	Konsekvenser for brukerne .....	57
12.4.2	Økonomiske konsekvenser .....	58
12.4.3	Administrative konsekvenser .....	58
12.5	Modell IV: Ansvar for formidling, forvaltning og finansiering lagt til spesialisthelsetjenesten (de regionale helseforetakene).....	58
12.5.1	Konsekvenser av modellen for brukerne.....	60
12.5.2	Økonomiske konsekvenser.....	60
12.5.3	Administrative konsekvenser .....	61

12.6	Forvaltning og finansiering – en drøfting.....	62
12.6.1	Innledning.....	62
12.6.2	Forvaltning.....	62
12.6.3	Finansiering.....	65
13	Konklusjon .....	66
14	Referanser.....	67
15	Vedlegg.....	69
15.1	Intervjuguide.....	69
15.2	Informasjonsskriv med samtykkeskjema.....	71
15.3	Formidling av høreapparater – Detaljert forløp .....	73

## Definisjoner og forkortelser

**Hjelpemiddel:** Et hjelpemiddel i folketrygdlovens forstand er i utgangspunktet et hjelpemiddel som er egnet til direkte å avhjelpe/erstatte/kompensere for en funksjonssvikt. Et hjelpemiddel er i utgangspunktet utstyr som er spesiallaget eller spesialtilpasset for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

**Behandlingshjelpemidler:** "Begrepet behandlingshjelpemidler omfatter både utstyr og (forbruks)materiell som benyttes i forbindelse med medisinsk behandling som tilbys av spesialisthelsetjenesten og gjennomføres utenfor sykehus. Behandlingshjelpemiddelbegrepet er ikke entydig definert, men beror på en konkret vurdering av pasientens behov i det enkelte tilfelle. En pasient har krav på behandlingshjelpemidler dersom dette er nødvendig i forbindelse med medisinsk behandling". (<https://behandlingshjelpemidler.no/nasjonal-veileder/>)

**Bruker:** "En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form." (helsedirektoratet.no). I denne rapporten brukes "bruker" om mottaker av hjelpemiddel og tilhørende formidlingstjeneste.

***Hvorfor brukermedvirkning?:** "Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Brukere har rett til å medvirke, og tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud.*

*Brukermedvirkning er også et virkemiddel på flere nivå. Blant annet kan brukermedvirkning bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud.*

*I tillegg har brukermedvirkning en egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet.*

*Dersom brukeren kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Dette vil kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange brukere opplever bli forsterket." (helsedirektoratet.no)*

## 1 Innledning

I prosjektet, har vi i henhold til bestillingen utredet alternative måter å organisere finansiering og formidling av høreapparater og ortopediske hjelpemidler, herunder:

1. En vurdering av dagens organisering fra både overordnet systemperspektiv, samt fra perspektivet til de ulike involverte aktørene.
2. Vurdert alternative organisasjonsmodeller, med utgangspunkt i ekspertutvalgets tilråding (Ekspertutvalg, 2017), og hvor ett av forslagene er basert på en fortsatt forankring i folketrygden. Utredningen omfatter antatte konsekvenser for brukerne, og økonomiske og administrative konsekvenser av de ulike modellene.

Vurderingene er basert på historiske erfaringer, og innbefatter betraktninger om bærekraft i en fremtid med en voksende og aldrende befolkning. I utredningen har vi pekt på et sett med forbedringspunkter for den gjeldende organisasjonsmodellen, og en forslag til alternative måter å organisere tjenestene på.

Som beskrevet i vårt prosjekttilbud, har vi strukturert oppdraget i to delprosjekter; ett for ortopediske hjelpemidler og ett for høreapparater. Delprosjektene, som presenteres nedenfor, er gitt noenlunde lik oppbygging på overskrifts nivå, og vi har benyttet den samme metoden for datainnsamling i de to delprosjektene; individuelle intervjuer, gruppeintervjuer og statistikk.

### 1.1 Hva legges i begrepet "formidling"?

Ekspertutvalget viste til at "formidlingen av høreapparater og ortopediske hjelpemidler er lagt til spesialisthelsetjenesten". Formidlingsprosessen kan defineres på flere måter, men det vanligste er å beskrive prosessen fra en bruker melder et behov til vedkommende har fått et hjelpemiddel som fungerer. Prosessen med formidling av hjelpemidler kan deles i følgende faser: utredning, utprøving og valg av hjelpemiddel, opplæring i bruken av hjelpemidlet, og oppfølging.

Med en slik definisjon lagt til grunn, inkluderer "**formidling av høreapparater**" innledende konsultasjon hos fastlege med henvisning, hørselstest, undersøkelse av ØNH-spesialist, utprøving valg og justering av høreapparat hos audiograf og videre oppfølging.

Rollene som NAV har med håndtering av utprøvlingslager og avtaler med leverandører, samt saksbehandling av søknader inkl. kontroll og oppgjør hører ifølge Ekspertutvalget ikke inn under "formidling". Men utøvelsen av disse rollene kan ha store konsekvenser for formidlingen. Dessuten viser intervju med brukere m.m. at en bedre koordinering mellom formidling av høreapparater og øvrige hørselstekniske hjelpemidler (som NAV Hjelpemiddelsentraler formidler) er ønskelig ut fra brukernes behov.

"**Formidling av ortopediske hjelpemidler**" inkluderer både utredningen hos ortoped, samt ortopedingeniørenes arbeid med tilpasning, utprøving, valg av hjelpemiddel og opplæring i bruk. Når det gjelder utredningen og man tar utgangspunkt i søknadskjema 10-07.10, skal det under "legeerklæring" anføres "diagnose" (diabetes, traume, polio o.l.), "årsak til behov" (amputasjon, parese, paralyse, feilstilling, deformitet, sårprofylakse, annet) og en beskrivelse av hvordan funksjonsforstyrrelsen påvirker evnen til å utføre daglige aktiviteter. Her skal også begrunnes hvorfor hjelpemidlet er nødvendig, samt om søkeren vil ha behov for hjelpemidlet i minst to-tre år. Videre skal spesialist gi en nærmere beskrivelse av hjelpemidlet. I møtet med det ortopediske verkstedet dreier prosessen seg om brukermøte, å forstå brukerens behov, å ta mål til å fremstille og tilpasse de ortopediske hjelpemidlene, samt trening i bruk av hjelpemidlet.



## 2 Sammendrag

Oppdraget tar utgangspunkt i rapporten fra Ekspertutvalget (Ekspertutvalg, 2017). Ved gjennomføring av oppdraget er det i alt gjennomført 24 intervju, derav 6 gruppeintervju. De to hjelpemiddelområdene (høreapparater og ortopediske hjelpemidler) er i hovedsak behandlet hver for seg. Det er lagt spesiell vekt på intervju med brukere. Formidlingsforløpene for de to hjelpemiddelkategoriene er illustrert i såkalte "Service Blueprints". Det er også benyttet en rekke informasjonskilder (se referanseliste).

Et hovedinntrykk er at den nåværende todelte ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten (formidlingsansvar) og arbeids- og velferdsetaten (vedtaks- og finansieringsansvaret) fungerer bra, og at saksbehandlingstiden i arbeids- og velferdsetaten utgjør en svært liten andel av det totale formidlingsforløpet. Likevel pekes det på flere forbedrings-/innovasjonsmuligheter innenfor dagens modell.

Basert på kartleggingen i rapporten skisseres følgende 4 alternative modeller:

- **Modell I:** Videreføring av dagens todelte system, med forbedringspunkter
- **Modell II:** Overføring av forvaltningsoppgaver fra NAV til spesialisthelsetjenesten, med fortsatt finansiering gjennom folketrygden
- **Modell III:** Overføring av forvaltningsoppgaver fra NAV til Helfo, med fortsatt finansiering gjennom folketrygden
- **Modell IV:** Ansvar for formidling, forvaltning og finansiering lagt til spesialisthelsetjenesten (de regionale helseforetakene)

Konklusjon er at dagens modell med formidling (spesialisthelsetjenesten) og finansiering (folketrygden) videreføres med visse forbedringer. Når det gjelder forvaltning, bør det på sikt vurderes å overføre oppgaver fra NAV til Helfo.

## 3 Historisk bakgrunn for dagens organisering

Deler av hjelpemiddelområdet på statlig side (folketrygden) er forvaltet av NAV Arbeid og ytelser. Dette gjelder blant annet for ortopediske hjelpemidler og høreapparater. Arbeids- og velferdsetatens ansvar i disse sakene er hovedsakelig knyttet til å fatte vedtak basert på faglig uttalelse eller begrunnelse fra bl.a. ØNH-leger og ortopeder, for deretter å refundere utgiftene etter fastsatte satser og retningslinjer. Kompetansen og formidlingsansvaret er det spesialisthelsetjenesten som ivaretar. I disse sakene har med andre ord Arbeids- og velferdsetaten i liten grad mulighet til å overprøve de faglige vurderingene som foretas av spesialisthelsetjenesten.

I "NOU 2010:5 Aktiv deltakelse" ble det vist til at Arbeids- og velferdsetaten i liten grad har mulighet til å faglig overprøve søknadene eller rekvisisjonene som gjelder høreapparater og ortopediske hjelpemidler. Dette medførte etter utvalgets vurdering svak kontroll knyttet til utbetalingen. Utvalgets flertall foreslo derfor at vedtaks- og finansieringsansvaret for høreapparater og ortopediske hjelpemidler ble lagt til spesialisthelsetjenesten. I oppfølgingen av NOU 2010:5 avviste alle brukerorganisasjonene forslaget om å overføre ansvaret for *høreapparater og ortopediske hjelpemidler* til spesialisthelsetjenesten. Hovedbegrunnelsen var at forslaget vil svekke brukernes rettigheter og innebære forskjellsbehandling når det gjelder disse hjelpemidlene. Også interesse- og bransjeorganisasjonene var imot forslaget, mens en arbeidstakerorganisasjon mente at forslaget vil rydde opp i "gråsoneproblematikk". Legeforeningen støttet at vedtaks- og finansieringsansvaret vedrørende ortopediske hjelpemidler overføres til spesialisthelsetjenesten, men mente at vedtaks- og finansieringsansvaret for høreapparater fortsatt bør ligge i Arbeids- og velferdsetaten.

## 4 Metodisk tilnærming

Vår tilnærming ved gjennomføringen av utredningen har vært en gjennomgang av relevante rapporter etc. kombinert med intervju med personer i berørte organisasjoner og brukere av høreapparater og ortopediske hjelpemidler. Vi har lagt spesiell vekt på brukerne. Intervjuene har vært gjennomført som *semistrukturerte intervju*. Det innebærer at vi har utarbeidet intervjuguider (se Vedlegg 16.1) som angir hvilke tema vi ønsket belyst. Spørsmålene vi har benyttet har hatt som hensikt å sørge for at intervjuobjektet uttalte seg om alle relevante tema, og samtidig sørge for at intervjuobjektet får snakke mest mulig fritt innenfor hvert tema. I forkant av intervjuene fikk intervjuobjektet tilsendt et informasjonsskriv med samtykkeskjema (se Vedlegg 16.2) for signering.

I noen av intervjuene har vi benyttet illustrasjonene ("service blueprints") som er utarbeidet for de to ulike formidlingsforløpene. Illustrasjonene er oppdatert gjennom prosjektet for å reflektere ny informasjon som er avdekket.

Konsekvensvurdering er gjennomført ved forenklet samfunnsøkonomisk analyse.<sup>1</sup> Dette er en metode som er velegnet når det ikke er hensiktsmessig med et omfattende arbeid for å kvantifisere og verdsette kostnad og nyttevirkninger. Kostnadstall benyttes når de er lett tilgjengelige, mens såkalte «ikke-prissatte effekter» for aktørene beskrives kvalitativt. Analysen skal innfri prinsipper og krav som beskrevet i Finansdepartementets rundskriv R-109/2014 om økonomiske utredninger av statlige tiltak.

## 5 Rapporten fra ekspertutvalget

Regjeringen varslet i Sundvolden-plattformen (2013) at det skulle foretas en helhetlig gjennomgang av hjelpemiddelpolitikken i løpet av valgperioden. Regjeringen nedsatte **ekspertutvalget** 26. november 2015, som la fram sin rapport i 2017: "*En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring. Rapport fra et ekspertutvalg, Februar 2017*". I henhold til bestillingen av den utredningen SINTEF har utført skulle det vurderes alternative organisasjonsmodeller for formidling og finansiering av høreapparater og ortopediske hjelpemidler, og hvor alternativene som vurderes skulle ta utgangspunkt i ekspertutvalgets tilrådning. Vi gir derfor en kortfattet oppsummering av hovedpunkter i utvalgets rapport, da dette danner grunnlaget for den utredningen SINTEF har gjennomført.

### 5.1 Hovedtrekk

I ekspertutvalgets rapport fra 2017 belyste man noen av de samme problemstillingene som i NOU 2010:5 (Utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 25.04.08, 2010). Ekspertutvalget viste til at formidlingen av høreapparater og ortopediske hjelpemidler er lagt til spesialisthelsetjenesten, men finansieres som rettighet i folketrygden. Saksbehandlingen i Arbeids- og velferdsetaten er lagt til NAV Arbeid og ytelser (tidligere forvaltningsenheter), som ifølge utvalget, ikke har noen særskilt kompetanse på disse hjelpemidlene. Det var ikke tydelig for utvalget hvilken merverdi Arbeids- og velferdsetatens rolle gir i sakene, utover at dagens ansvarsdeling sikrer brukernes rettigheter i folketrygden. Utvalget mente det var grunnlag for å stille spørsmål ved om dagens ordning sikrer en effektiv forvaltning av denne typen hjelpemidler og om det gir god kostnadskontroll. Utvalget foreslo at det ble foretatt en evaluering av disse områdene, der man så særskilt på ansvarsdelingen. Utvalget mente det var grunnlag for å stille spørsmål ved om dagens ordning sikrer en effektiv forvaltning av denne typen hjelpemidler og om det gir god kostnadskontroll.

Utvalget mente det kunne stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig at den instansen som besitter kompetansen og som vurderer behovet, ikke har vedtaks- og finansieringsansvaret i saken. Dette mente ekspertutvalget ga **svak kostnadskontroll**. Med kostnadskontroll forsto utvalget strategier som gjør det mulig

<sup>1</sup> <https://dfo.no/fagomrader/utredning/forenklet-analyse>

å håndtere utgiftene med den høyeste grad av effektivitet. På hjelpemiddelområdet kan dette omfatte både at man bruker ressursene på de rette tiltakene og tjenestene (formålseffektivitet) og at tiltakene og systemet frembringer resultatene uten unødig ressursbruk og sløsing (kostnadseffektivitet).

Utvalget mente at skillet medfører at det blir svak kontroll av utbetalingene og at dagens refusjonssystem for høreapparater og ortopediske hjelpemidler i liten grad ga insentiver til kostnadseffektivitet. En viktig fordel ved systemet var imidlertid, ifølge ekspertutvalget, at valg av materialer og teknologiske løsninger i all hovedsak ble et resultat av en faglig vurdering fra spesialisthelsetjenesten av brukerens behov, og ikke av økonomiske forhold. Det ble også pekt på at dagens todelte ansvarsdeling (kompetansen og formidlingsansvaret i spesialisthelsetjenesten og vedtaks- og finansieringsansvaret i arbeids- og velferdsetaten) kan medføre ulemper for brukerne gjennom **unødig lang samlet saksbehandlingstid** og uklare informasjonskanaler for alle involverte.

Utvalget tok i sine vurderinger **utgangspunkt i brukeren**, og hvordan sikre at brukernes behov best kan håndteres i en fremtidig modell. Videre skal tjenesten ytes så effektivt og økonomisk som mulig, og av den instansen som underbygger at dette kan skje. Utvalget la et tjenesteperspektiv til grunn, der hjelpemidler og tilrettelegging er ett mulig tiltak for en bruker, men ikke målet i seg selv. Det var sentralt for utvalget å understreke viktigheten av hjelpemidler og tilrettelegging for å gi muligheter for økt deltakelse og mestring. Å sikre god tilgang på hjelpemidler og andre tilretteleggingstiltak mente utvalget var god samfunnsøkonomi. En passiv hjelpemiddelpolitikk kan føre til større behov for andre hjelpetiltak, som igjen gjør brukerne mindre i stand til å være selvhjulpne. Det vil føre til at samfunnet må investere i dyrere tiltak som økt behov for personlig bistand eller institusjonsinnleggelse. Hjelpemidler og tilrettelegging var etter utvalgets vurdering sentrale tiltak for å kunne sikre at man skal kunne bo lengre hjemme, samt i størst mulig grad settes i stand til å klare seg selv.

I rapporten fra ekspertutvalget ble det vist til at innenfor Arbeids- og velferdsetaten, herunder på hjelpemiddelområdet, har utviklingen gått i retning av **økt spesialisering** av fagområder og færre enheter. Det har foregått en omfattende spesialisering av ytelsesforvaltningen de senere årene. Målet er å legge til rette for økt effektivitet og større likhet ved å behandle hver ytelse ved færre enheter slik at fagmiljøene blir større og mer kompetente. Løpet av 2016 ble ytterligere en tredjedel av ytelsene organisert i færre enheter. Denne puljen i spesialiseringssløpet omfattet bl.a. hjelpemidler som behandles i forvaltningsenhetene (blant annet ortopediske hjelpemidler og høreapparat).

## 5.2 Ekspertutvalgets anbefalinger

Som **hovedmodell** i rapporten foreslo utvalget å videreføre lovfestede rettigheter i folketrygden. Utvalget ønsket dermed å videreføre grunnmodellen i dagens system. Utvalget så behov for å gjøre noen justeringer i ansvarsdelingen på området, men den klare hovedmodellen er en videreføring av dagens system.

Ekspertutvalget mente at det var grunnleggende at behovsvurderingen ble gjort der kompetansen er størst. Med bakgrunn i at stønaden til ortopediske hjelpemidler har betydelige brukergrupper og at etterspørselen vil øke noe i tråd med den demografiske utviklingen, mente utvalget at det var behov for å vurdere tiltak for bedre **kostnadskontroll** på dette området. Det mente utvalget enten kunne gjøres gjennom å overflytte totalansvaret til spesialisthelsetjenesten, eller alternativt beholde dagens todelte system, men innføre et mer helhetlig system for indirekte kostnadskontroll. Dette mente utvalgte for eksempel kunne gjøres ved å innføre mer egenandeler og maksimalsatser.

Utvalget så et stort behov for at det ble utviklet **bedre IKT-løsninger** på hjelpemiddelområdet, både for å bedre samhandlingen mellom stat og kommune, og for å ivareta brukernes informasjons- og medvirkningsbehov på en bedre måte. Bedre IKT-løsninger mente en kunne gi en mer effektiv forvaltning, bedre kostnadskontroll, raskere levering, bedre faglig samhandling, sterkere brukervedvirkning, selvbetjenings-

løsninger og muligheter for innsyn i egen sak. Utvalget mente at lange formidlings- og saksbehandlingskjeder kunne medføre lang ventetid for brukere.

## 6 NAV Hjelpemiddelsentraler

Hjelpemiddelsentralene forvalter hjelpemidler etter folketrygdloven, med virksomhet og ansvar regulert i egen forskrift. Hjelpemiddelsentralene har et **overordnet og koordinerende ansvar** for hjelpemidler til mennesker med nedsatt funksjonsevne i sitt fylke. Den skal bidra til likeverdig og helhetlig problemløsning for mennesker med nedsatt funksjonsevne i hjem, skole, arbeid og fritid, gjennom hjelpemidler, ergonomiske tiltak og tolketjeneste. I dette ligger også tiltak, virkemidler og tjenester som gjelder mer enn å bidra med hjelpemidler. Ofte gir hjelpemiddelsentralen råd og veiledning om tilrettelegging av omgivelsene, både eksisterende omgivelser og under planlegging av nye prosjekter, basert på kunnskap om universell utforming. Hjelpemiddelsentralen er et ressurs- og kompetansesenter på andrelinjenivå for offentlige instanser og andre som har ansvar for å løse problemer for mennesker med nedsatt funksjonsevne. I tillegg til å bistå samarbeidspartnere i formidling av hjelpemidler, har hjelpemiddelsentralen et **forvaltningsansvar**. Dette innebærer å sikre at hjelpemidlene tildeles i tråd med folketrygdlovens regler og å styre økonomien rundt hjelpemiddel-formidlingen. Effektive innkjøp og vareflyt, inkludert gjenbruk, er eksempler på utøvelse av forvaltningsansvaret.

Hjelpemiddelsentralene yter tjenester til en rekke samarbeidsparter og har også ansvar for tjenester og tiltak som ikke er produkt- eller hjelpemiddelbasert. Arbeidsrettede oppfølgings- og veiledningstjenester for brukere med synshemming, hørselshemming, døvblindhet og kognitiv svikt/hjerneskada er eksempler på slike tjenester.

Hjelpemiddelsentralene dekker mange fag- og funksjonsområder. Eksempler er hørsel (inkludert tolketjenester), syn, bevegelse/forflytning, kognitiv svikt, talehemming, teknikk, innkjøp, lagerforvaltning (inkludert lagerstyring, distribusjon, rengjøring, service og transport), søknadsbehandling og administrasjon. Mangfoldet i de ansattes kompetanse er stor, og det er ansatt bl.a. tolker, hørselspedagoger, audiografer, optikere, synspedagoger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, spesialpedagoger/logoped, ingeniører og teknikere.

Med utgangspunkt i et tjenesteperspektiv har hjelpemiddelsentralene kompetanse om ulike tilretteleggingsmuligheter og -tiltak, og om hvordan hjelpemidler, tolk, ergonomiske og andre fysiske tilretteleggingstiltak kan kompensere for, eller avhjelpe, funksjonstap. Dette innebærer kompetanse om nedsatt funksjonsevne og konsekvenser av dem, om utredning og utprøving tilpasset brukers behov og kompetanse om ulike løsninger. Hjelpemiddelsentralene har kompetanse om formidlingsprosessen, produkter som finnes på markedet, produktenes bruksområde og tilpasningsmuligheter, og om muligheter for reparasjon, vedlikehold og gjenbruk.

Hjelpemiddelsentralene bistår kommunene og andre samarbeidspartnere i utredning av brukerbehov og oppfølging i saker hvor det lokale formidlingsapparatet ikke har tilstrekkelig kompetanse. På den måten deltar hjelpemiddelsentralen i formidlingsprosessen i større grad ved komplekse behov enn ved enklere behov. En stor del av ressursene brukes til å organisere og gjennomføre **opplæring** av kommunens personell innen helse, rehabilitering og omsorg, lokalt teknisk personell, NAV-kontorer og skoleetaten. Hjelpemiddelsentralene arrangerer en rekke kurs, og de har utviklet et e-læringsverktøy som gjør at samarbeidsparter kan få opplæring digitalt. Flere hjelpemiddelsentraler viser også til aktivt samarbeid med utdanningsinstitusjoner for å bidra til at studenter innen relevante fagområder får kunnskap om hjelpemidler og tilrettelegging via studiene. Dette gjelder fag som sykepleie og andre helsefag.

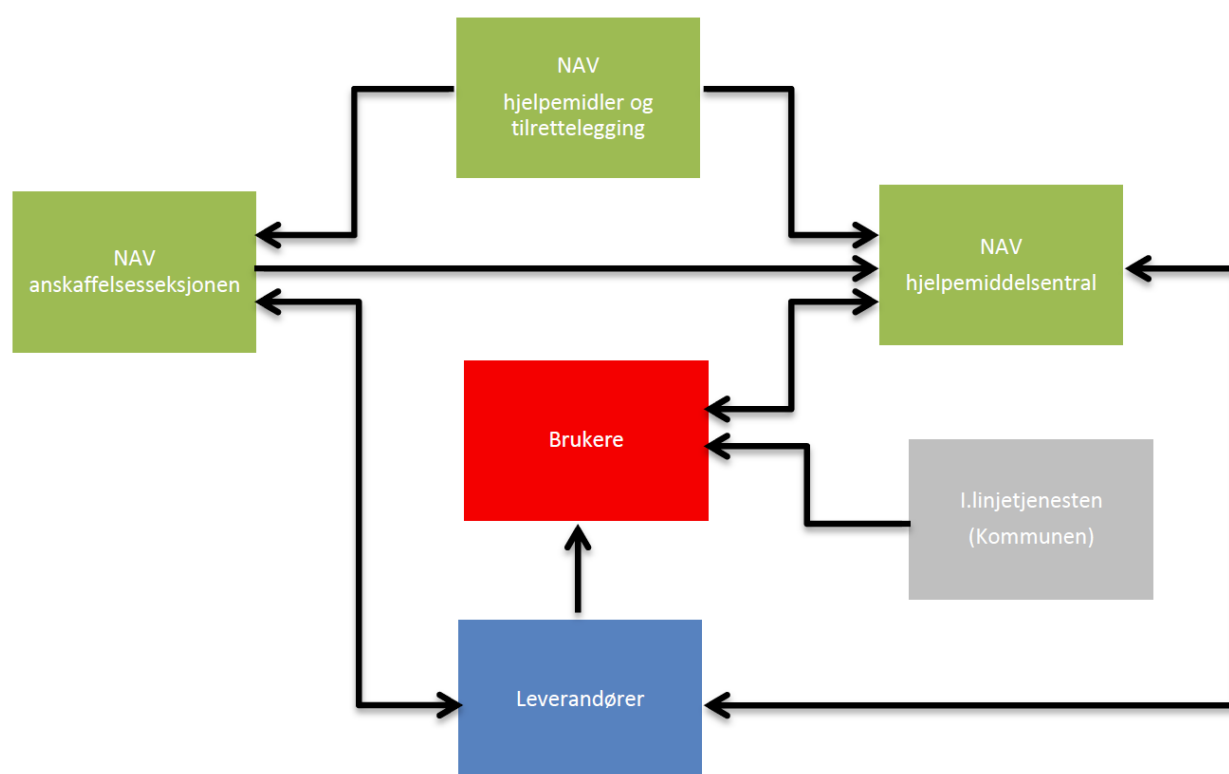
Rådgivningsansvaret innen ulike løsninger for tilrettelegging er ikke bare knyttet til virkemidler som finansieres via folketrygden. Hjelpemiddelsentralenes kompetanse er også overførbart til områder der finansieringen ivaretas av andre, slik som arbeidsgivere, utdanningsmyndigheter eller kommunen. Her kan kunnskap om universell utforming, tilgjengelighet, hørsel og akustikk, syn og lys, og tilrettelegging ved kognitiv svikt være

eksempler på kompetanse som i liten grad finnes i primærhelsetjenesten og bedriftshelsetjenestene, og som hjelpemiddelsentralene innehar.

Hjelpemiddelområdet ble etablert og skilt ut som et eget nasjonalt system på begynnelsen av 1980-tallet. Den første hjelpemiddelsentralen ble etablert i Telemark i 1979. I 1993 var det etablert hjelpemiddelsentraler i 16 fylker, og på dette tidspunktet var hjelpemiddelsentralene et fylkeskommunalt ansvar. Fra 1. januar 1994 ble ansvaret for hjelpemiddelsentralene overført til staten ved Trygdeetaten. I 1995 var det opprettet en hjelpemiddelsentral i hvert fylke. Målet med den statlige modellen var:

- Et landsdekkende, tilgjengelig og enhetlig system med en hjelpemiddelsentral i hvert fylke
- Et system for å samle alle hjelpemidler for ulike funksjonshemninger på et sted
- Et rettighetsorientert system hvor brukerne hadde juridisk rett til de hjelpemidler de hadde behov for

Arbeids- og velferdsetaten overtok ansvaret for formidlingen av hjelpemidler for personer med nedsatt funksjonsevne fra fylkestyregkontorene som en følge av NAV-reformen. Hjelpemiddelsentralene er en del av *NAV Hjelpemidler og tilrettelegging*, som er en enhet i Arbeids- og tjenestelinjen i Arbeids- og velferdsetaten, slik figuren under viser.



Figur 2: NAV – Anskaffelse av hjelpemidler

I september 2010 ble resultatområdet organisert i tre geografiske områder. Områdene ledes av hver sin områdeleder, som alle også er leder av en hjelpemiddelsentral. NAV Hjelpemidler og tilrettelegging består av en sentral styringsenhet og 18 hjelpemiddelsentraler, en i hvert fylke med unntak av Oslo og Akershus som har en felles hjelpemiddelsentral.

I tillegg til hjelpemiddelsentralene og styringsenheten finnes to nasjonale enheter i NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. Disse er *NAV Sentral Forsyningsenhet* og en nyopprettet fagenhet bestående av tidligere

NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse og fagsekretariatet. Sistnevnte enhet ble opprettet høsten 2016 og skal ha et overordnet ansvar for kompetanseutvikling, fagutvikling og informasjonstiltak. Ansvaret utøves i tett samarbeid med de andre enhetene i resultatområdet.

Hovedoppgaven til NAV Sentral Forsyningsenhet (SFE) er å bestille alle varer og tjenester for alle hjelpemiddelsentralene, og å være en tjenesteyter for sentralene opp mot leverandørene. SFE forvalter alle de sentrale innkjøpsavtalene på hjelpemiddelområdet, og har bl.a. ansvar for utvikling av registreringsinstruks og logistikkrutiner for hele resultatområdet.

## 6.1 Regelverket i folketrygdløven

Høreapparater og ortopediske hjelpemidler finansieres i dag gjennom folketrygden som er regulert gjennom folketrygdløven. Hjelpemidler og tjenester definert i folketrygdløven § 10-7 er i all hovedsak finansiert som rettighetsbaserte ytelser i form av rammebevilgninger som praktiseres som overslagsbevilgninger. Bevilgningene bestemmes da av hvor mange brukere som antas å ha behov for de gitte hjelpemidlene og prisutviklingen for disse hjelpemidlene. I tillegg blir det benyttet rammefinansiert budsjettstyring for aktivitets-hjelpemidler for personer over 26 år. Selv om utgiftene til tiltakene i folketrygdlovens kapittel 10 teknisk sett ikke er en overslagsbevilgning, så behandles disse i praksis som om de var det. Dersom utgiftene øker i forhold til anslaget, justeres anslagene opp. Dette betyr at det i all hovedsak ikke gis avslag på tiltak etter dette kapitlet grunnet manglende budsjettdekning.

### 6.1.1 Relevante utdrag fra Folketrygdløven

Hjelpemidler gitt etter folketrygdløven skal kompensere for visse utgifter til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet eller i dagliglivet som følge av sykdom, skade eller lyte. Når det er snakk om et hjelpemiddel iht. folketrygdløven, omfattes de rettighetene som fremgår av lovens kapittel 10. Folketrygdlovens kapittel 10 hjemler stønad til tiltak som er nødvendige og hensiktsmessige for at medlemmet skal bli i stand til å skaffe seg eller beholde høvelig **arbeid** (§ 10-5), tiltak som er nødvendige og hensiktsmessige for å bedre medlemmets **funksjonsevne i dagliglivet** eller for at vedkommende skal kunne bli **pleid i hjemmet** (§ 10-6).

I folketrygdløven § 10-7 er stønaden nærmere avgrenset til 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.

Stønad kan gis både til personer med behov for hjelpemidler i dagliglivet, og til personer med behov i arbeidslivet eller under utdanning utover videregående skole. Hjelpemidlene må være nødvendige og hensiktsmessige. Det gis stønad til det rimeligste, hensiktsmessige hjelpemiddel. Stønad til hjelpemidler etter folketrygden er avgrenset mot ansvaret etter annen lovgivning, jf. § 10-8. Dette betyr at dersom en person fyller vilkårene etter kriteriene gjengitt her, men man har rett til hjelpemiddel etter annen lovgivning, faller retten til stønaden etter folketrygdløven bort.

