



Kjønnsdelte hjelpemidler?

Kartlegging av hjelpemidler til
personer med nedsatt funksjonsevne

av Annette Solberg, Frøydis Sund
og Iveta Malasevska

RAPPORT 1/2019

LIKEVERDIGE OFFENTLIGE TJENESTER

Likestillingssenteret

(Stiftelsen Kvinneuniversitetet)

Likestillingssenteret er et tverrfaglig kompetansesenter med likestilling som fagområde. Senterets målsetting er å bidra til et inkluderende og rettferdig samfunn med like muligheter for alle. Målsettingen er knyttet opp mot et bredt likestillingsbegrep som inkluderer alle diskrimineringsgrunnlag (kjønn, etnisitet, livssyn, alder, seksuell orientering og nedsatt funksjonsevne). Likestillingssenteret har en aktiv informasjons- og pådriverrolle og er en drivkraft for økt likestilling lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt.

Senteret tilbyr kompetanseheving på kjønn og likestilling samt utviklingsarbeid tuftet på forskningsbasert likestillingskunnskap til offentlige myndigheter, frivillige organisasjoner og privat næringsliv. Arbeidsmetodene er kurs og konferanser, utviklingsnettverk, prosessveiledning, mentoring, kartlegging, forskning og utredning.

Hovedsatsningsområder:

- Barn og unges oppvekstmiljø
- Samfunnsutvikling og deltakelse
- Arbeidsliv
- Likeverdige offentlige tjenester

Utgivelsesår: 2019

Utgiver:

Likestillingssenteret
Skolegata 1
2317 Hamar

Tlf: 62 54 74 60
post@lss.no
www.likestillingssenteret.no

Samarbeidspartner:

Østlandsforskning
Postboks 223
2601 Lillehammer

Tlf: 61 26 57 00
post@ostforsk.no
www.ostforsk.no

Grafiske illustrasjoner:

Julie Aida
Frysjaveien 40
0884 Oslo

hi@julieaida.com
www.julieaida.com

Rapporten er finansiert med tilskuddsmidler fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)

Forord

Ideen til *Kjønnsdelte hjelpemidler?* ble til under en studietur til Umeå i 2016. Resultater fra svenske kartlegginger viste en skjevfordeling mellom kjønnene, der menn blant annet fikk flere hjelpemidler enn kvinner. Forskjellene var så interessante at vi ønsket å gjøre en lignende undersøkelse her i Norge. I 2016 utviklet vi derfor prosjektet i samarbeid med Østlandsforskning og Terje Sund ved NAV Styringsenheten. I 2017 fikk vi innvilget tilskuddsmidler til *Kjønnsdelte hjelpemidler?* fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) over tre år for å gjennomføre prosjektet. Nå i 2019 to år senere har vi analysert 440 000 hjelpemidler, intervjuet 26 informanter og sitter igjen med resultater som overgår hva vi trodde vi ville finne.

Det er mange som fortjener en stor takk for hjelpen de har bidratt med og alle konstruktive innspill. Takk til Kiddi Lokøen ved NAV hjelpemiddelsentral Oslo/Akershus som åpnet veien for oss inn til NAV Styringsenheten. Takk til Terje Sund (nå pensjonist) som viste oss hvilke muligheter som finnes i hjelpemiddeldatabasen (OebS). Takk til Vegard Forøy ved NAV Styringsenheten, Terje Otto Elvedal ved NAV Virkemiddelseksjonen og Sigurd Gjerde ved NAV Statistikk og analyse for all hjelp med uthenting av data og innspill.

Takk til alle informantene som har stilt opp og alle mellomleddene som har hjulpet oss med å skaffe informanter. Takk til Christer Bergene ved Qvintet AS som har bidratt med kunnskap om leverandørperspektivet og utfordringer de ser knyttet til seksualtekniske hjelpemidler.

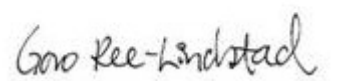
Takk til ressursgruppen ved Heidi Bakken Rognlidalen, Hawkilara Katharine Axelsen, Svein Olav Gulbrandsen, Marion Alver, Geir Arne Hageland og Torstein Aaneke. Dere har bidratt med uvurderlig informasjon fra et bruker- og pårørendeperspektiv til hva vi bør se nærmere på, men også utfordret oss på hva som er styrken og svakheten ved dagens hjelpemiddelformidling.

Takk til Håkon Torfinn Karlsen (SSB) og Pål Strand (Bufdir) som har gitt oss muligheten til å bidra med vår kunnskap inn i utformingen av ny levekårsstatistikk for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

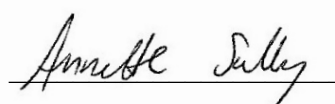
Takk til Signe Opsahl, Carina Elisabeth Carlsen, Victoria Øverby Steinland, Frøydis Sund, Kristine Lundhaug og Iveta Malasevska for arbeidet dere har lagt ned i prosjektet. Og sist men ikke minst takk til Bufdir som har gjort dette prosjektet mulig, og for nyttige innspill i innspurten.

En siste hilsen og stort takk går til Julie Aida for flotte illustrasjoner og spenstig kortversjon!

Hamar, 01. april 2019



Goro Ree-Lindstad
Direktør



Annette Solberg
Prosjektleder



Østlandsforskning er et forskningsinstitutt som ble etablert i 1984. Instituttet har siden 2011 vært organisert som et aksjeselskap med Hedmark fylkeskommune, Oppland fylkeskommune, Høgskolen i Lillehammer, Sparebanken Hedmark og Stiftelsen Østlandsforskning som eiere. Østlandsforskning er lokalisert på Lillehammer, men har også et kontor på Hamar.

