KJØNNS-DELTE HJELPEMIDLER?

KARTLEGGING AV HJELPEMIDLER TIL PERSONER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE.

LIKESTILLINGS-SENTERET

HVA TROR DU ER ÅRSAKEN TIL AT HJELPEMIDLER SKJEVFORDELES?

BAKGRUNN. S. 3

METODE. S. 4

HOVEDFUNN. S. 5

KJØNN TIL BESVÆR. S. 7

ROM FOR SKJEVFORDELING. S. 9

TABU SEKSUALITET. S. 11

FORSKNINGSPOTENSIALE. S. 12

ANBEFALINGER. S. 14

KONKLUSJON. S. 15

BAKGRUNN

Målet med prosjektet har vært å avdekke hvorvidt det finnes utilsiktede skjevheter og ulikheter i tildelingen av hjelpemidler basert på kjønn, alder og bosted. Lignende undersøkelser har blitt gjennomført i Sverige[1]. Resultatene fra Sverige viser eksempelvis at kvinner får billigere rullestoler enn menn, samt at kvinner i større grad får hjelpemidler og tilrettelegging av bad og kjøkken, mens menn får hjelpemidler og tilrettelegging for å komme seg ut av hjemmet.

Det undersøkelsene ikke avdekket var hvorfor denne skjevheten i tildeling forekom. Vi ønsket derfor også å gjennomføre intervjuer av hjelpemiddelformidlere for å finne eventuelle forklaringer på hvorfor skjevheter kan oppstå. 1) Finnes det utilsiktede skjevheter og ulikheter i tildelingen av hjelpemidler basert på kjønn, alder og bosted? 2) Hvis det forekommer skjevheter, er hjelpeformiddelformidlere av den oppfatning at dette er et resultat av bevisst eller ubevisst praksis fra hjelpemiddelformidlere, eller er de av den oppfatning at det er et uttrykt ønske fra brukere og pårørende som fører til skjevheten?

Eventuelle skjevheter i fordelingen av hjelpemidler kan falle uheldig ut for noen kvinner eller menn, særskilte aldersgrupper eller geografiske områder i Norge. Dette kan igjen føre til direkte eller indirekte diskriminering av brukere av hjelpemiddelsystemet. I henhold til prinsippene i FN-Konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) skal mennesker med funksjonsnedsettelse på lik linje med andre oppleve likestilling mellom kvinner og menn. Mennesker med nedsatt funksjonsevne skal også oppleve fullgod og effektiv deltakelse og inkludering i samfunnet. Å følge opp denne rapporten med å bevisstgjøre hjelpemiddelformidlere og samfunnet i sin helhet om de utfordringene som finnes i dagens system blir derfor viktig for også å følge opp Norges forpliktelser ovenfor CRPD.

Vi vil sette fokus på hjelpemiddelområdet med en intensjon om å øke bevisstheten rundt eksisterende og eventuelt diskriminerende praksis. Vi håper at resultatene på sikt vil føre til bevissthet rundt tildelingsrutiner. Ved å bidra til likeverdige offentlige tjenester, vil vi kunne skape bedre levekår og livskvalitet for personer med nedsatt funksjonsevne uavhengig av kjønn, alder og funksjonsnedsettelse. Resultatene vil gi bedre kunnskap om tildeling og behovsvurdering av hjelpemidler som igjen vil medvirke til å skape debatt og eventuelt praksis- og holdningsendringer.

[1] Götalandsregionen, V. (2017). Genusanalys av förskrivning av rullstolar i Västra Götaland; Handikappförbunden. (2010). Hjälpmedel - regelverk – livskvalitet – kön; SOU. (2017:43). På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen; Umeå kommun. (2016). Åtgärdskostnader 2014 – fördelat på kön.