## 7 Økende behov for hjelpemidler og tilrettelegging

Antallet søknader om finansiering av hjelpemidler forventes å øke i tiårene fremover. Etterspørselen etter hjelpemidler og tilrettelegging følger i hovedsak den demografiske utviklingen og trender i sykkelighet. De overordnede trekkene fremover er økt befolkningsmengde, lengre forventet levetid, større andel eldre og økt forekomst av livsstilssykdommer som overvekt, type 2-diabetes og enkelte kreftformer. Disse faktorene tilsier at behovet for både høreapparater og ortopediske hjelpemidler vil øke i overskuelig fremtid. I tillegg vil

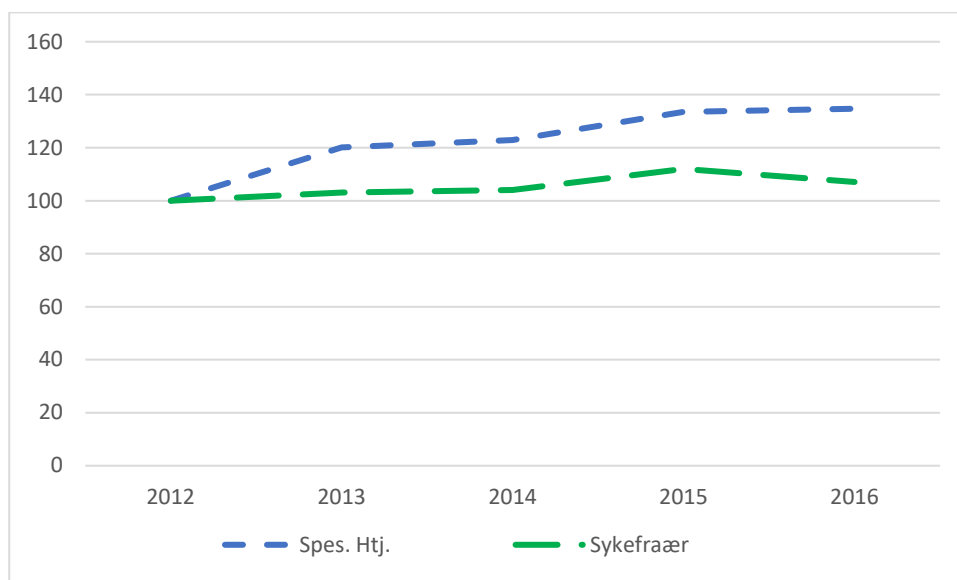


endringer i kjøpekraft, konsumentadferd (informasjon om eksisterende hjelpemidler, ønske om aktiv deltakelse i eget liv, mm) og den teknologiske utviklingen kunne få stor betydning.

En masteroppgave fra NTNU har beregnet samfunnskostnadene knyttet til nedsatt hørsel i Norge (Menear, 2018). *Tabell 1* gjengir nøkkeltall for utgifter til spesialisthelsetjenesten, audioped, høreapparat, sykefravær og reiseutgifter for perioden 2012 – 2016 i nominelle priser. Ved å indeksere disse med 2012 som utgangspunkt blir det tydelig at utgifter relatert til sykefravær er om lag uendret gjennom 5-årsperioden, mens utgifter til spesialisthelsetjeneste har hatt en markert økning, *Figur 3*. For høreapparater tilsier tallene en dobling i utgiftsnivået som ikke er reell. NAV inngikk nye rammeavtaler i juli 2012 som fikk stor betydning for innkjøpsordningen. Blant annet ble utgiftene skjøvet betydelig frem i tid. Arbeids- og velferdsdirektoratet opplyser at det ble postert 477 millioner kroner til innkjøp og reparasjon av høreapparater i 2011. Dette ansees som et mer representativt beløp for de faktiske forhold. I 2018 var dette beløpet steget til 683 millioner kroner.

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Helsetjeneste</b>					
Spes.h.tj.	149719	179927	184015	199955	201691
Audioped		70	1817	3171	7893
Høreapparat	240264	326458	395506	427012	502261
<b>Andre sektorer</b>					
Sykefravær	151708	156310	157951	169911	162429
<b>Private kostnader</b>					
Reiseutgifter	16183	16183	16183	16183	16183
<b>Totalsum</b>	<b>557874</b>	<b>678948</b>	<b>755472</b>	<b>816232</b>	<b>890457</b>

*Tabell 1 Utviklingen i kostnader relatert til hørsel, 2012-2016. Tall i tusen kr. Kilde: Menear (2018).*



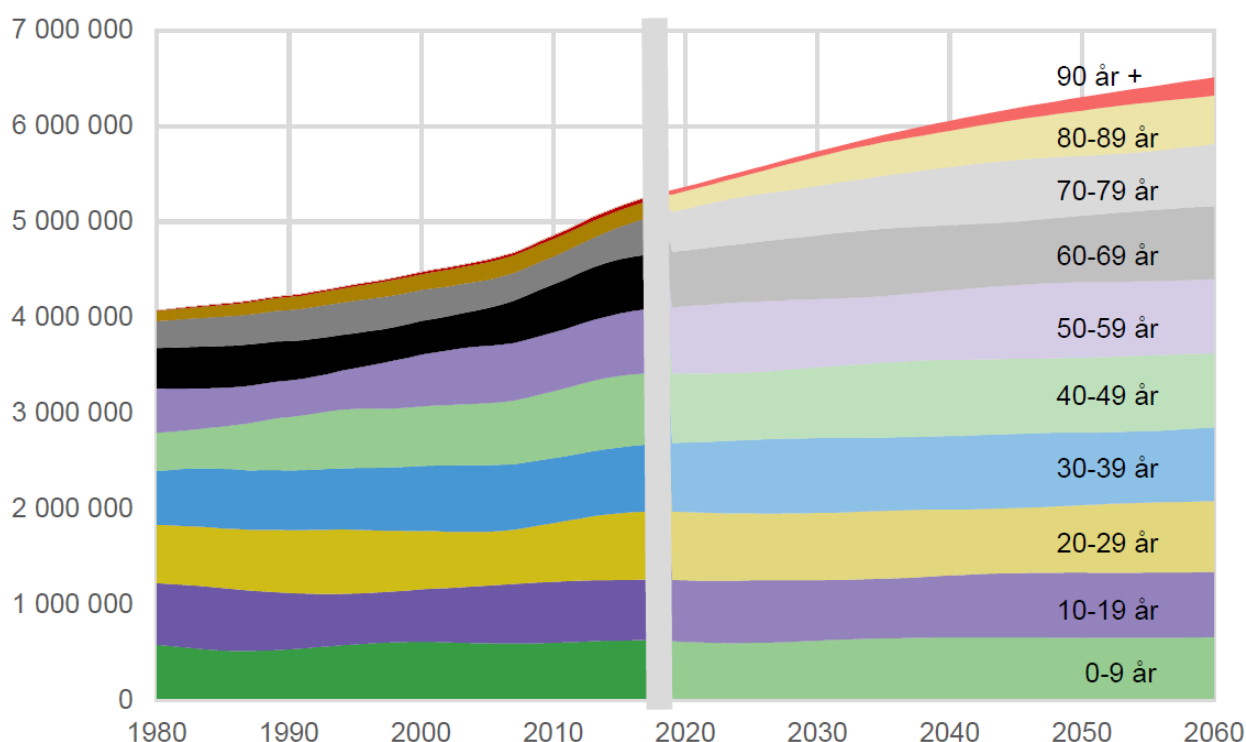
*Figur 3: Utvikling i kostnader for spesialisthelsetjeneste, høreapparater og sykefravær, 2012-2016. Indeksert (2012=100). Kilde: Menear (2018)*

## 7.1 Befolkningen vokser og andelen eldre øker

I rapporten fra ekspertutvalget ble det vist til at den største brukergruppen av ortopediske hjelpemidler er i aldersgruppen 60-69 år. Den sterke befolkningsveksten i denne aldersgruppen det siste tiåret har medført en sterk økning i volum av denne type hjelpemidler. Ekspertutvalget pekte på at på grunn av at det er færre brukere av ortopediske hjelpemidler over 70 år, vil den demografiske effekten være mindre her enn for en del andre hjelpemidler de nærmeste årene, men utgiftene vil allikevel øke. Økningen i brukere av ortopediske hjelpemidler frem mot 2020 er anslått å være om lag 7,5% og om lag 21% mot 2040.

Fra SSB (Leknes & et. al., 2018):

"Den norske befolkningen blir stadig eldre, og aldringen vil etter all sannsynlighet fortsette. Antallet som er 70 år eller mer vil mer enn dobles, fra nær 625 000 i år til over 1,3 millioner i 2060, ifølge hovedalternativet."



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 4: Befolkningen etter alder, registrert 1980-2018 og framskrevet 2019-2060 (MMMM)

Figuren over viser befolkningen delt inn i aldersgrupper, og det er de eldste aldersgruppene som vokser mest framover. Mens alle aldersgruppene under 70 år har ganske stabilt antall personer framover, er det en kraftig økning blant de over 70, og særlig blant de eldste av dem. Gruppen som er 80 år og eldre øker fra 220 000 i dag til nær 700 000 i 2060, som er mer enn en tredobling." (Leknes & et. al., 2018)

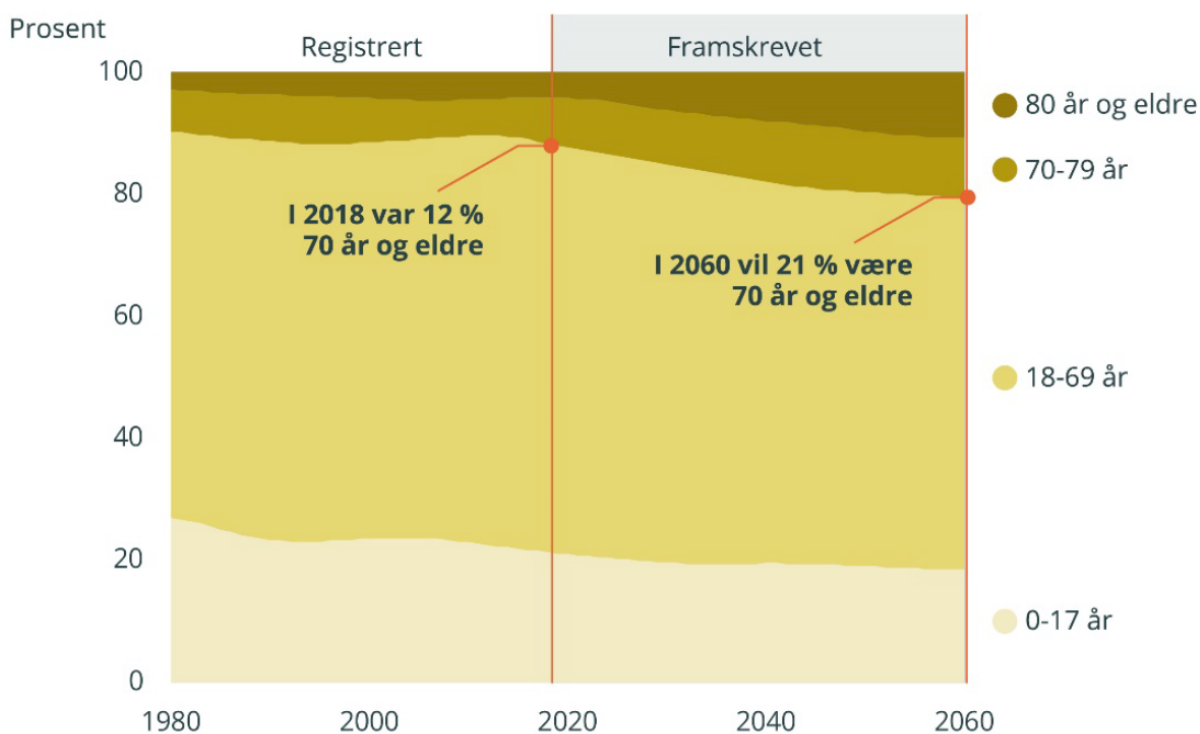
Usikkerheten i anslagene er større for de yngre aldersgruppene da disse følger fødselsraten som svinger naturlig fra år til år. Den lave og synkende fødselsraten har i tillegg fått et politisk fokus etter statsminister Solbergs nyttårstale (2018/2019) og man kan forvente at det settes inn tiltak for å øke denne. De eldre aldersgruppene baseres på et kjent antall innbyggere i live i dag, og bestemmes i stor grad av relativt stabile overlevelsesfrekvenser.



Fra (Ekspertutvalg, 2017):

"Det er vanlig å anta at den nye eldregenerasjonen lever lenger fordi den har bedre helse og kan møte alderdommen med andre ressurser enn tidligere generasjoner. Friskere eldre kan føre til at behovet for omsorgstjenester og hjelpemidler reduseres for gitt alder, og i så fall lettes utfordringene for offentlige finanser. En gjennomgang av forskning på Eldres helse (Langballe & Strand, nr. 2/ 2015) gir imidlertid sprikende funn, og det er vanskelig å finne noe entydig svar på om de Eldres helse blir bedre. Forandringer i livsstil, bedre behandlingsmuligheter og bedre helsevesen kan påvirke fysiologien forbundet med aldring. På den ene side kan økt levealder bety flere år med god helse og fungering fordi sykdommene debuterer senere, men på den annen side kan økt levealder også gi flere leveår med sykdommer og dårlig helse fordi flere overlever og opplever å bli gamle med sykdommer som før hadde dødelig utgang tidlig i livet. "Ekvilibriumhypotesen" foreslår noe midt imellom – endringer i kroniske sykdommers alvorlighetsgrad og progrediering vil holde samme tempo som endringer i dødelighet. Forskerne påpeker at med et slikt scenario vil andelen år med alvorlige sykdommer og funksjonsnedsettelse i befolkningen stabiliseres eller reduseres, mens andelen år med moderate funksjonsnedsettelse eller mindre alvorlige lidelser vil øke. Konklusjonen i gjennomgangen er at resultatene fra undersøkelser er usikre og forskning omkring dette ikke gir noen entydige svar. Foreløpig kan vi derfor ikke legge til grunn at et lengre liv er ensbetydende med et lengre liv med god helse. (Langballe & Strand, nr. 2/ 2015)"

## Større andel eldre



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 5: Folkemengden i fire aldersgrupper, registrert 1980-2018 og framskrevet 2019-2060 (MMMM)

"Målt som andel av befolkningen er økningen også kraftig, som vist i Figur 2. Pr. 1. januar 2018 er hver åttende innbygger i Norge 70 år eller mer. I 2060 gjelder dette hver femte innbygger, i hovedalternativet."

## 7.2 Økt behov for hjelpemidler og tilrettelegging

Fra (Ekspertutvalg, 2017):

"Fremtidens eldre vil sannsynligvis være en differensiert gruppe med ulike muligheter og behov. Det er vanlig å anta at fremtidens eldre vil ønske å være aktive, mobile og klare seg selv så lenge som mulig. Tidlig intervensjon med hjelpemidler og tilrettelegging kan bidra til at eldre holder seg aktive lengst mulig. Eldre er en viktig ressurs i bl.a. familie og lokalsamfunn, og så mange som to av tre i alderen over 67 år mener selv at de har god eller meget god helse (Statistisk sentralbyrå). Arbeids- og velferdsdirektoratet finner at selv om aldersgruppen 70-79 år nå er i sterk vekst, gir det moderate utslag på hjelpemiddelstatistikken fordi denne aldersgruppen er relativt friske og hjelpemiddelbehovet er moderat (Gjerde, nr. 3/ 2016). Men samtidig kan vi anta at den store økningen i antall eldre i befolkningen vil medføre en betydelig vekst i tallet på personer med funksjonsnedsettelse, i og med at risiko for funksjonstap øker med alderen. Hjelpemiddelområdet er et stønadsområde som har en klar overvekt av eldre brukere."

## 8 Hjelpemiddelsystemene i Danmark og Sverige

HLF hevder at hjelpemiddelformidlingen i Danmark og Sverige har utviklet seg i en retning der brukeren er blitt mer og mer "kunde". Dette er en utvikling som HLF ikke ønsker i Norge.

### 8.1 Hjelpemiddelsystemet i Danmark

Utvalgte sitater fra Ekspertutvalgets rapport (Ekspertutvalg, 2017) og (Agenda Kaupang AS, 2017):

"Det danske systemet for hjelpemidler og tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne er basert på grunnprinsippene sektoransvar, kompensasjon, likebehandling og solidaritet.

**Sektoransvarsprinsippet** innebærer at hver enkelt sektor i samfunnet tar ansvar for tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne innenfor sitt virkefelt. Det betyr at den sektoren der behovet for hjelpemidler/-tilrettelegging oppstår skal bevilge og finansiere hjelpemidlet/tilretteleggingen. Det sosiale området (dvs. hjelpemidler i dagliglivet) og hjelpemidler i grunnskolen er kommunens ansvar. Dette gjelder også hjelpemidler i arbeidslivet, som håndteres av de kommunale Jobcentrene. Den enkelte utdanningsinstitusjon har ansvar for hjelpemidler i forbindelse med utdanning. Behandlingshjelpemidler er i hovedsak regionens (dvs. sykehusenes) ansvar. Visse behandlingshjelpemidler, herunder stomi- og diabeteshjelpemidler, er lagt til kommunen. **Ansaret for ortopediske hjelpemidler og proteser ligger hos kommunen, mens høreapparater siden 2013 er lagt til regionen.**"

"Danmark har fem folkevalgte, administrative regioner som fra 1. januar 2007 erstattet de 13 tidligere amtene. Regionene har i hovedsak ansvar for sykehusene, regional utvikling og drift av en rekke sosiale institusjoner. Regionenes inntekt er sammensatt av finansiering fra staten og kommunene."

**Kompensasjonsprinsippet** innebærer at det skal kompenseres for å overkomme de barrierer som hindrer barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse å delta i samfunnet på linje med andre. Kompensasjon kan f.eks. gis i form av et hjelpemiddel som rullestol eller protese, men kan også gis gjennom tjenester.

**Likebehandlingsprinsippet** innebærer at alle skal ha like muligheter til å realisere sitt potensiale. Noen ganger kan likebehandling kun oppnås ved at ulike mennesker behandles ulikt – ved at man tar utgangspunkt i de forskjellige faktorene som i den konkrete situasjonen har betydning for å oppnå likebehandling av det enkelte menneske.

**Solidaritetsprinsippet** betyr at de aller fleste sosiale ytelser er skattefinansierte, og at ytelsene som utgangspunkt stilles gratis til rådighet for de innbyggerne som har behov for bistand. Et viktig trekk ved det danske systemet er videre at det er stort fokus på rehabilitering og opptrening, noe som bl.a. gir seg utslag i at

det er et langt høyere antall ergo- og fysioterapeuter ansatt i danske kommuner enn i norske kommuner. Et viktig begrep i denne sammenheng er hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering skiller seg fra annen rehabilitering ved at rehabiliteringen skjer mens brukeren bor i eget hjem og at innsatsen settes inn tidlig. Målet er at brukeren skal utvikle, gjenvinne, beholde eller forebygge reduksjon i sine funksjoner og evner, og metoden tar utgangspunkt i brukerens egen vurdering av hva han eller hun ønsker å mestre av hverdagens aktiviteter."

"**Lov om social service** (serviceloven) legger rammene for rådgivning og støtte for å forbygge sosiale problemer, samt for å tilby ytelser til innbyggere med nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne eller særlige sosiale problemer.

Kommunen skal ifølge serviceloven §§ 112 og 113 yte støtte til hjelpemidler og forbruks-goder til innbyggere med varig nedsatt funksjonsevne."

"Varig betyr i denne sammenheng at det ikke er utsikt til bedring innen overskuelig fremtid (i praksis om lag ½ år) og at alle behandlingsmuligheter er uttømt. Kommunene kan også gi hjelpemidler til midlertidige behov i forbindelse med opptrening/rehabilitering med hjemmel i serviceloven §§ 83a og 86. Midlertidige behov knyttet til sykehusbehandling skal dekkes av regionen, iht. Sundhedsloven. Regionen har etter § 74 i Sundhedsloven ansvaret for sykehusvesenets oppgaver. Et integrert ledd i sykehusbehandling er å forsyne pasienter med de redskaper/hjelpemidler som er en naturlig og nærliggende del av behandlingsinnsatsen der det er behov for dette. Dette omtales som behandlingshjelpemidler. Grensesnittet mellom kommunens og regionens ansvar for hjelpemidler er nærmere utdypet i en administrativ forskrift.

Det er ifølge serviceloven tre vilkår for å få innvilget et hjelpemiddel, hvor minst ett må være oppfylt:

1. Hjelpemidlet kan i vesentlig grad kompensere for innbyggerens nedsatte funksjonsevne
2. Hjelpemidlet er vesentlig for å kunne mestre dagliglivet
3. Hjelpemidlet er nødvendig for å kunne være i arbeid

Serviceloven skiller mellom hjelpemidler og forbruks-goder. Hjelpemidler defineres som produkter som er spesielt utviklet for å avhjelpe en funksjonsnedsettelse. Forbruks-goder er produkter som er laget med den alminnelige befolkning som målgruppe. Det er det konkrete produktets alminnelige utbredelse som avgjør om det er et hjelpemiddel eller et forbruks-gode. Støtte til forbruks-goder blir som hovedregel gitt med 50 pst. av prisen på et standard forbruks-gode. Støtten omfatter kun forbruks-goder som koster mer enn 500 DKK. I tilfeller hvor forbruks-godet utelukkende fungerer som et hjelpemiddel kan det gis som utlån uten egenandel. Det gis ikke støtte til forbruks-goder som betraktes som sedvanlig innbo. Definisjonen av sedvanlig innbo endres løpende i takt med den teknologiske utviklingen og samfunnsutviklingen. Social- og Indenrigsministeriet har utarbeidet en veileder for hvordan loven skal praktiseres, mens Ankestyrelsen gjennom prinsippavgjørelser fastlegger praksis på området.

Hjelpemidler og forbruks-goder etter serviceloven ytes uten hensyn til brukerens alder, inntekt og formue. Det er en forutsetning for støtte etter serviceloven at hjelpemidlet eller forbruks-godet ikke kan gis gjennom annen lovgivning.

Støtte til hjelpemidler gis i form av utlån uten egenbetaling for brukeren, men bruker er selv ansvarlig for normal drift. Støtte til forbruks-goder gis som tilskudd og bruker får eiendomsrett til produktet. I disse tilfellene står bruker selv ansvarlig for vedlikehold og reparasjoner.

Kommunene yter støtte til det best egnede og billigste hjelpemidlet. Fra 2010 har brukerne, med noen få unntak, rett til fritt valg av alle typer hjelpemidler. Det innebærer at dersom brukeren ikke ønsker å benytte seg av kommunens leverandør, kan man selv velge leverandør av hjelpemidlet. Brukeren kan også velge et dyrere hjelpemiddel enn det kommunen vil gi støtte til, men må da selv betale prisdifferansen. Hjelpemidler anskaffet gjennom ordningen med fritt valg gis som utlån. I boligtilpasningsaker innebærer ordningen med

fritt valg at brukeren kan velge andre og eventuelt dyrere materialer enn det kommunen stiller til rådighet, samt at de kan velge håndverker selv."

"Det ble vedtatt en kommunereform i 2005, som tråtte i kraft i 2007. Kommunereformen innebar en endret oppgavefordeling mellom de ulike forvaltningsnivåene og en sammenslåing av kommuner. Før reformen var det i Danmark 271 kommuner med en gjennomsnittlig befolkningsstørrelse på 19 900 personer. Kommuner med mindre enn 20 000 innbyggere skulle enten slås sammen med andre kommuner, eller inngå forpliktende samarbeid. Etter reformen var det 98 kommuner med en gjennomsnittlig kommunestørrelse på 55 000 innbyggere. I tillegg ble de 13 amtene lagt ned, og det ble etablert fem regioner som skulle ha fokus på sykehusdrift."

"Hjelpemiddelformidling og -finansiering innen det sosiale området var kommunenes ansvar frem til 1. juli 1998. Kommunene kunne få faglig bistand i konkrete saker fra hjelpemiddelsentralene og teknologisentrene. I 1998 ble ansvaret for større boligsaker (over 106 000 kr), **proteser og ortoser**, spesialbiler og kommunikasjonsteknologi overført fra kommunene til amtene. Begrunnelsen for dette var at hver enkelt kommune ikke hadde nok saker til å utvikle god nok kompetanse, og man ønsket å samle og utvikle bedre kompetanse på disse spesifikke områdene. Resten av hjelpemiddelområdet forble kommunenes ansvar. Etter kommunereformen i 2007 har kommunene igjen overtatt det samlede finansierings-, forsynings- og myndighetsansvaret for alle hjelpemidler innenfor dagliglivet.

Før kommunereformen fantes 15 hjelpemiddelsentraler som var drevet av amtene. Hjelpemiddelsentralene hadde en utstilling av hjelpemidler som brukere og saksbehandlere fra kommunene kunne komme og se på, og også låne hjem for utprøving. De ansatte på hjelpemiddelsentralene ga rådgivning til kommunene i kompliserte saker. Hjelpemiddelsentralene hadde også ansvar for opplæring, og arrangerte temadager og kurs for kommunale saksbehandlere.

Da amtene ble avviklet i 2007, ble driften av hjelpemiddelsentralene overført enten til den kommunen de befant seg i eller de ble driftet av den regionen de lå i. Kommuner som ønsket å benytte seg av hjelpemiddelsentralenes kompetanse måtte fra dette tidspunktet kjøpe disse tjenestene. Mange kommuner valgte da å ivareta dette selv og sluttet å benytte seg av hjelpemiddelsentralenes tjenester. På denne bakgrunn har de fleste hjelpemiddelsentralene blitt lagt ned. Det finnes i dag fire hjelpemiddelsentraler. To av disse er kommunalt drevet, en er privat eid og en er regionalt drevet. Dette innebærer at kommunene nå i praksis ivaretar alt som gjelder hjelpemiddelformidlingen."

## 8.2 Hjelpemiddelsystemet i Sverige

Utvalgte sitater fra Ekspertutvalgets rapport (Ekspertutvalg, 2017) og (Agenda Kaupang AS, 2017):

"Sveriges statlige forvaltning er inndelt i 21 len. Lenene har egne politiske systemer kalt landsting. Landstingene er regionale selvstyrte enheter. De har ansvar for visse samfunnsoppgaver, i første rekke gjelder dette helse- og omsorgstjenester, lokaltrafikk og regionplanlegging. Sverige har 290 kommuner. Kommunen har ansvar for skole/utdanning, boligtilpasning, eldre- og handikapomsorg og grunnleggende helse- og omsorgstjenester.

**Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)** regulerer ansvaret for hjelpemidler i dagliglivet. I HSL § 3b beskrives landstingets ansvar for å tilby innbyggere habilitering og rehabilitering, hjelpemidler for personer med nedsatt funksjonsevne i dagliglivet, behandlingshjelpemidler og tolketjenester i dagliglivet for døve og døvblinde. Landsting og kommune har et stort ansvar for hjelpemidler, inkludert innkjøp."

"Hjelpemidler i dagliglivet er regulert gjennom HSL §§ 3b og 18b. HSL er en rammelov, og det lokale selvstyret står sterkt. Det er liten grad av nasjonal styring på hjelpemiddelområdet. Det vil si at hvert landsting og hver kommune selv kan fastsette reglene for hjelpemidler, herunder hvilke produkter som skal anses som

hjelpemidler og om de skal være avgiftsbelagt. Landstinget utformer egne regelverk for hjelpemiddelformidling som baseres på grunnleggende prinsipper for alle helse- og omsorgstjenester som prioriteringer, den etiske plattformen og likhet.

Tradisjonelt har regelverket på hjelpemiddelområdet vært produkt- eller diagnosebasert. I de senere årene har det skjedd en utvikling mot mer behovsbasert regelverk, noe som gir landsting og kommuner mulighet til å prioritere hvilke behov de skal tilby hjelpemidler for. Ettersom midlene til helse- og omsorgstjenester i landsting og kommune er begrenset, må de prioritere.

#### **Landstinget har ansvar for følgende:**

- **Hjelpemidler til personer med hørsels- eller synsnedsettelse uansett alder**
- Hjelpemidler til barn uansett funksjonsnedsettelse
- **Ortopediske hjelpemidler uansett alder**
- Medisinske behandlingshjelpemidler uansett alder

For øvrige hjelpemidler er ansvaret delt mellom landstinget og kommunen. Kommunalisering av hjemmesykepleien har medført økt kommunalt ansvar på området. Ansvarsdelingen og organiseringen er ulik i alle landsting. Variasjonen handler om boform, type hjelpemiddel og alder. Ansvarer er i hovedsak delt for hjelpemidler til personer med bevegelsesnedsettelse (unntatt ortopedi) og hjelpemidler til personer med kommunikasjons- eller kognitive utfordringer."

"I de fleste landsting har landstinget og kommunene et samarbeid innenfor rammen av en felles hjelpemiddelsentral. Hjelpemiddelsentralene er organisert innenfor landstingets virksomhet. Hjelpemiddelsentralene har ofte ansvar for regelverk, anskaffelser og service/reparasjon, men driver som regel ikke saksbehandling.

Hjelpemidlene gis som hovedregel i form av utlån. Brukeren har i en del tilfeller mulighet for fritt valg av hjelpemidler. Dersom brukeren ønsker dette, gis han eller hun en rekvisisjon og kjøper inn hjelpemidlet selv. Bruker blir da eier av hjelpemidlet, og må selv ta ansvar for vedlikehold og reparasjoner. Ordningen med fritt valg brukes i stor grad av høreapparatbrukere, men er ellers lite brukt.

Hvert landsting har sitt eget regelverk og sin egen hjelpemidelpolicy. Det varierer hvilke hjelpemidler man kan få støtte til, hvilke kompetansekrav som stilles til formidlere, om regelverket gir tydelige prioriteringer og om det finnes beslutningsstøtte på individnivå eller ikke.

Det er opp til det enkelte landsting om de vil ta egenandeler/avgifter for hjelpemidler, eventuelt for hvilke hjelpemidler og hvor store egenandelene/avgiftene skal være. I en kartlegging av det svenske hjelpemiddel-systemet finner **Socialstyrelsen** at det er store forskjeller både innenfor og mellom landsting og kommuner når det gjelder avgifter på hjelpemiddelområdet. De fant at samtlige landsting tar en eller annen form for avgift for hjelpemidler, mens i overkant av halvparten av alle kommuner gjør det. I noen få landsting inngår avgiftene i et egenandelstak. Det kan tas avgifter på følgende områder:

- Besøksavgift – ved besøk hos landstinget/kommunen eller ved hjemmebesøk
- Hjelpemiddelavgift – avgiften kan tas ut en gang, månedlig, halvårlig eller årlig
- Serviceavgift – eksempelvis ved reparasjon eller hjemlevering av hjelpemidler"

### **8.3 En sammenligning av høreapparatformidlingen i noen land (DK, SE, NO og UK 2016)**

I 2016 leverte InnoMed en forprosjektrapport om høreapparatformidlingen i Norge (Aspnes, Jaatun, & et al., 2016). Der ble det bl.a. foretatt en sammenligning mellom høreapparatformidlingen i Danmark, Norge, Sverige og UK, og vi tillater oss å gjengi følgende tabell (med et forbehold om at det kan ha skjedd noen endringer vedr. bl.a. satser siden 2016):

Tekst	Land	Kommentarer
Godkjenning av off. støtte til anskaffelse av høreapparat	N	Det er et vilkår for å få stønad til høreapparat og ørepropp at det foreligger søknad om stønad fra hørselssentral eller fra avtalespesialist.
	S	För att få hörapparat behöver man komma till en audionom (norsk: audiograf). I flera landsting och regioner behöver man få en remiss för att komma till audionomen. Då börjar man med att ta kontakt med en läkare på en vårdcentral eller en öronmottagning. Sedan blir man remitterad till audionomen, som finns inom landstingets eller regionens hörselvård, ofta på en så kallad hörcentral.
	DK	Regionsrådet yder efter henvisning fra en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme tilskud til høreapparatbehandling til personer over 18 år, der ønsker at benytte en privat, godkendt høreapparat-leverandør efter eget valg. Du får dit høreapparat udleveret på en offentlig audiologisk afdeling.
	UK	If adult audiology services are available through AQP (Any Qualified Provider) in your area, and you meet the qualifying criteria (this can vary from area to area), you might be able to choose which service your GP refers you to.
Godtgjørelse og eierskap	N	Det kan gis stønad med opptil 4 100 kroner for analogt høreapparat uten propp og 4 445 kroner for analogt høreapparat med propp. Stønadsgrensene kan fravikes for analogt høreapparat hvis et dyrere apparat er nødvendig av medisinske grunner for å oppnå en vesentlig bedre hørselsfunksjon. Stønad til digitalt høreapparat kan gis med opptil 5 765 kroner. Stønadsgrensen for digitalt høreapparat kan ikke fravikes. Bruker betaler selv for batterier. Høreapparatet er brukerens eiendom.
	S	I några landsting och regioner finns fasta riktlinjer för hur stor hörselnedsättningen ska vara för att man ska kunna få hörapparat. I alla landsting och regioner finns ett upphandlat utbud, och det brukar finnas flera olika hörapparater som kan passa ungefär samma behov. <b>Oftast lånar eller hyr man hörapparaten.</b> Den avgift man får betala för att få hörapparat och andra hörhjälpmedel varierar i olika landsting och regioner. Ibland är det helt utan kostnad och ibland finns en så kallad förskrivningsavgift eller utprovningavgift.
	DK	Tilskud til høreapparatbehandling udgør indtil 4.000 kr. på 1. øre og indtil 2.350 kr. på 2. øre, dog således at tilskuddet ikke kan udgøre mere end de faktiske udgifter, herunder udgifter til høreprøve, høreapparat, tilpasning, service og garanti. Tilskuddet er inklusiv moms. Batterier er altid gratis. Høreapparater, hvortil der ydes tilskud er ansøgerens ejendom.
	UK	Your care, and any hearing aid(s) you need, will be free.
Ventetider	N	Iflg. helsenorge.no pr. feb. 2016 varierer ventetider for hørselstest fra 2 til 52 uker. (Fra hørselstest til ferdig tilpasset høreapparat er gjennomsnittlig tid ca. 7 mnd.)
	S	Vårdgarantin: Läkarbesök i primärvården inom sju dagar Besök inom den planerade specialiserade vården inom 90 dagar Om man får en remiss till den planerade specialiserade vården ska man få en tid för besök inom 90 dagar. Det gäller även om man sökt vård utan remiss. Behandling (utprovning av hörapparater) påbörjad inom 90 dagar.
	DK	Ventetider på forundersøgelse på de offentlige hørklinikker varierer stærkt. Statistik pr. marts 2016 viser variationer mellem 2 uger og 108 uger.
	UK	The average waiting time between referral and treatment (usually a hearing aid) within audiology in October 2015 (the latest month for which figures are available) was 4.4 weeks and 98.3% of patients were seen within 18 weeks, according to the latest NHS England statistics.