Instituttet driver anvendt, tverrfaglig forskning og utvikling. Østlandsforskning er orientert mot en bred og sammensatt gruppe brukere. Den faglige virksomheten er konsentrert om to områder:

- Næringsliv og regional utvikling
- Velferd, organisasjon og kommunikasjon

Østlandsforskning viktigste oppdragsgivere er departementer, fylkeskommuner, kommuner, statlige etater, råd og utvalg, Norges forskningsråd, næringslivet og bransjeorganisasjoner.

Sammendrag

Målet med prosjektet *Kjønnsdelte hjelpemidler?* har vært å avdekke hvorvidt det finnes utilsiktede skjevheter og ulikheter i tildelingen av hjelpemidler basert på kjønn, alder og bosted. Fra november 2017 til mars 2019 har Likestillingssenteret i samarbeid med Østlandsforskning analysert 441 523 utlånte og personlige hjelpemidler for 2017. I samme periode har Likestillingssenteret gjennomført intervju med fem fokusgrupper bestående av til sammen 26 informanter.

Funnene fra den kvantitative analysen viser at det er store ulikheter i tildelingen av hjelpemidler til menn og kvinner, men det er også store regionale forskjeller mellom fylkene. Det er et klart mønster på hvilke typer av hjelpemidler som tildeles kvinner og menn. Spesielt tydelig er dette i tildelingene til de over 60 år. Hovedtrenden er at kvinner får flest hjelpemidler i alle kategorier for tilpassing av hjemmet. Menn får flest hjelpemidler når hjelpemidlet er motorisert, inneholder en elektronisk komponent eller skal bidra til økt mosjon og trening. Når det gjelder ortopediske hjelpemidler så viser funnene at det her er stort potensiale for videre forskning. For seksualtekniske hjelpemidler så viser undersøkelsen at det tildeles få seksualtekniske hjelpemidler og at dette trolig er knyttet til at seksualitet er et tabubelagt og vanskelig tema for både hjelpemiddelformidlerne og brukerne.

I denne undersøkelsen har vi forsøkt å finne årsakene til hvorfor det forekommer skjevheter i tildelingene. Gjennom intervjuene kommer det frem at brukere og hjelpemiddelformidlerne påvirkes av tradisjoner og holdninger knytta til kjønn. Informantene ønsker ikke nødvendigvis at det skal være slik, men de påvirkes ubevisst. Det som overrasker informantene mest er at det er ulik praksis mellom fylker og kommuner, fordi regelverket tolkes forskjellig, noe som skaper ulik prioritering.

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 (2019, s. 10) 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.

INNHOOLD

KAPITTEL 1: BAKGRUNN, TEORI OG METODE.....	1
PROBLEMSTILLINGER.....	2
BAKGRUNN FOR KARTLEGGINGEN.....	2
HJELPEMIDDELFORMIDLING – ET BEGREP OG ET SYSTEMT.....	4
<i>Hjelpemidler</i>	4
<i>Hjelpemiddelformidling i Norge</i>	4
BEGREPSAVKLARING.....	7
<i>Kjønn</i>	7
<i>Nedsatt funksjonsevne</i>	8
PROSJEKTORGANISERING.....	8
METODE OG UTVALG.....	9
<i>Kvantitativ analyse</i>	9
<i>Fokusgruppeintervju</i>	16
<i>Kildekritikk</i>	19
KAPITTEL 2: KVANTITATIVE FUNN	21
BEFOLKNINGSTALL OG FUNKSJONSNEDESETTELSE.....	22
FUNN FRA HJELPEMIDDELDATABASEN (OEBS).....	26
<i>Overordnede trender</i>	31
<i>Case 1 – Leker</i>	33
<i>Case 2 – Rullestoler</i>	37
<i>Case 3 – Biler og biltilpasninger</i>	42
<i>Case 4 – Hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke</i>	45
<i>Case 5 – Mosjons- og idrettsutstyr</i>	46
ANALYSER OG FUNN AV ORTOPEDISKE HJELPEMIDLER.....	49
<i>Ortopedisk fottøy</i>	52
<i>Ortoser</i>	55
<i>Proteser</i>	61
ANALYSER OG FUNN AV SEKSUALTEKNISKE HJELPEMIDLER.....	67
KAPITTEL 3: FUNN FRA FOKUSGRUPPEINTERVJUENE	68
FØRSTE INTERVJURUNDE.....	68
<i>Ansvarsfordeling og prioritering</i>	69
<i>Brukere og pårørendes medvirkning</i>	74
<i>Omorganisering av hjelpemiddelsystemet</i>	79
ANDRE INTERVJURUNDE.....	82
<i>Motoriserte hjelpemidler – kravstore menn og ulike forventninger?</i>	82
<i>Hjelpemidler for mat og drikke – tradisjoner i hevd?</i>	87
<i>Mosjons- og idrettsutstyr – aktive menn og ulike interesser?</i>	88
<i>Reaksjoner på resultatene</i>	93
KAPITTEL 4: DISKUSJON OG SAMMENFATNING	95
HJEMMET, SAMFUNNET OG FORVENTNINGER TIL KJØNN.....	96
<i>Rekkevidde, arenaer og selvhjelpenhet</i>	96
<i>Ulike forventninger til kjønn</i>	98
<i>Hjemmet og samfunnet – en kjønnets sfære</i>	101
AKTIVITETSHJELPEMIDLER, STEREOTYPIER OG BEGRENSNINGER.....	101
<i>Fysisk aktivitet – en ønsket satsing uten satsing?</i>	102
<i>En bonus-ting!</i>	103
<i>Kjønnets aktivitet</i>	104
TABUET SEKSUALTEKNISKE HJELPEMIDLER.....	105