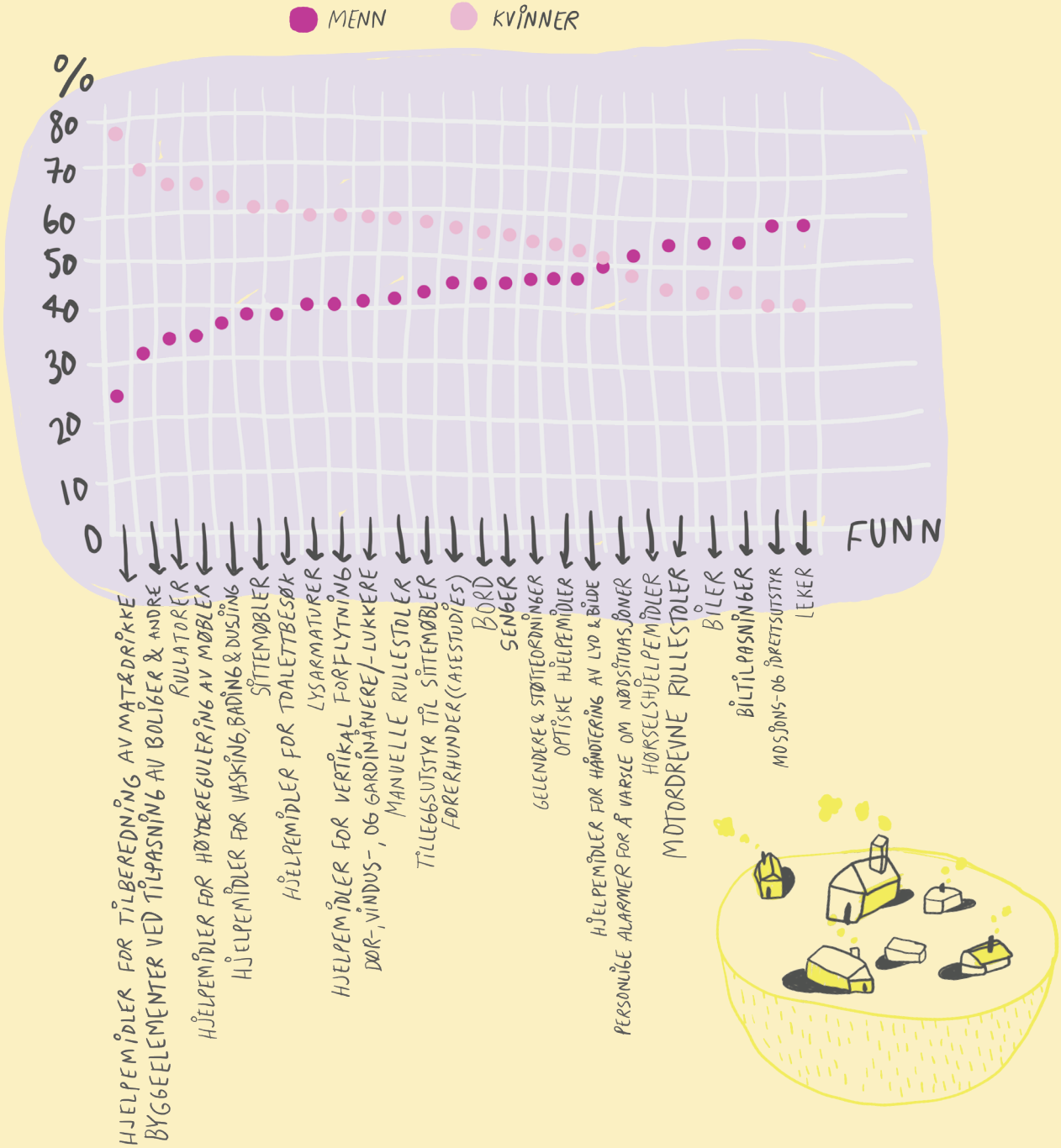
METODE

Kartleggingen er gjennomført ved hjelp av statistisk analyse av tildelte hjelpemidler og fokusgruppeintervju med hjelpemiddelformidlere.

Totalt ble det analysert 441 523 hjelpemidler for utlån og personlige hjelpemidler. Personlige hjelpemidler inkluderer ortopediske og seksualtekniske hjelpemidler, mens ulån inkluderer hjelpemidler for utlån fra hjelpemiddelsentralen (OebS).

Det ble gjennomført fokusgruppe-intervju med fem grupper som totalt bestod av 26 informanter. Informantene var i alderen 30-67 år, hvor av 8 menn og 18 kvinner.

- Hjelpemiddelsentral 1
- Hjelpemiddelsentral 2
- Spesiallisthelsetjeneste
- Kommune 1
- Kommune 2



KJØNN TIL BESVÆR

Stereotypiene knyttet til kjønn og aktivitet påvirker hvilke hjelpemidler brukerne ønsker seg og forventer, men også hva de pårørende ønsker for sine barn eller sine foreldre. Forventninger til kjønn påvirker også hva hjelpemiddelformidlerne anbefaler i behovsvurderingen.

Alt i alt er vi fortsatt svært tradisjonsbundne til kjønnsrollemønsteret, der menn oppfattes som aktive og kvinner som passive.

ROM FOR SKJEVFORDELING

Undersøkelsen viser at lovverk og retningslinjer tolkes ulikt av hjelpemiddelsentralene som gir ulik praksis og prioritering.