Tabell 2: En sammenligning av høreapparatformidlingen i Danmark, Norge, Sverige og UK (2016)



## 9 Beskrivelse av dagens organisering – Felles for begge hjelpemiddelområder

### 9.1 Innledning

I tabellen nedenfor har vi vist en oversikt over informanter som er intervjuet i sammenheng med begge hjelpemiddelområdene. Intervjuene er gjennomført dels ansikt-til-ansikt og dels pr. telefon.

Informanter	Antall intervjuer	Merknader
Arbeids- og velferdsdirektoratet	1	Gruppeintervju med fire aktuelle avdelinger
NAV Arbeid og ytelser	1	Gruppeintervju (fire deltakere)
NAV Styringsenheten	1	Individuelt intervju
Nasjonal Nettverksgruppe for Behandlingshjelpemidler	2	Individuelle intervju
Helse- og omsorgsdepartementet	1	Gruppeintervju (tre deltakere)
Helfo	1	Gruppeintervju (fem deltakere)
Helsedirektoratet	1	Gruppeintervju (to deltakere)
Medtek Norge (nå Melanor etter fusjon med Lab Norge)	1	Gruppeintervju (to deltakere)

### 9.2 Stønadsbehandling og fakturakontroll – Beskrivelse av dagens organisering

Stønadsbehandling og fakturakontroll både for høreapparater og ortopediske hjelpemidler utføres av NAV Arbeid og ytelser i henholdsvis Follo (tilknyttet NAV Ski) og Fauske (tilknyttet NAV Mosjøen). *Tabell 3* gir en oversikt over antall vedtatte søknader og stillinger ved de to avdelingene. I 2018 behandlet avdelingene 39 861 søknader om høreapparater og tinnitusmaskerere (avslagsprosent: 1,4%), og 67 332 søknader om ortopediske hjelpemidler (avslagsprosent: 3,6%). Antall stillinger i snitt for 2018 var 48, med 28 plassert i Fauske og 20 i Follo.

Det er i all hovedsak ikke egenandeler på hjelpemidler gitt med hjemmel i folketrygden i dag, men det er enkelte unntak. Det er et kompensatorisk prinsipp som ligger til grunn for dagens regelverk i folketrygdloven, noe som innebærer at det skal kompenseres for merutgiftene knyttet til den nedsatte funksjonsevnen. Blant hjelpemidler som i dag har en form for egenbetaling, inngår visse ortopediske hjelpemidler som fottøy, fotseng og parykk, samt høreapparater og tinnitusmaskerere.

Antall søknader i 2018 <sup>2</sup>	NAV Arbeid og ytelser Fauske		NAV Arbeid og ytelser Follo	
	Høreapparater	Ortopediske	Høreapparater	Ortopediske
Antall søknader vedtatt	39 861	67 332	20 002	54 197
Antall innvilgede søknader	39 251	64 239	19 737	52 945
Antall avslag	610	3 093	265	1 252
Antall omgjorte klager førsteinstans	12	229	7	110
Antall fastholdte klager førsteinstans	25	80	12	45
<b>Administrasjon</b>				
Antall stillinger per 1. jan. (gj.snitt år) siste 5 år <sup>3</sup>	2017: 27,1 (21,5) 2018: 28,2 (21,7 <sup>4</sup> )		2017: 23,7 (18,7) 2018: 19,8 (16,2)	
Lønn og sosiale kostnader	575.000 pr. årsverk (snittlønnstrinn resultatområdet på lønnstrinn 54)		605.000 pr. årsverk (snittlønnstrinn resultatområdet på lønnstrinn 54)	

Tabell 3 Antall behandlede søknader og stillinger ved NAV Arbeid og ytelser i 2018. Kilde: NAV

### 9.3 Evaluering av dagens organisering for stønadsbehandling og fakturakontroll

I rapporten fra ekspertutvalget ble det vist til at innenfor Arbeids- og velferdsetaten, herunder på hjelpemiddelområdet, har utviklingen gått i retning av økt spesialisering av fagområder og færre enheter. Det har foregått en omfattende spesialisering av ytelsesforvaltningen de senere årene. Målet er å legge til rette for økt effektivitet og større likhet ved å behandle hver ytelse ved færre enheter slik at fagmiljøene blir større og mer kompetente. I løpet av 2016 ble ytterligere en tredjedel av ytelsene organisert i færre enheter. Denne puljen i spesialiseringsløpet omfattet bl.a. hjelpemidler som behandles i forvaltningsenhetene. Arbeids- og velferdsdirektoratet skrev i sin årsrapport for 2015 (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2016) at spesialiseringen innad i NAV hadde ført til mer likhet i faglig praksis og saksbehandlingstid på tvers av geografiske områder. Organiseringen ga videre langt større fleksibilitet og mulighet til å utnytte produksjonskapasitet på tvers.

I vår undersøkelse finner vi ingen indikasjoner på at dagens todelte system (formidling i spesialisthelsetjenesten og søknadsbehandling i Arbeids- og velferdsetaten) fører til unødig lang samlet saksbehandlingstid. I intervjuet med NAV Arbeid og ytelser ble det vist til at det i saksbehandlingen opereres med normtid, noe som vil si at 75% av sakene skal være behandlet innen 0,7 måneder (21 dager). Den ytre grensen for saksbehandlingen er 6 måneder. Man har få saker som går ut over normtid, og den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden var i september 2018 på under 10 dager.

### 9.4 Anskaffelse av hjelpemidler

"Ansvaret for anskaffelser av hjelpemidler i NAV er lagt til Kontor for brukeranskaffelser. Kontoret gjennomfører etatsdekkende anbudsprosesser på vegne av NAV Hjelpemidler og tilrettelegging og Arbeids-

<sup>2</sup> Statistikk for 2018. Inneholder utlandssaker. Kategori høreapparater gjelder folketrygdloven §10-7 bokstav b (høreapparater og tinnitusmaskerer).

<sup>3</sup> Tall fra ressurskartleggingen i januar det aktuelle året. Enhetene ressurskartlegger på ytelsesområdet samlet.

<sup>4</sup> Gjennomsnitt for år 2018 gjelder for perioden januar til september.



og velferdsdirektoratet etter en bestiller/ utfører modell. Målet er at sentrale, landsdekkende rammeavtaler i hovedsak skal dekke behovet. På områder uten sentral avtale må NAV Hjelpemiddel-sentraler lage lokale avtaler. Sentral forsyningsenhet (SFE) i NAV bestiller (avroper) varer og tjenester på rammeavtalene, etter anmodning fra NAV Hjelpemiddelsentraler." (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018)

"Varigheten på rammeavtalene er vanligvis to år, med opsjon om forlengelse på inntil to år. Det vanligste er at det går fire år mellom utlysningene av en ramme-avtale." (Oslo Economics og Inventura, 2016)

Stønad til høreapparater og ortopediske hjelpemidler er hjemlet i Folketrygdloven kap. 10, henholdsvis *Forskrift om stønad til høreapparater og tinnitusmaskerere* (FOR-1997-04-18-337) med tilhørende rundskriv (utarbeidet 1.5.1995, sist endret 16.4.2018), og *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til ortopediske hjelpemidler, brystproteser, ansiktsdefektprotese, øyeprotese og parykk* (FOR-1997-04-18-336), med tilhørende rundskriv (utarbeidet 1.5.1997, sist endret 4.1.2018).

Behandling av søknader om ortopediske hjelpemidler og høreapparater er forvaltet av NAV Arbeid og ytelser. Arbeids- og velferdsetatens ansvar i disse sakene er hovedsakelig knyttet til å fatte vedtak basert på faglig uttalelse eller begrunnelse fra legespesialist, for deretter å refundere utgiftene etter fastsatte satser og retningslinjer. Søknader om hjelpemidler etter folketrygdlovens § 10-7 første ledd bokstav a, behandles av hjelpemiddelsentralene.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har utarbeidet en egen strategi for anskaffelser (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018). Figuren nedenfor gir en oppsummering.



Figur 6: NAV – Anskaffelsesstrategi 2018 – 2020

Som det framgår av figuren, inneholder strategien 3 hovedsatsinger:

1. "Fremtidsrettede løsninger, bedre tjenester." Her skal det bl.a. legges til rette for innovasjon.
2. "Effektiv og digital anskaffelsesprosess fra bestilling til betaling"
3. "Vi følger opp leverandører med risiko for brudd på krav til miljø og sosialt ansvar."

## 10 Formidling og finansiering av høreapparater

### 10.1 Innledning

Vi har innenfor hjelpemiddelkategorien høreapparater foretatt følgende intervjuer:

Informanter	Antall intervjuer	Merknader
Audiograf, privat praksis i distriktet	1	Individuelt intervju
HLF	1	Individuelt intervju (fagperson)
HLF	1	Gruppeintervju (fire fagpersoner, derav 3 hørselshemmede)
NTNU	1	Individuelt intervju (fagperson audiologi)
ØNH-spesialist	1	Individuelt intervju (praksis både fra sykehus, DMS og avtalespesialist)
Brukere av høreapparater	3	Individuelle intervju med brukere i distriktet

### 10.2 Kartlegging og beskrivelse av dagens organisering

Dette punktet inneholder en rent deskriptiv beskrivelse av dagens organisering av ansvaret for finansiering og formidling av høreapparater.

Formidling og finansiering av høreapparater (som dekkes av det offentlige) er hjemlet i **Folketrygdloven kap. 10**<sup>5</sup>, samt **Forskrift om høreapparat**<sup>6</sup> med tilhørende **rundskriv**<sup>7</sup> (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018). Personer med hørselstap har full anledning til å anskaffe og få tilpasset høreapparat ved å betale dette selv. NAVs kostnader til nye høreapparater og reparasjon av høreapparater var ca. 684 millioner kroner i 2018, *Tabell 4*. Høreapparater dekkes av en stønad inntil kr 6040 for digitale apparater. Dersom en bruker ønsker et dyrere apparat, dekkes merkostnaden av egenandel. Maksimalsatsene for høreapparater og tinnitusmaskerere er oppgitt i *Tabell 5*.

Kostnadsart	Kostnad 2018 Tall i millioner kr
Høreapparat (inkluderer tinnitusmaskerere og tilbehør til høreapparat) – nye produkter	605,9
Reparasjon av høreapparat	77,0
<b>Sum utgifter høreapparat</b>	<b>683,9</b>

*Tabell 4: NAVs utgifter til høreapparater og tinnitusmaskerere, 2018. Kilde: NAV.*

<sup>5</sup> <https://www.nav.no/rettskildene/Forside/Folketrygdloven/kapittel-10-st%C3%B8nad-for-%C3%A5-kompensere-for-utgifter-til-bedring-av-arbeidsevnen-og-funksjonsevnen-i-dagliglivet>

<sup>6</sup> <https://www.nav.no/rettskildene/forskrift/F19970418-337>

<sup>7</sup> <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/10-7-bokstav-b-h%C3%B8reapparat-og-tinnitusmaskerere>

<b>Høreapparater og tinnitusmaskerere</b>	
Satsene gjelder fra og med 1. januar 2019	
Type	Sats
Prisgrense analoge apparater uten propp	Inntil 4 295 kr
Prisgrense analoge apparater med propp	Inntil 4 655 kr
Prisgrense digitale apparater	Inntil 6 040 kr
Tinnitusmaskerere	Inntil 3 470 kr

Tabell 5 Maksimalpriser for stønad til høreapparater og tinnitusmaskerere. Kilde: [www.nav.no](http://www.nav.no).

De regionale helseforetakene har ansvar for at tilpasning og formidling av høreapparat skjer i samsvar med forsvarlig medisinskfaglig fremgangsmåte og at fagpersonene har nødvendige kvalifikasjoner. Helseforetakene godkjenner avtalespesialister i sin region for å tilpasse høreapparat. ØNH-leger kan være tilknyttet hørselssentral på sykehus eller avtalespesialist. NAV har ingen kontrollfunksjon på det faglige området.

Når det gjelder ansvarsfordelingen mellom NAV og spesialisthelsetjenesten, har NAV ansvar for å inngå og følge opp rammeavtaler, behandle søknader og forvalte stønadsregelverket, og kontrollere og betale faktura og finansiere høreapparat. Spesialisthelsetjenestens ansvar er tilpasning av høreapparat i tråd med god faglig praksis, holde NAV informert om ØNH-leger med driftsavtale og rett til å rekvirere høreapparat og å oppnevne kvalifisert personell til NAVs anskaffelsesteam.

Når det gjelder prosessen med å få tildelt høreapparat, starter det ofte med at person med opplevd hørselsnedsettelse konsulterer sin fastlege. Av de som diskuterer sitt hørselstap med en lege første gang, skjer det i 67% av tilfellene med fastlegen (Anovum, 2019)). Det kan også hende at det har vært foretatt måling av hørselsnedsettelse hos bedriftslege, på helsestasjon eller i Forsvaret. "Likemennene" til HLF tilbyr også av og til hørselstesting, og i senere år har det også blitt lansert apper på smarttelefon som muliggjør selvtesting. Iflg. en fersk undersøkelse (Anovum, 2019) er det nå ca. 2% av personer med opplevd hørselsnedsettelse som har gjennomført selvtesting via smarttelefon, men denne andelen ventes å øke betydelig fremover.

Dersom fastlegen konstaterer at det foreligger et hørselstap som kan kvalifisere for anskaffelse av høreapparat, henviser fastlegen til ØNH-lege. ØNH-lege innkaller personen med hørselstap til nærmere undersøkelse for å måle og finne årsaken til hørselstapet og avgjøre videre behandling. Dersom ØNH-legen finner at anskaffelse og tilpasning av høreapparat er det relevante tiltaket, sender ØNH-legen søknad til NAV om høreapparat. Søknad sendes når utprøving starter, og ØNH-lege må påse at vedtak fra NAV foreligger før høreapparatet tildeles brukeren. Når utprøvingen starter, skal høreapparatformidleren fylle ut søknadsskjema. Høreapparatformidleren sender Del A med underskrifter til NAV, og sørger for at brukeren underskriver i utlånsfeltet på Del B. Audiograf innkaller og tilpasser høreapparat til brukeren. Audiograf kan være tilknyttet hørselssentral på sykehus, avtalespesialist, eller vedkommende kan drive egen praksis som har inngått avtale med avtalespesialist (som igjen har avtale med regionalt helseforetak). (Slikt samarbeid mellom avtalespesialister og private audiografer har iflg. Audiografforbundet pågått i flere år i alle helseregionene. I 2019 stanset imidlertid Helse Midt-Norge RHF denne praksisen i Midt-Norge, noe som berørte ca. 25 audiografer i

regionen, og som umiddelbart forverret situasjonen for mange hørselshemmede ute i distriktet. Saken ble derfor tatt opp med helseministeren i Stortinget.<sup>8)</sup>

Erfaringsvis kan det bli opptil 10 runder hos audiograf før pasienten er fornøyd med valg av høreapparat og tilpasning. For brukeren kan derfor kort geografisk avstand til audiograf være viktig. Høreapparatformidleren beholder Del B til det er klart at brukeren skal beholde utstyret.

Når det er klart at brukeren skal beholde utstyret, skal høreapparatformidleren fylle ut resterende felter, tildelingsdato og underskrive i tildelingsfeltet på søknadsskjema Del B. Så snart som mulig, og når vedtak foreligger, skal høreapparatformidleren sende søknadsskjema Del B til leverandøren. Leverandøren trenger Del B av søknadsskjema som grunnlag for å fakturere og må legge denne ved faktura til NAV. Ved offentlig hørselssentral kan lege eller audiograf underskrive søknadsskjema Del B. Hvis en avtalespesialist er ansvarlig for tilpasningen, kan audiografen underskrive dersom det fremgår av skjemaet hvilken avtalespesialist som er ansvarlig for tilpasningen.

NAV saksbehandler søknaden fra ØNH-lege, fatter vedtak og sender gjenpart av vedtak til ØNH-lege og audiograf. Audiografen som gjennomfører utprøving og tilpasning, slutfører tildelingsprosessen og sender utfylt tildelingsskjema til leverandør. Leverandør sender så faktura til NAV (inntil stønadsgrensen) og faktura til bruker på eventuelt overskytende beløp. NAV kontrollerer og betaler faktura.

Bakgrunnen for at ikke audiograf har rett til å begrunne og attestere søknad er at i noen tilfeller kan hørselsnedsettelsen skyldes forhold (eksempelvis svulst) som krever utredning av legespesialist. Høreapparatleverandør må ifølge rammeavtale med NAV stille høreapparat til disposisjon for alle høreapparatformidlere i utprøvingslager.

Det kan gis stønad til høreapparater, tinnitusmaskerere og tilbehør som er på rammeavtale. Hvis ingen av modellene som er på rammeavtale i tilstrekkelig grad avhjelper den hørselshemmedes behov, kan det gis stønad til andre modeller. I slike tilfeller må NAV gi dispensasjon før brukeren kan få tildelt utstyret. Ifølge rammeavtalen skal leverandøren stille høreapparat, tinnitusmaskerere og tilbehør til rådighet i et utprøvingslager hos hørselssentraler og godkjente avtalespesialister. Leverandøren kan også stille utstyret til rådighet i et utprøvingslager hos en frittstående audiograf. Leverandøren eier utstyret frem til det er klart at en bruker skal beholde det og NAV har betalt for utstyret.

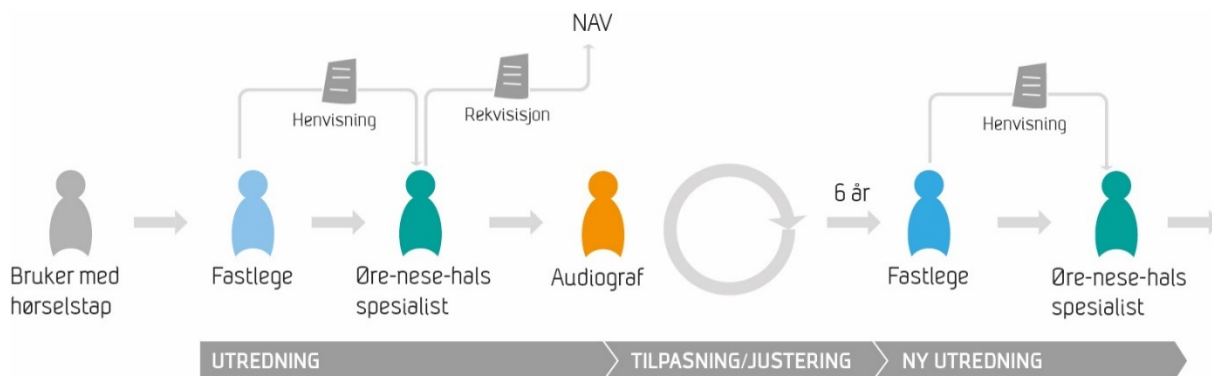
Det kan gis reserveapparat til barn under 18 år som har høreapparat som krever lang reparasjonstid. Voksne har ikke den samme retten. Ifølge forskriften kan «reserveapparat» til voksne kun gis til personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet.

"En bruker kan få nytt høreapparat når det har gått minst 6 år og det er nødvendig og hensiktsmessig med nytt apparat. Det kan også gis nytt høreapparat før det har gått 6 år. Behovet må da skyldes endret hørselstap, vesentlig endret funksjon eller at det har kommet et nytt apparat på markedet som kan avhjelpe hørseltapet på en vesentlig bedre måte enn det gamle." (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018)

---

<sup>8</sup> <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=75645>

Nedenfor har vi gjengitt en forenklet fremstilling av formidlingsforløpet hentet fra en InnoMed forprosjekt-rapport (Aspnes, Jaatun, & et al., 2016).



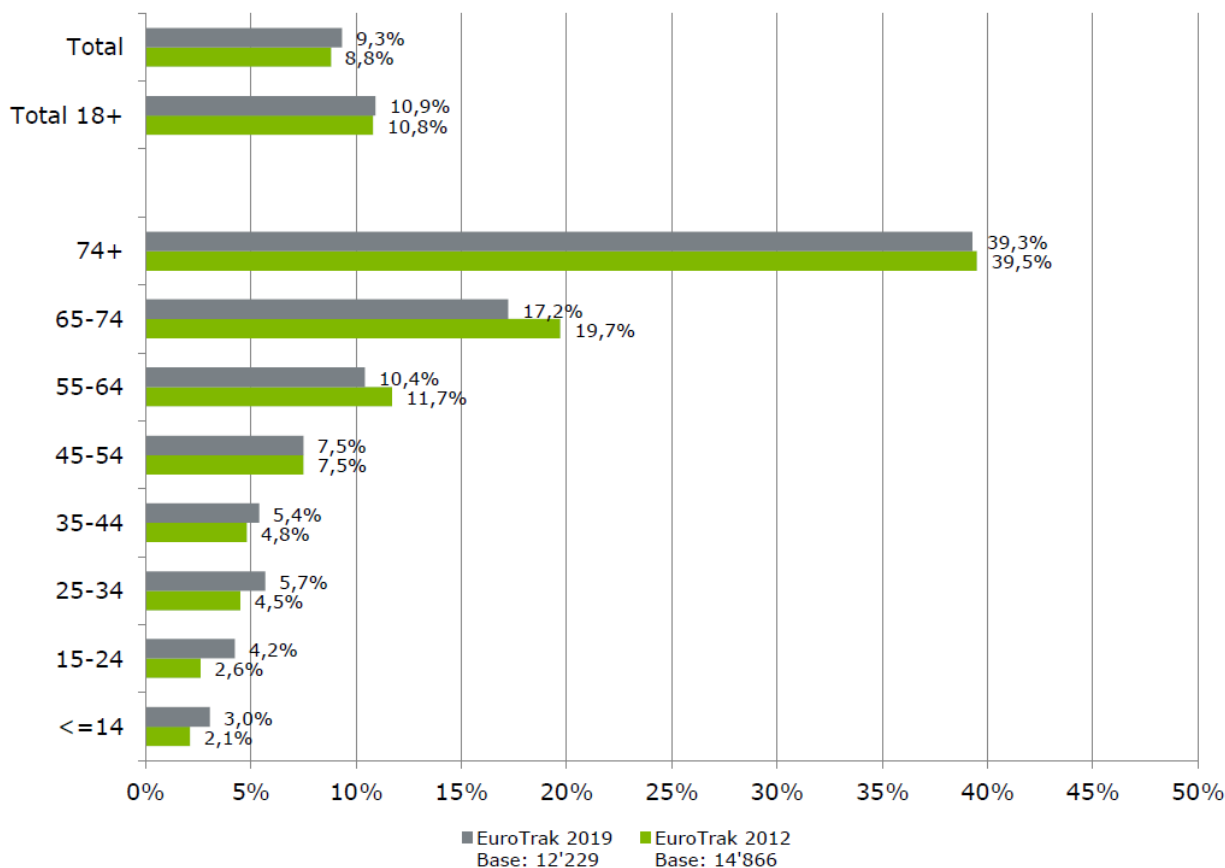
Figur 7: Formidling av høreapparater

I Vedlegg 16.3 finnes en "service blueprint" som illustrerer forløpet mer i detalj (Aspnes, Jaatun, & et al., 2016).

### 10.3 EuroTrak Norway 2019 – noen hovedfunn

EuroTrak Norway 2019 (Anovum, 2019) er en undersøkelse utført av Anovum fra Zürich i Sveits på vegne av European Hearing Instrument Manufacturers Association (EHIMA). Tilsvarende undersøkelser gjennomføres også i 9 andre europeiske land (Belgia, Danmark, Frankrike, Italia, Nederland, Polen, Storbritannia, Sveits og Tyskland), samt i Japan, India og New Zealand.

Undersøkelsen Eurotrak Norway 2019 involverte i alt 12.229 personer, derav 1.046 med hørselstap. Av sistnevnte hadde 548 høreapparat mens 498 ikke hadde.



© Anovum 2019 - EuroTrak Norway 2019

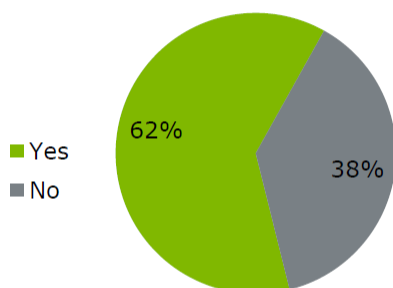
Figur 8: Forekomst av hørselstap i Norge – Sammenligning av EuroTrak-undersøkelsene i 2012 og 2019

Sammenligningen i figuren over viser totalt sett en viss økning fra 2012 til 2019, og ca. 9,3% av befolkningen melder om hørselstap.

Videre viser rapporten at av de som har hørselstap, har 49,1% høreapparat, og av disse har 79% høreapparat på begge ører. Siden undersøkelsen i 2012 har andelen med høreapparat økt fra 42,5% til 49,1%, og andelen med høreapparat på begge ører har økt fra 74% til 79%. Økningen kan bl.a. skyldes at man i senere år har fått tilgang til høreapparater som er enklere i bruk og som synes mindre. Av de 9 europeiske landene som er med i undersøkelsen, er det bare Danmark som har en høyere adopsjonsrate (51%). Danmark har også tre av de mest ledende produsentene av høreapparater internasjonalt.

EuroTrak-undersøkelsen inneholder en rekke interessante kartlegginger blant hørselshemmede, både når det gjelder formidling av høreapparater, helseaspekter, arbeidssituasjon osv. Vi vil her referere noen utdrag som vi finner spesielt relevante mht. formidlingen.

Thinking back before you obtained your first hearing aid(s): do you think, you should have gotten them sooner?



HA-owner, n=548

**IF YES:**

What are the reasons why you think you should have gotten your hearing aid(s) sooner? What are the opportunities you think you have missed because of this?

Please tick all that apply

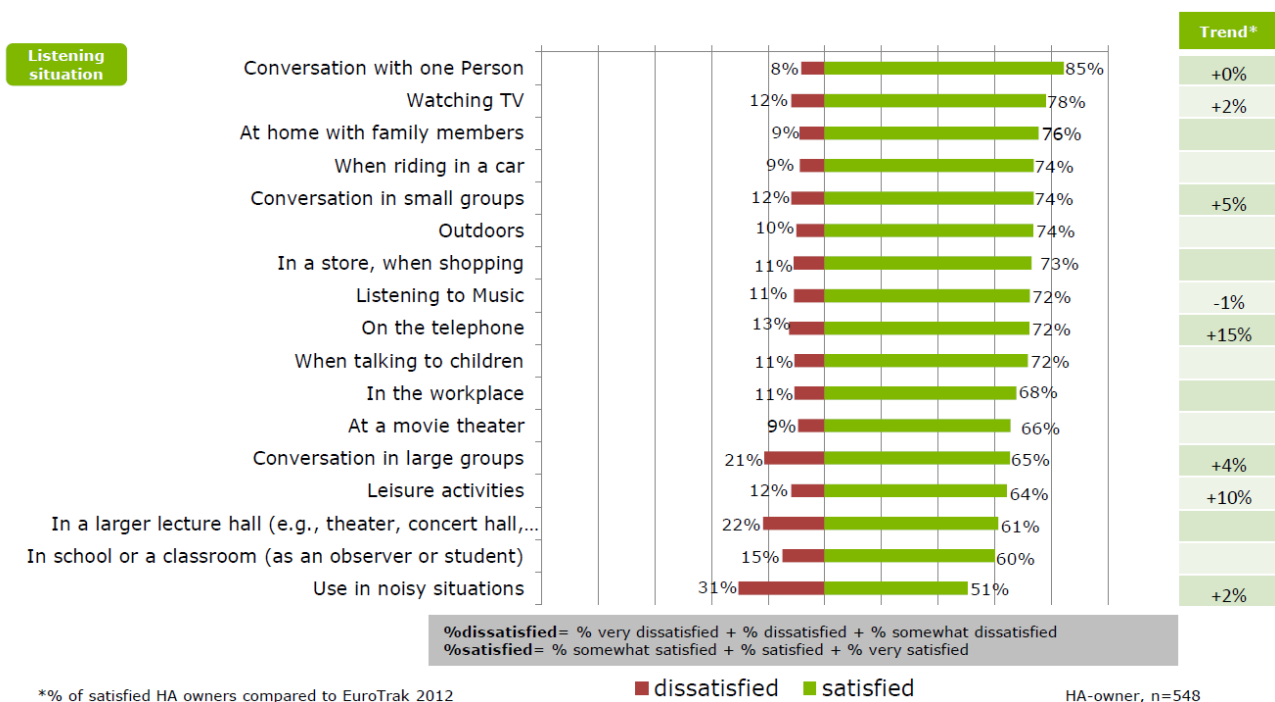


Base: n=317

**Figur 9: 62% av høreapparateierne synes de skulle ha skaffet seg høreapparat tidligere**

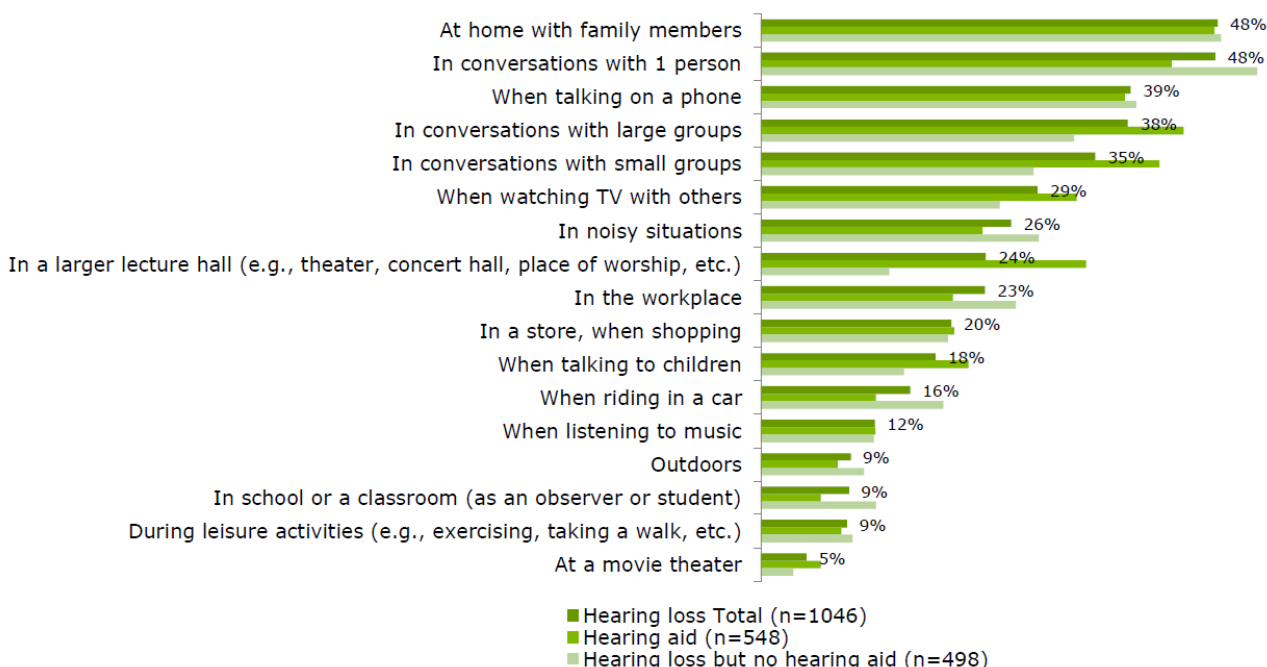
Som det framgår av figuren over, angret 62% av høreapparateierne på at de ikke skaffet seg høreapparat tidligere. Den viktigste årsaken er et bedre sosialt liv (76%), men også bedre mental/følelsesmessig helse (34%) og bedre ytelse i jobb (32%) er viktige faktorer.