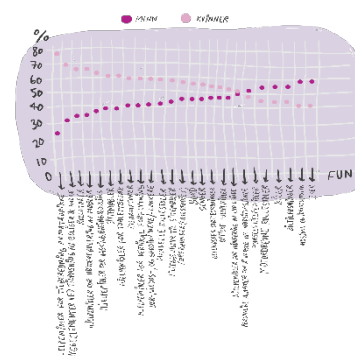
FORSKNINGSPOTENSIALE FOR ORTOPEDISKE HJELPEMIDLER	107
ROM FOR SKJEVFORDELING	108
<i>Kompetanse</i>	108
<i>Kommuneøkonomi</i>	109
<i>Ulik praksis</i>	110
KAPITTEL 5: KJØNN TIL BESVÆR	111
LITTERATURLISTE	113

VEDLEGG

VEDLEGG 1: SAMTYKKESKJEMA	117
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE 1	119
VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE 2	121
VEDLEGG 4: BAKGRUNNSSTATISTIKK	124
VEDLEGG 5: HJELPEMIDDELDATABASEN – ØVRIG STATISTIKK	126
FØRERHUND.....	126
HJELPEMIDLER FOR TOALETTBESØK	128
HJELPEMIDLER FOR VASKING, BADING, DUSJING	129
RULLATORER.....	130
BORD.....	131
LYSARMATURER	132
HJELPEMIDLER FOR HØYDEREGULERING AV MØBLER	133
HØRSELHJELPEMIDLER	134
PERSONLIGE ALARMER FOR Å VARSLE OM NØDSITUASJONER	134
SITTEMØBLER.....	136
TILLEGGSUTSTYR TIL SITTEMØBLER.....	137
SENGER.....	138
GELENDERE OG STØTTEANORDNINGER.....	139
DØR-, VINDUS- OG GARDINÅPNERE/-LUKKERE	140
OPTISKE HJELPEMIDLER.....	141
HJELPEMIDLER FOR HÅNTERING AV LYD-, BILDE- OG VIDEOINFORMASJON	142
VEDLEGG 6: ORTOPEDISKE HJELPEMIDLER – ØVRIG STATISTIKK	143
ORTOPEDISK FOTTØY	145
ORTOSER.....	149
PROTESER.....	155

KAPITTEL 1: BAKGRUNN, TEORI OG METODE

Utsiktede skjevheter i tildelingen av hjelpemidler kan føre til direkte og indirekte diskriminering av kvinner og menn. Alder og bosted kan også bidra til ulik praksis. Vi setter med dette søkelyset på hvordan hjelpemiddel-systemet fungerer i praksis og hvorvidt det gir rom for ulikheter og diskriminering.



Målet med prosjektet har vært å avdekke hvorvidt det finnes utsiktede skjevheter og ulikheter i tildelingen av hjelpemidler basert på kjønn, alder og bosted. Lignende undersøkelser har blitt gjennomført i Sverige (Västra Götalandsregionen, 2017; Handikappförbunden, 2010). Resultatene fra Sverige viser eksempelvis at kvinner får billigere rullestoler enn menn (Götalandsregionen, 2017). Mens Handikappförbundens (2010, s. 55) undersøkelse viser at kvinner og menn gjør ulike valg knytta til hjelpemidler. På bakgrunn av deres undersøkelse etterspør de et kjønnsperspektiv i hjelpemiddelformidlingen. I Umeå har kartlegging av tjenestene også vist 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 (Umeå kommun, 2016). Kjønnsperspektivet er også fremmet i den svenske hjelpemiddelutredningen (SOU, 2017:43, s. 539).

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. Skyldes dette for eksempel ulik praksis hos hjelpemiddelformidlerne, og da snakker vi om ubevisst og bevisst praksis med hensyn til kjønn, alder og bosted? Eller kan forklaringen ligge i brukernes og de pårørendes ønsker?

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 (CRPD, 2019, s. 6). 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.

CRPD (2019, s. 10) artikkel 8b forplikter oss til «å treffe øyeblikkelige, effektive og hensiktsmessige tiltak for å bekjempe stereotypier, fordommer og skadelig praksis knyttet til mennesker med nedsatt funksjonsevne, også de basert på kjønn og alder, på alle livets områder». Vår undersøkelse viser at stereotypier og fordommer er med på å skape ubevisst diskriminering av mennesker med nedsatt funksjonsevne basert på kjønn. Dette er i henhold til CRPD et brudd på våre forpliktelser og vi må følgelig sette inn tiltak for å bedre praksis, slik at holdninger og forventninger til kjønn ikke bidrar til ubevisst diskriminerende praksis.

PROBLEMSTILLINGER

I prosjektet har vi arbeidet ut ifra to problemstillinger:

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?

BAKGRUNN FOR KARTLEGGINGEN

Vår undersøkelse har utgangspunkt i lignende kartlegginger fra Sverige, som har vist at det forekommer store ulikheter i hvilken type hjelpemiddel og tilrettelegging vi får avhengig av kjønn (Västra Götalandsregionen, 2017; Handikappförbunden, 2010).

Västra Götalandsregion (2017) gjennomførte en kartlegging av rullestoler som viste at menn får dyrere rullestoler enn kvinner. Det var betydelige forskjeller, spesielt for aldergruppen 40-49 år der kvinner tildeles elektriske rullestoler som koster 77-79 % av menns. I vår undersøkelse har vi dessverre ikke hatt anledning til å se på kostnader knyttet til hjelpemidler, og resultatene er følgelig ikke direkte sammenlignbare.