Samtidig avgjør kommunenes økonomi og prioritering hvor mange ergoterapeuter som er ansatt i hver kommune og ikke minst hvordan tjenestene for hjelpemiddelformidling er organisert. For mange betyr dette at kun det primære behovet ivaretas og ikke alle aspekter i livet.

TABU SEKSUALITET

Det ser ut til at det tildeles få seksualtekniske hjelpemidler sammenlignet med behovet. Vi mener at dette reflekterer at seksualitet er tabu og mangler prioriteringsom en del av helsen vår. Helsepersonell, pasienter og pårørende opplever seksualitet som fremmed og skummelt.

Tabuet begrenser pasientenes mulighet til å få tilstrekkelig informasjon om seksualitet ved sykdom og funksjonsnedsettelse. Dette reduserer mulighetene for å få seksualtekniske hjelpemidler.

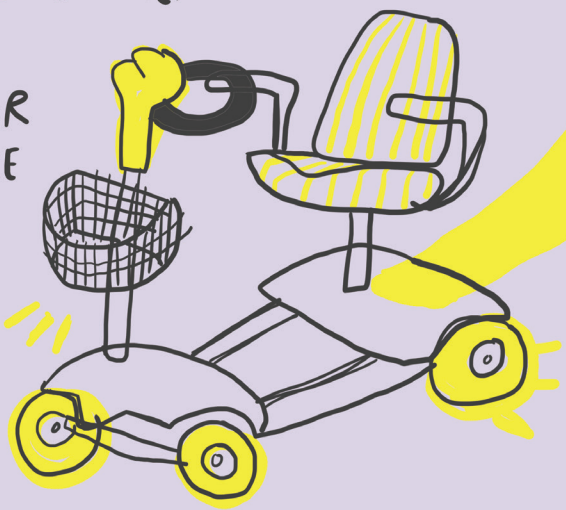
FORSKNINGSPOTENSIALE

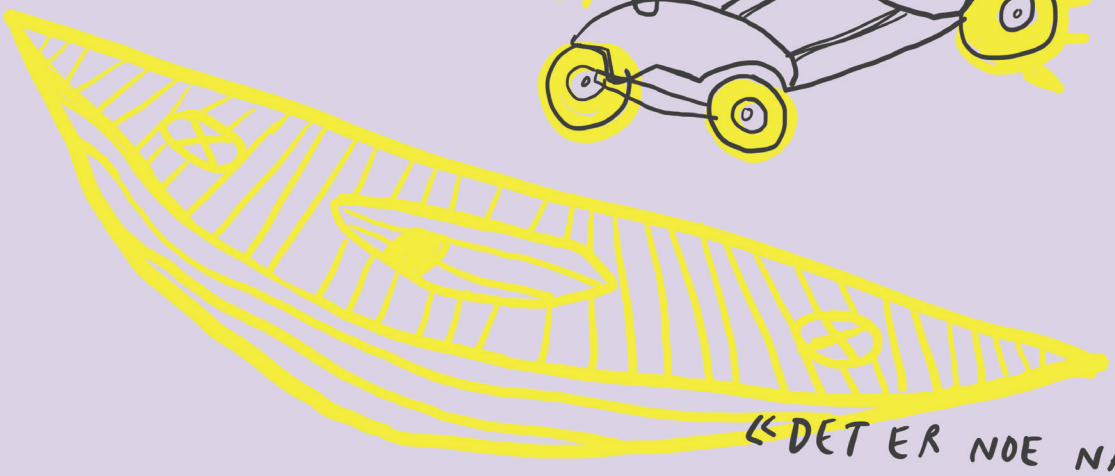
Analysene vi har gjort viser at det finnes et stort potensial for videre forskning på feltet. Vi mener at det er potensial for å utvikle gode forebyggende tiltak på bakgrunn av dataene i registeret hvis de undersøkes opp mot årsaksfaktorer.

Overordna trend i registeret for ortopediske hjelpemidler er at kvinner får flest ortoser, mens menn får proteser. Hvorfor det er slik kan vi ikke svare på uten at det gjøres mer forskning på ortopediske hjelpemidler og årsaksfaktorer.

«MEN JEG TENKER PÅ ELEKTRISKE RULLESTOLER & MENN. HVIS MENN MISTER FØRERKORTET, OG DET TROR JEG ER VIKTIG FOR DEM, SÅ SPØR DE ETTER EN ELLER ANNEN FORM FOR SCOOTER ELLER NOE FOR Å KOMME SEG UT. DA TROR JEG KVINNER TENKER ELLER VELGER ANDRE LØSNINGER.»

«DET ER MENN DA, DE ER JO MER OPPTATT AV TEKNISKE TING. OG MANGE DAMER SOM HAR ANGST FOR SÅNNE ELEKTRISKE TING. I ALLE FALL DEN ELDRE GENERASJONEN.»