Det finnes i dag en god del tilleggsutstyr til mange av høreapparatene som gir forbedring f.eks. når man ser på TV, eller apper og fjernkontroller som gjør tilpasning av høreapparatene enklere. Noe av dette utstyret er proprietært i forhold til høreapparatmerket, dvs. at man gjerne må ha tilleggskomponenter dersom det skal fungere overfor andre høreapparatmerker. Eurotak-undersøkelsen viser at ca. 50% av dem som har vært gjennom et formidlingsforløp, har fått informasjon om slikt tilleggsutstyr. 33% av høreapparatbrukerne har slikt tilleggsutstyr, og av disse er 76% fornøyde med utstyret.



Figur 10: Hvor fornøyde er brukerne med nåværende høreapparat?

Figuren over viser hvordan tilfredsstillelsen med nåværende høreapparat varierer ut fra brukssituasjonen.



Figur 11: I hvilke situasjoner er det spesielt viktig å høre godt?

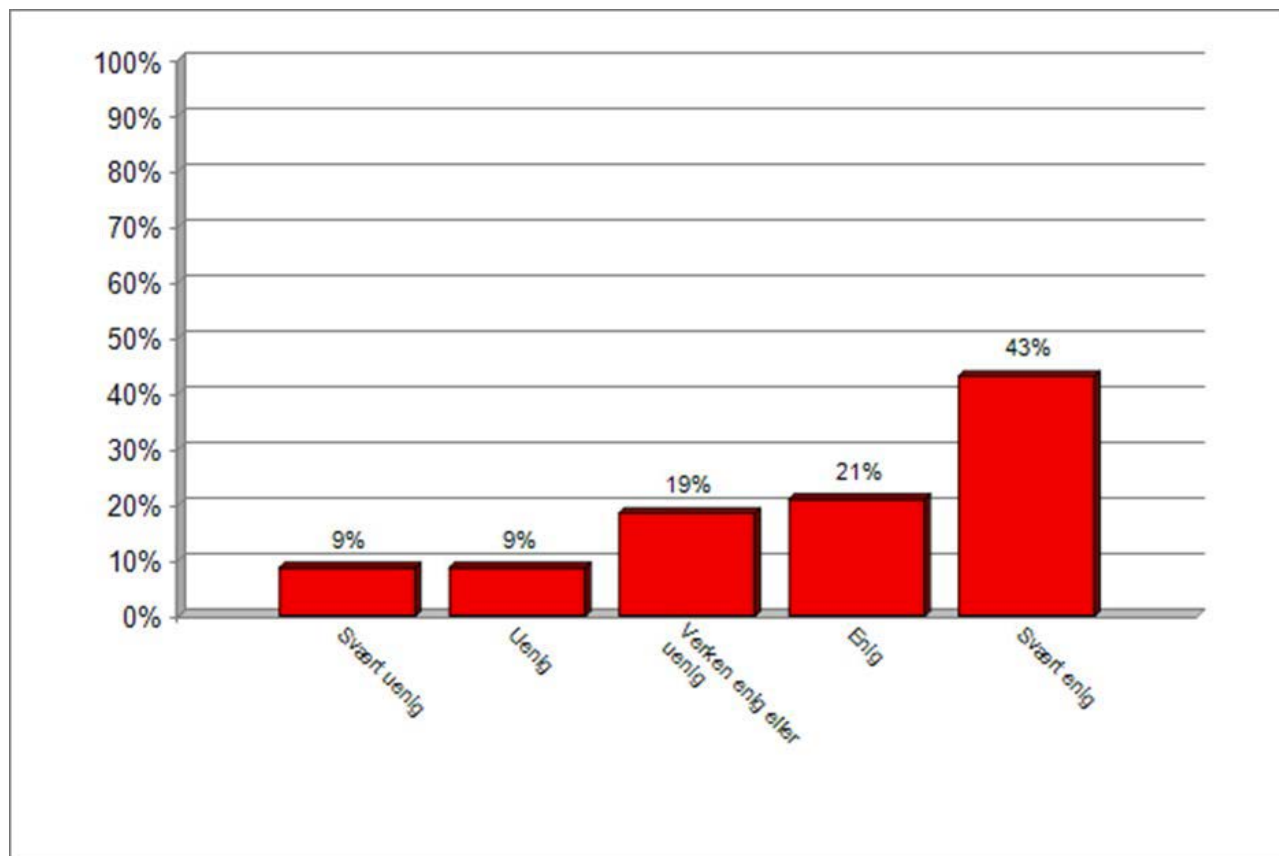
I figuren over har hver av informantene markert de 5 viktigste situasjonene der de mener det er viktig å høre godt.

Undersøkelsen viser videre at 93% av høreapparatbrukerne mener at høreapparatet forbedrer deres livskvalitet, i det minste noen ganger.



## 10.4 "Høreapparatformidlerundersøkelsen" 2014

Her er noen punkter fra rapporten (Hørselshemmedes Landsforbund, 2014) som ble publisert av HLF i oktober 2014 og som fortsatt i hovedsak synes å gjelde etter utsagn fra HLF:



Figur 12: Pasienten innkalles rutinemessig til etterkontroll etter tildeling av høreapparat

Dersom det hadde blitt gjennomført rutinemessig kontroll etter tildeling av høreapparat, er det mye som tyder på at man hadde unngått at en del av apparatene ikke blir brukt, men "havner i skuffen". Våre intervju har avdekket at det fra behandlers side, spesielt ØNH-spesialist, er et ønske om å få innsikt i hvorvidt den behandlingen man foreskrev har hatt en positiv virkning for brukeren. Det vil kunne gi mer motivasjon og mening i det daglige arbeidet, samt innsikt og lærdom man kan dra nytte av senere.

Her er noen sitater fra (Hørselshemmedes Landsforbund, 2014):

*"En av utfordringene er at det er for få audiografer ut i distriktene. Lange ventetider som fører til sjeldnere konsultasjoner og lengre varighet mellom hver."*

*"Enda bedre skriftlig informasjon. Dempe forventninger hos pasienter. Oppfordre pasienter til å jobbe selv og satse mer på hjelpemidler de får."*

*"Påvirkning av reklame fra leverandørene skaper urealistiske forventninger til høreapparatene. 6-årsregelen for gjenanskaffelse av HA."*

*"Bl.a. at mange har lang vei til hørselssentral el. klinikk, og at mange eldre hørselshemmede ikke er så mobile. Kommuneaudiograf er en etterlengtet funksjon (med ansvar for kontinuerlig oppfølging av høreapparatbrukere (og personell) på sykehjem og i trygdeboliger etc.)"*

*"Gjøre det enklere å få høreapparat. En person som har høreapparat fra før bør slippe å dra til ØNH-undersøkelse for "å hilse" på legen. Ikke mye forandrer seg hos en presbycusis pasient (pasient med aldersrelatert hørselstap), en gang dårlig hørsel, alltid dårlig hørsel. Audiografer sender pasienten til ØNH undersøkelse dersom det er betydelig forandring i hørsel e. l. Audiografer bør kunne tilpasse tekniske hjelpemidler også, slik som samtaleforsterkere og FM utstyr. Det vil gi et mer helhetlig tilbud enn når dette skal gå gjennom kommunens hørselskontakt."*

*"NAV Hjelpemiddelsentral må være mer oppdatert på høreapparat. Stort sett manglende kompetanse på HA og søknadsprosess hos de som tildeler hjelpemidler som gjør at prosessen er tidkrevende/mislykket. Veldig mange får utdatert teleslyngesystem og ikke det nyeste av spesielt streamerfunksjoner som er utviklet av den enkelte leverandør. Det er en kontinuerlig kamp å få tak i det brukeren vil ha mest nytte av."*

*"Bedre opplæring av sykepleiere i kontakt med høreapparatbrukere enten i hjemmesykepleien, på sykehus eller syke- og aldershjem, samt bedre opplæring av hørselskontakter mht. service på høreapparatene, feilsøking og repetisjon av for eksempel renhold og innsett av høreapparat. Mange høreapparat ligger i skuffen pga. små problemer som lett kunne blitt løst av for eksempel hjemmesykepleier med litt mer kunnskap om høreapparat."*

## **10.5 Evaluering av dagens organisering vedr. høreapparater**

På bakgrunn av rapporten fra ekspertutvalget (Ekspertutvalg, 2017) som bl.a. foretok en evaluering av dagens ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og NAV Arbeid og ytelser (som saksbehandler for Arbeids- og velferdsetatens ordning (folketrygden)), stilles det følgende spørsmål:

1. Har Arbeids- og velferdsetatens (NAV som saksbehandler) rolle en merverdi, utover at den sikrer brukerens rettigheter i folketrygden?
2. Sikrer dagens ordning en effektiv forvaltning av hjelpemidlene?
3. Sikrer dagens ordning god kostnadskontroll?

Under dette punktet har vi oppsummert erfaringene med dagens organisering, sett fra de ulike informantgruppene.

### **10.5.1 Har NAV sin rolle en merverdi?**

Ekspertutvalget påpeker at NAV har begrensede muligheter for aktiv kontrakts- og leverandørstyring pga. manglende fagkompetanse internt vedr. høreapparater og ortopediske hjelpemidler (Ekspertutvalg, 2017), men NAV har lang erfaring og kompetanse med prisforhandlinger og inngåelse av leverandøravtaler på en lang rekke hjelpemiddelområder, og for å kunne etablere disse avtalene så settes det sammen referansegrupper med relevant innsikt.

Det anses som en fordel at en større organisasjon gjør det for hele landet i stedet for at lokale / regionale grupper skal forhandle med leverandører eller at det ikke finnes noen rammeavtaler i det hele tatt.

Fra brukerhold er det en erfaring at kompensasjon for hørselstap kan være langt mer enn å gi brukeren høreapparat, og i noen tilfeller kan andre løsninger enn høreapparat være det mest hensiktsmessige. NAV Hjelpemiddelsentraler har god kompetanse på tilpasning og formidling av andre hørselstekniske hjelpemidler enn høreapparater både til bruk privat og i jobb- eller utdannessammenheng. Det ligger et stort forbedringspotensial i å kunne utnytte denne kompetansen i NAV i større grad i organiseringen av formidlingen av hørselshjelpemidler.

## 10.5.2 Sikrer dagens ordning en effektiv forvaltning av hjelpemidlene?

Sett fra HLF er det viktig å ha en forvaltningsordning som sikrer universelle rettigheter; sikre gratis høreapparat til alle med behov, og unngå sosiale forskjeller. HLF peker på følgende utfordringer/bekymringer:

- Mangelfull kvalitativ oppfølging fra audiograf og audiopedagog. Resultatet blir en nedbygging av rehabiliteringstilbudet, noe som går ut over mestring og bruk av høreapparat med negative individuelle og samfunnsøkonomiske konsekvenser. Det ønskes kvalitetsregister som dekker hørselssentralene og avtalespesialistene.
- Det mangler god oppdatert informasjon fra Staten (diagnostikk, rehabilitering, mestring og myndiggjøring – hvilke helsetjenester tilby for pasienter, pårørende og helsepersonell.
- For få audiopedagoger på hørselssentralene og hos avtalespesialistene. Dette går ut over ventetider, samhandling og oppfølging. Sykehusene presses på etterkontroller.
- Begrensninger knyttet til logistikk og kommunikasjon for fastleger og kommuner.
- NAV mangler hørselsfaglig kompetanse.
- Formålet med tjenesten er å gi brukere en bedre hverdag. Dette bør kvalitetssikres.
- Avtalespesialister mangler økonomisk insentiv til oppfølging, og heller ikke for samhandling med kommuner.

Arbeids- og velferdirektoratet beskriver at de står overfor flere utfordringer med dagens modell. NAV har ikke bestiller- eller fagkompetanse på høreapparat. ØNH-leger og audiografer i spesialisthelsetjenesten har fagkompetanse på høreapparater. NAV har ikke muligheter til å vurdere de faglige begrunnelsene, og har dermed svak kontroll over vedtakene. Spesialisthelsetjenesten vurderer hva brukeren skal ha og tar i realiteten beslutningene om dette, selv om NAV tar den formelle beslutningen i form av å fatte vedtak. Videre peker direktoratet på at ØNH-leger/audiografer i spesialisthelsetjenesten tildeler høreapparat, uten å være part i rammeavtalen. Hvis de f.eks. tildeler høreapparat uten vedtak, får NAV et problem. NAV må utbetale til leverandør selv om bruker ikke fyller vilkår.

Det er problematisk at NAV i praksis står ansvarlig for eventuelle brudd på betingelsene i rammeavtalen som høreapparatformidlerne står for, samtidig som NAV mangler styringsrett overfor høreapparatformidlerne.

En person med opplevd hørselsnedsettelse har full anledning til å anskaffe hørselstekniske hjelpemidler som høreapparater selv for egen regning. Vedkommende kan da henvende seg til en privat audiograf for hørselstesting og tilpasning av høreapparat. Intervju med brukere har avdekket at muligheten for å få dekket høreapparat gjennom det offentlige ikke er kjent for alle, og ikke alle private audiografer opplyser om denne muligheten. Hvorvidt dette skjer bevisst av bekvemmelighets- eller økonomihensyn, eller bare er en ren forglemmelse, har vi ikke noe grunnlag for å si noe om, men en konsekvens er at personen med hørselsnedsettelse sannsynligvis ikke gjennomgår en undersøkelse hos ØNH-spesialist med den kvalitetssjekken det innebærer.

Private audiografer tar til orde for at audiografene burde få rett til å begrunne og attestere søknad på høreapparat dekket gjennom det offentlige, og de hevder at dette vil kunne effektivisere formidlingsprosessen i betydelig grad (Aspnes, Jaatun, & et al., 2016). En viktig årsak er at det er relativt lang ventetid for å få time hos ØNH-spesialist. En spesialist som ble intervjuet, sa direkte: "*Vi er proppen i systemet*". Samtidig hevder ØNH-legene at deres undersøkelse er nødvendig. Sammenligner man med ordningene i våre naboland, er det gjennomgående slik at den hørselshemmede skal undersøkes av en ØNH-lege for å finne ut om hørselsnedsettelsen kan ha årsaker som krever annen behandling, eller at hørselen rett og slett er så dårlig at høreapparat ikke er aktuelt. Unntak er noen få "län" i Sverige mht. søknadsrett. Audiografene ønsker samhandling med ØNH-lege ved førstegangs konsultasjon for medisinsk avklaring, men mener altså at de burde få rett til å begrunne og attestere søknad. ØNH-legene påpeker viktigheten av den undersøkelsen de

foretar, og at audiografene ikke innehar nok kompetanse til å vurdere årsakene til hørselsnedsettelsen på en kvalitativ god nok måte. (Vi har i kapittel 10.7.1 skissert muligheter for mer effektiv samhandling mellom ØNH-lege, audiograf og fastlege ved å ta i bruk teknologi i større grad.)

Audiografforbundet peker på at det er en betydelig flaskehals ved fornyelse av høreapparat etter 6 år, og at krav om konsultasjon med ØNH-lege burde lettes her. I praksis betyr det at ØNH-lege konsulteres ved større hørselsendringer. I kapittel 10.7.4 har vi i samarbeid med audiograf illustrert hvordan formidlingen ved fornyelse kan gjennomføres.

Fra brukerhold ute i distriktet påpekes at nærhet til audiograf med god kompetanse er svært viktig, og at det burde være flere audiografer ute i distriktet, gjerne også ambulerende audiografer som kunne bidra til ytterligere nærhet til brukerne (jf. kapittel 10.7.2). Dette krever tilpasset finansiering fra myndighetenes side. Bedre tilgjengelighet vil føre til at hørseltap oppdages oftere, og at flere kan få hjelp. Selv om utgiftene til formidling dermed vil øke, kan forskning avdekke hvorvidt dette likevel vil lønne seg i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Audiografforbundet ønsker også at brukerne av høreapparater følges opp jevnlig, f.eks. ved en årlig kontroll. Dette vil stimulere til økt bruk av høreapparatene som er blitt tildelt. Jf. kapittel 10.4 om oppfølging. Iflg. HLF er det ca. 25% av dem som har høreapparat som ikke bruker disse. Bedre opplæring og oppfølging svikter. HLF nevner også at hørselssentralene på sykehusene er under press fra sykehusledelsen for å kutte kostnader. Dette går ut over etterkontrollene.

ØNH-legeuttrykker at det er lite kvalitetssikring på om det arbeidet de gjør i samarbeid med audiograf er godt nok. Subjektive tilbakemeldinger fra pasienter er ikke god nok verifisering. Det finnes teknologiske målemetoder som kunne gjort arbeidet mer effektivt. Det mangler også kontroll av kompetansen hos audiografene.

ØNH-lege peker også på organisatoriske utfordringer/muligheter: Hva gjør de enkelte aktørene i dag, og hva kunne de ha gjort? Ett eksempel på "tidstyv": Audiografer har en teknisk utdanning, men får status som helsepersonell. Samtidig får de ikke lov til å fjerne ørevoks; lege må komme.

Det er tydelige behov for lokale tilbud, som eldre som bor ute i distriktet og har for lang reisevei. Dette fordrer finansiering og kompetanseheving ute i kommunene slik at de kan påta seg nye oppgaver (Hørselshemmedes Landsforbund, 2014).

### 10.5.3 Sikrer dagens ordning god kostnadskontroll?

Fra Melanor (tidl. Medtek Norge) hevdes det at det fortsatt er slik at det er et misforhold mellom det tidsrommet leverandørene har forpliktet seg til å holde utprøvningslager og tiden det faktisk tar før brukerne har fått ferdig tilpasset høreapparat. Det medfører at leverandørene i praksis må holde utprøvningslager lengre før de får oppgjør. Det gir en likviditetsmessig utfordring som noen muligens har klart å innkalkulere ved prisforhandlingene, men dette krever en egen utredning. Se også (Aspnes, Jaatun, & et al., 2016).

Et annet forhold som det vises til i intervjuene, er at noen typer høreapparat består av en indre del (implantat eller skrue) som anskaffes av spesialisthelsetjenesten, og en ytre del (høreapparatet) som anskaffes av NAV og dekkes av folketrygden. Det blir dermed ikke gjennomført en samlet konkurranse for løsningene som helhet.

Vurderer man høreapparatformidlingen i et mer helhetlig og samfunnsøkonomisk perspektiv, er det mange momenter å ta hensyn til, og vi vil nevne noen:

- a) Norge er et land med spredt befolkning, og for dem som bor langt fra de større byene, kan hele prosessen i mange tilfeller fortone seg svært krevende. Dette gir flere av brukerne ute i distriktene uttrykk for. ØNH-spesialistene befinner seg gjerne i byene, enten ved sykehusene eller hos avtale-spesialister. Audiografer med refusjonsrett er tilknyttet hørselssentral på sykehus eller avtale-spesialister. Noen steder har DMS (underlagt større sykehus) der det kan være ansatt audiograf, og der

ØNH-spesialist kan ha noen få konsultasjonstimer pr. uke. På den måten kan reisetid og -belastning være redusert for noen brukere, men mange hørselshemmede har lang reisevei til ØNH-spesialist og til audiograf med refusjonsrett. Ofte kan en enkel konsultasjon medføre at det går med en hel dag til reise. Dette kan bety fravær fra arbeid og en betydelig belastning. Vi har eksempler på at belastningen for eldre har vært så stor at de har gitt opp før endelig tilpasning av høreapparat er blitt fullført. På grunn av manglende kollektivtilbud er også en del henvist til å benytte taxi, og reisekostnadene for samfunnet kan derfor bli svært høye. HLF påpeker at lokale medisinske sentre er gode arenaer for å få inn lokal audiograf. HLF argumenterer også for ambulerende audiografer og audiopedagoger som kan sikre oppfølging og opplæring ute.

- b) Fra intervju av brukere av høreapparater har vi også fått informasjon om at personer som ikke har PC og mulighet for skanning av billetter etc., har funnet det så vanskelig å søke om reiserefusjon at enkelte har dekket reisen selv. De som bruker PC og har mulighet for skanning av billetter etc., er fornøyde med systemet.
- c) På enkelte steder utenom byene finnes det private audiografklinikker. Audiografene her kan ha avtale med RHF i regionen om tilpasning av høreapparater gjennom det offentlige, men de har ikke refusjonsrett, noe som betyr at den hørselshemmede må betale full pris for hver konsultasjon i stedet for egenandel som forvaltes av HELFO. Det gir høye kostnader for den hørselshemmede, noe som likevel aksepteres ut fra at vedkommende slipper lang reisevei.

#### 10.5.4 Andre forhold av betydning for vurdering av høreapparatformidlingen

For eldre som bor i institusjon har vi gjennom innovasjonsvirksomheten i InnoMed (Aspnes, Jaatun, & et al., 2016) observert at det ofte mangler kompetanse blant personalet til å hjelpe beboerne med bruk og stell (rensing og skifte av batteri) av høreapparat. Dette blir også bekreftet av likemenn vi har intervjuet og det var også begrundet for et prosjektinitiativ det ble jobbet med i 2017 i samarbeid med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Trøndelag samt et sykehjem i Trondheim. (Man lyktes imidlertid ikke med å skaffe finansiering til dette initiativet selv om behovet var tydelig i søknaden.)

Dessuten kan beboere i institusjon ofte ha større nytte av andre hørselstekniske hjelpemidler enn høreapparat. Dette gjelder iflg. ØNH-leger gjerne personer med sterkt nedsatt hørsel. Manglende assistanse til hørselshemmede eldre i institusjon kan føre til at de blir sittende isolert og ensomme på sitt rom i stedet for å delta i fellesskap med andre. Spesielt ille er det for beboere som i tillegg til hørselsproblemene, også har problemer med synet. Manglende sosial kontakt og mental stimulans er vist å kunne gi raskere og tidligere utvikling av demens (The Lancet Commissions, 2017). Sitater fra kapittel 10.4 (Hørselshemmedes Landsforbund, 2014) støtter også opp om dette.

Ikke alle audiografene og ØNH-spesialistene har god kompetanse på hørselstekniske hjelpemidler utenom høreapparater (Aspnes, Jaatun, & et al., 2016). I tillegg handler det om å skape gode hørselstekniske miljøer. Grunnleggende informasjon om dette er samlet i en nettbasert veileder kalt "[Lag hørselsvennlig miljø](#)" drevet av Bufdir (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, u.d.).

Videre vises det til at saksbehandling av søknader om høreapparat er ressurskrevende. Men mer enn 95% av søknadene innvilges.

#### 10.6 Teknologisk utvikling

Med sin offentlige formidlingsordning for høreapparater betraktes Norge av noen leverandører som et interessant testmarked for nye løsninger. Dette kan slå positivt ut ved at vi får tilgang til det siste på markedet til en akseptabel pris. Men det kan også slå ut negativt ved at det lanseres produkter som ikke er godt nok utprøvd, og som derved kan ha noen svakheter i forhold til praktisk bruk.



Det har i senere år skjedd en rivende teknologisk utvikling vedr. høreapparater. De er blitt behageligere å bruke, og de har fått en utforming som gjør at det synes mindre at man bruker høreapparat. Det er også blitt store forbedringer med hensyn til lydbylde, og apparatene kan gjerne justeres via en app på smarttelefon i forhold til behov og aktuelt lydmiljø. Mulighetene for slik fjernjustering kan også benyttes ved innstilling og tilpasning av høreapparater ved anskaffelse.

Flere apparater leveres med ladestasjon basert på induksjonslading. Dermed slipper bruker å skifte batteri, og apparater med mulighet for fjernjustering via app på smarttelefon, og med ladestasjon der høreapparatet legges oppå er en mulighet som bør vurderes for personer (oftest eldre) som har problemer med batteriskift, og det å håndtere ørsmå knapper.

Bransjeorganisasjonen Medtek Norge (nå Melanor) argumenterer for at prispress fra NAV på elektriske rullestoler har gitt mindre innovasjon og produktutvikling, og at produktene blir enklere og i mindre grad individuelt tilpasset (Medtek Norge, 2016). Selv om en slik utvikling kan oppfattes som negativ for brukerne, så illustrerer eksempelet at det er mulig å ha god kostnadskontroll på produktkategorier med NAV som forhandler og finansiering gjennom folketrygden.

## 10.7 Innovasjons-/utviklingsmuligheter

### 10.7.1 Endret oppgavefordeling ved bruk av teknologiske muligheter

En vesentlig andel av behandlingstiden utgjøres av tiden som går fra besøk hos fastlege til man får time hos ØNH-lege for utredning (se oversikt på [helsenorge.no](http://helsenorge.no)). Dette gjelder ikke minst for personer som bor ute i distriktet. Moderne kommunikasjonsteknologi (videokonferanse) og diagnostiseringshjelpemidler som videootoskop muliggjør at ØNH-spesialist kan undersøke en pasient uten at pasient og lege møtes fysisk. Dette krever at audiograf eller fastlege betjener videootoskopet i dialog med ØNH-legen.

Man kan også tenke seg at en fastlege ved bruk av eksisterende teknologi kan utføre en større del av kartleggingen av hørselstap hos pasienten enn det som er vanlig. Dette er muligheter som er blitt diskutert med fastleger (i forbindelse med prosjektinitiativ i SINTEF). Slike endringer i jobbfordeling krever nye eller endrede refusjonssatser, og erfaringer fra innovasjonsarbeid i helse- og omsorgssektoren gjennom InnoMed viser at dette er krevende, men får man det til, kan det gi positive samfunnsøkonomiske effekter.

### 10.7.2 Kommunale og/eller ambulerende audiografer

Dette er ordninger som det har vært flere prøveprosjekt på.

Her kan som eksempel nevnes "**Audiograf i interkommunal rehabilitering**", et samarbeidsprosjekt 2011 – 2014 mellom kommunene Røros, Os og Holtålen kommuner. I prosjektrapporten står det bl.a.: *"Det er mye nytt innen området hørsel, og man ser at en fagperson med hørsel som sitt spesialfelt har helt andre forutsetninger for å gjøre en god jobb og å holde seg oppdatert enn annet helsepersonell med henhold til hørselshemmede. En audiograf kan blant annet se på høreapparater i sammenheng med annet hørselsutstyr og har bedre forutsetninger for å finne en optimal løsning. Dette blir et mer helhetlig tilbud innen hørsel."* På tross av positive erfaringer og resultater, ikke minst for brukerne, har man ikke klart å finne finansiering til å videreføre ordningen med kommunal audiograf.

Et annet eksempel er prosjektsamarbeidet mellom Sykehuset Telemark HF og kommuner i Vest-Telemark kalt "**Ambulerende audiograf**". Det pågikk i flere perioder i tidsrommet 2011 – 2014. I rapporten fra prosjektet står det bl.a.: *"Prosjektet viste seg i løpet av 2013 å være et godt supplement til audiograf-tjenesten ved Hørselssentralen, og man ønsket en forlenget prosjektperiode for å vurdere tilbudets aktualitet over tid."*

En audiograf i Trøndelag (<https://horselnamdal.no/tjenester/>) har f.eks. avtaler med ca. 10 ulike kommuner i Trøndelag, hvor vedkommende leies inn for å fungere som en slags **kommunal audiograf**. Audiografen besøker hver kommune 1-4 ganger hvert år. Hos en av kommunene er vedkommende 1 gang i måneden. Tjenesten fungerer meget bra og er et populært tilbud for innbyggere og boende på kommunale institusjoner (sykehjem). Det er langt, og umulig, for mange å reise til klinikker for hjelp, så det er et etterlengtet og nødvendig tilbud. Audiografen har hatt dette tilbudet siden 2014, og har bare fått positive tilbakemeldinger fra brukerne.

Fra brukerhold er det liten tvil opp at slike tiltak kan være svært positive. Utfordringen med dette, i likhet med mange innovasjonsinitiativ, ligger ofte i å kunne se effektene i et mer helhetlig og overordnet perspektiv, og "overse" hvem som høster gevinstene i forhold til hvem som har utgiftene.

### 10.7.3 Bedre opplæring ut til distriktene

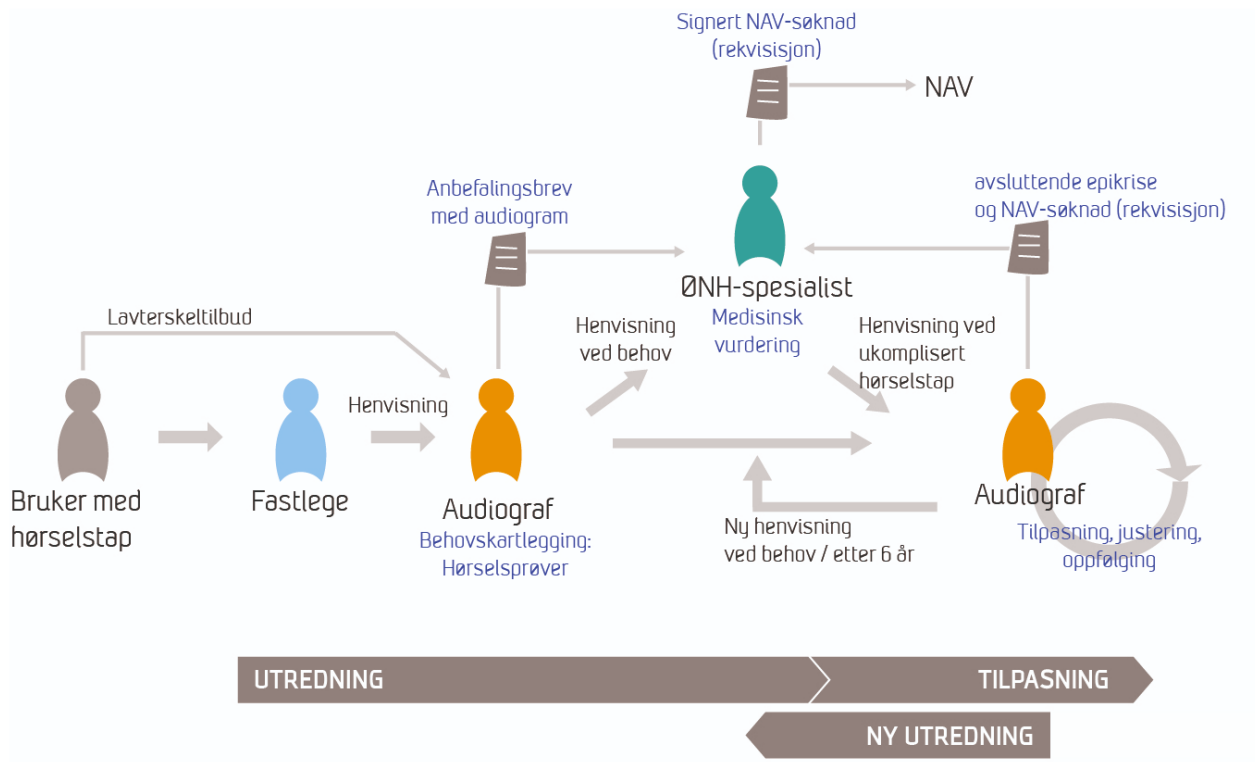
Flere hørselssentraler gjennomfører utdanningsarbeid knyttet til ambulerende tjenester og "fremskutt" i lokale klinikker. HLF foreslår flere stillinger ved hørselssentralene for å drive utviklingsarbeid og etablere opplæring og veiledning for kommuner. Representant for HLF sier: "*Lokale medisinske sentre er gode arenaer for å få inn en lokal audiograf*".