Handikappförbundens (2010) kvalitative brukerundersøkelse blant egne medlemmer viste at menn og kvinner velger forskjellige hjelpemidler. Dette knyttet de til at preferanser påvirkes av kjønn. De avdekket også at hjelpemiddelformidlerne først og fremst tenkte kjønn og brukers preferanser ved tildeling og ikke behov og ønsker.

Undersøkelser gjort i Umeå i Sverige viste eksempelvis at kvinner får overveiende stor andel hjelpemidler til tilpassing av kjøkken, mens menn fortrinnsvis får tilpasset oppbevaringsplass for elektrisk rullestol (Umeå kommun, 2016). Disse resultatene ble presentert for oss ved et besøk i Umeå i 2016, ingen publiseringer av resultatene foreligger.

Kan tildeling av hjelpemidler i Norge vise en lignende trend? Er det for eksempel kjønnsbaserte forskjeller i tildeling av elektrisk versus manuell rullestol eller rullator? Fordeling og prioritering av hjelpemidler kan ha et kjønnsperspektiv som ikke nødvendigvis kan begrunnes i objektive behovsvurderinger. Menn og kvinner kan ha forskjellig holdning og tilnærming til ønsker og krav om hjelpemidler. Samtidig kan hjelpemiddelsentralen legge ulike premisser og vurderinger til grunn for prioritering og tildeling av hjelpemidler til menn og kvinner. Dette kan medføre at menn og kvinner får tjenester med forskjellig kvalitet, og at brukerne ikke får tildelt hjelpemidler på bakgrunn av behov, men antagelser basert på kjønn og alder. En slik antagelse vil innebære at brukere ikke får et likeverdig tilbud.

Vi ønsket derfor å gjennomføre en lignende undersøkelse i Norge for å se om det forekommer ulikheter i tildelingen og behovsvurderingen av hvilke hjelpemidler som tildeles avhengig av kjønn, alder og bosted. Kartleggingen vil kunne avdekke utilsiktede skjevheter og ulikheter, og gi grunnlag for å endre praksis. Noe som vil kunne bidra til å gi menn og kvinner et mer likeverdig tilbud, sett i forhold til krav om likeverdige offentlige tjenester. Vi ønsket å se på fordelingen av hjelpemidler til bruk i hjemmet og hjelpemidler til å komme seg ut i samfunnet. Ved å se på hjelpemidlenes utforming og funksjon kategorisert i henhold til kjønn, alder og bosted ønsket vi derfor å undersøke hvorvidt det forekommer ulik praksis i tildeling av hjelpemidler. Dette vil kunne bidra til å gi personer med nedsatt funksjonsevne en likeverdig og bedre offentlig tjeneste i fremtiden. Bedre forståelse av tildelinger og behovsvurderinger vil følgelig kunne begrense diskriminering av personer med nedsatt funksjonsevne.

I Norge har vi et nasjonalt hjelpemiddelssystem med nasjonale retningslinjer. I teorien bør dette føre til en likeverdig og ikke-diskriminerende praksis for tildeling av hjelpemidler uavhengig av kjønn og bosted. Hjelpemiddelssystemet har imidlertid en del prioriteringsnøkler der spesielt alder er viktig. Barn er for eksempel høyt prioritert og dette vil få utslag i tildelingene. I Sverige har de ikke et nasjonalt hjelpemiddelssystem, men hvert län har sitt system og dermed flere ulike regelverk. Dette kan selvfølgelig føre til flere ulikheter enn i Norge som har et felles regelverk for hele systemet.

HJELPEMIDDELFORMIDLING – ET BEGREP OG ET SYSTEM

Området hjelpemiddelformidling er et stort og omfattende område som griper inn på tvers av etater, helseforetak og kommunale tjenester. NAV hjelpemidler og tilrettelegging har utviklet egne nettressurser¹ for å gi ansatte i stat, kommune og private selskaper kunnskap og mulighet til å se mulighetene som finnes i systemet. Systemet er nasjonalt, så fastlegen i Vadsø kan ta det i bruk akkurat som en ergoterapeut i Larvik. Vi har også brukt nettressursene for å forstå omfanget, mulighetene og begrensningene som finnes i det nasjonale hjelpemiddelsystemet i Norge. For å forstå hvilke utvalg vi har gjort, hvem vi har intervjuet og hvilke problemstillinger vi har valgt, må vi først og fremst forstå hva et hjelpemiddel er og hvordan hjelpemiddelformidlingen fungerer i Norge.

HJELPEMIDLER

Hjelpemiddel er en gjenstand eller et tiltak som kan være med på å kompensere for funksjonstap, opprettholde og bevare funksjoner. Hjelpemidler skal redusere praktiske problemer, samt bidra til mestring og deltakelse. Hjelpemiddelformidling handler om å finne frem til tekniske, praktiske løsninger i hverdagen for de som har nedsatt funksjonsevne. Det innebærer både løsninger som finnes i det vanlige markedet til spesialdesignete løsninger for enkeltpersoner (Kunnskapsbanken, 2018; Ness, 2011; Pedersen, Ruge & Theie, 2017; Sveen, 2018).

HJELPEMIDDELFORMIDLING I NORGE

I Norge har vi et statlig formidlingssystem som ivaretas av hjelpemiddelsentraler i hvert fylke, med unntak av Oslo og Akershus som har felles hjelpemiddelsentral. Hjelpemiddelsentralene er underlagt NAV og reguleres gjennom Lov om folketrygd. Hjelpemiddelene som tilbys er samlet i hjelepmedeldatabasen.no. Databasen inneholder alle produkter, men det er viktig å poengtere at dette ikke er et plukk og miks system, der brukere kan velge fritt fra databasen. Systemet er bygd opp rundt behovsprøving. Hjelpemiddelformidlere hos hjelpemiddelsentralene, helseforetakene og i kommunene må forholde seg til prioriterte produkter og fremforhandle rammeavtaler (jf. Figur 1).