«DET ER NOE NATURSTRIDIG MED DET, PÅ EN MÅTE. AT EN GUTT SKAL SITTE I RO.»

KJØNN TIL BESVÆR

Analysen av utlånte hjelpemidler viser at kvinner får flest hjelpemidler i de fleste kategorier på grunn av høyere levealder, samtidig som flere kvinner enn menn har nedsatt funksjonsevne. Dette gjør at kvinner har mer behov for hjelpemidler enn menn.

Undersøkelsen viser at kvinner mottar flere hjelpemidler til tilpassing av hjemmet, til kjøkkenet og ikke minst rullatorer og rullestoler som har kort rekkevidde. Menn mottar flere hjelpemidler enn kvinner når hjelpemiddelet inneholder en motor eller en elektronisk komponent, samt når det kan bidra til økt fysisk aktivitet. Dette gir menn større rekkevidde og mer mulighet til deltakelse i samfunnet.

ROLLEMØNSTRE - EN TRADISJON I HEVD

Fokusgruppeintervjuene viser at det er en generell forventning til hvilke aktiviteter menn og kvinner er interessert i, men også forventninger til hva de mestrer. Førerkort og tekniske ferdigheter trekkes frem som viktig ved vurdering av om en bruker trenger manuell eller motorisert rullestol, samt bil og biltilpassinger. Samtidig fremheves det også som avgjørende for brukers egne ønsker, krav og forventninger.

Informantene opplever at kvinner ofte kvier seg for det tekniske og ikke ønsker rullestoler som er for innviklete, mens menn hopper i det. Det ligger en generell forventning til kjønn, der menn som har kjørt bil hele livet også må få mulighet til å komme seg ut på veien når de av ulike grunner må gi fra seg førerkortet. Informantene opplever også at det er flest menn som søker om utegående motoriserte rullestoler, samt at menn står mer på kravene for å få det innvilget. Kvinner mener de derimot tar til takke med det hjelpemidlet de blir anbefalt først, samt andre hjelpeordninger som taxi og TT-kort, eller praktisk hjelp til innkjøp og lignende.

Kvinner får hjelpemidler som gjør dem stasjonære og tilknyttet hjemmet, mens menn får hjelpemidler som gir dem økt mobilitet og mulighet til deltakelse utenfor hjemmet. Vi fortsetter å uttrykke og praktisere et kjønnsrollemønster som har vært i hevd over lang tid, til tross for endringer i kvinners deltakelse de siste 40 årene.

FORVENTNINGER TIL KJØNN & AKTIVITET

Undersøkelsen viste at stereotypier knyttet til kjønn har mye å si for hva vi forventer av jenter og gutter når det gjelder aktivitet. Informantene uttrykte at jenter er mer forsiktige og kanskje ikke tørr å bruke sitski eller delta på kjelkehockey. Informantene mente at jenter kanskje deltar på andre typer fritidsaktiviteter som ikke innebærer behov for aktivitetshjelpemidler, men mer sittestillende aktiviteter.

Informantene mente at familiene og de nærpersonene som tar valg på vegne av barna setter begrensninger for barna, spesielt ved at de overfører egne forventninger til kjønnede aktiviteter over på barna, inntil barna selv kan ta valgene. En aktiv familie innebærer oftest også aktive barn uansett om de har en funksjonsnedsettelse eller ikke. Intervjuene viste imidlertid også at hjelpemiddelformidlerne har ubevisste forventninger knyttet kjønn, der de forventer at gutter er mer aktive enn jenter og at jenter er mer rolige. En fokusgruppe mente at det nærmest er naturstridig hvis en gutt er i ro.

De pårørendes og hjelpemiddelformidlernes forventninger til kjønn og hvilke typer aktivitet jenter og gutter holder på med, setter barrierer for jenter med nedsatt funksjonsevne som ønsker å være fysisk aktive. Faktisk fører det til at vi ubevisst gir jentene en mer passiv hverdag som vil forfølge dem livet ut. Det er også en generell forventning om at gutter med funksjonsnedsettelser har behov for å være aktive på lik linje med jevnaldrende gutter, som igjen gjør at hjelpemiddelformidlerne strekker seg litt lengre for å få det til. Skal vi sikre like vilkår for tildeling av aktivitetshjelpemidler til jenter og gutter må vi sette fokus på hvordan stereotypier ubevisst former behovsprøvingen i hjelpemiddelsystemet.