HLF nevner spesielt Lovisenberg sykehus som driver opplæring av kommunalt helsepersonell i oppfølging av høreapparatbrukere.

### 10.7.4 Forenkling av formidlingsprosessen etter 6 år

Som det står i ett av sitatene i kap. 10.4: "*En person som har høreapparat fra før bør slippe å dra til ØNH-undersøkelse for "å hilse" på legen. Ikke mye forandrer seg hos en presbyacosis pasient (pasient med aldersrelatert hørselstap), en gang dårlig hørsel, alltid dårlig hørsel. Audiografer sender pasienten til ØNH undersøkelse dersom det er betydelig forandring i hørsel e. l.*"

I samråd med audiograf er det laget følgende enkle illustrasjon av hvordan formidlingen av høreapparater kan gjennomføres når pasienten har høreapparat fra før, og benytter seg av muligheten for å få nytt apparat etter "6-årsregelen":



Figur 13: Forenklet formidlingsforløp etter 6 år



## 11 Formidling og finansiering av ortopediske hjelpemidler

### 11.1 Innledning

I tabellen nedenfor har vi vist en oversikt over informanter som er intervjuet om ortopediske hjelpemidler. Intervjuene er gjennomført dels ansikt-til-ansikt og dels pr. telefon.

Informanter	Antall intervjuer	Merknader
Ortopediske verksteder	3	To individuelle intervjuer. Et gruppeintervju (to deltakere)
Brukere	5	Individuelle intervjuer. I tillegg har vi fått tilsendte to brukerhistorier
Brukerorganisasjoner	1	Gruppeintervju med tre deltakere; Norges Handikapforbund, samt Landsforeningen for polioskadde og Landsforeningen for amputerte
Ortopeder	2	Individuelle intervjuer

For å orientere oss i fagfeltet, har vi i tillegg til intervjuene og innledningsvis i utredningen, hatt mer uformelle møter med to ansatte ved et ortopedisk verksted, to representanter for en brukerorganisasjon, samt med Ortopeditekniske Virksomheters Landsforbund (OVL).

### 11.2 Kartlegging og beskrivelse av dagens organisering

Dette punktet inneholder en rent deskriptiv beskrivelse av dagens organisering av ansvaret for finansiering og formidling av ortopediske hjelpemidler. Når det gjelder synspunkter på og vurderinger av dagens modell, viser vi til kapittel 12.

Formidling og finansiering av ortopediske hjelpemidler er hjemlet i Folketrygdloven kap. 10<sup>9</sup>, samt Forskrift om stønad til ortopediske hjelpemidler<sup>10</sup> med tilhørende rundskriv<sup>11</sup> (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018). Forskriften skiller mellom ortopediske hjelpemidler som utleveres av ortopeditekniske virksomheter (del 1) og ortopediske hjelpemidler som brukeren bestiller selv (del 2). Forholdet mellom de ortopeditekniske virksomhetene og NAV er forhandlet frem som rammeavtaler.

Utbetalt beløp til ortopediske hjelpemidler er oppsummert i *Tabell 6*. Totalt utgjorde dette ca. 1 544 millioner kroner i 2018. Statistikken for 2017 (siste tilgjengelige tall) viser at brutt ned på arbeidstype var ca. 80% relatert til formidling av nye hjelpemidler. Det resterende fordeler seg på reparasjon (9%), justering (11%) og rekvisita (0,5%). Maksimalbeløp for stønad til ortopediske hjelpemidler er listet i *Tabell 7*. Det er lagt begrensninger på hvor mange enheter en bruker kan få stønad til per år, med mulighet til å søke om unntak fra begrensningene i spesielle tilfeller.

<sup>9</sup> <https://www.nav.no/rettskildene/Forside/Folketrygdloven/kapittel-10-st%C3%B8nad-for-%C3%A5-kompensere-for-utgifter-til-bedring-av-arbeidsevnen-og-funksjonsevnen-i-dagliglivet>

<sup>10</sup> <https://www.nav.no/rettskildene/forskrift/F19970418-336>

<sup>11</sup> <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/10-7-i-ortopediske-hjelpemidler-brystprotese-ansiktsdefektprotese-%C3%B8veprotese-og-parykk>

Kostnadsart	Kostnad 2018 Tall i millioner kr.
Ortopediske ortoser	417,6
Ortopediske proteser	415,8
Ortopedisk skotøy	398,6
Ortopedisk fotseng	203,5
Ortopediske hjelpemidler som dekkes av forskriftens andre del <sup>12</sup>	109,1
<b>Sum ortopediske hjelpemidler</b>	<b>1544,6</b>

Tabell 6 NAVs utgifter til ortopediske hjelpemidler, 2018. Kilde: NAV.

Ortopedisk fottøy	
Satsene gjelder fra 1. januar 2019	
Type	Sats
Egenbetaling, spesialsydd ortopedisk fottøy, personer over 10 år	665 kr per par
Egenbetaling, spesialsydd ortopedisk fottøy, barn under 10 år	405 kr per par
Stønad til fabrikkmessig fremstilt ortopedisk fottøy	1 645 kr per par
Egenbetaling fotsenger	225 kr per enhet
Maksimal stønad til alminnelig fottøy ved ulik fotstørrelse	800 kr per par

Tabell 7 Maksimalpriser for stønad til ortopediske hjelpemidler, 2019. Kilde: www.nav.no.

I henhold til forskriften § 1 første ledd er det kun de med vesentlige funksjonsforstyrrelser i støtte- og bevegelsesorganene som kan ha rett til ortopediske hjelpemidler. Hva som anses som støtte- og bevegelsesapparatet bygger på en medisinsk forståelse. Støtte- og bevegelsesapparatet omfatter skjelett, ledd, leddbånd, sener og muskler. Alle anskaffelser og fornyelser av ortopediske hjelpemidler forutsetter at det foreligger en gyldig søknad fra lege med rett til å begrunne og attestere søknad. Ved fornyelser av ortopedisk hjelpemiddel er krav til at angitt rekvisisjonsperiode ikke har utløpt. Hvis det er fastslått at brukers medisinske tilstand og behovet for hjelpemiddel er uendret, kan medlemmets fastlege forlenge gyldighetstiden med inntil fem år for en fullmakt gitt av en godkjent rekvirent. Hvis rekvirenten opprinnelig har gitt fullmakt for en periode på inntil ti år, kan fastlegen forlenge gyldighetstiden med inntil ti år.

Ved førstegangsanskaffelse av et hjelpemiddel skal også legen påse at bruker får tilbud om tilstrekkelig opplæring i bruken av hjelpemiddelet. Avanserte ortopediske hjelpemidler er først å vurdere som hensiktsmessige dersom den enkelte klarer å bruke hjelpemiddelet.

Når et ortopedisk hjelpemiddel leveres til en bruker, skal alltid en autorisert ortopediingeniør stå faglig ansvarlig. Dette ansvaret omfatter både den tekniske kvaliteten på hjelpemiddelet som produkt, og tilpasningen

<sup>12</sup> Dette omfatter parykk, brystprotese og spesialbrystholder til brystprotese, øyeprotese, ansiktsdefektprotese og alminnelig fottøy ved ulik kostørrelse.

til det enkelte medlem, herunder også at nødvendig opplæring er gitt. I tillegg til at ortopediingeniøren attesterer for hjelpemiddelets kvalitet skal medlem selv ved sin underskrift bekrefte at hjelpemiddelet er mottatt i henhold til rekvisisjonen, at det er hensiktsmessig og at medlem er trent i anvendelsen av det.

Alle ortopediske verksteder og forhandlere som leverer ortopediske hjelpemidler må ha inngått avtale med Arbeids- og velferdsdirektoratet om levering av og priser på ortopediske hjelpemidler. Det ytes bare stønad til ortopediske hjelpemidler som er levert av ortopediske verksteder og forhandlere som har slik avtale.

For ortopediske hjelpemidler etter forskriftens avsnitt I (proteser, ortoser, fotsenger og ortopedisk fottøy) skal det etter hovedregelen søkes forhåndstilsagn. I prinsippet innebærer dette at positivt vedtak skal foreligge før hjelpemiddelet anskaffes. Forhåndstilsagn søkes gjennom alminnelig søknad eller fornyelse. Stønad kan allikevel tilstås selv om forhåndstilsagn ikke er innhentet. Dette bare dersom det er klart at forhåndstilsagn ville blitt gitt.

For ortopediske hjelpemidler etter forskriftens avsnitt I er det satt krav til direkte oppgjør mellom NAV og alle godkjente leverandører. Oppgjørene er elektroniske. Forhandler av ortopediske hjelpemidler sender faktura til NAV via det elektroniske kontrollprogrammet ORTOK. Det elektroniske kontrollprogrammet angir hvordan fakturaene skal spesifiseres.

Ortopediske hjelpemidler omfatter proteser, ortoser og ortopedisk fottøy. For å få støtte til ortopediske hjelpemidler må bruker ha en varig (over to år) nedsatt funksjonsevne i armer, ben eller rygg. Hjelpemiddelet må være nødvendig for å opprettholde et alminnelig funksjonsnivå, og det må være rekvirert av godkjent spesialist. En forutsetning for at man skal få stønad er at en leverandør som har rammeavtale med NAV leverer det ortopediske hjelpemiddelet (se nav.no).

Folketrygden dekker utgifter til anskaffelse, justering og reparasjon av nødvendig protese, ortose eller ortopedisk fottøy:

- En **protese** er en mekanisk eller teknisk innretning som skal erstatte helt eller delvis tap av lemsdel i et bevegelsesorgan. I praksis dreier det seg ofte om armproteser og benproteser. Protoser som plasseres inne i kroppen ved hjelp av kirurgi, for eksempel kunstige ledd, regnes ikke som ortopedisk hjelpemiddel i henhold til lov om folketrygd.
- En **ortose** skal erstatte, gjenopprette eller bedre tapt funksjon i et støtte- eller bevegelsesorgan. Eksempler på ortoser er ortopediske korsetter og skinner som stabiliserer ledd når lammelse eller svekkelse har ført til problemer med stabilisering. Spesiallagede fotsenger regnes som ortoser.
- **Ortopedisk fottøy** er spesiallaget slik at de skal avhjelpe funksjonsforstyrrelser i fot- og ankelregionen, for eksempel fottøy for diabetikere og revmatikere. Fottøyet kan være individuelt laget til den enkelte bruker, eller fabrikkmessig framstilt for en diagnosegruppe/brukergruppe.
- **Hjelpemidler til idretts- og mosjonsaktivitet.** Barn og ungdom under 26 år kan få stønad til spesialprotese og ortopedisk fottøy for idretts- og mosjonsaktivitet.
- **Alminnelig fottøy.** Man kan få støtte til to ekstra par fottøy hvert år, hvis forskjellen på høyre og venstre fot utgjør minst to hele skonummer. Det er satt en øvre grense for mye man kan få pr par.

Man må betale en **egenandel** til leverandøren for ortopedisk fottøy og fotsenger. Øvrige ortopediske hjelpemidler dekkes fullt ut. Leverandøren sender faktura direkte til NAV for beløpet som folketrygden dekker. Hvis behovet for ortopedisk fottøy og fotsenger skyldes en yrkesskade, kan man søke NAV om å få refundert egenandelen. Man får dekket nødvendige **reiseutgifter** til nærmeste ortopeditekniske virksomheter. Alle ortopeditekniske virksomheter innenfor helseregionen regnes som nærmeste verksted. Man får dekket billigste reisemåte med offentlig transport. Hvis helsetilstanden gjør det nødvendig å benytte dyrere transport, kan utgifter til drosje eller liknende dekkes.

Sykehuslege eller legespesialist må fylle ut **søknadsskjema** (NAV 10-07.10) og sende det til leverandøren av det ortopediske hjelpemidlet. Leverandøren gir tilleggsopplysninger på skjemaet og videresender det til NAV. Allmennpraktiserende leger kan ikke søke om ortopediske hjelpemidler, men de kan henvise bruker videre til en spesialist. Spesialister i ortopedisk kirurgi og fysikalsk medisin og rehabilitering, samt sykehusleger kan søke om alle typer ortopediske hjelpemidler. Spesialister i nevrologi, revmatologi, indremedisin og pediatri kan søke om ortoser og ortopedisk fottøy.

**Fornyelse.** NAV kan gi deg fullmakt å søke uten ny legeerklæring i en periode på fem eller ti år. Hvis NAV har fattet vedtak om å gi deg slik fullmakt, kan du søke ved å bruke skjema NAV 10-07.11. Ortopediingeniør må signere på søknadsskjemaet. Hvis tilstanden og behovet er uendret når en slik fullmaktperiode løper ut, har brukers fastlege anledning til å forlenge fullmaktperioden til det dobbelte ved å skrive en legeerklæring om at tilstanden og behovet er uendret.

NAV avgjør om vilkårene for stønad er til stede og om søknaden kan innvilges. Når NAV har fattet **vedtak** om stønad, kan det ortopediske hjelpemiddelet bestilles hos en leverandør (ortopediteknisk virksomhet) som har avtale med NAV.

Når det gjelder ansvarsfordelingen mellom NAV, spesialisthelsetjenesten og ortopeditekniske virksomheter (leverandørene), har NAV ansvar for å inngå og følge opp **rammeavtaler**<sup>13</sup> med **ortopediske verksteder**<sup>14</sup>, behandle søknader og forvalte stønadsregelverket, og kontrollere og betale faktura. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, har de ansvar for å utrede behovet for ortopediske hjelpemidler og begrunne søknader. De ortopeditekniske virksomhetene (verkstedene) har ansvar for å tilpasse ortopediske hjelpemidler og velge riktig løsning.

Når det gjelder prosessen med å få tildelt ortopedisk hjelpemiddel, er det fastlege som henviser til ortoped, eller annen legespesialist. Ortoped eller annen spesialist begrunner **søknad**<sup>15</sup> og signerer og sender den til ortopedisk verksted. Ortopedisk verksted gir tilleggsopplysninger på søknad, signerer og sender den til NAV, og starter tilvirkningsprosessen. Saksbehandler i NAV fatter vedtak og sender gjenpart av vedtak til ortopedisk verksted. Originalen sendes til brukeren. Ortopedisk verksted slutfører tildelingsprosessen og sender faktura til NAV via et elektronisk oppgjørssystem (Ortok). **Ferdigattest**<sup>16</sup> signeres av ortopediingeniøren og brukeren, og sendes til NAV. NAV kontrollerer og betaler faktura. Ved gjenanskaffelse er det ikke alltid nødvendig at brukeren må til ortoped, annen legespesialist eller sykehuslege for å få en ny begrunnelse. Det er vanligvis tilstrekkelig at ortopediingeniøren og brukeren fyller ut og signerer **søknad om fornyelse**<sup>17</sup>.

Figuren nedenfor illustrerer formidlingsforløpet.

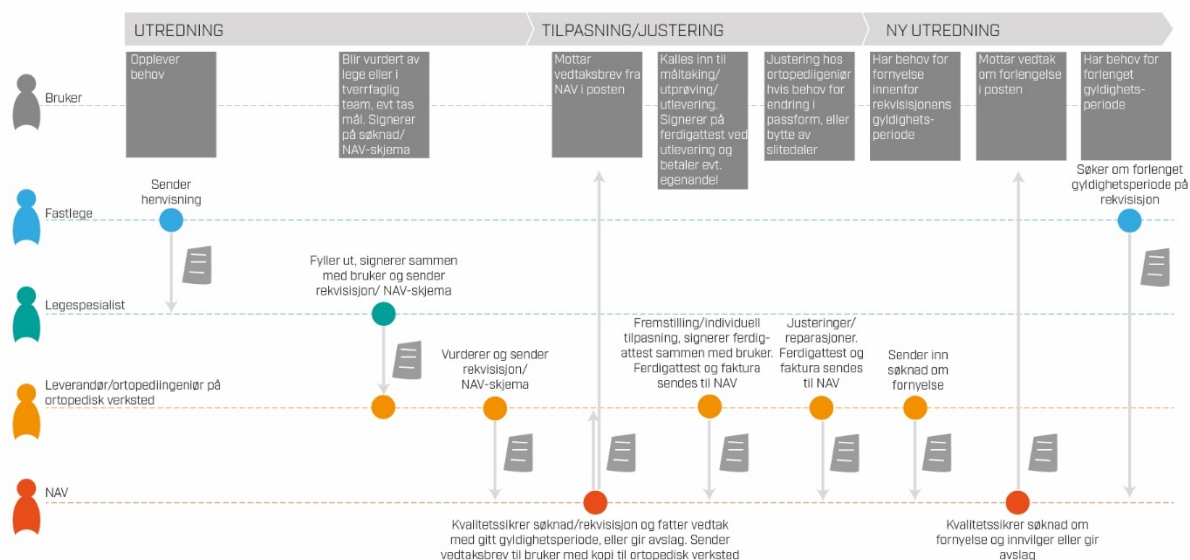
<sup>13</sup> <https://www.nav.no/rettskildene/Vedlegg/vedlegg-3-til-10-7-i-ortopediske-virksomheter-og-generell-avtaletekst>

<sup>14</sup> <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Samarbeid/Hjelpemidler/ortopediske-verksteder--360617>

<sup>15</sup> <https://www.nav.no/no/Person/Skiemaer-for-privatpersoner/skiemaveileder/vedlegg?key=235178&languagecode=53>

<sup>16</sup> [https://www.nav.no/systemsider/alleSkiemaer/\\_attachment/1073747206?ts=15438aa3b28&download=true](https://www.nav.no/systemsider/alleSkiemaer/_attachment/1073747206?ts=15438aa3b28&download=true)

<sup>17</sup> <https://www.nav.no/no/Person/Skiemaer-for-privatpersoner/skiemaveileder/vedlegg?key=235179&languagecode=53>



Figur 14: Formidling av ortopediske hjelpemidler

## 11.3 Evaluering av dagens organisering – ortopediske hjelpemidler

### 11.3.1 Innledning

I henhold til oppdraget, skal det i utredningen gis en grundig vurdering av dagens organisering fra både overordnet systemperspektiv, samt fra perspektivet til de ulike involverte aktørene. Med involverte aktører mener vi i denne utredningen; Arbeids- og velferdsdirektoratet, NAV Styringsenhetene, NAV Arbeid og ytelser, et utvalg ortopediske verksteder, et utvalg ortopeder, samt et utvalg brukere og brukerorganisasjoner. Innsamlingen av vurderinger og erfaringer er gjort i form av intervjuer; gruppe og individuelt, ansikt-til-ansikt og pr telefon. Intervjuutskriftene utgjør våre kvalitative data.

### 11.3.2 Brukerhistorier

Som en innledning ønsker vi å løfte frem to brukerhistorier:

Historien til protesebruker

*"Fra 1968 har jeg vært bruker av benprotese etter en låramputasjon sommeren 1968. I løpet av disse årene har jeg selv sagt hatt både gode og dårlige erfaringer med kvalitet og tilpassing, men jeg har alltid fått vedtak om ny protese ved behov, både ved lokalt trygdekontor og senere NAV. Ved siste søknad som gjaldt Genium kneledd, et som er ekstra kostbart, fikk jeg riktig nok først avslag. Men etter klage med bedre begrunnelse fra ortopedingeniør og lege ved rehabiliteringsopphold, fikk jeg kneleddet som fungerer veldig bra for meg. Jeg kan gå lengre strekninger og fungerer også bedre i dagliglivet. Ikke minst ble jeg også i stand til å stå i arbeid to år utover normal pensjonsalder."*

*"Etter som tiden gikk fikk jeg også behov for andre hjelpemidler enn krykker, blant annet rullestol for avlastning og utstyr på bad. For meg er det da naturlig og praktisk å forholde meg til samme etat. I disse årene har jeg veldig sjelden hatt behov for å forholde meg til helsevesenet ved fornying av protese. Jeg mener det vil være tungvint, upraktisk og unaturlig å måtte forholde seg til et helseforetak for fornying av ortopediske hjelpemidler og til NAV for tekniske hjelpemidler. Det er jo samme tilstand som skaper behovet for nødvendige og hensiktsmessige hjelpemidler. Jeg frykter at dersom forvaltningen av ortopediske hjelpemidler blir flyttet*

*til helseforetakene som har svært ulik økonomi, vil brukerne bli forskjellsbehandlet utfra hvilket helseforetak de sorterer under. En eventuell kommunal forvaltning vil, om mulig, gjøre brukernes situasjon enda verre."*

Historien til bruker med polio

*"Eg fekk polio som barn, og vart lam i begge beina. Eg fekk igjen styrken i høgre fot og den venstre sida svakare og lam. Var sendt til Molde sjukehus, der dei laga mi fyste stål skinne, men når dei ikkje kunne gjere nok meir for meg vart eg sendt til Kronprinsesse Marthas Institutt. Der fekk eg laga lang lår skinne med hyssing sko, når eg var der og tok operasjonar. I starten var det privatfirma som var innom KMI. Firmaet kom på fysikalsk avdeling på KMI, og tok mål og eg prøvde skinna der når den var klart til privat vising. Var det noko som skulle endrast på, vart det ordna der, eller eg måtte ta drosje til verkstaden, og dei ordna det, mens eg venta. Dei kom ut og eg prøvde om den var betre, og sa eg nei så var det innom verkstaden igjen og få retta på feilen. Det var stål skinner eg brukte da. Dei knakk ofte. Det vart eit nytt liv når eg fekk kullfiberskinne. Den var lett, og det vart mindre slitasje på kroppen. Skinna er sterk, sa det er ofte skinn og skruar som må ha service med jamne mellomrom.*

*Når KMI vart nedlagt vart eg overflytting til Sophies Minde Ortopedi. Sidan eg er fast kunde med Sophies Minde Ortopedi, så brukar eg ringe og bestille meg en time ved behov. Så bestiller eg flybillettar og søker NAV om refusjon av reiseutlegg når turen er utført. Sophies Minde ordnar med rekvisisjon til skinna, fot senger med lege som kjem fra Oslo Universitet sjukehus, og sender søknad til Nav.*

*Sidan det er viktig at skinna, som du brukar daglig, skal passe godt, er det viktig for meg og få kome til Sophies Minde Ortopedi. Dei har verkstad. Eg reiser til Sophies Minde Ortopedi, og prøver skinna, og dei rettar på vonde punkt, og tilpassar den mens eg venter. Dei gjer den ferdig og sender i posten. På denne maten vert skinna god og bruke, utan ekstra plager, som gnagsår etc.*

*For en del år sidan, fekk eg beskjed at eg burde bruke et lokalt verkstad. Det var en ortopediingeniør som kom til Ålesund. Han tok gipsavstøyping av beinet og laga skinne, som eg var og prøvde. Der var mykje som måtte rettast på. Men han skreiv gule lappar på skinna, og skulle orde det. Eg fekk skinna i posten, og eg følte at lappane hadde falle av skinna, for den var vond å bruke. Omtrent som eg hadde bestilt dårlige sko på postordre. Eg var innom "ortopeden" i Ålesund som tok den med seg og skulle ordne den igjen, utan at det vart betre. Det var en ortoped som kom fra Bergen/ Trondheim, som hadde kontordag i Ålesund. Eg kontakta Sophies Minde i håp om at dei kunne fikse skinna. Dei kasta skinna, for det gjekk ikkje ann og tette på den. Eg har også opplevd at NAV ikkje dekker porto for å sende inn skinne til service. Det kan vere skruer som må smørjast og skiftast, skinn som vert slitt og må skiftast. Så da er det og bestille time, og reise til Sophies Minde Ortopedi for og få det ordna.*

*Eg er veldig fornøgd med jobben dei utfører på Sophies Minde Ortopedi. Dei har mange brukarar og kan tilby deg det nyaste som er komme på markedet. Når eg fekk laga mi første skinne i karbon, så laga dei skinne andre plasser med stål. Det er viktig for meg at skinna er lett og fungerer, sa eg stepp ekstra smerter, gnagsar og skeiv belastningar, og kan ha en betre livskvalitet og klare og trene med den og fungere i kvardagen, og gå på jobb. Passer ikkje skoa som friske folk går med, vert dei stående i skapet. Eg kan ikkje ha skinna i skapet for da kjem eg meg ikkje av flekken. Eg kan ikkje gå med ein fot. For ein aktiv person må skinna passe godt, og at ortopedi ingeniøren har verkstad, og han kan endre på det som ikkje passer, mens du venter.*

*Eg jobbar i 80 prosent stilling no. Bilen brukar eg til og fra jobb og til trening og alt anna for å fungere i kvardagen. Synst eg har klart meg bra og har vore i arbeid som fagarbeidar i snart 38 år. Men med sterk vilje, og staheit, og gode hjelpemilder så klarer en det meste."*



### 11.3.3 Har NAV sin rolle en merverdi?

I rapporten fra ekspertutvalget ble det vist til at innenfor Arbeids- og velferdsetaten, herunder på hjelpemiddelområdet, har utviklingen gått i retning av økt spesialisering av fagområder og færre enheter. Det har foregått en omfattende spesialisering av ytelsesforvaltningen de senere årene. Målet er å legge til rette for økt effektivitet og større likhet ved å behandle hver ytelse ved færre enheter slik at fagmiljøene blir større og mer kompetente. I løpet av 2016 ble ytterligere en tredjedel av ytelsene organisert i færre enheter. Denne puljen i spesialiseringsløpet omfattet bl.a. hjelpemidler som behandles i forvaltningsenhetene. Arbeids- og velferdsdirektoratet skrev i sin årsrapport for 2015 at spesialiseringen hadde ført til mer likhet i faglig praksis og saksbehandlingstid på tvers av geografiske områder. Organiseringen ga videre langt større fleksibilitet og mulighet til å utnytte produksjonskapasitet på tvers.

Våre intervjuer blant brukere, i spesialisthelsetjenesten og i de ortopediske verkstedene, er entydige i sine positive erfaringer med økt spesialisering av fagområder og færre enheter i Arbeids- og velferdsetaten, spesielt når det gjelder samling av søknadsbehandlingen for ortopediske hjelpemidler til to enheter; Arbeid og ytelser i henholdsvis Follo (tilknyttet NAV Ski) og Fauske (tilknyttet NAV Mosjøen). Erfaringen er at denne organiseringen har ført til kortere saksbehandlingstid, økt kompetanse, samt mer likhet i søknadsbehandlingen og i faglig praksis. Tilbakemeldingene fra våre informanter er også entydige i vurderingen av at saksbehandlingen i NAV Arbeid og ytelser har merverdi og ikke medfører forsinkelser i formidlingsprosessen. Ortopediverkstedene bekrefter at godkjenning av vedtak hos NAV ikke forsinkes prosessen og at organiseringene med to enheter gir kortere saksbehandlingstid og økt kvalitet. Brukerne bekrefter også at de er fornøyde med NAV og ikke opplever unødvendige forsinkelse i forhold til vedtak.

Utsagn under bekrefter at NAV bidrar med merverdi og ikke forsinkes formidlingsprosessen:

*“Søknaden til NAV om protese skrives av legespesialist og ortopediingeniør signerer, og jeg signerer. Har ikke merket noen forsinkelser ved at søknaden må til NAV.” Bruker*

*“Jeg er superfornøyd med NAV.” Bruker*

De ortopediske verkstedene erfarer at NAV har en funksjon når det gjelder kvalitetskontroll og som sikrer at vedtaket er i henhold til regelverket.

*“Det ligger en kvalitetssikring i at søknaden skal til NAV som sjekker at reglene følges, for noen få ganger søkes det på feil grunnlag.” Ortopediingeniør*

*“Vi synes at det har blitt en vesentlig forbedring de siste årene ved at NAV har gått ned til to kontorer, det bidro til at NAV har fått samlet mer kompetanse.” Ortopediingeniør*

Ortopediverkstedene har i enkelte tilfeller erfart at ortopediingeniør og bruker vurderer behovet ulikt og det kan være krevende for fagpersonen å argumentere overfor bruker at flere eller mer avanserte hjelpemidler ikke er nødvendig og ikke vil øke funksjonaliteten. I disse tilfellene kan det være nyttig å referere til at NAV vil avslå søknaden. Dette kan også bidra til kostnadskontroll (ref. neste kap.).

*“Vi kan jo skylde på NAV dersom pasienten ber om veldig mange hjelpemidler, og vi kan referere til at det kan du ikke få fordi NAV sier nei.” Ortopediingeniør*

Tett og godt samarbeid mellom legespesialister, i hovedsak ortopeder, og ortopediingeniører ved de ortopediske verkstedene, sikrer en faglig god vurdering av brukernes behov, og stor grad av sikkerhet med hensyn til hvilke søknader som vil bli innvilget av NAV. Ortopediverkstedene er bindeleddet mellom de ulike aktørene og bruker. Det er etablert kontakt mellom de to nye NAV enhetene og ortopediverkstedene. Enkelte



ortopediverksteder har gjennomført opplæring av ansatte i NAV enhetene i Follo og Fauske og dermed bidratt til kompetanseheving av NAVs saksbehandlere.

Både ortopediingeniør og brukere viser til at arbeidet ved de ortopediske verkstedene ofte igangsettes og pågår parallelt med søknadsbehandlingen i NAV. Ortopediingeniøren har god kjennskap til NAVs regelverk og kan på egen risiko, sette i gang med tilpassing av ortopedisk hjelpemiddel til bruker før formelt vedtak foreligger.

*“Hvis det kommer en søknad vi tenker er veldig tynn og vi tenker at det vil komme et avslag på, så vil vi vente til det kommer et svar. Men hvis det ser ut som det er en vanlig/kjent diagnose og en vanlig forespørsel etter et hjelpemiddel så starter vi med en gang. Da lar vi ikke pasienten vente til NAV har behandlet søknaden.”*  
Ortopediingeniør

*“De ortopediske verkstedene starter nok jobben før det foreligger vedtak fra NAV. Regelverket for hvilke proteser man kan få er veldig strengt, og de (ortopediingeniørene) kjenner regelverket og vet når det blir gjennomslag. For det handler om livskvalitet for oss, og da er det viktig at man kommer i gang med en gang.”*  
Bruker

Brukerne rapporterer at: *“Systemet (for formidling av ortopediske hjelpemidler) fungerer utrolig bra slik det er i dag.”*

#### **11.3.4 Sikrer dagens ordning god kostnadskontroll?**

Kostnadskontroll i dagens system ivaretas i hovedsak gjennom ortopedene og ortopediingeniørenes faglige integritet, godt samarbeid, kjennskap til NAVs regelverk, og bruk av egenandeler på enkelte hjelpemidler.

*“Legene og vi skriver ikke rekvisisjoner på folk som ikke trenger ortopediske hjelpemidler, det skjer ikke. Vi driver ikke og lager ortopediske hjelpemidler for moro skyld.”* Ortopediingeniør

*“Det er forskjell på de legene som jobber tett med ortopediske klinikker, og de er veldig mye mer drevne på å analysere problemstillinger og skriver gode søknader. Dersom en (uerfaren) lege har formulert seg uheldig, så går vi tilbake til legen og diskuterer.”* Ortopediingeniør

*“Det er ingen som ønsker seg proteser til jul liksom, det skjer ikke. Så det er noe med den tilliten til at det vi holder på med har en nødvendighet.”* Ortopediingeniør

*“Min erfaring er at de som ikke har fysiske forutsetninger for å ha fordel av dyre komponenter, de får dem heller ikke.”* Ortoped

De to avdelingene i Follo og Fauske har utviklet et kvalitetssikringssystem som baserer seg på utveksling av et utvalg søknader og vedtak. Slik kan de tilse lik behandling av søknader på de to ansvarsområdene. NAV har en egen avdeling for kontroll som kan foreta stikkprøver og ettergå vedtak som bidrar til både kvalitetskontroll og kostnadskontroll.