Når det oppstår et behov for hjelpemidler må pasienten/brukeren først og fremst kontakte helsetjenestene i sin hjemkommune. For mange vil dette i første rekke være fastlegen. For eldre og personer med nedsatt funksjonsevne kan også et behov for hjelpemidler bli avdekket gjennom omsorgstjenestene, som for eksempel hjemmetjenesten. For barn og unge kan også PP-tjenesten (praktiskpedagogisk tjeneste) i barnehage og skole være med på å avdekke et behov

¹ Nettressurser: www.kunnskapsbanken.net og www.hjelpemiddeldatabasen.no

for hjelpemidler. I de fleste tilfeller henvises det til ergoterapeut eller fysioterapeut med ansvar for hjelpemiddelformidling i kommunen.



Figur 1: Matrise over hjelpemiddelformidlere og tjenester hos NAV hjelpemiddelsentral, helseforetakene og i kommunene.

Ergoterapeutene og fysioterapeutene samarbeider med bruker, pårørende/verger, omsorgstjenestene og andre helsetjenester for å kartlegge behov. Kartleggingen av hver brukers behov er omfattende og skal ta hensyn til indre og ytre faktorer i hjemmet, fysiske behov, tilpassing og så videre. Spørsmål de må kartlegge er for eksempel hvilke typer hjelpemidler trenger bruker/pasient? Er det andre tjenester som kan motvirke behovet for hjelpemidler, som for eksempel opptrening? Har bruker kortvarig eller langvarig behov? Hvilke hjelpemidler passer best i boligen og lokalmiljø? Når hjelpemiddelformidlerne skal vurdere brukernes behov er det fem viktige forutsetninger som er nedfelt for å gi god kvalitet i formidlingen (Kunnskapsbanken 2018):

- 1) Løsningene som velges, må ta utgangspunkt i den enkeltes situasjon og være basert på brukermedvirkning.
- 2) Hjelpemidler og tilrettelegging skal bidra til å løse praktiske problemer og må ofte sees i sammenheng med andre aktuelle tiltak.

- 3) Ofte kan mange instanser være involvert, og det er viktig at riktig kompetanse involveres i tverrfaglig og tverretatlig samhandling.
- 4) Løsningene må ta hensyn til både personens forutsetninger og miljøets krav for å redusere funksjonshemmingen.
- 5) God kjennskap til hjelpemidler og andre tekniske løsninger, samt muligheter for praktisk tilrettelegging av omgivelsene, er også viktige forutsetninger for kvalitet i formidlingen.

Når behovet er ferdig kartlagt finnes det tre løsninger for å skaffe til veie hjelpemidlene. 1) Ved **langvarig behov**, for eksempel ved behov for elektriske rullestol. Så sendes søknad til rådgiver på bevegelsesfeltet hos NAV hjelpemiddelsentral i hjemfylke for vurdering og behandling. I de fleste fylker bestilles hjelpemiddelet når vedtaket er gjort og et behov er fastsatt. Deretter må bruker prøve ut og få tilpasset hjelpemiddelet. Ved NAV hjelpemiddelsentral i Oslo og Akershus kreves det imidlertid utprøving av hjelpemiddelet i forkant av vedtak. Ved ferdig tilpassing og opplæring får bruker hjelpemiddelet med hjem.

2) Ved **kortvarig behov**, for eksempel ved behov for rullestol i en kortere periode på grunn av operasjon, gjøres det vedtak i kommunen i samarbeid mellom ergoterapeut/fysioterapeut og det kommunale hjelpemiddellageret. Hvis hjelpemiddelet finnes på lager kan det lånes ut umiddelbart. Denne typen utlån planlegges ofte i forkant av operasjoner fordi behovet vil være tilstede når pasienten skal hjem fra sykehuset. Slike utlån gjelder også ved terminalpasienter som ønsker å dø hjemme. Da benyttes hjelpemidler fra kommunalt lager så lenge produktene finnes der, og hvis ikke kjøres det som hastesak til hjelpemiddelsentralen for rask utlevering.

3) For enkle hjelpemidler kan disse bestilles gjennom **bestillingsordningen**, det vil si at godkjente bestillere kan bestille hjelpemidler over en forenklet administrativ forordning. Dette gjelder hjelpemidler det går mye av og som er lagervare hos hjelpemiddelsentralene. Eksempler på dette kan være dusj- og toalettstol.

Søknadssystemet vi har forklart så langt gjelder for hjelpemidler som lånes ut til brukere. Utlån av denne typen hjelpemidler registreres i hjelpemiddeldatabasen som drives av NAV Statistikk og data.

Det er imidlertid flere hjelpemidler som ikke lånes ut gjennom dette systemet, fordi de anses som personlige hjelpemidler, og fordi de blir brukerens eiendom. Dette gjelder for eksempel ortopediske hjelpemidler, høreapparater og seksualtekniske hjelpemidler. Det er ingen felles database for registrering av slike hjelpemidler. For ortopediske hjelpemidler og høreapparat finnes saksbehandlingsstatistikk, men denne spesifiserer ikke hjelpemidlene som er gitt.

Ortopediske hjelpemidler blir tilpasset av ortopeditekniske virksomheter som har rammeavtale med NAV etter henvisning fra spesialist. De ortopeditekniske virksomhetene fakturerer NAV via et system som kan generere individbasert statistikk med spesifisering av de tildelte ortopediske hjelpemidlene.

Høreapparat blir tilpasset av øre-nese-hals-spesialist som har ansatt audiograf eller av hørselsentral på henvisning fra fastlege. Det er ikke mulig å ta ut statistikk over hvem som har fått

ulike høreapparatmodellene. NAV mottar statistikk fra leverandørene over kjøp på rammeavtale, men denne viser ikke hvem som har mottatt høreapparatene.