Mer fysisk aktivitet hos mennesker med funksjonsnedsettelser får vi først til hvis vi blir bevisst våre holdninger og hvilke begrensninger det gir. Aldersgrensen for aktivitetshjelpemidler mener vi bør fjernes, slik at alle mennesker med funksjonsnedsettelser som ønsker å være aktive kan være det uten hensyn til alder eller egen økonomi.

ROM FOR SKJEVFORDELING

I dagens system har ikke økonomi noe direkte å si for skjevfordelingene vi ser i vår undersøkelse, fordi hjelpemidler bekostes av staten og påvirker ikke kommuneøkonomien. Det som er interessant er at kommuneøkonomi indirekte har noe å si for tilbudet brukerne får gjennom deres prioriteringer.

KOMMUNEØKONOMI & PRIORITERING

Det er store ulikheter fra kommune til kommune i antall ergoterapeuter. Mens noen kommuner har egne ergoterapeuter har andre interkommunale samarbeidsavtaler. Tidspresset og manglende mulighet til kompetanseheving i kommunene, fører derfor til at bare det viktigste prioriteres, altså hverdagen, deretter arbeid og utdanning. Hvis du er heldig har ergoterapeuten også tid til å vurdere behov for aktivitetshjelpemidler. Er du ekstra heldig tør også ergoterapeuten i din kommune å spørre om seksuell helse og eventuelle behov for seksualtekniske hjelpemidler. I en presset hverdag er det ikke rart at visse behov ikke følges opp. Dette kan imidlertid ha stor innvirkning på brukerens/pasientens hverdag og livskvalitet.

Aktivitetshjelpemidler ble av flere informanter omtalt som en bonus-ting, noe som brukerne får hvis ergoterapeutene ute i kommunene har tid til å ta tak i det. Mosjons- og idrettsutstyr havner dermed langt bak i prioriteringskøen. Dette kan forklare de store regionale forskjellene vi ser i tildelinger, samtidig som det viser at brukere ikke får det samme tilbudet uavhengig av hvor de bor i landet. For eksempel vil en bruker ha mye større sannsynlighet for å få aktivitetshjelpemidler hvis hen bor i Hedmark enn i Oslo og Rogaland.

Forskjeller i tildeling oppstår derfor i kommunene i en presset hverdag. Det setter begrensninger på hva som regnes som et direkte behov. Det blir følgelig opp til brukerne selv å etterspørre hjelpemidler som ikke omhandler mestring av hverdagen. Prioriteringene som gjøres i kommunene setter premissene for hjelpemiddelsystemet. En bedre dekningsgrad av ergoterapeuter i kommunene er følgelig avgjørende for å kunne gi likeverdige offentlige tjenester og like bra tilbud til alle uavhengig av hvor en bor, men dette beror helt og holdent av kommuneøkonomien og politikernes prioriteringer i den enkelte kommune.

Rådene for mennesker med nedsatt funksjonsevne har en unik posisjon hvor de kan komme med anbefalinger og innspill på kommunenes og fylkenes oppfølging av mennesker med nedsatt funksjonsevne. De bør også gis anledning til å følge opp hjelpemiddelområdet og andre tjenester i kommunene og fylkene for å sikre at rettighetene ivaretas. Gjennom dette arbeidet kan også forpliktelsene i CRPD sikres på kommunalt nivå.

ULIK PRAKSIS

Gjennom fokusgruppeintervjuene ble det klart at regelverket tolkes ulikt av hjelpemiddelsentralene. Dette var spesielt tydelig for aktivitetshjelpemidler. Det er følgelig rom for ulik praksis og prioritering i systemet slik det er i dag. Dette avhenger av de ansatte ved hjelpemiddelsentralene og hva de synes er viktig å prioritere. Behovsvurderingene er i hovedsak basert på skjønn og prioriteringslisten for hjelpemidler med rammeavtale. Den enkelte terapeut og saksbehandler får derfor stor innvirkning på prioriteringene og vedtakene som gjøres. Holdninger og forventninger til kjønn hos den enkelte hjelpemiddelformidler har derfor også mye å si for hvilke hjelpemidler brukerne får.

Et eksempel på ulik praksis er informasjon informantene fra en kommune formidlet, der de prioriterte balansetrening og fallforebyggende trening for eldre med fysioterapeut to ganger i uken fremfor å tildele rullator umiddelbart. Et slikt tilbud er selvfølgelig mer kostnadskrevende enn en rullator, men ergoterapeutene og fysioterapeutene i kommunen hadde stor tro på at et slikt tilbud var bedre for brukeren. På sikt kan det også lønne seg ved at de eldre holder seg i bedre form, kan bo lengre hjemme og vil ha behov for færre hjelpemidler. Et eventuelt fall med rullator kan føre til at vedkommende trenger rullestol. I statistikken for hjelpemidler så vi at rullestol, og spesielt motorisert rullestol, utløser behov for mange andre hjelpemidler, og da spesielt vertikale hjelpemidler for forflytning og tilpassing av bolig. Over tid kan følgelig andre tilbud som trening være mer lønnsomt enn å velge hjelpemiddel i første instans. Dette avhenger helt av kommuneøkonomien og prioriteringene de tar.