Noen av informantene refererte til at det tidligere hadde vært en prøveperiode hvor de ortopediske verkstedene hadde rekvisisjonsrett og NAV dekket utgiftene uten tilhørende søknad og vedtak. Dette gav ifølge informanten fra de ortopediske verkstedene *“Frislipp på ortopediske hjelpemidler, og utgiftene økte”*.

NAVs funksjon som ivaretaker av regelverket for anskaffelser og formidling av ortopediske hjelpemidler oppgis å ha en disiplinerende effekt på tildelingen av hjelpemidler. I intervju med ortopeder og ortopediingeniører fremkommer det også at de kan benytte seg av NAVs kontroll i håndteringen av pasienter som krever hjelpemidler som enten er dyrere, eller har annen funksjon, enn det ortoped eller ortopediingeniøren mener det er behov for. Ved at de kjenner søknadskriteriene godt kan ortoped eller ortopediingeniør legge opp til et avslag. Avslag fra NAV kan være lettere å godta for pasienten enn at ortoped eller ortopediingeniøren ikke ønsker å søke.

Videre så rapporterer de ortopediske verkstedene at de opplever seg selv som en leverandør av tjenester og ikke en leverandør av produkter. Verkstedene inngår tjenesteavtaler.

*“Jeg er ikke en leverandør av en ting, men av en tjeneste.” Ortopediingeniør*

Bransjen er regulert ved at alle verkstedene har likelydende avtaler med NAV, enten de er private eller de er tilknyttet et helseforetak. Produkter, materialer og komponenter har fast pris som er forhandlet med NAV og de ortopediske verkstedene har liten fortjeneste på dette. Standard tjenester har også faste takster, mens for oppgaver som ikke passer inn i kategorien fast pris så er det forhandlet frem en timepris for oppdraget.

### 11.3.5 Styrker og svakheter ved dagens organisering

Styrken ved dagens organisering sett fra brukernes perspektiv er at ortopediske hjelpemidler er en lovfestet rettighet i folketrygden. Dette er en svært viktig rettighet som både brukere, ortopediverksteder og ortopeder ønsker skal videreføres:

*“Må være en rettighet og bruker må ha trygghet for å få en protese. Dette skaper bedre likeverd.” Bruker*

*“Det er viktig å beholde ordningen som en individuell rett. Ikke riktig å gjøre vedtak og tildeling avhengig av den enkelte helseregions budsjett. Dette kan føre til ulikhet fra foretak til foretak.” Ortoped*

*“Å beholde rettigheten er det viktigste.” Ortopediingeniør*

Brukerne opplever det som en styrke at det er brukers individuelle behov som er styrende for valg av ortopedisk hjelpemiddel. Informantene bekrefter at det er viktig å ta utgangspunkt i individuelle brukerbehov, og en god faglig kartlegging sammen med ortopediingeniøren er viktig. Det gir trygghet for bruker og sørger for at hjelpemiddelet dekker brukers behov. Brukerne legger vekt på at de ønsker hjelpemidler som gjør at de kan leve et selvstendig liv og være i jobb. For mange brukere så er de små funksjonelle detaljene som ofte er avgjørende for om hjelpemiddelet er nyttig eller ikke. Funksjon er avgjørende, og de ønsker ikke å bytte hjelpemiddel dersom det gamle hjelpemiddelet fungerer.

*“Viktig med et funksjonelt hjelpemiddel som passer den enkelte, og vi bytter ikke protese i tide og utide. Vi liker å gå med det vi har som passer. Protesen er jo kroppen min, og jeg tar den bare av meg når jeg skal legge meg. Jeg er i full jobb og gjør alt med protesen min.” Bruker*

Flere brukere bekrefter at en velfungerende protese har vært avgjørende for at de kan delta i yrkeslivet og bidra i samfunnet, og hatt mulighet til å leve et rikt liv sammen med familie og venner.

*“Mitt ønske har hele tiden vært å jobbe 100% og bidra og være til nytte i samfunnet. Men jeg havnet utenfor arbeidslivet en periode pga. belastningsskader i ryggen som følge av den gamle benprotesen. Nå har jeg en elektronisk protese som gjør at kneet fungerer og fanger opp ujevnheter, demper støt og gir en mykere overgang. Jeg ble kvitt ryggproblemene og kan gå på jobb igjen. Med denne protesen kan jeg også følge opp barna mine. Det betyr svært mye å følge opp barna og delta sammen med dem.” Bruker*

Alle voksne brukere som er intervjuet, forteller tilsvarende historier og bekreftet at en tilpasset protese har vært helt avgjørende for at de har kunnet jobbe og delta i samfunnet og kunnet bidra til familien.

En bruker dokumenterer at det viktigste er en funksjonell protese og det er ikke alltid nødvendig med den mest “fancy” protesen: *“Jeg brukte en myoelektrisk armprotese i en 10års tid for da hadde jeg behov for det. Men nå velger jeg en passiv protese for jeg har ikke lengre behov for å gjøre de aktivitetene som krever en myoelektrisk protese. Nå passer det bedre med en passiv og enklere protese.”*

For mange brukere av ortopediske hjelpemidler så er samarbeidet med ortopediingeniørene være et livslangt samarbeid. Både bruker og ortopediingeniør er klare på at kjemien mellom bruker og ortopediingeniør er

viktig. Mange brukere opplever at det er krevende å forholde seg til nye fagpersoner og at de gang på gang må fortelle om seg selv og sin historie oppleves tungt.

Kvalitet er en styrke med dagens system som informantene løfter frem og langt de fleste rapporterer at dagens formidlingssystem er et velfungerende system.

*“Systemet (for formidling av ortopediske hjelpemidler) fungerer utrolig bra slik det er i dag.” Bruker*

*“NAV er kjempebra!” Bruker*

Kvalitet blir løftet frem som en styrke med dagens system. Kvalitet, funksjon og pris kan ofte sees i sammenheng. Informantene løfter frem viktigheten av å se på effekten av ortopediske hjelpemidler i et større bilde. Prisen på dyre komponenter må vurderes ut fra kvalitet, funksjonalitet og brukstid. Dyre komponenter med høy kvalitet varer lengre og kan ofte repareres istedenfor at de byttes ut. Dette kan gi kostnadseffektivitet sett i et større perspektiv.

*“Normalt vil en dyr komponent går ikke i stykker i det hele tatt, og varer i fem - seks - syv år, mens billige kneledd må du bytte to-tre ganger i året.” Ortopediingeniør*

*“Hvis resultatet av at man bruker dyre komponenter og avanserte hjelpemidler gjør at bruker er i stand til å gjøre ting som f.eks. å komme seg i full jobb, så betaler jo det seg ganske fort. Så dette er en del av den vurderingen vi gjør.” Ortopediingeniør*

*“Det er et komplekst system og vi må tenke helhetlig.” Bruker*

For mange brukere av ortopediske hjelpemidler er ortopediverkstedenes spesialkompetanse viktigere enn nærhet til verkstedet.

Ortopediske hjelpemidler er spesialisert og det er krevende for mindre verksteder å ha kompetanse og erfaring på alle felt. Brukerne ønsker derfor å ha mulighet til å velge det ortopediverksted som har kompetanse på deres funksjonsnedsettelse. NAV kan dekke reiseutgifter og brukerne har gitt tilbakemelding på at elektronisk behandling av refusjon for reisekostnader er enkelt og pengene kommer raskt inn på brukers konto etter gjennomført reise.

Brukere, ortopediingeniører og ortopedier uttrykker bekymring dersom hjelpemidlene tas ut som rettighet i folketrygden og det legges til spesialisthelsetjenesten, eller at det legges på en egenandel. Dette vil kunne gi forskjeller avhengig av helseforetakets økonomi og den enkelte brukers økonomi.

*“For legger man ortopediske hjelpemidlers inn i et stort budsjett (helseforetakene) så vil dette bli utsatt for prioriteringer, som alt mulig annet i spesialisthelsetjeneste. En slik ordning vil lett føre til forsinkelser, ulik behandling og et dårligere tilbud til brukerne.” Ortoped*

Sett fra NAV sin side, står en overfor flere utfordringer med dagens modell. NAV har ikke bestiller- eller fagkompetanse på ortopediske hjelpemidler. Spesialisthelsetjenesten har til dels slik kompetanse, men det er først og fremst leverandøren/ortopediingeniøren som har fagkompetanse på ortopediske hjelpemidler. Videre pekes det på at NAV ikke har muligheter til å vurdere de faglige begrunnelsene, og har dermed svak kontroll over vedtakene. Spesialisthelsetjenesten, men primært de ortopediske verkstedene, vurderer hvilken type hjelpemiddel brukeren skal ha, og tar i realiteten beslutningen, selv om NAV fatter vedtak. Videre refererer NAV til en utvikling med høye og økte kostnader, og hvor NAV har begrensede muligheter for en aktiv kontrakts- og leverandørstyring pga. manglende fagkompetanse. Det trekkes også fram at saksbehandlingen er ressurskrevende, og at det gis relativt få avslag. Et annet moment som trekkes fram, er at ortopediske verksteder samarbeider i mange tilfeller med spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Blant annet deltar de i en del tilfeller i tverrfaglige klinikker mv. Dette skaper utfordringer for NAV med tanke på å oppnå en reell

konkurranse. Samtidig pekes det på at det er viktig med nærhet mellom bruker og leverandør, da tilpasning og oppfølging av ortopediske hjelpemidler ofte forutsetter mange møter mellom bruker og ortopediingeniør.

I og med at arbeidet ved de ortopediske verkstedene igangsettes parallelt med at søknaden sendes til NAV, synes det åpenbart at saksbehandlingen i NAV ikke bidrar til unødig samlet behandlingstid.

Når det gjelder punktet om at den todelte ansvarsdelingen medfører **uklare informasjonskanaler** for alle involverte, har vi når det gjelder ortopediske hjelpemidler, sett på følgende aktuelle informasjonskanaler: mellom legespesialist og ortopedisk verksted, mellom ortopedisk verksted og NAV Arbeid og ytelser, og mellom NAV og bruker.

Blant våre informanter pekes det på at det er en utfordring, fra ingeniørenes sin side, at søknadsskjemaet (10-7) ikke gir klar beskrivelse av hvordan legen tenker seg hjelpemidlet utformet. Det blir derfor en kvalitetssikring når man får til et tverrfaglig samarbeid mellom lege og ingeniør.

Fra informantene våre blir det vist til at hvis pasienten får avslag på sin søknad, så er det i de fleste tilfellene gjort feil fra rekvirenten (legespesialist), som enten har misforstått tilstanden, misforstått regelverket, eller latt være å formulere tilstanden på en måte som utløser rettigheten. Noen ganger er det saksbehandlingsfeil, som det som regel går an å rette opp gjennom en presisering.

Når det gjelder kommunikasjonen **mellom NAV og bruker**, er tilbakemeldingene fra våre informanter at formuleringene i vedtakspapirene fra NAV kan være uforståelige for en del pasienter. Det er mye standardtekst, som juristene mener må være med. Noen av brukerne vil ha problemer med å skjønne om de har fått godkjent for 5 eller 10 år. Nederst på vedtaket så står det man kan klage. De fleste vedtakene er jo innvilgelse, og så står det at du kan klage, altså klage i situasjoner hvor man fikk det man søkte om.

Et annet perspektiv når det gjelder kommunikasjon, er at det blant legespesialistene, oppleves som en paradoksal motsetning mellom praksis og hva som var intensjonene i lov og forskrift. I forskriftene presiseres det at det ikke skal være diagnose/diagnosenummer som skal være bestemmende for hvilket hjelpemiddel som kan rekvireres, men at det skal være en vurdering av pasientens funksjon. Legene opplever at det i praksis ikke er slik, for i praksis er det i hovedsak diagnose som bestemmer om døren skal åpnes og hvorvidt det forekommer de riktige formuleringene i søknaden. De legene som kjenner disse formuleringene, får heller ikke, eller meget sjelden, avslag på søknadene. I søknadsskjemaet skal det føres både diagnose og funksjonsvurdering. Det står som sagt i forskriften av diagnosen ikke er så viktig hvis funksjonsnivå og at hjelpemidlet hjelper er godt formulert. Men de som skal behandle søknaden (NAV), hvor få har helsefaglig bakgrunn, de forholder seg til om formuleringene er riktige, og særlig til diagnosen. I noen tilfeller fører det til at pasienter får godkjent ting de ikke skulle ha fått godkjent på grunn av dårlige formuleringer, og motsatt – at noen får avvist ting som egentlig burde vært innenfor, men hvor formuleringene er dårlige.

Under kap. 11.3.3 er de positive erfaringene med de to enhetene til NAV Arbeid og ytelser i Follo og Fauske omtalt, og det fremheves effektiv og kort saksbehandlingstid.. Tett og godt samarbeid mellom legespesialister, i hovedsak ortopedier, og ortopediingeniører ved de ortopediske verkstedene, sikrer en faglig god vurdering av brukernes behov, og stor grad av sikkerhet med hensyn til hvilke søknader som vil bli innvilget av NAV. Dette gjør at arbeidet ved de ortopediske verkstedene ofte igangsettes og pågår parallelt med søknadsbehandlingen i NAV.

Blant informantene settes det et stort spørsmålstegn ved hva det vil bety for saksbehandlingen dersom en overflytter totalansvaret til spesialisthelsetjenesten. Hva vil det bety for saksbehandlingstid, kompetanse, og likhet i søknadsbehandlingen og i faglig praksis dersom saksbehandlingen legges til de regionale helseforetakene eller til helseforetakene? En alternativ løsning ville kunne være å legge saksbehandlingen til to utvalgte enheter innenfor spesialisthelsetjenesten med det formål å få til en volumkompetanse man i dag har

i Arbeids- og velferdsetaten. En utfordring vil imidlertid da bli frikoblingen av saksbehandlingsenheten fra finansieringen.

Skulle man komme bort fra påpekningen fra ekspertutvalget om mangel på fagkompetanse i saksbehandlingsleddet (i dag NAV), måtte det bety at man i spesialisthelsetjenesten knyttet legespesialist og/eller ortopediingeniør til vurdering av søknadene.

## 12 Alternative organiseringsmodeller

### 12.1 Innledning

Som en del av bestillingen fra Oppdragsgiver, skal utredningen omfatte et utvalg alternative organisasjonsmodeller. Alternativene skal ta utgangspunkt i ekspertutvalgets tilrådning, og minst ett av forslagene skal baseres på en fortsatt forankring i folketrygden.

I de modellene vi legger fram foreslås det ingen endringer når det gjelder utredningsansvaret i spesialisthelsetjenesten, ei heller vesentlige endringer i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og høreapparatleverandørene og de ortopediske verkstedene. Datainnsamlingen i vår utredning gir ikke grunnlag for å gjøre vesentlige endringer på disse områdene. Ekspertutvalget så i sin rapport heller ikke grunn til slike endringer. I alle de tre modellene videreføres formidlingsansvaret som en del av spesialisthelsetjenesten.

I denne delen av utredningen gjør vi et skille mellom forvaltning og finansiering, og er viet spesiell oppmerksomhet i punkt 12.6 nedenfor. I dagens modell er forvaltningen lagt til arbeids- og velferdsetaten, mens ordningene finansieres av folketrygden (som også utgjør lovgrunnlaget). I våre modeller har vi vurdert både en videreføring av forvaltningsoppgavene i NAV (som i dag), og også drøftet en overføring av forvaltningsoppgaver som søknadsbehandling, fakturering, kontroll o.a. til Helfo<sup>18</sup>. Når det gjelder finansiering, drøftes både en videreføring av dagens forankring i folketrygden, og også en overføring av finansieringsansvaret til de regionale helseforetakene (som eksempelvis legemidler). Endringer i forvaltningsansvar og finansieringsansvar kan praktisk sett gjennomføres uavhengig av hverandre. Eksempelvis har Helfo bred erfaring med fakturering og kontroll både når det gjelder finansiering gjennom folketrygden og finansiering gjennom de regionale helseforetakene.

Forankringen i folketrygden vies spesiell oppmerksomhet. I bestillingen av utredningsoppdraget het det at minst ett av forslagene til alternative modeller skal baseres på en fortsatt forankring i folketrygden. Og som nevnt, foreslo ekspertutvalget en hovedmodell med videreføring av den lovfestede retten i folketrygden. Vår undersøkelse viser at fra brukerorganisasjonene er en videreføring av forankringen i folketrygden en absolutt forutsetning for valg av modell. Argumentene fra brukerne er todelt; den individuelle retten hjemlet i folketrygden, samt finansiering i form av en overslagsbevilgning<sup>19</sup>. (Se i avsnitt 12.5.3 omtale av aktivitets- og hjelpemidler til brukere over 26 år og erfaringene med rammebevilgning.)

Presentasjonen omfatter drøfting av styrker og svakheter ved de foreslåtte modellene. Datagrunnlaget er hentet fra våre intervjuer med Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Helfo, arbeids- og velferdsetaten (aktuelle avdelingen i direktoratet og NAV Arbeid og ytelser), brukere, legespesialister, audiografer, ortopeder og ortopediske verksteder. Videre har vi hentet utsagn og problemstillinger omtalt i ekspertutvalgets rapport fra 2017, samt fra høringsuttalelser til samme rapport. Under hver av modellene har vi besvart de tre spørsmålene som inngår i bestillingen av oppdraget:

- konsekvenser for brukerne
- økonomiske konsekvenser
- administrative konsekvenser (endringer i formidlingsforløpet)

<sup>18</sup> Helfo er Helsedirektoratets ytre etat. Samfunnsoppdraget er å ivareta rettighetene til helseaktører og privatpersoner og å gi informasjon og veiledning om helsetjenester. Helfo forvalter årlig om lag 34 milliarder kroner. Dette omfatter oppgjør fra folketrygden til behandlere, leverandører og tjenesteytere, samt individuell refusjon av privatpersoners utgifter til blant annet legemidler, tannhelse og helsetjenester i utlandet.

<sup>19</sup> Overslagsbevilgning gir hjemmel til å overskride bevilgningen mot etterfølgende framlegg for Stortinget. Jf Bevilgningsreglementet for statsbudsjett og statsregnskap medregnet folketrygden.



I kapittelet gis det først en beskrivelse av fire modeller, med sine styrker og svakheter. Kapittelet avsluttes med en nærmere drøfting av ulike problemstillinger og perspektiver som vi mener bør inngå i valget av fremtidig modell for forvaltning og finansiering av høreapparater og ortopediske hjelpemidler.

Uansett valg av alternativ er det viktig å vurdere hvordan man kan forbedre formidlingen til brukere ute i distriktene. Lange reiseveier og lang reisetid både for brukere og de som yter tjenestene utgjør mye av årsaken til at formidlingen tar lang tid for brukere ute i distriktene.

## 12.2 Modell I: Videreføring av dagens todelte system, med forbedringspunkter

I dagens modell er formidlingen av høreapparater og ortopediske hjelpemidler lagt til spesialisthelsetjenesten, men finansieres som rettighet i folketrygden. Saksbehandlingen i Arbeids- og velferdsetaten er lagt til NAV Arbeid og ytelser. NAV har også ansvar for å inngå og følge opp rammeavtaler med leverandører av høreapparater og ortopediske verksted, behandle søknader, forvalte stønadsregelverket, og kontrollere og betale fakturaer. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, har de ansvar for å utrede behovet for hjelpemidler og begrunne søknader.

### 12.2.1 Forbedringspunkter

Ekspertutvalget så et behov for at det ble utviklet **bedre IKT-løsninger** på hjelpemiddelområdet. Ifølge våre informanter er det igangsatt et prosjekt som skal utvikle en e-handelsløsning til erstatning fra Ortok. Det er utviklet en ferdig testløsning som en mener vil medføre en stor grad av effektivisering av søknadsprosessen, og gi NAV muligheter for et langt enklere og bedre kontrollregime. Det er også vurdert å sløyfe søknadsbehandling ved fornyelser, noe som vil spare etaten for mange årverk og gi brukeren kortere ventetider.

For å følge opp ekspertutvalgets bekymring knyttet til manglende kostnadskontroll som følge av lav fagkompetanse, anbefaler vi **økt bruk av rådgivende spesialist** i en prøveperiode. For eksempel kan man be rådgivende lege, audiograf eller ortopediingeniør foreta stikkprøver av søknader for kvalitetssikring av behovsvurdering. En slik kontroll synes mest relevant for hørselshjelpemidler, da det i flere tilfeller er aktuelt å anskaffe andre hørselstekniske hjelpemidler i tillegg til, eller i stedet for høreapparater for å kunne tilfredsstille **brukernes behov** på best mulig måte.

Etter vår vurdering ligger det muligheter til forbedring dersom man klarer å finne frem til en organisering av formidlingen av høreapparater der man klarer å dra nytte av den kompetansen innen andre hørselstekniske hjelpemidler som ansatte i NAV hjelpemiddelsentraler sitter inne med. Omvendt behøver hjelpemiddelsentralene bedre tilgang til kompetanse på mulighetene som moderne høreapparater gir, og gjensidig at man klarer å være oppdatert på den raske teknologiske utviklingen innen dette feltet. For å bedre forholdene ute i distriktene er det viktig at **hørselskontaktene** i kommunene får gode muligheter til å oppdatere sin kompetanse fortløpende.

I vår undersøkelse forteller brukere av ortopediske hjelpemidler at de opplever det som unødvendig at de hvert 5 eller 10 år må dokumentere at de fortsatt har behov for protese. Som vist til under punkt 11.3 ovenfor, heter det i regelverket at hvis det er fastslått av brukerens medisinske tilstand og behovet for hjelpemiddel er uendret, kan medlemmets fastlege forlenge gyldighetsperioden med inntil fem år for en fullmakt gitt av en godkjent rekvirent. Hvis rekvirenten opprinnelig har gitt fullmakt for en periode på inntil ti år, kan fastlegen forlenge gyldigheten med inntil ti år. Vi har forståelse for at brukerne i en del situasjoner opplever det som noe unødvendig å oppsøke lege for "å dokumentere at man fortsatt mangler et bein". Samtidig er det vår vurdering at tilsyn fra legespesialist hvert 5./10. år ikke er å anse som en vesentlig belastning for brukerne. Av medisinske grunner kan det også være av det gode med et tilsyn fra lege med mer eller mindre jevne mellomrom.



Vi viser forøvrig til den brede gjennomgangen av dagens modell vedrørende høreapparater (kapittel 10) og ortopediske hjelpemidler (kapittel 11). Under kapittel 10.7 har vi spesifikt listet opp noen forbedrings-/innovasjonsmuligheter innen høreapparatformidlingen, men de går ikke på saksbehandlingen i NAV.

### 12.2.2 Konsekvenser av modellen for brukerne

Konsekvensene for brukerne vil være videreføring av en kjent modell som spesialisthelsetjenesten er vant til å forholde seg til. Når e-handelsløsningen blir ferdig utviklet vil man formodentlig kunne forenkle søknadsprosessen ytterligere, samt få sikrere dokumentasjon av saksgangen.

Ekspertutvalget mente at lange formidlings- og saksbehandlingskjeder kunne medføre lang ventetid for bruker. Det ser vi ingen tegn til er tilfelle i vår datainnhenting. Tvert imot viser kildene våre i spesialisthelsetjenesten, interesseorganisasjoner og blant brukerne til at saksbehandlingen i NAV er rask og forutsigbar. Ventetiden i formidlingsløpet er i større grad relatert til venting på utredning, og tilpasning av hjelpemidlene.

Etter vår vurdering representerer dagens modell en kvalitetssikring for brukerne i flere ledd; det medisinske behovet utredes av legespesialist, som samarbeider godt med leverandør og verksted. Videre har spesialiseringen av funksjoner innenfor NAV sikret god regelkompetanse i saksbehandlingsleddet, noe som også sikrer mer likebehandling av søknadene. Dette gir etter vår vurdering brukerne en sikkerhet og trygghet for at de får det hjelpemiddelet de har behov for.

### 12.2.3 Økonomiske konsekvenser

Vår vurdering er at en videreføring av dagens organiseringsmodell vil ha få økonomiske konsekvenser, ut over den økningen i arbeidsmengde som følger naturlig av demografiske endringer og sykelighet, jfr. kapittel 7.

Bruk av rådgivende spesialist vil kunne medføre økte kostnader til administrering og gjennomføring av tiltaket. Antall søknader som kontrolleres og hyppigheten på kontrollene vil være drivende for kostnadene. Dersom det avdekkes stort overforbruk av høreapparater og/eller ortopediske hjelpemidler, vil kontrollmekanismen kunne bli selvfinansierende. Basert på intervjuene og den informasjonsinnsamlingen vi sitter med er det ikke avdekket behov for å stramme inn på tildelingen av hjelpemidler.

Med denne modellen videreføres den lovfestede rettigheten og med finansiering i folketrygden. Dette er i tråd med det ekspertutvalget omtalte som hovedmodellen, med en videreføring av grunnmodellen i dagens system. Samtidig så ekspertutvalget behovet for å vurdere bedre kostnadskontroll, eksempelvis gjennom å vurdere innføring av mer egenandeler og maksimalsatser. Vi er noe usikre på bakgrunnen for denne konklusjonen. Vår undersøkelse viser en stor grad av nøkternhet når det gjelder valg av hjelpemiddelløsning både i formidlingsleddet og leverandør/verksted-leddet. Brukerne får ikke mer enn det de, ut fra en medisinsk vurdering, har behov for. Samtidig viser vår undersøkelse en meget lav avslagsprosent når det gjelder vedtak i NAV om høreapparater og tinnitusmaskere (1,4%) og ortopediske hjelpemidler (3,6%). Vår undersøkelse viser at god kompetanse i alle ledd i formidlingskjeden har hatt en disiplinerende effekt på alle aktørene.

### 12.2.4 Administrative konsekvenser

Med denne modellen videreføres tilbudet til brukerne, på samme måte som i dag. Når det gjelder administrative konsekvenser (formidlingsforløpet), medfører modellen ingen endringer i forhold til dagens organisering.

Med denne modellen videreføres dagens ordning med stønadsbehandling og fakturakontroll både for høreapparater og ortopediske hjelpemidler utført av NAV Arbeid og ytelse i henholdsvis Follo (tilknyttet NAV Ski) og Fauske (tilknyttet NAV Mosjøen). Ekspertutvalget mente at spesialiseringen av fagområder i færre enheter i NAV sikret effektivitet og større likhet i saksbehandlingen. I vår undersøkelse finner vi ingen indikasjoner på at dagens todelte system (formidling i spesialisthelsetjenesten og søknadsbehandling i Arbeids-

og velferdsetaten) fører til unødig lang samlet saksbehandlingstid, noe ekspertutvalget mente kunne oppstå innenfor dagens modell.

### 12.3 Modell II: Overføring av forvaltningsoppgaver fra NAV til spesialisthelsetjenesten, med fortsatt finansiering gjennom folketrygden

I denne modellen legges det til grunn at et helhetlig ansvar for høreapparater og ortopediske hjelpemidler, hvor både faglig utredning og juridisk vurdering utføres av helseforetakene, vil kunne bidra til en mer effektiv forvaltning, bedre kostnadskontroll, bedre styringsmuligheter og mer brukervennlige løsninger. Modellen medfører at ansvar for å gjennomføre anskaffelser, samt forvalte kontrakter, flyttes fra NAV til spesialisthelsetjenesten, ved Sykehusinnkjøp. Endringene i forhold til dagens modell, blir at helse/spesialisthelsetjenesten, i tillegg til dagens utredningsansvar, gis ansvaret for å inngå og forvalte rammeavtaler med leverandørene, samt forvalte regelverket, det vil si saksbehandling av enkeltsaker. Det kan alternativt vurderes om dette kan forvaltes uten søknad og saksbehandling. Videre innebærer modellen at lov- og forskriftshjemler plasseres under Helse- og omsorgsdepartementet/Helsedirektoratet. Modellen forutsetter at finansiering gjennom folketrygden videreføres ved at helseforetakene videresender fakturaer til NAV. NAV gjennomfører utbetalinger og rapporterer forbruket. Modellen er i tråd med Arbeids- og velferdsdirektoratets hørings svar til ekspertutvalgets rapport.

Dersom anskaffelsene skal overføres til spesialisthelsetjenesten, og det ikke skal bygges opp egen organisasjon for anskaffelse av høreapparater og ortopediske hjelpemidler, synes riktig instans for selve anskaffelsen å være **Sykehusinnkjøp HF** som ble etablert pr. 1. januar 2016. Det eies i fellesskap av de fire regionale helseforetakene i Norge, og i løpet av 2016 ble forgjengeren, Helseforetakenes Innkjøpsservice (HINAS), og alle lokale og regionale innkjøpsenheter tilknyttet helseforetakene, innlemmet i Sykehusinnkjøp HF.

Sykehusinnkjøp HF har som formål å forvalte felles innkjøpsavtaler for alle helseforetakene med hensyn til betingelser i markedet og skape besparelser for sykehusene gjennom fellesinnkjøp. Sykehusinnkjøp HF har hovedkontor i Vadsø, og divisjonene har lokal tilstedeværelse i en rekke norske byer. Det ble i forbindelse med utredningen tatt kontakt med ledelsen i Sykehusinnkjøp HF for å belyse dette alternativet. Vi ble da henvist til å kontakte helseforetakenes avdelinger for behandlingshjelpemidler. Det ble fulgt opp med telefonintervju med leder for Nasjonal Nettverksgruppe for Behandlingshjelpemidler.

Iflg. nettportalen <https://behandlingshjelpemidler.no> finnes det følgende avdelinger for behandlingshjelpemidler:

<b>Sykehusapotekene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehusapotek Nord - Davvi Buohcceviessoapotehka</li> <li>• Sykehusapotekene i Midt-Norge</li> <li>• Sykehusapotekene Helse Sør-Øst</li> <li>• Sjukehusapoteka Vest</li> </ul>
<b>Helse Nord</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finnmarkssykehuset HF</li> <li>• Helgelandssykehuset HF</li> <li>• Nordlandssykehuset HF</li> <li>• Universitetssykehuset Nord-Norge HF</li> </ul>
<b>Helse Midt-Norge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• St. Olavs Hospital HF</li> </ul>
<b>Helse Sør-Øst</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akershus universitetssykehus HF</li> <li>• Oslo universitetssykehus HF, Ullevål</li> <li>• Sørlandet sykehus</li> <li>• Sunnaas sykehus</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sykehuset i Vestfold HF</li><li>• Sykehuset Innlandet HF</li><li>• Sykehuset Østfold HF</li><li>• Sykehuset Telemark HF</li><li>• Vestre Viken HF</li></ul>
<b>Helse Vest</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Helse Førde HF</li><li>• Helse Bergen HF</li><li>• Helse Fonna HF</li><li>• Helse Stavanger HF</li></ul>

Avdelingene for behandlingshjelpemidler tildeler tekniske hjelpemidler og forbruksmateriell som muliggjør spesialisert medisinsk behandling hjemme hos pasientene. Avdelingene samarbeider med helseforetakenes kliniske avdelinger, kommunehelsetjenesten og hjelpemiddel-leverandører. Det juridiske mandatet for disse avdelingene fremgår av spesialisthelsetjenestelovens §2-1 a) om de regionale helseforetakenes sørge for ansvar, og pasient- og brukerrettighetslovens §2-1 om retten til nødvendig helsehjelp. Klageinstans for avdelingenes avgjørelser har vært gjenstand for debatt, men Helse- og omsorgsdepartementet har siden mai 2014 vurdert at klageinstans er Fylkesmannen.

Saksbehandling i en avdeling for behandlingshjelpemidler foregår ved at en klinisk avdeling i helseforetaket sender en henvisning om utlevering av et hjelpemiddel. Den faglige vurderingen av hvilket behov pasienten har gjøres av helsespesialist, og det oppgis at henvisninger blir sjelden avvist på faglig grunnlag. Henvisningene er således ikke å anse som "søknad". De ansatte ved behandlingshjelpemiddelavdelingene har også ansvar for oppfølging av hjelpemidlene hjemme hos brukerne. Dermed får de god kunnskap om hvilke problemer som kan oppstå, og kan avgjøre hvorvidt et hjelpemiddel er egnet i hvert enkelt tilfelle.

Avdelingene for behandlingshjelpemidler samhandler gjennom NNB - Nasjonal nettverksgruppe for behandlingshjelpemidler. Nettverket består av 10 medlemmer og gjennomfører minst to møter i halvåret. Selv om avdelingene for behandlingshjelpemidler står for anskaffelsen av behandlingshjelpemidlene, så er det Sykehusinnkjøp HF som har ansvaret for å forhandle frem og følge opp avtaler med leverandørene. Det synes naturlig å videreføre en slik modell dersom anskaffelsesfunksjonen og saksbehandlingen skal overføres til spesialisthelsetjenesten.