Alle leger kan bestille seksualtekniske hjelpemidler. Leverandørene sender faktura til NAV. Det er ikke mulig å ta ut statistikk over hvem som har fått slike hjelpemidler. Det er ingen saksbehandling i NAV, og dermed heller ingen saksbehandlingsstatistikk. NAV mottar statistikk fra leverandørene over kjøp på rammeavtale, men denne viser ikke hvem som har mottatt hjelpemidlene.

BEGREPSAVKLARING

I denne rapporten benyttes begrepene kjønn og nedsatt funksjonsevne. Kjønn er et begrep som brukes bredt og snevert på en gang. For å skape et felles grunnlag for begrepet og fastsette vår oppfatning av begrepet gir vi her en begrepsavklaring for hvordan kjønn skal forstås av leser i denne rapporten. Det samme gjelder for begrepet nedsatt funksjonsevne som også brukes i en vid og mangfoldig forstand.

KJØNN

Kjønn har mange aspekter og kan både forstås ut fra et samfunnsnivå og et kulturelt nivå (van der Ros, 2013, s. 23), der kjønnsbegrepet i samfunnet er lovgivende og organiserende, mens det kulturelle nivået omhandler normer og forventninger til kjønn. Kjønn er kropp og biologi, kjønn er sosialt og kjønn er juridisk. I dette prosjektet har vi måtte forholde oss til de dataene som er registrert om brukerne i utlånsdatabasen og for personlige hjelpemidler, det vil si personnummer. Det vil si at kvinne og mann i våre data reflekterer hvilket kjønn brukeren er registrert med i personnummeret. Vi er følgelig klar over at transpersoner og ikke-binære, som ikke opplever seg selv som strengt definert innenfor boksene mann eller kvinne, kommer til syne i denne kartleggingen.

Vår forståelse av kjønn er imidlertid knyttet til det sosialt konstruerte kjønn og ikke det dikotomiske begrepet av kjønn, som innebærer kun to kjønn i juridisk forstand. Vår oppfatning av kjønn er først og fremst at kjønn defineres og formes i henhold til normer og forventninger i samfunnet. Samtidig som ikke alle ønsker å leve i tråd med de normene som finnes og dermed må bryte med kjønnsnormene.

Vi har fortsatt idealistiske forventninger til hva en mann og en kvinne er. Ideer som ble konstruert under de store verdenskrigene og fortsatte inn i etterkrigstiden er fortsatt rådende for vår forventning til kjønn i dag (Mosse, 1996). Til tross for endret holdning og praksis til kvinner og menn i dagens samfunn, henger det igjen idealer om hva som er feminint og maskulint fra fordums tid. I dette arbeidet så vi tydelig at normer og forventninger til kjønn er med å forme hvilke behov vi oppfatter at menn og kvinner har til hjelpemidler.

NEDSATT FUNKSJONSEVNE

I vårt arbeid benytter vi begrepet mennesker eller personer med nedsatt funksjonsevne. Vår forståelse av nedsatt funksjonsevne er at en funksjonsnedsettelse er noe en har, og ikke noe en er (Bufdir, 2019a). Vi ønsker derfor å skille mellom diagnosen og mennesket. Selv om et menneske er født med eller har ervervet en funksjonsnedsettelse så er vedkommende mer enn funksjonsnedsettelsen.

Variasjonen av funksjonsnedsettelse er bred og inkluderer både synlige og ikke synlig funksjonsnedsettelse, medfødte og ervervede funksjonsnedsettelse. Den store variasjon i funksjonsnedsettelse gjør at det er store forskjeller i hvilke utfordringer en opplever i livet som gir et behov for tekniske hjelpemidler for å takle ulike utfordringer. Den store variasjonen påvirker også hvor store hindringer funksjonsnedsettelsen skaper og derfor også ulikt behov for hjelpemidler.

PROSJEKTORGANISERING

Prosjektet er utviklet og eies av Likestillingssenteret. Prosjektet er finansiert av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) fra 2017-2019. Analysen av utlån og personlige hjelpemidler er gjennomført i samarbeid med Østlandsforskning. De har også bidratt i utviklingen og avgrensningen av prosjektet.

Fra NAV Styringsenheten har vår prosjektkontakt vært Vegard Forøy som har bidratt med å skaffe informanter og informasjon om NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. I innledende fase av prosjektet og utvikling av prosjektsøknad bidro Terje Sund tidligere ansatt ved NAV Styringsenheten, men nå pensjonert. Fra NAV Virkemiddelseksjonen har Terje Otto Elvedal bidratt med informasjon om personlige hjelpemidler, datasett for personlige hjelpemidler og innspill. Sigurd Gjerde fra NAV Statistikk og analyse har bistått i uthenting av data fra hjelpemiddeldatabasen (OebS).

Ressursgruppen har bestått av Heidi Rognlidalen (pårørende), Svein Olav Gulbrandsen (Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne i Hamar), Torstein Aanekre (Funkibator), Geir Arne Hageland (Funkibator), Marion Alver (Unge funksjonshemmede) og Hawkilara Katharine Axelsen (Blindeforbundet). Det har blitt arrangert tre møter med ressursgruppen, hvor to av møtene har vært for å få innspill til utvikling av intervjuguider. Siste møte ble arrangert for å få innspill til hvordan resultatene kan formidles ut til hjelpemiddelformidlerne og brukere.