«FOR NOEN ER IKKE RULLATOR RIKTIG HJELPEMIDDEL. HELLER TRENING OG DERFOR HAR VI STYRKE OG FALLFOREBYGGENDE TRENING SOM VI KANSKJE GIR TILBUD OM FØR RULLATOR. ELLER I TILLEGG TIL.»
«I TILLEGG TIL KJØNN ER DET OGSÅ FORSKJELL I TOLKING AV REGELVERKET, DESSVERRE. FORSKJELLER FRA SENTRAL TIL SENTRAL, OG OGSÅ INN-AFOR HVER HJELPEMIDDELSENTRAL. DET HAR MED PERSONLIGHET Å GJØRE.
HEI!!
HAR DIN KOMMUNE NOK ERGOTERAPEUT-ER OG GODE NOK TJENESTER TIL Å IVARETA ALLE ASPEK-TER I LIVET?
JA
NEI
DET SKAL JO VÆRE LIKT, MEN VI OPPFATTER TING FORSKJELLIG. ALLE MENNESKER ER FORSKJELLIGE.»

«VI TREFFER EN DEL MENNESKER PÅ HJELPEMIDDELSENTRALEN HER, SOM VI KAN ANTA AT HAR BEHOV FOR SEKSUAL-TEKNISKE HJELPEMIDLER. OG SÅ ER SPØRSMÅLET; ER DET NOE VI DA BURDE HA OPPLYST OM? ELLER TAR VI DET SOM EN SELVFØLGE AT DE FÅR DET ET ANNET STED?»

TABU SEKSUALITET

Rapporten "Sex som funker" (2018) viser at helsepersonell og øvrige i samfunnet ikke forventer at mennesker med funksjonsnedsettelse har en seksualitet og et behov for å leve den ut. Dette resulterer i at en del unge med nedsatt funksjonsevne opplever at de bare er en kropp eller diagnosen sin og ikke et menneske. De uttrykker også at det er vanskelig å spørre om hjelp, fordi det er tabubelagt og helsepersonell tar det ikke opp med pasientene. Samtidig viser studien at unge med funksjonsnedsettelser kan ha stor nytte av seksualtekniske hjelpemidler og veiledning når det gjelder seksuallivet. Noen har også lite kjennskap til seksualtekniske hjelpemidler og hvilke rettigheter de har.

Informantene i vår undersøkelse ga også tydelig uttrykk for at de syns tematikken var vanskelig. Intervjuene viste at det var få som ønsket å ha ansvar for tematikken. Samtidig var det få av informantene som visste hvor ansvaret for henvisning av seksualtekniske hjelpemidler lå, selv blant dem som har ansvar for det.

Registeret for seksualtekniske hjelpemidler viste at det i 2017 ble tildelt 1878 hjelpemidler for seksuallivet. Nesten dobbelt så mange menn som kvinner mottok seksualtekniske hjelpemidler. I intervjuene kom det frem at informantene i større grad får spørsmål om medisinsk hjelp til seksuallivet, som for eksempel bruk av Viagra, enn seksualtekniske hjelpemidler.

Vi vet at flere store diagnosegrupper kan ha stor nytte av seksualtekniske hjelpemidler for å ivareta seksuallivet. For noen diagnosegrupper er seksualtekniske hjelpemidler eneste løsningen for å ha en seksualitet. For andre diagnosegrupper som livmorkreftpasienter vet vi at behandlingen fører til endringer i underlivet som redusert blodforsyning, stivhet, skrumping og sammenvoksinger.

For kvinner med gynekologisk kreft er seksualtekniske hjelpemidler som dilator avgjørende for å hindre sammenvoksing i underlivet, og er noe kvinner med gynekologisk kreft skal få tilbud om ved strålebehandling. Det ser imidlertid ikke ut til at antall tildelte seksualtekniske hjelpemidler til kvinner i 2017 reflekterer behovet. I 2017 viser kreftregisteret at 1677 kvinner fikk påvist gynekologisk kreft, hvor av 316 kvinner fikk påvist livmorhalskreft.