En potensiell utfordring med en slik modell er at man risikerer å redusere det konseptuelle skillet mellom hjelpemidler som er ment å erstatte varig og vesentlig funksjonstap og behandlingshjelpemidler som er ment for medisinsk behandling (se "Definisjoner og forkortelser" like etter innholdsfortegnelsen).

### 12.3.1 Konsekvenser av modellen for brukerne

I denne modellen vil brukerne fortsatt forholde seg til spesialisthelsetjenesten når det gjelder utredning og formidling. I Arbeids- og velferdsdirektoratets høring til ekspertutvalget, ble det argumentert for at denne modellen bl.a. vil kunne bidra til en mer brukervennlig og gi en bedre totalløsning for brukerne. Vi er usikre på disse argumentene i og med at brukerens primærkontakt vis a vis øre-nese-halslege/audiograf og ortoped/ortopediingeniør videreføres i denne modellen. Det er denne kompetansen brukerne er avhengig av, og den vil forbli uendret i denne modellen.

Det som derimot kan få konsekvenser for brukerne, er om denne ansvarsoverføringen til spesialisthelsetjenesten fører til endringer i rammeavtalene og i regelverket for eksempel når det gjelder utvalg av hjelpemidler, kostnadsrammer for tildeling av hjelpemidler, økt bruk av egenandel o.a.

### 12.3.2 Økonomiske konsekvenser

Dersom saksbehandlingen skal foretas av personell med relevant helsefaglig bakgrunn vil modellen mest sannsynlig gi en økning i kostnadene knyttet til administrasjon. Utgifter til lønn og sosiale kostnader med dagens modell ligger i området 575 000 – 605 000 kr, ref. *Tabell 3*. Minimumslønnsatsen for en lege i spesialisering er 573 000 - 666 000, avhengig av spesialiseringskategori (A-D)<sup>20</sup>. Dette er minimumssatser for helseforetakene etter de lokale lønnsoppgjørene i 2018. Sosiale kostnader kommer i tillegg.

Gitt at avslagsprosenten på søknader til NAV er så lav som den er i dag (1,5% og 3,6% for henholdsvis høreapparater og ortopediske hjelpemidler), kan det virke tiltalende å avvikle hele søknadsprosessen. Dersom helseforetakene ikke foretar en søknadsprosess med saksbehandling, og i stedet velger å stole på fagspesialistens opprinnelige behovsvurdering (tillitsbasert system), vil man omtrentlig kunne spare lønnskostnader tilsvarende 50 stillinger á 600 000 kr, altså totalt 30 millioner kroner. En slik modell vil neppe gi god kostandskontroll. Ved en to prosents økning i utgifter til ortopediske hjelpemidler fra dagens nivå (1,5 mrd. kr.) vil hele besparelsen være tapt.

Det vil være behov for en overgangsperiode på om lag 1,5 år for å etablere en slik modell, med justeringer de påfølgende årene. Dette vil kunne forsinke og/eller nullstille pågående effektiviseringsarbeid, som bedre IKT-støtte.

### 12.3.3 Administrative konsekvenser

Modellen innebærer at Sykehusinnkjøp HF overtar ansvaret for anbud og kontraktsinngåelser med leverandører av høreapparater og ortopediske verksteder. For dette kan de bygge på eksisterende kompetanse og systemer for innkjøp til helseforetakene.

Helseforetakene og NAV vil måtte utvikle effektive rutiner for behandling av fakturaer fra leverandørene og utlegg fra brukerne.

## 12.4 Modell III: Overføring av forvaltningsoppgaver fra NAV til Helfo, med fortsatt finansiering gjennom folketrygden

I denne modellen legges det til grunn at ansvar for utredning og formidling av høreapparater og ortopediske hjelpemidler fortsatt utføres av helseforetakene, men hvor forvaltningsoppgaver flyttes fra NAV til Helfo. Forvaltningsdelen legges med dette inn i "helselinja" med en styringslinje fra Helse- og omsorgsdepartementet, via Helsedirektoratet til Helfo. Modellen medfører at ansvar for å gjennomføre anskaffelser, samt forvalte kontrakter, flyttes fra NAV til Helfo. Endringene i forhold til dagens modell, blir at Helfo gis ansvaret for å inngå og forvalte rammeavtaler med leverandørene, samt forvalte regelverket, det vil si saksbehandling av enkeltsaker og kontroll av at leverandører forholder seg til inngåtte avtaler. Det kan alternativt vurderes om dette kan forvaltes uten søknad og saksbehandling, men hvor Helfo kun gis en kontrollfunksjon (tillitsbasert system). Videre innebærer modellen at lov- og forskriftshjemler plasseres under Helse- og omsorgsdepartementet/Helsedirektoratet. Modellen forutsetter at finansiering gjennom folketrygden videreføres ved at helseforetakene videresender fakturaer Helfo, som så foretar oppgjør med folketrygden. Vi viser forøvrig til drøftingen under punkt 12.6 nedenfor.

### 12.4.1 Konsekvenser for brukerne

I denne modellen ligger forankringen i folketrygden fast, noe brukerorganisasjonene mener er det helt grunnleggende i en alternativ modell. I den grad man vurderer en forenklet søknadsprosess, alternativt fjerne

---

<sup>20</sup> Kilde: Legeforeningen.no

kravet om søknad helt, så synes dette rent umiddelbart å gjøre formidlingsprosessen enklere for brukerne å forholde seg til. Sett fra brukerne vil en slik Helfo-modell gjøre all helseinformasjon tilgjengelig fra en leverandør (Helfo) og hvor tildeling av høreapparat eller ortopedisk hjelpemiddel gjøres tilgjengelig gjennom helse-norge-samarbeidet og min-side-funksjon, med en rekke selvbetjeningsfunksjoner.

#### **12.4.2 Økonomiske konsekvenser**

Når det gjelder høreapparater og ortopediske hjelpemidler så er det etter vår og våre informanternes vurderinger, marginal risiko for misbruk. Risikoen ligger i hva man bruker av tid og hvor avansert høreapparatet eller protesen er, ikke i om man trenger et høreapparat eller en protese eller ikke. Til grunn for denne typen av hjelpemidler ligger en medisinsk erklæring, at dette er noe man trenger. Det ligger med andre ord godt til rette for en større grad av automatisering.

Med en overslagsbevilgning, mindre ressurser på saksbehandling og mer på kontroll, vil dette også gi bedre kostnadskontroll. Med relativt få høreapparatleverandører og ortopediske verksteder vil det være mye enklere å informere og kontrollere – å få til en god samordning mellom Helfo og leverandørene.

Og bruk av litt mer ressurser på avtaler, rammeavtaler, tjenesteavtaler, rammevilkår, analyse, kontroll, veiledning og formidling, vil det gi bedre kostnadskontroll enn det en har i dag.

Når det gjelder personellressurser, vil denne modellen medføre at NAV ikke har bruk for alle stillingene i Follo og Fauske, mens Helfo må styrkes.

#### **12.4.3 Administrative konsekvenser**

I dag bruker man mye saksbehandlingsressurser på få avslag. I denne Helfomodellen bør vurderes å velge en helautomatisk søknadsløsning, og å styrke kontrolldelen. Her ser man for seg at eksempelvis de ortopediske verkstedene går inn i en løsning som Helfo har med apotekene, med en form for kontroll fra Helfo. Denne formen for etterkontroll kan bli en utfordring for leverandørene, samtidig som det er det ressursbesparende. Med dette plasserer man noe av vedtaksressursene over på kontroll. Da ville man også få en bedre kostnadskontroll, det vil gjennomføres stikkprøver, eksempelvis i større kompliserte saker, og her har Helfo erfaring med å hente inn spesialkompetanse i vurderingene. Ekstern kompetanse hentes altså inn for å vurdere om det som er gjort er en behandlingsmessig nødvendighet.

Helfo har også en gruppe som jobber med analyse, en helhetlig tilnærming med kartlegging og risikovurdering, hvor en bl.a. analyserer og vurderer enkeltleger som skiller seg ut fra de andre – bl.a. når det gjelder søknad om hjelpemidler. Med god informasjonstilgang, kan dette sees nærmere på, noe Helfo har erfaringer med.

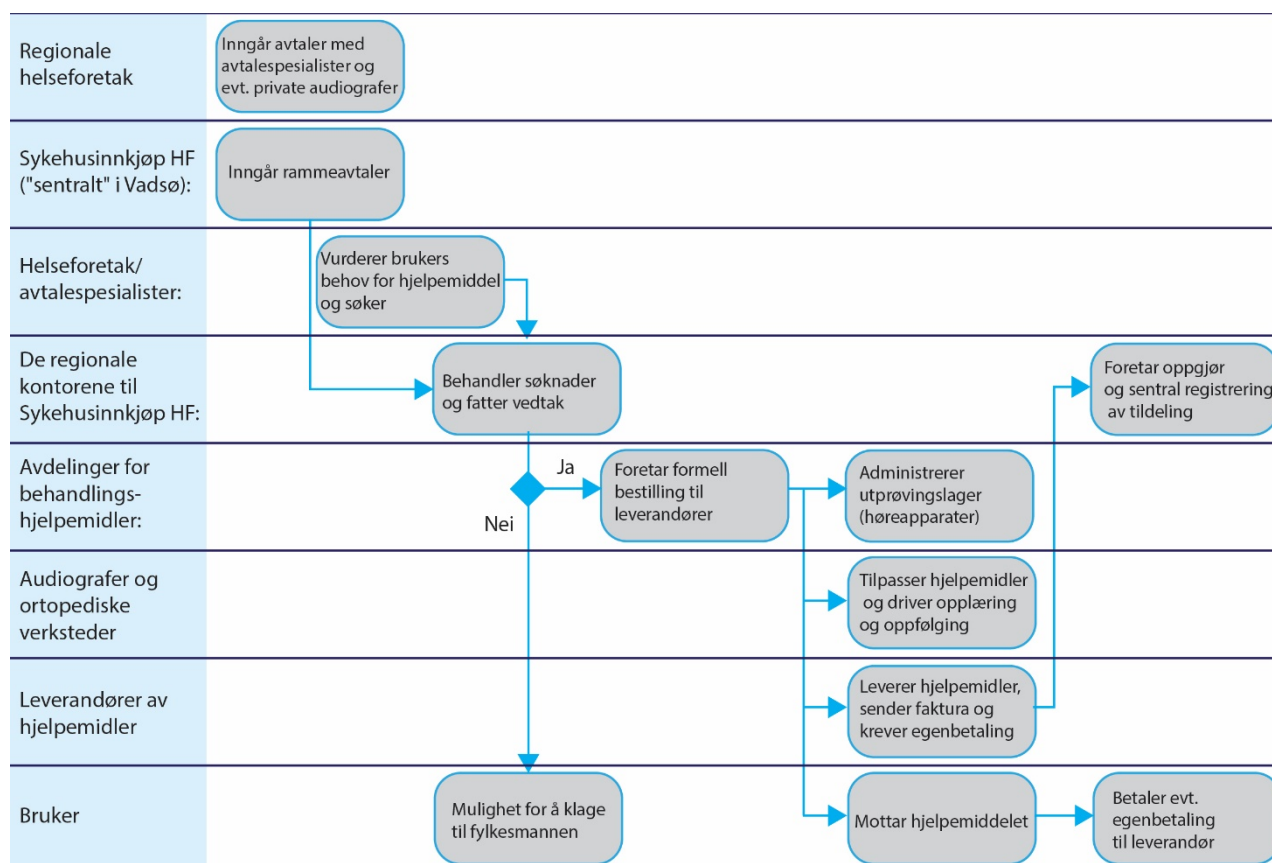
Det vi ser for oss er å ta bort vedtaksbiten i § 10.7., og bruke ressursene på direkteoppgjørsordninger, analyse, avtaleverk og kontroll. Dette vil kreve endringer i regelverket. Dagens saksbehandling har ikke tilført systemet noe nytte, jf. rapporten fra Ekspertutvalget.

### **12.5 Modell IV: Ansvar for formidling, forvaltning og finansiering lagt til spesialisthelsetjenesten (de regionale helseforetakene)**

I modell III er høreapparater og ortopediske hjelpemidler sidestilt med behandlingshjelpemidler og finansieres av helseforetakene. Spesialisthelsetjenesten får dermed totalansvar for formidlingen, noe som innebærer både anbudsprosesser, forvaltning og finansiering. Forhandling med leverandører gjennomføres av Sykehusinnkjøp HF, og legespesialister rekvirerer de hjelpemidlene brukeren har behov for (og rett til) fra de regionale kontorene til Sykehusinnkjøp HF. Eventuelle klager på vedtak behandles av Fylkesmannen. Finansieringen av ordningen må utredes nøye, men foreslås å bli overslagsbevilgning (tilsvarende dagens modell i folketrygden).

Modellen er illustrert i figuren nedenfor som er ment å dekke begge hjelpemiddelområdene. Det fordrer følgende **tilleggsforklaring**:

- "Sykehusinnkjøp HF - Inngår rammeavtaler":
  - For høreapparater gjelder det avtaler med leverandører av høreapparater.
  - For ortopediske hjelpemidler gjelder det tjensteavtaler med ortopediske verksteder. De ortopediske verkstedene håndterer selv bestilling av komponenter til f.eks. proteser. (Det kan være aktuelt å vurdere om det er komponenter som bør prisforhandles av andre enn verkstedene.)
- "Avdelinger for behandlingshjelpemidler – Foretar formell bestilling til leverandører":
  - For høreapparater gjelder det bestilling av høreapparater og evt. tilleggsutstyr.
  - For ortopediske hjelpemidler gjelder det bestilling av tjenester inkl. proteser etc. til den enkelte pasient.
- "Leverandører av hjelpemidler":
  - For høreapparater er det leverandører av høreapparater og evt. tilleggsutstyr.
  - For ortopediske hjelpemidler er det de ortopediske verkstedene.
- "Bruker – Betaler evt. egenbetaling til leverandør":
  - For høreapparater gjelder dette dersom bruker velger høreapparater og tilleggsutstyr som overstiger fastsatte rammer. Da betaler bruker overskytende til leverandør.



Figur 15: Overføring av totalansvaret til spesialisthelsetjenesten

I figuren har vi valgt et alternativ der de regionale kontorene til Sykehusinnkjøp HF behandler søknader, fatter vedtak og foretar oppgjør. Med eksisterende løsning har NAV to kontorer som gjør dette, og det er det gode



erfaringer med. Det er derfor nærliggende å foreslå et alternativ der ikke alle de 5 regionale kontorene utfører dette, men kanskje 2 eller 3. Ett alternativ kan være at et mindre utvalg av de 22 avdelingene for behandlingshjelpemidler har denne rollen, men det vil kreve koordinering mellom ulike helseforetak.

### 12.5.1 Konsekvenser av modellen for brukerne

Rettighetene til hjelpemidler vil ivaretas på samme måte som i dag, selv om den juridiske forankringen endres fra folketrygden til pasient- og brukerrettighetsloven. Slik saksbehandling og kontroll foregår gjennom NAV i dag, er det organisert i to kontorer, ett i Fauske og ett i Follo. Det har gitt en organisering som er relativt enkel, og som gir muligheter for gjensidig kontroll og erfaringsutveksling etc. mellom de to kontorene. Vi ser for oss at en tilsvarende praksis kan utvikles internt i Sykehusinnkjøp HF. Avdelingene for behandlingshjelpemidler er spredt på 18 sykehus og fire sykehusapotek. Søknadsprosessene er tilpasset lokale forhold ved helseforetakene, og ensretting på tvers av foretakene kan bli utfordrende. Nasjonal Nettverksgruppe for behandlingshjelpemidler har ingen juridisk myndighet over helseforetakene, men bidrar til å utjevne regionale forskjeller gjennom informasjonsutveksling og anbefalinger.

Det antas å være hensiktsmessig å fortsatt organisere saksbehandlingen med et lavt antall regioner. Brukere som flytter mellom helseregioner kan støte på problemer knyttet til overføring av brukere, fordi helseforetakene ikke har vedtatt felles rutiner for dette.

Leder for det nasjonale nettverket for behandlingshjelpemidler oppga at man ikke ser noen tegn til at teknologitvillingen for behandlingslegemidler er skadelidende av finansieringsform eller organisering. Man kan derfor forvente at innovasjonstakten for høreapparater og ortopediske hjelpemidler kan holdes ved like. Hvor avanserte hjelpemidler leverandørene vil tilby vil være mer avhengig av maksimalsatsen for hjelpemiddelet.

Rettighetene til hjelpemidler vil ivaretas på samme måte som i dag, selv om den juridiske forankringen endres fra folketrygden til pasient- og brukerrettighetsloven.

### 12.5.2 Økonomiske konsekvenser

Forhandlingsmakten til den offentlige innkjøperen vil fortsatt være stor etter omleggingen. Med en sentral innkjøpsenhet som forhandler for nær sagt alle brukere i landet vil man kunne oppnå like gode forhold mellom pris og kvalitet som man gjør i dag.

På kort sikt kan man se for seg at behovet for saksbehandling i søknadsprosessen reduseres ved at helseforetaket selv bærer kostnadene. Legene vil måtte erkjenne at et eventuelt overforbruk som gagnar en bruker vil redusere ressursene som er tilgjengelig for å hjelpe andre. Men dersom finansieringen gis som overslagsbevilgning, kan disse insentivene vannes ut over tid. Økte kostnader i ett eller flere påfølgende år, kan bidra til å presse opp rammene.

Gjennom å forankre rettigheten til hjelpemidlene i sørge-for-ansvaret som følger av spesialisthelsetjenesteloven, vil muligheten for å kreve egenandeler falle bort. Det innebærer at det kan bli aktuelt å unnta enkelte produktgrupper fra modellen. Ved omleggingen av behandlingshjelpemidler i 2003, opplevde man at finansieringen de første årene ikke hadde tatt hensyn til egenandelene fra brukerne. Det resulterte i en kraftig underfinansiering av enkelte hjelpemidler, som eksempelvis insulinpumper.

For høreapparater er det i dag hovedregel at brukeren ikke kan få fornyet høreapparat innen 6 år. Dersom høreapparater defineres som en del av et medisinsk behandlingsforløp, vil det kunne bli enklere for brukeren å kreve nytt høreapparat dersom det gamle mistes eller ødelegges innenfor perioden på 6 år. En slik endring vil være drivende for kostnadsutviklingen knyttet til høreapparater.



### 12.5.3 Administrative konsekvenser

Direktoratet presiserte at de var svært usikre på om det er hensiktsmessig å flytte ansvaret som nevnt i punktene over og samtidig beholde finansiering over folketrygden. Årsaken til at direktoratet nevnte dette som en mulighet er at en eventuell finansiering over rammebudsjettene til spesialisthelsetjenesten kan føre til ulikt tilbud og forskjellsbehandling. For eksempel kan ulike helseforetak ha ulike budsjetttrammer, og man kan komme i en situasjon hvor budsjettmidlene blir brukt opp i løpet av året. Direktoratet antok at det beste vil være at spesialisthelsetjenesten også fikk budsjettansvaret, enten som overslagsbevilgning<sup>21</sup> eller at dette inngår i helseforetakenes budsjetttrammer.

Denne modellen vil innebære et samlet ansvar for formidling og finansiering, og med dette imøtekomme det ekspertutvalget mente er svakheten ved dagens organisering; lite effektiv forvaltning og manglende kostnadskontroll. Som tidligere nevnt, har kostnadsutviklingen innenfor ortopedi vært høy og Arbeids- og velferdsetaten har, innenfor dagens ordning, begrensede muligheter til å gjennomføre en aktiv kontrakts- og leverandørstyring da formidlingen ikke foretas av Arbeids- og velferdsetaten. Arbeids- og velferdsetaten har dårlige forutsetninger for å styre og videreutvikle disse hjelpemiddelområdene. Med et totalansvar lagt til spesialisthelsetjenesten, kan det argumenteres for at en vil kunne imøtekomme disse svakhetene ved dagens organisering. Spesialisthelsetjenesten vil med en slik modell både ha ansvaret for utredning og formidling, samt ha ansvar for å inngå og forvalte rammeavtaler med leverandørene, forvalte regelverket, det vil si saksbehandling av enkeltsaker, og eie regelverket (lov- og forskriftshjemler under Helse- og omsorgsdepartementet /Helsedirektoratet).

I modellen legges til grunn en finansiering over rammebudsjettene til spesialisthelsetjenesten. Med et samlet ansvar for hele dette hjelpemiddelområdet, vil dette styrke mulighetene for en kontroll med at man bruker ressursene på de rette tiltakene og tjenestene (formålseffektivitet) og at tiltakene og systemet frembringer resultatene uten unødig ressursbruk og sløsing (kostnadseffektivitet).

Det kan imidlertid argumenteres for at rammefinansiering har en svakhet. Når det gjelder ortopediske hjelpemidler har man innenfor dagens ordning et eksempel på rammefinansiering. Stønad til aktivitets- og hjelpemidler til personer over 26 år er omtalt i Forskrift om aktivitetshjelpemidler til personer over 26 år (FOR-2014-06-05-25-865). I henhold til nav.no omfatter ortopediske aktivitetshjelpemidler spesialproteser og ortopedisk fottøy. Leverandører av ortopediske hjelpemidler som har rammeavtale med NAV tilpasser og utleverer slike aktivitetshjelpemidler. Søknadsprosedyren er tilsvarende som for andre ortopediske hjelpemidler. Til forskjell fra øvrige hjelpemidler, er aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år, rammefinansiert (i 2018 var det på Statsbudsjettet satt av 49 millioner kroner til aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år). Resten av hjelpemiddelfeltet er basert på en overslagsbevilgning, noe som betyr at det er behovet som styrer. Det finnes med andre ord ikke en bestemt pengepott som kan bli tom. Ordningen med stønad til aktivitets- og hjelpemidler til voksne ble innført fra 2015. Tidligere var NAV-finansierte aktivitetshjelpemidler forbeholdt barn og unge under 26, mens voksne måtte betale alt selv. Med den nye ordningen kunne også voksne søke om støtte, mot en egenandel på inntil 4000 kroner.

I og med at ordningen er rammefinansiert, er det satt en begrensning for hvor mye det kan gis stønad for. 12. september 2018, lå følgende melding ute på nav.no:

*"Ordningen er rammefinansiert og budsjetttrammen for 2018 er allerede bundet opp. Det vil derfor ikke bli innvilget flere søknader i år. Fra 1. januar 2019 får vi ny bevilgning og det blir igjen anledning til å søke".*

7. januar 2019, la NAV følgende melding ut på sin internettside:

---

<sup>21</sup> Overslagsbevilgning gir hjemmel til å overskride bevilgningen mot etterfølgende framlegg for Stortinget. Jf Bevilgningsreglementet for statsbudsjettet og statsregnskapet medregnet folketrygden".

*"Du kan klage dersom du får avslag på søknaden din. Avslag som skyldes manglende budsjettmidler vil du ikke kunne klage på, men du kan eventuelt søke på nytt neste år. Dersom du har fått avslag i 2018 fordi at den økonomiske rammen er brukt opp, må du søke på nytt i 2019. Søknaden vil ikke hentes frem igjen. Det vil da vurderes om du oppfyller vilkårene for aktivitetshjelpemidler"*

Dette blir av brukerorganisasjonene trukket fram som et eksempel på hva som kan skje dersom ortopediske hjelpemidler blir rammefinansiert. I Arbeids- og velferdsdirektoratets høring til ekspertutvalgets rapport, ble det pekt på at en eventuell finansiering over rammebudsjettene til spesialisthelsetjenesten vil kunne føre til ulikt tilbud og forskjellsbehandling. Videre kan en komme i den situasjon at ulike helseforetak kan ha ulike budsjettammer, og man kan komme i en situasjon hvor budsjettmidlene blir brukt opp i løpet av året. Det er liten tvil om at dette vil få dramatiske konsekvenser for brukerne.

## **12.6 Forvaltning og finansiering – en drøfting**

### **12.6.1 Innledning**

I tilbakemeldingen til rapportutkast våren 2019 fra ASD ble SINTEF bedt om å se nærmere på og drøfte mulighetene for at Helfo tar over de forvaltningsoppgavene som i dagens ordning er lagt til NAV. Vi har i dette kapitlet drøftet nærmere både forvaltnings- og finansieringsansvaret for høreapparater og ortopediske hjelpemidler, da forvaltning og finansiering er naturlig å se i en sammenheng ut fra noen perspektiver. Datamaterialet i denne delen av rapporten består av intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helfo, NAV Arbeid og ytelser og brukerorganisasjonene. Videre baserer vi drøftingen på skriftlige tilbakemeldinger på vårt første utkast til sluttrapport fra Arbeids- og sosialdepartementet (ASD).

### **12.6.2 Forvaltning**

I vår undersøkelse ba vi informantene vurdere et alternativ hvor de forvaltningsoppgavene, som i dag er lagt til NAV, overføres til og ivaretas av Helfo. I utgangspunktet mener våre informanter at Helfo kan sees på som et alternativ til NAV, uten at detaljene omkring dette er utredet. Til grunn for dette vises det til at Helfo i dag har ansvar for §5-14 i folketryktdloven som inkluderer medisinsk forbruksmateriell, som kanskje er det området som ligger nærmest opp til høreapparater og ortopediske hjelpemidler. Helfo har også en del oppgaver innenfor §5-22 (bidragslovgivningen) og hvor det er en grensdragning mot NAV. Sånn sett peker våre informanter på at det ikke er uventet at Helfo trekkes fram som en aktuell aktør når det er snakk om alternative modeller, i og med at Helfo har god kompetanse og erfaring med oppgjør, refusjon og kontroll. Helfo har med dette en oppgaveportefølje i dag som det er naturlig å tenke en forlengelse av. Det informantene trekker fram og som man kan være litt mer i tvil om, er det kontraktsmessige, det å inngå avtaler om innkjøp, selv om Helfo har en viss erfaring med arbeid med avtaler/rammeavtaler.

I intervjuene pekes det på at hvis man ser for seg at Helfo skal behandle denne typen søknader (høreapparater og ortopediske hjelpemidler), og forholde seg til spesialisthelsetjenesten, så er dette en akse Helfo har erfaring med, eksempelvis innenfor medisinsk forbruksmateriell. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten og avtale-inngåelser, så har Helfo fått utvidet sin portefølje, fra innenfor det ganske snevre i kapittel 5 i folketrygden, til å formidle fristbruddpasienter fra spesialisthelsetjenesten. Helfo har også ansvar for godkjenningsordningen innen fritt behandlingsansvar, noe som kom i en lovendring i 2015 for å utnytte kapasiteten i det private helsevesen. Når det gjelder fritt behandlingsvalg, har Helfo et tett samarbeid med de regionale helseforetakene, en kompetanse som Helfo benytter seg av. Helfo har også god erfaring med å hente inn kompetanse utenfra, når de trenger det.

I tilbakemeldingene fra Arbeids- og sosialdepartementet til førsteutkastet til sluttrapport, ble det vist til at både NAV og Helfo i dag håndterer saker som finansieres fra folketrygden. Sett fra folketrygdens side isolert sett, kan man i loven bestemme at det er Helfo som kan fatte vedtak om høreapparat og eller ortopediske hjelpemidler. Man kan endre folketrygdlovens § 21-11 a, slik at det står: "Helsedirektoratet skal forvalte kapittel 5 og § 10-7 første ledd bokstav b og i.". I våre intervjuer kom det fram at da Helfo ble dannet, (skilt fra NAV i 2009), gikk man gjennom alle paragrafene i folketrygden og skrev inn Helsedirektoratet eller underliggende etat, der det tidligere sto NAV. Ved en eventuell overføring av forvaltningsoppgaver fra NAV til Helfo, så blir dette en lovteknisk sak, som ikke har betydning for brukeren, og hvor man flytter oppgaver fra én offentlig etat til en annen, men med det samme hjemmelsgrunnlaget.

Hovedpoenget er med andre ord at Helfo vil kunne fungere som en forvalter, uavhengig av finansieringsmodell. Det viktige med Helfo er å gå inn og se på evne og kompetanse til å inngå avtaler med leverandører, samt det å trekke til seg medisinsk kompetanse og rådgivning. Det siste elementet blir det som har med kontroll/systemkontroll.

Et spørsmål våre informanter stiller seg er hva en overføring fra NAV til Helfo kan tilføre med hensyn til å imøtekomme de svakhetene med dagens ordning som Ekspertutvalget anførte i sin rapport fra 2017. I rapporten pekte man blant annet på at det ikke var tydelig for utvalget hvilken merverdi Arbeids- og velferdsetatens rolle gir i sakene, utover at dagens ansvarsdeling sikrer brukernes rettigheter i folketrygden. Blant våre informanter stiller en seg noe tvilende til om en overføring fra NAV til Helfo vil gi en ønsket merverdi. Til ekspertutvalgets påpekning av at NAV ikke tilfører noe mer en søknadsbehandling og regelkontroll, mener våre informanter at det vil heller ikke Helfo gjøre. Videre pekes det på blant våre informanter at fravær av helsefagkompetanse i NAV (kompetanse ut over regeltolkning og -forståelse), har ikke NAV på andre områder de forvalter heller.

Ekspertutvalget mente videre det var grunnlag for å stille spørsmål ved om dagens ordning sikrer en effektiv forvaltning av denne typen hjelpemidler og om det gir god kostnadskontroll. Som nevnt tidligere i vår rapport, er våre informanter enige om at NAV har bygget opp solid kompetanse og erfaring når det gjelder søknadsbehandling, samt inngåelse og oppfølging av avtalene med høreapparatleverandører og ortopediske verksteder. Samling av søknadsbehandlingen i to NAV-kontor, er et resultat av en omfattende spesialisering av ytelsesforvaltningen de senere årene. Målet er å legge til rette for økt effektivitet og større likhet ved å behandle hver ytelse ved færre enheter slik at fagmiljøene blir større og mer kompetente. Videre er erfaringene fra vår utredning at det er etablert en god samhandling mellom formidlere og forvaltere, og at meget lav avslagsprosent viser en gjennomgående god regelforståelse. Utredningen gir ikke grunnlag for å hevde at dagens system ikke gir tilstrekkelig kostnadskontroll.

Det er en medisinsk vurdering som ligger i bunn for tildeling av høreapparater og ortopediske hjelpemidler. Dette vil det uansett være vanskelig for Helfo å gå inn i og vurdere eller overprøve. Blant våre informanter blir det pekt på at den kostnadskontrollen vil en få om formidlerleddet får kjenne det på eget budsjett. Hvis man ikke kobler behandling/formidling og finansiering, men har det hver for seg, så vil en slite med kostnadskontrollen uansett modell (Helfo eller NAV). I dag er systemene basert på tillit, hva som er medisinsk forsvarlig, noe som Helfo ikke går inn og kontrollerer. Det Helfo forholder seg til, er om det ligger innenfor forhandlede pris- og produktlister. Disse listene vil ikke være helt uttømmende i alle tilfeller, for i noen saker vil en komme over pasienter hvor listen, av medisinske årsaker, må fravikes. Noe tilsvarende vil en kunne tenke seg når det gjelder høreapparater og ortopediske hjelpemidler. Med mindre vekt på søknadsbehandling, og mer på kontroll, legges det til grunn et system som er tillitsbasert. Myndighetene stoler på at man følger reglene, "men vi holder et øye med dere". utfordringer kan oppstå når eksempelvis lege og ortopediingeniør mener pasienten har behov for et kostbart hjelpemiddel. Her vil det oppstå utfordring på kontrolliden, noe NAV også har i dag, men ut fra det våre informanter gir tilbakemeldinger om, så virker det som Helfo har mer erfaring enn NAV med å hente inn ekstern ekspertise. Behov for avvik fra lister, rammeavtaler og regler vil alltid forekomme, hvor individuelle hensyn må tas av medisinske årsaker. Men der Helfo kommer inn, er når

en ser mer eller mindre systematiske avvik over tid, det er da Helfo ber om en forklaring. Et tilsvarende system kan en tenke seg når det gjelder avtalene med høreapparatleverandører og ortopediske verksteder. Disse avtalene må videreføres, med åpning for enkelte avvik om nødvendig.