METODE OG UTVALG

I utviklingen av prosjektet ble det tidlig klart at en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode var viktig for å synliggjøre tildelingsprosessene og eventuelle årsaker til mønstre eller skjevheter i tildelingene basert på variablene kjønn, alder og bosted. Analysen av de kvantitative dataene vil ikke i seg selv si noe om årsaker, men vise overordnede trender. For å gi innsikt i hvorfor eventuelle mønstre opptrer, og om årsaker og forskjeller geografisk, mente vi derfor at fokusgruppeintervjuer ville bidra til å nyansere bildet og gi oss bedre grunnlag for analyser. Ved å kombinere de to metodene ønsket vi å avdekke eventuelle ulikheter i fordelingen av hjelpemidler basert på kjønn, alder og bosted, samt innsikt i vurderinger på underliggende årsaker. De to metodene utfyller hverandre og reduserer risikoen for feilkilder og usikkerhet knyttet til analysene. I følgende kapittel gis en forklaring av hvilke utvalg som er gjort, samt en beskrivelse av gjennomføring av kvalitativ og kvantitativ undersøkelse.

KVANTITATIV ANALYSE

Den kvantitative analysen gir et statistisk bilde av hvilke brukere som har fått hvilke hjelpemidler kategorisert etter kjønn, alder og bosted.

Innledningsvis i prosjektet ble det gjennomført møter med NAV Styringsenheten for å se på kategorier, mulighetene og utfordringer som foreligger i hjelpemiddeldatabasen. I tillegg har NAV Statistikk og analyse og Virkemiddelseksjonen bidratt med diskusjoner og henholdsvis datasett fra hjelpemiddeldatabasen og personlige hjelpemidler.

Det foreligger ikke informasjon om hvor mange søknader som kommer inn årlig per fylke og hvor mange som avslås. Analysene baserer seg følgelig kun på de produktene som er registrert gjennom hjelpemiddeldatabasen eller registrert som tildelt ved Virkemiddelseksjonen. For å korrigere for svakheter knyttet til dette kombinerer vi analysene med kvalitative fokusgruppeintervjuer.

Den kvantitative undersøkelsen ble gjennomført i samarbeid med Iveta Malasevska hos Østlandsforskning, og gjennomført fra august til oktober 2018. Malasevska hadde ansvar for kjøring av data og analyse med fremstilling i tabell og figurer.

Utvalg

Den kvantitative metoden tar utgangspunkt i **hjelpemiddeldatabasen** hos NAV Statistikk og analyse, samt registeret for **personlige hjelpemidler** ved Virkemiddelseksjonen. Hjelpemiddeldatabasen inneholder en mengde kategorier, variabler og informasjon om brukerne hos hjelpemiddelsentralen og de ulike hjelpemidlene. Tabell 1 viser oversikt over hjelpemidler fra hjelpemiddeldatabasen med hoved- og underkategorier som er brukt i den kvantitative analysen.

I registeret for personlige hjelpemidler ved Virkemiddelseksjonen er det mer begrenset informasjon om brukere og hjelpemidlene. Vi har fått hentet ut registrerte data for **ortopediske hjelpemidler** (Tabell 2) og **seksualtekniske hjelpemidler** (Tabell 3) fra NAV Virkemiddelseksjonen. Vi ønsket også å se på tildelte høreapparat, men det foreligger ikke data om kjønn, alder og bosted i dette registeret.

Tabell 1: Oversikt over utvalgte kategorier og underkategorier av hjelpemidler for denne analyse

Hovedkategori		Underkategori	
Kode	Beskrivelse	Kode	Beskrivelse
0912	Hjelpemidler for toalettbesøk	091203	Flyttbare toalettstoler
		091206	Toaletter
		091209	Toalettseter
		091212	Frittstående toalettforhøyere
		091215	Løse toalettforhøyere
		091218	Faste toalettforhøyere
		091221	Toalettsetehevare
		091224	Armlener, støttehåndtak og/eller ryggstøtter som monteres på toalettet
		091225	Armlener, støttehåndtak og/eller ryggstøtter til toalettet
		091227	Toalettapirtenger
		091233	Bekken
		091236	Separate dusjer og/eller lufttørkere til toalett
		091290	Tilbehør til hjelpemidler for toalettbesøk
0933	Hjelpemidler for vasking, bading, dusjing	093303	Bade- og dusjstoler (med og uten hjul), badekarbrett, bade- og dusjkrakker, badekarseter og ryggstøtter
		093306	Sklihindrende bade- og dusjmatter og bånd
		093309	Dusjer og dusjstyr
		093312	Påkledningsbenker, dusjbord og stellebord
		093315	Vasker
		093321	Badekar
		093330	Vaskekluter, svamper og børster med holdere, håndtak eller grep
		093336	Hjelpemidler for å tørke seg
		093339	Flytehjelpemidler
1206	Rullatorer	120606	Rullatorer
1212	Biltilpasninger	121204	Biltilpasninger for å betjene motoren
		121205	Biltilpasninger for å betjene parkeringsbremsen
		121207	Biltilpasninger for å betjene styresystemet
		121208	Biltilpasningen for å betjene sekundære funksjoner
		121209	Bilbelter og støtteseler
		121212	Bilseter for voksne
		121215	Personheiser montert i eller på bil (for å løfte en person, men ikke rullestolen)
		121218	Rullestolen som løfter en person sittende i rullestol inn i/ut av en bil
		121221	Hjelpemidler for å løfte en rullestol inn i/opp på bil
		121224	Rullestolfester i bil