Det ble kun tildelt 683 seksualtekniske hjelpemidler til kvinner i 2017. Vi vet også at det er andre diagnosegrupper enn kreft som har behov for seksualtekniske hjelpemidler. Dette viser hvor få pasienter som faktisk får seksualtekniske hjelpemidler selv om behovet trolig er større. Dette reflekterer at seksuallivet er lavt prioritert i helsevesenet. Samtidig vet vi fra denne undersøkelsen, Sex som funker og Gynkreftforeningens brukerundersøkelse at det er tabubelagt og vanskelig for helsepersonell å snakke om. Dette fører trolig til at tildelingene ikke reflekterer behovet, men hvordan tabuet begrenser pasientenes mulighet til å få tilstrekkelig informasjon om seksualitet ved sykdom og funksjonsnedsettelse. Dette igjen reduserer mulighetene for å få seksualtekniske hjelpemidler.

FORSKNINGSPU

Analysene vi har gjort viser at det finnes et stort potensial for videre forskning på feltet. Det ser også ut til å være et potensial for å utvikle gode forebyggende tiltak på bakgrunn av dataene i registeret hvis de undersøkes opp mot årsaksfaktorer. Overordna trend i registeret for ortopediske hjelpemidler er at kvinner får flest ortoser, mens menn får proteser. Hvorfor er det slik?

Vi oppdaget raskt at vi ikke har mulighet i vår kartlegging å se på bakenforliggende grunner til skjevfordelingen av ortopediske hjelpemidler. Årsakssammenhengen er kompleks og må analyseres opp mot levekårsdata, uføreregisteret og arbeidsvalg, samt medisinske registre og forskning på skader, ulykker, slitasje og så videre.

Undersøkelsen vår viser eksempelvis at menn har flest ortopediske hjelpemidler tilknyttet legg/ankel og skulder/overarm/arm, mens kvinner har flere ortopediske hjelpemidler for underarm/hånd og rygg/nakke. I Norge er arbeidslivet svært kjønnsdelt og dette kan igjen resultere i ulik grad og former for skader som krever ulike ortopediske hjelpemidler. Kan forklaringen for ulikt behov og tildeling av ortopediske hjelpemidler ligge i det kjønnsdelte arbeidslivet?

Vi ser også at det er store fylkesregionale forskjeller i tildeling. Oslo og Akershus ligger høyt i antall tildelinger per 1000 innbygger i de fleste produktkategoriene, men spesielt på bruk av ortoser. Trenden er slik at alle fylker med store folkerike byer ligger høyere i tildeling av ortoser enn fylker med lavt innbyggertall. Kan dette knyttes opp til sykehusenes kapasitet i de befolkningsrike områdene og ventetid for behandling ved behov for innvendige proteser? Blir det mer aktuelt å teste ut ortoser i forkant av operasjon hvis det er lange ventelister og køer for operasjon?

Vi mener at registerdataene for ortopediske hjelpemidler bør utforskes videre med hensyn til både forskning, statistikk, levekår for mennesker med nedsatt funksjonsevne, utvikling av forebyggende tiltak og generelle samfunnsøkonomiske perspektiver. Potensialet for videre forskning er også så stort at det bør vurderes om flere persondata bør registreres ved tildeling av ortopediske hjelpemidler, slik det i dag gjøres i hjelpemiddeldatabasen.

OTENSIALE

HVA TROR DU ER ÅRSAKEN TIL AT KVINNER FÅR ORTOSER OG MENN PROSTESER?

ANBEFALING 1

Vi anbefaler at kunnskap om holdninger og forventninger til kjønn inkluderes i utdanningen til hjelpemiddelformidlere, slik at vi på sikt kan redusere ubevisst diskriminering av kvinner og menn med nedsatt funksjonsevne.

ANBEFALING 2

Vi anbefaler at aldersgrensen for aktivitetshjelpemidler fjernes, slik at alle får lik rett og tilgang til fysisk aktivitet uavhengig av alder og økonomi. Det bør også arbeides aktivt med å få flere barn med nedsatt funksjonsevne uavhengig av kjønn til å delta i fritidsaktiviteter.

ANBEFALING 3

Vi anbefaler at Rådene for mennesker med nedsatt funksjonsevne får styrket sin rolle, slik at de kan følge opp hjelpemiddelområdet og andre tjenester i kommunene og fylkene for å sikre at rettighetene ivaretas. Gjennom dette arbeidet kan også forpliktelsene i CRPD sikres på kommunalt nivå.

ANBEFALING 4

Vi anbefaler at registrene for seksualtekniske og ortopediske hjelpemidler bygges opp på lik linje med hjelpemiddeldatabasen for å sikre data for fremtidig forskning og utvikling av forebyggende tiltak.