Et spørsmål som våre informanter stiller seg er om høreapparater og ortopediske hjelpemidler er et så lite område i NAV at det ikke gis særlig oppmerksomhet, og at man derfor vil tjene på at det legges til Helfo. Videre pekes det på at med en Helfo-modell vil det bli enklere for brukerne ved at de har én aktør å forholde seg til når det gjelder ulike helsespørsmål. Et annet perspektiv som informantene trekker fram, er at brukerne vil kunne oppleve det som positivt at Helfo er et mindre miljø enn NAV, at det er lettere for å bli sett og få gehør. Helfo har bygget opp god kompetanse på publikumskontakt på andre av sine ansvarsområder.

I intervjuene vises det også til at ved å trekke inn Helfo som alternativ til NAV, så vil en styrke den såkalte helselinja. I dagens system tas søknadsbehandlingen ut av helselinja i og med at denne oppgaven er lagt til NAV. I intervjuene vises det til at som en del av NAV-reformen skulle en rendyrke NAV som "arbeid, velferd og aktivitet", mens Helfo skulle ta seg av de rene helseoppgavene. Og som informantene peker på, ble høreapparater og ortopediske hjelpemidler en slags hybrid, de hørte ikke hjemme på hjelpemiddelsentralene sammen med de tekniske hjelpemidlene, men ble likevel igjen på NAV-siden. I et slik perspektiv kan flytting av forvaltningsoppgaver i tilknytning til høreapparater og ortopediske hjelpemidler til Helfo sees i relasjon til en av intensjonene med NAV-reformen om å lage et skille mellom arbeid-velferd-aktivitet-oppgaver lagt til NAV og helseoppgaver lagt til Helfo.

Som pekt på i vår rapport mener vi at det innenfor dagens system med forvaltningsoppgaver lagt til NAV, ligger et potensial for IKT-forbedring. Vår undersøkelse viser at Helfo har kommet langt når det gjelder digitalisering. Våre informanter peker derfor på at det ikke vil være nødvendig å utvikle et helt nytt digitalt system hvis Helfo får ansvar for høreapparater og ortopediske hjelpemidler, men bruke systemer som allerede eksisterer, men med visse tilpasninger.

Våre intervjuer viser at erfaringene med overføring av oppgaver mellom Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i stor grad blir en diskusjon om finansiering i betydningen "personell- og ressuroverføring". Dette vil også gjelde for oppgaver overført fra NAV til de regionale helseforetakene (RHF-ene). Våre informanter peker på at dersom Helfo skal ta over oppgavene til NAV på området høreapparater og ortopediske hjelpemidler, så vil det bli nye runder mellom ASD og HOD om regelendringer, ressuroverføring, og også kompetanseoverføring.

Forslaget om at oppgaver omkring forvaltning av høreapparater og ortopediske hjelpemidler overføres fra NAV til Helfo, kommer på et tidspunkt hvor det gjøres og diskuteres store endringer i Helfos struktur og ansvarsområde. Helfo er, ifølge våre informanter, inne i en betydelig omstilling, antall årsverk reduseres og det investeres betydelig beløp i nye datasystemer. Det skal iverksettes betydelige strukturtiltak som skal gjennomføres innenfor eksisterende budsjettammer, og hvor det som investeres skal hentes inn i form av innsparinger og effektivisering. I intervjuene kom det fram at man har en pågående strategisk diskusjon om Helfo hvor en drøfter om Helfo enten skal konsentrere seg om dagens portefølje, eller at en tenker Helsedirektoratet som helhet, om det er områder innenfor direktoratets ansvarsområde som kan tenkes passer bedre i ytre etat (eks. Helfo). Alternativt ser en på om Helfo skal ta på seg andre oppgaver i sektoren. Helfo er med andre ord inne i en krevende fase, og fra våre informanter pekes det på at i denne fasen har Helfo mer enn nok med å gjennomføre de endringene de nå er inne i. Det blir derfor blant våre informanter pekt på at tiden ikke er inne for å gi Helfo "NAV-oppgaver", men det kan bli en diskusjon etter den omstillingen Helfo er inne i de nærmeste årene.

### 12.6.3 Finansiering

Ekspertutvalget mente i sin rapport fra 2017 at det kunne stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig at den instansen som besitter kompetansen og som vurderer behovet for høreapparater og ortopediske hjelpemidler, ikke har vedtaks- og finansieringsansvaret i saken. I dagens ordning gjøres behovsvurderingen i spesialisthelsetjenesten, mens finansieringen er lagt til folketrygden (rettighetsfestet og som en overslagsbevilgning).

Når vi i vår undersøkelse tar opp spørsmålet om å ta finansieringen av høreapparater og ortopediske hjelpemidler ut av folketrygden (overslagsbevilgning) og legge det til RHF-ene (rammefinansiering), påpeker brukerorganisasjonene at brukerne med dette vil miste den individuelle rettigheten til hjelpemidlene. Våre informanter viser til at hvis spesialisthelsetjenestene gis finansieringsansvaret, så tar man midlene fra folketrygden og overfører til RHF-ene. Sann sett kan man si at totalkostnaden for samfunnet blir den samme. Men det brukerne peker på som en utfordring, er at da går man inn i et prioriteringsløp som man ikke har i folketrygden, hvor tildeling av hjelpemidler vil bli vurdert opp mot midler til det øvrige behandlingstilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten. Men en Helfo-modell er ikke til hinder for at forankringen i folketrygden videreføres. Det meste av det Helfo håndterer i dag er forankret i folketrygden. Så det betyr at det å legge oppgjøret til Helfo, kan fungere helt uavhengig av hvor finansieringsansvaret legges. Helfo er blitt en profesjonell betalingsaktør innenfor helsesektoren.

Et perspektiv som blir trukket fram i intervjuene, er i hvilken grad man skal vektlegge et prinsipp om at den som har behandlingsansvaret, også skal ha finansieringsansvaret. I et slikt perspektiv bør finansieringen av høreapparater og ortopediske hjelpemidler legges til RHF-ene, som man har gjort med H-reseptlegemidler, der finansieringsansvaret er overført fra folketrygden. Her står Helfo for oppgjørene mellom aktørene. Apotekene sender regningen til Helfo, som legger ut og krever så inn pengene fra RHF-ene.

I våre intervjuer er det blitt trukket fram som et argument for samling av formidling, forvaltning og finansiering av høreapparater og ortopediske hjelpemidler i spesialisthelsetjenesten/ RHF-ene, at en bør legge til grunn prinsippet om at finansieringsansvar bør knyttes tettere til behandlingsansvar. Blant våre informanter er man opptatt av, og ser poenget med, å se helheten i behandling og finansiering. Her trekkes det fram at en overførte ansvar og finansiering av legemidler til RHF-ene fordi en så på det som en del av behandlingen. Det er ikke samme logikken i vurderingene av høreapparater og ortopediske hjelpemidler. Samtidig peker våre informanter på at de har forståelse for at en ser helheten i behandling og finansiering, men da må formidling av høreapparater og ortopediske hjelpemidler defineres som en helsetjeneste. Med finansiering av disse hjelpemidlene lagt til RHF-ene, så vil man i utgangspunktet ha en bedre kontroll med utgiftene.

Ekspertutvalget mente også i sin rapport at det kunne stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig at den instansen som besitter kompetansen og som vurderer behovet, ikke har vedtaks- og finansieringsansvaret i saken. Blant våre informanter blir det imidlertid pekt på at med utgangspunkt i dagens regelverk, så vil neppe høreapparater og ortopediske hjelpemidler falle inn under definisjonen av helsehjelp. Så hvis disse hjelpemidlene skal inn i helsehjelp og helselinja, må det gjøres endringer i regelverket. Et annet moment som trekkes fram, er at hvis formidling av disse hjelpemidlene legges inn i helselovene, så vil det pr. i dag ikke gi brukerne en individuell rett på et hjelpemiddel. Da kreves det en endring i regelverket. Og hvis tildeling av høreapparater og ortopediske hjelpemidler ikke faller inn under begrepet nødvendig helsehjelp, så ligger det til RHF-ene å yte tjenesten, men man har ingen individuell rett i folketrygdens forstand.

Våre informanter viser til at man gikk en runde om dette med behandlingshjelpemidler, om det skulle regnes som helsehjelp. Etter en lang prosess, falt man ned på at dette var en del av behandlingen og derfor helsehjelp. Men, som våre informanter peker på, så er ikke høreapparater og ortopediske hjelpemidler en del av behandlingen, men en erstatning for noe, erstatning for manglende funksjon. Hvis man skulle overføre finansieringsansvaret til RHF-ene og dette ikke er helsehjelp, så vil brukerne se på dette som en svekkelse av tilbudet. Da



må dette tas inn i regelverket som en definert plikt for RHF-ene å levere. Man har ikke noe i dagens helselovgivning om dette, i motsetning til trygdelovgivningen.

Til diskusjonen om endring av finansiering, blir det blant våre informanter vist til noe ulike erfaringer med hensyn til å overføre finansieringsansvar til RHF-ene. Disse er rammestyrte, med "en kamp" om friske penger i en prioriteringsdiskusjon. Dette er rammer som er under press fra ulike hold; aktivitetsvekst, nye behandlingsmåter og nye medisiner, for å nevne noe. Videre er erfaringen at med tildeling av nye oppgaver til RHF-ene, så gis det et beløp som følger med oppgaven, og hvor rammen økes med 1-2% pr år, mens folketrygden stiger med mye mer. Som en informant uttrykker det: "*Så lagt til RHF-ene blir det bare et nytt krav til effektivisering på toppen av alt annet*".

### 13 Konklusjon

I utredningen har vi vurdert dagens formidling av høreapparater og ortopediske hjelpemidler med utgangspunkt i intervjuer med sentrale aktører (myndigheter, fagpersoner og brukerorganisasjoner), og med spesiell vekt på brukernes behov. Basert på den innsikten har vi presentert og drøftet fire alternative modeller for formidling, forvaltning og finansiering av høreapparater og ortopediske hjelpemidler.

I alle våre modeller legger vi til grunn en videreføring av dagens *formidlingssystem*, lagt til spesialisthelsetjenesten. Det er i vår utredning ikke framkommet argumenter for endringer på dette området.

Når det gjelder *forvaltningen* (avtaleverk, søknadsbehandling, kontroller osv.), argumenteres det for at forvaltningen i sterkere grad må legges inn i helselinja, og med dette få en tydeligere styringslinje; Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, RHF-ene og Helfo. I dagens system er forvaltningsleddet (NAV) lagt i styringslinja til Arbeids- og sosialdepartementet. På den annen side argumenteres det for at ved å legge det i helselinja, så kan nærheten bli for tett, noe som kan tale for å ta kontrollen ut av linja og legge det til en annen instans (NAV).

I utredningen har vi vist til at spesialiseringen innen arbeids- og velferdsetaten ved å legge søknadsbehandlingen for høreapparater og ortopediske hjelpemidler til to kontorer i NAV, har styrket saksbehandlingen, både med hensyn til kompetanse og saksbehandlingstid. I ekspertutvalgets rapport ble det pekt på at dagens todelte ansvarsdeling (kompetansen og formidlingsansvaret i spesialisthelsetjenesten og vedtaks- og finansieringsansvaret i arbeids- og velferdsetaten) kan medføre ulemper for brukerne gjennom unødig lang samlet saksbehandlingstid. I vår undersøkelse finner vi ingen indikasjoner på at dagens todelte system (formidling i spesialisthelsetjenesten og søknadsbehandling i Arbeids- og velferdsetaten) fører til unødig lang samlet saksbehandlingstid. I vår utredning har vi presentert argumenter for å tenke alternativt i forvaltning av ordningene, ved å redusere ressursbruken på selve saksbehandlingen, og heller styrke arbeidet med gode avtaler med leverandørene og styrke kontrolliden. Med dette foreslås et tillitsbasert system hvor formidlere og leverandører forholder seg til inngåtte avtaler, men hvor det foretas stikkprøver for å kontrollere at avtalene følges. Her argumenteres det for å overføre ansvar fra NAV til Helfo, som har bred erfaring med avtaler, kontroll og analyse innenfor ulike helseområder. Men som pekt på i utredningen, er Helfo inne i en betydelig omstilling, oppgaveporteføljen diskuteres, antall årsverk reduseres og det investeres betydelig beløp i nye datasystemer. Det kan derfor argumenteres for at det prinsipielt sett og på sikt kan være en god idé å flytte forvaltningsoppgaver knyttet til høreapparater og ortopediske hjelpemidler til Helfo, men at dette ikke er aktuelt på det nåværende tidspunkt.

Når det gjelder *finansieringen*, presenterer vi to ulike løsninger; videreføring av en finansiering i folketrygden, eller en overføring av finansieringsansvaret til spesialisthelsetjenesten (de regionale helseforetakene). Ut fra prinsippet om at den som sørger-for-ansvaret skal også ha betalingsansvaret, er det argumentert for at finansieringsansvaret bør legges til de regionale helseforetakene (som eksempelvis legemidler). Dersom behandlingsansvaret knyttes sterkere til finansieringsansvaret, argumenteres det for at det vil styrke

kostnadskontrollen. På den andre siden argumenteres det for at sett fra brukerne, så er den individuelle retten til hjelpemiddel og bruk av overslagsbevilgning det helt sentrale i en fremtidig ordning. Med finansieringsansvaret overført til RHF-ene og bruk av rammebevilgning, vil tildeling av høreapparater og ortopediske hjelpemidler gå inn i et prioriteringsløp, noe man ikke har i folketrygden. Når det gjelder erfaringer med rammebevilgning, viser vi til eksemplet med aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år, som er beskrevet tidligere i rapporten. Her ser også våre informanter utfordringer når det gjelder behandlingshjelpemidler. Når det dukker opp nye hjelpemidler (bl.a. når det gjelder diabetes) så er det en kjempeutfordring når det ikke tilføres friske midler. På dette området utvikler behovet seg i takt med nye og mer spesialtilpassede produkter. Valg av finansieringsmodell vil etter vår vurdering avhenge av hvordan man vekter argumentene og hvilke prinsipper som skal legges til grunn; brukernes individuelle rett hjemlet i folketrygden og med en overslagsbevilgning, versus prinsippet om at den som har sørge-for-ansvaret skal også ha betalingsansvaret basert på en rammebevilgning og sterkere insentiver for kostnadskontroll.

Vår anbefaling er at Arbeids- og sosialdepartementet velger å videreføre dagens modell med hensyn til formidling (spesialisthelsetjenesten) og finansiering (folketrygden), bl.a. med forbedring i form av bedre IKT-støtte og faglig kontroll av vedtak. Videre mener vi det må vurderes tiltak som bedrer situasjonen for brukere ute i distriktet. Når det gjelder forvaltningsoppgavene, har vi i utredningen presentert både styrker og svakheter ved å legge forvaltningen til henholdsvis spesialisthelsetjenesten, NAV og Helfo. Vi mener at det prinsipielt sett er en god idé å flytte forvaltningsoppgaver fra NAV til Helfo, men at dette må sees i sammenheng med den omstillingsprosessen Helfo er inne i.

## 14 Referanser

Agenda Kaupang AS. (2017). *Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen - Samhandling og organisering av hjelpemiddelområdet*. Stabekk: Agenda Kaupang AS for Arbeids- og sosialdepartementet.

Anovum. (2019, March). Eurotrak Norway 2019. Zürich, Norway: Anovum.

Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2016). *Årsrapport 2015*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2018). *Anskaffelsesstrategi 2018 - 2020*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2018). Rundskriv - § 10-7 Bokstav b - Høreapparat og tinnitusmaskerer. (12/18). Oslo.

Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2018). Rundskriv - § 10-7 i - Ortopediske hjelpemidler, brystprotese, ansiktsdefektprotese, øyeprotese og parykk. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Aspnes, E. H., Jaatun, E. A., & et al. (2016). *Hørselshemming - Raskere og bedre kompensasjon for hørselstap*. Trondheim: InnoMed.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (u.d.). *Lag hørselsvennlig miljø*. (Bufdir i samarbeid med SINTEF) Hentet 02.13.2019 fra Bufdir: [https://www.bufdir.no/uu/Lag\\_horselsvennlig\\_miljo/](https://www.bufdir.no/uu/Lag_horselsvennlig_miljo/)

Direktoratet for økonomistyring. (2018). *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad Bjørke AS.

Ekspertutvalg. (2017). *En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling - for økt deltakelse og mestring*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.

Gjerde, S. (nr. 3/2016). Brukarar av hjelpemidler i åra framover. *Arbeid og velferd*.



- Helsedirektoratet, NAV og de regionale helseforetakene. (2011). *Ansvar for ortopediske hjelpemidler og høreapparater*. Oslo.
- Hem, K.-G., & Dale, Ø. (2016). *Nyttekostnadsanalyse av hjelpemidler*. Oslo: SINTEF.
- Hørselshemmedes Landsforbund. (2014). *Evaluering av NS-EN 15297:2010 "Tjenester tilknyttet formidling av høreapparater"*. Oslo: HLF.
- Langballe, E. M., & Strand, B. H. (nr. 2/ 2015). Vil fremtidens eldre være friskere? *Tidsskrift for den norske legeförening*.
- Leknes, S., & et. al. (2018). *Befolkningsframskrivingene 2018 - Modeller, forutsetninger og resultater*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Medtek Norge. (2016). *Hjelpemiddelformidling i Norge: Mer for pengene - bedre for brukerne*.
- Meneer, K. (2018). *En kartlegging og beregning av samfunnskostnadene knyttet til nedsatt hørsel i Norge*. Masteroppgave i Anvendt klinisk forskning, NTNU.
- Oslo Economics og Inventura. (2016). *Vurdering av praksis for offentlige anskaffelser av tekniske hjelpemidler*. Oslo: Oslo Economics for Arbeids- og sosialdepartementet.
- Statistisk sentralbyrå. (u.d.). *Statistikkbanken*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/>
- The Lancet Commissions. (2017, 7 20). *Dementia prevention, intervention, and care*. Hentet 6 21, 2018 fra [www.thelancet.com: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- Utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 25.04.08. (2010). *NOU 2010:5 - Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering - Et helhetlig hjelpetilbud*. Oslo: Departementenes servicesenter - Informasjonsforvaltning.

## 15 Vedlegg

### 15.1 Intervjuguide

Vi benyttet to varianter, en for "systemet" og en for "sluttbruker."

## Intervjuguide "systemet"

### 1 Tema 1: Generell bakgrunn

1. Organisasjon
2. Rolle i organisasjonen

### 2 Tema 2: Beskrivelse av dagens organisering

1. Beskriv dagens organisering
2. Hva kan vi definere som første og siste steg i formidlingen av høreapparater?
3. Hvilken rolle og ansvar har din organisasjon i formidlingen og finansieringen av høreapparat?
4. Hvilken rolle, ansvar og oppgaver har du i formidlingen og finansieringen av høreapparat?

### 3 Tema 3: Erfaringer med dagens organisering for formidling og finansiering av hjelpemidler (høreapparater eller ortopediske hjelpemidler)

1. Beskriv dagens organisering
2. Hvilken rolle har din organisasjon i formidlingen og finansieringen av hjelpemiddelet?
3. Hvilken rolle har du i formidlingen og finansieringen av hjelpemiddelet?
4. Hva opplever du er styrker og svakheter med dagens organisering?
5. Hvordan opplever du følgende i dagens organisering:
  - a. Ressursbruk
  - b. Kvalitet
  - c. NAVs saksbehandling
  - d. Kostnadskontroll og økonomiske intensiver
  - e. Brukeropplevelse (både for de som yter og mottar tjenestene)
  - f. Støtte i tilvenningsprosessen
  - g. Relasjon til formidling av andre hjelpemidler (for høreapp., relasjonen til andre hørselstekniske hjelpemidler)
  - h. Oppfølging etter formidling

### 4 Tema 4: Ny/forbedret organisering

1. Hvilke forbedringspunkter ser du innenfor dagens organisering?
  - a. Effektivisering gjennom digitalisering
  - b. Effektivisering gjennom bruk av teletekniske løsninger
  - c. Bedre oppfølging etter formidling
  - d. Annet?
2. Hvordan organisere for bedre:
  - a. Ivaretagelse av god kvalitet i formidlingen
  - b. Finansiering, kostnadskontroll og økonomiske intensiver
  - c. Effektiv ressursbruk
  - d. Brukeropplevelse (både for de som yter og mottar tjenestene)
  - e. Annet?

# Intervjuguide "sluttbruker"

## 1 Tema 1: Generell bakgrunn

1. Organisasjon
2. Rolle i organisasjonen
3. Erfaring med bruk av hjelpemidler

## 2 Tema 2: Beskrivelse av dagens brukerreise (hendelsesforløp)

1. Beskriv, steg-for-steg, hva som hendte da du fikk ditt siste hjelpemiddel
2. Hvilke aktører var du i kontakt med?
3. Hvilken rolle og oppgaver hadde de ulike aktørene?
4. Hvilke kommunikasjonskanaler ble brukt? (papirskjema per post, telefon, konsultasjoner, osv)
5. Hva var tidsperspektivet?

## 3 Tema 3: Erfaringer med dagens brukerreise (hendelsesforløp)

1. Hvordan opplever du dagens forløp (fra første til siste kontakt)?
2. Hva opplever du fungerer bra og mindre bra i dagens forløp?
3. Hvordan er din opplevelse av følgende i ditt forløp:
  - a. Kommunikasjon
  - b. Koordinering og samarbeid mellom aktørene
  - c. Informasjon
  - d. Kompetanse
  - e. Ressursbruk
  - f. Støtte i tilvenningsprosessen til nytt hjelpemiddel
  - g. Behov for støtte til vedlikehold evt. justering
  - h. Relasjon til andre tekniske hjelpemidler
  - i. NAVs saksbehandling
  - j. Tjenestens forståelse for det helhetlige behovet
  - k. Oppfølging etter formidling

## 4 Tema 4: Innspill til ny/forbedret brukerreise

1. Har du tanker om hvordan brukernes opplevelse kan bli bedre?
2. Hvordan hadde din drømmetjeneste sett ut?

## 15.2 Informasjonsskriv med samtykkeskjema

### Forespørsel om deltakelse i intervju i prosjektet

#### *"Utredning av finansiering og formidling av høreapparater og ortopediske hjelpemidler"*

---

#### **Bakgrunn og formål**

Regjeringen nedsatte 26. november 2015 et ekspertutvalg for å foreta en helhetlig gjennomgang av hjelpemiddelpolitikken. Utvalget leverte sin innstilling 6. februar 2017. I sin innstilling foreslår utvalget at det foretas en ekstern utredning av ansvarsdelingen for formidling/finansiering av høreapparater og ortopediske hjelpemidler. Arbeids- og sosialdepartementet ønsker å følge opp utvalgets forslag gjennom en utredning av ansvaret for finansiering og formidling av høreapparater og ortopediske hjelpemidler.

Utredningen skal gjennomføres av SINTEF i perioden september 2018 – mars 2019.

#### **Hva gjelder denne henvendelsen til deg?**

Som en del av datainnsamlingen i denne utredningen, skal det gjennomføres intervjuer med fagaktører knyttet til ulike sider av finansiering og formidlingen av høreapparater og ortopediske hjelpemidler. Dette er et spørsmål til deg om å delta i intervju om dine erfaringer med og synspunkter på dagens system for finansiering og formidling av høreapparater og ortopediske hjelpemidler, samt synspunkter på alternative måter å organisere formidlingen på.

#### **Hva innebærer deltakelse i denne studien?**

Deltagelse innebærer å delta i et intervju høsten 2018. Tid og sted for intervjuene bestemmes etter avtale med deg. Intervjuene vil ta ca. en time, og blir tatt opp på bånd. Alle data anonymiseres. Hovedtemaene for intervjuene vil være:

- Sterke og svake sider ved dagens formidlingssystem (organisering og finansiering)
- Synspunkter på eventuelle endringer/justeringer i dagens formidlingssystem
- Synspunkter på alternative måter å organisere og finansiere formidlingen på

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger, som navn, telefonnummer, epostadresser, vil bli behandlet konfidensielt og oppbevart adskilt fra intervjuutskriften. Kun forskerne i utredningsteamet har tilgang til personopplysningene. Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i rapporter og publikasjoner. Prosjektet startet i september 2018 og skal etter planen avsluttes i mars 2019. Alle personopplysninger og intervjuutskriften slettes ved prosjektets slutt.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder: Espen H. Aspnes, SINTEF, tlf.: 93059050 epost: [espen.h.aspnes@sintef.no](mailto:espen.h.aspnes@sintef.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata.

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i intervju

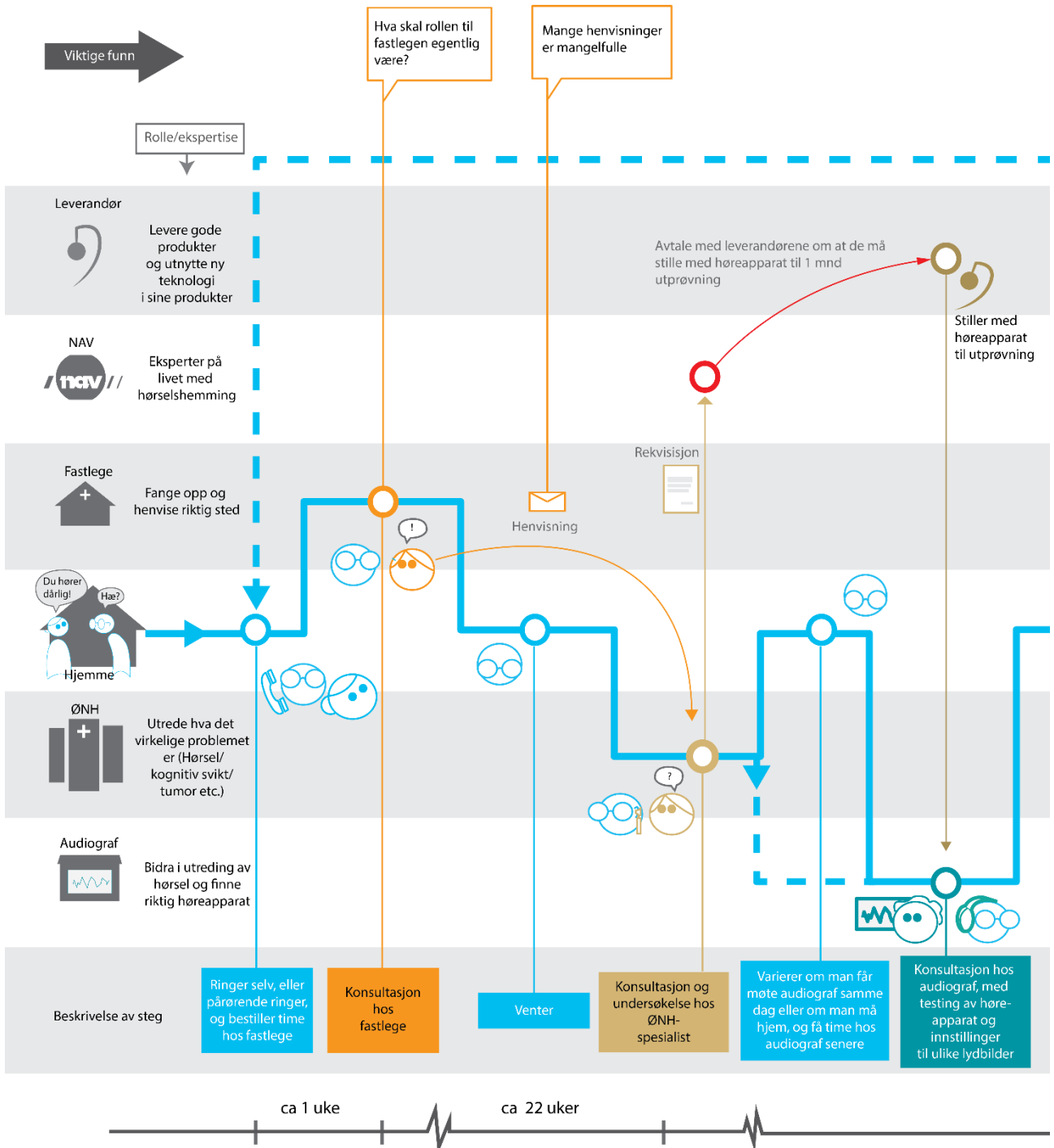
---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

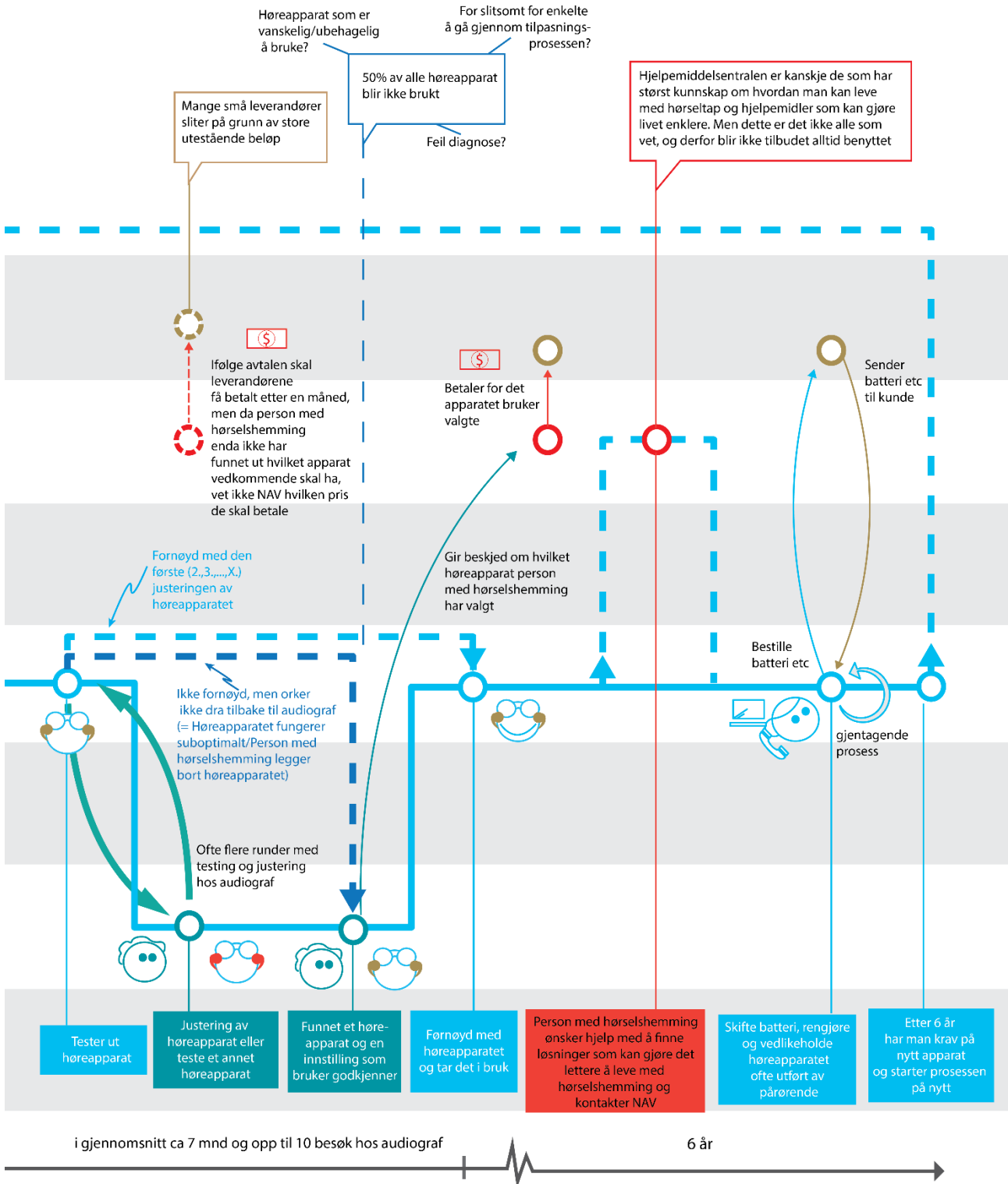
---

(Signert av intervjuer, dato)

### 15.3 Formidling av høreapparater – Detaljert forløp









Teknologi for et bedre samfunn

[www.sintef.no](http://www.sintef.no)