KONKLUSJON

Undersøkelsen viser at kjønn, alder og bosted har noe å si for tildeling av hjelpemidler. Lovverk og retningslinjer tolkes ulikt av hjelpemiddelsentralene som gir ulik praksis og prioritering. Samtidig avgjør kommunenes økonomi og prioritering hvor mange ergoterapeuter som er ansatt i hver kommune og ikke minst hvordan tjenestene for hjelpemiddelformidling er organisert. Dette er utslagsgivende for hvorvidt kun det viktigste for å fungere i hverdagen er i ivaretatt for brukeren/pasienten, eller om hjelpemiddelformidlerne også har tid til å prioritere andre aspekter i livet.

Kvinner lever lengst og har en noe høyere forekomst av funksjonsnedsettelser enn menn. Det er følgelig naturlig at kvinner vil trenge flere hjelpemidler i hverdagen. Allikevel ser vi i undersøkelsen en overordna trend, der kvinner får mest hjelpemidler i alle kategorier så lenge det ikke er motorisert, inneholder en elektronisk komponent eller bidrar til økt fysisk aktivitet. Gjennom intervjuene ble det klart at kjønn og alder har en innvirkning på hvilke hjelpemidler en får. Brukerne selv, pårørende og hjelpemiddelformidlerne har holdninger og forventninger til kjønn som påvirker valg de tar i ønske om hjelpemidler og ved tildeling. Det er større forventning til at gutter og menn er aktive og ønsker en aktiv hverdag. Aktiviteter og interesser hos kvinner er oppfattet som mer rolig og stillesittende.

Stereotypiene knyttet til kjønn og aktivitet påvirker hvilke hjelpemidler brukerne ønsker seg og forventer, men også hva de pårørende ønsker for sine barn eller sine foreldre, og til dels også hva hjelpemiddelformidlerne anbefaler i behovsvurderingen. Samtidig forsterkes dette ved at menn står mer på krava. Menn ser ut til å ha større forventninger om enkelte hjelpemidler knytta til fremkomst og mosjon enn kvinner, noe som igjen fører til at menn søker mer og får innvilget mer. Kvinner tar imidlertid til takke med å være passasjer i bil eller enklere typer hjelpemidler uten de store tekniske løsningene. Alt i alt er vi fortsatt svært tradisjonsbundne til kjønnsrollemønster, der menn er aktive og kvinner passive.

Tabuer rundt seksualitet og underliv begrenser menneskers rett til å ha en god seksuell helse uavhengig av funksjonsnivå. Ved en fremtidig statistikk for levekår knyttet til funksjonsnedsettelse er det viktig at også seksuell helse inkluderes, da det er et grunnleggende behov og en viktig faktor i menneskers livskvalitet. Dagens tildelinger av seksualtekniske hjelpemidler representerer ikke på noen måte behovet som eksisterer, men reflekterer helsepersonells, brukernes og samfunnets vanskeligheter med å snakke om temaet og sette det på dagsorden. Mer fokus på god seksuell helse for alle bør bety at vi i fremtiden tildeler mye mer seksualtekniske hjelpemidler enn vi gjør i dag.

Basert på intervjuene og den kvantitative analysen mener vi det ikke er likeverdige offentlige tjenester i dagens hjelpemiddelsystem, fordi stereotypier og forventninger til kjønn skaper begrensninger for menn og kvinner til lik tilgang til hjelpemidler de har behov for. Dette er et klart brudd på Artikkel 8b i CRPD som sier at vi er forpliktet til «å bekjempe stereotypier, fordommer og skadelig praksis knyttet til mennesker med nedsatt funksjonsevne, også de basert på kjønn og alder, på alle livets områder». Skal vi følge opp prinsippene i CRPD om likestilling, inkludering og deltakelse i samfunnet må vi først og fremst sikre likeverdige offentlige tjenester fri for antakelser og forventninger til kjønn som begrenser og fratar oss muligheter til likestilling, inkludering og deltakelse.

HAR DU OPPLEVD SITUASJONER DER KJØNN HAR BIDRATT TIL AT DU HAR ANBEFALT NOE FREMFOR NOE ANNET?

HVORDAN KAN DU BIDRA TIL Å SETTE KJØNN PÅ DAGSORDEN?

TENK ETTER:
STILLER DU ULIKE FORVENTNINGER TIL JENTER OG GUTTER, KVINNER OG MENN?

ILLUSTRASJONER OG DESIGN: JULIE AIDA
UTGITT AV: LIKESTILLINGSSENTERET, HAMAR.
FINANSIERT AV BARNE-, UNGDOMS- OG FAMILIEDIREKTORATET.

østlandsforskning

LIKESTILLINGS-SENTERET

ÅRSTALL: 2019