Hovedkategori		Underkategori	
Kode	Beskrivelse	Kode	Beskrivelse
		121227	Karosseritilpasninger
		121230	Utstyr for å feste tomme rullestoler på kjøretøy eller tilhenger under transport
		121290	Tilbehør til biltilpasninger
1222	Manuelle rullestoler	122203	Manuelle armdrevne rullestoler
		122212	Manuelle rullestoler med elektriske drivhjul
		122218	Manuelle hjelpermanøvrerte rullestoler
		122289	Systemrullestoler
		122293	Tilbehør til manuelle rullestoler - diverse
1223	Motordrevne rullestoler	122303	Elektriske rullestoler med manuell styring
		122306	Elektriske rullestoler med motorisert styring
		122393	Tilbehør til motordrevne rullestoler - diverse
		122394	Tilbehør til motordrevne rullestoler - styreutstyr
1290	Biler	129003	Personvogner
		129012	Personbilregistrerte kassevogner
1291	Førerhunder (casestudies)	129103	Førerhunder
1503	Hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke	150303	Hjelpemidler for veiing og måling ved tilberedning av mat
		150306	Hjelpemidler for skjæring, hakking og deling
		150309	Hjelpemidler for rensing og skrelling
		150312	Bakehjelpemidler
		150315	Kjøkkenmaskiner
		150318	Hjelpemidler for koking og steking
		150321	Komfyrer og ovner
1803	Bord	180303	Arbeidsbord
		180306	Lesebord og ståbord
		180315	Sengebord
1806	Lysarmaturer	180603	Generell belysning
		180606	Lese- og arbeidsbelysning
1809	Sittemøbler	180903	Arbeidsstoler
		180906	Taburetter og ståstoler
		180909	Coxitstoler
		180912	Stoler og seter med oppreisningsfunksjon
		180915	Lenestoler og stoler med oppreisningsfunksjon
		180921	Spesielle sittemøbler
		180939	Moduloppbygde sittesystemer
		180996	Tilbehør til moduloppbygde sittemoduler
1810	Tilleggsutstyr sittemøbler	181003	Stolrygger og ryggputer
		181006	Sitteputer og sitteunderlag
		181012	Hodestøtter og nakkestøtter til sittemøbler
		181009	Armlener til sittemøbler
		181015	Fotskamlar, fotstøtter og benstøtter
		181091	Tilbehør til seteputer og sitteunderlag
1812	Senger	181204	Senger og løse sengebunner uten reguleringsmulighet

Hovedkategori		Underkategori	
Kode	Beskrivelse	Kode	Beskrivelse
		181210	Senger og løse sengebunner med elektrisk regulering
		181212	Sengeløftere
		181215	Sengeutstyr
		181218	Madrasser og over madrasser
		181221	Dyneholdere/-løftere
		181224	Separate, regulerbare rygg- og benstøtter til bruk i seng
		181290	Tilbehør til senger
1815	Hjelpemidler for høyde-regulering av møbler	181503	Benforlengere til møbler
		181506	Høyderegulerbare sokler, konsoller og braketter
1818	Gelendere og støtte-anordninger	181803	Håndlister og rekkverk
		181806	Støttegrep og -håndtak, fastmonterte
		181810	Støttehåndtak, flyttbare
		181811	Hengslede støttebøyler og armstøtter
1821	Dør-, vindus- og gardin-åpnere/-lukkere	182103	Åpnere og lukkere til dører
		182106	Åpnere og lukkere til vinduer
		182109	Åpnere og lukkere til gardiner
		182112	Åpnere og lukkere til markiser og persienner
		182115	Låser
1830	Hjelpemidler for vertikal forflytning	183003	Personheiser i sjakt
		183005	Fastmonterte løfteplattformer
		183007	Løfteplattformer, frittstående
		183010	Trappeheiser med sete
		183011	Trappeheiser med plattform
		183015	Bærbare ramper
		183018	Stasjonære/fastmonterte ramper
2203	Optiske hjelpemidler	220303	Lysfiltre (absorpsjonsfiltre)
		220306	Briller og kontaktlinser
		220309	Briller, linser og lupen for forstørrelse
		220312	Kikkerter og teleskoper
		220315	Synsfeltutvidere
		220318	Forstørrende videosystemer (Lese-TV)
2206	Hørselshjelpemidler	220624	Hodetelefoner
		220627	Tilleggsutstyr til hørselshjelpemidler
2218	Hjelpemidler for håndtering av lyd-, bilde- og videoinformasjon	221803	Lydopptaks- og avspillingsutstyr
		221806	Videopptaks- og avspillingsutstyr
		221824	FM-systemer
		221827	IR-systemer for lydoverføring
		221830	Teleslyngeutstyr
		221833	Mikrofoner

Hovedkategori		Underkategori	
Kode	Beskrivelse	Kode	Beskrivelse
		221836	Høytalere
		221839	Utstyr for kobling til radio, video og TV
		221890	Tilbehør til hjelpemidler for håndtering av lyd-, bilde- og videoinformasjon
2227	Personlige alarmer for å varsle om nødsituasjoner	222718	Personlige alarmer for å varsle om nødsituasjoner
3003	Leker	300303	Leker
		300306	Utstyr til lekeplasser
		300309	Spill
3009	Mosjons- og idrettsutstyr	300900	Mosjons- og idrettsutstyr

Tabell 2: Oversikt over utvalgte kategorier av ortopediske hjelpemidler for denne analyse

Produktkode	Produktbeskrivelse
120000	Proteser - Skulder/Overarm/Albue
130000	Proteser - Underarm/Hånd
170000	Proteser - Hofte/Lår/Kne
180000	Proteser – Legg/Ankel
190000	Proteser – Fot
320000	Ortoser – Skulder/Overarm/Arm
330000	Ortoser – Underarm/Hånd
360000	Ortoser – Rygg/Hals
370000	Ortoser - Hofte/Lår/Kne
380000	Ortoser - Legg/Ankel
390000	Ortoser – Fot
590000	Individuell produsert ortopedisk
598000 599000	Tilleggsutstyr til individuelt produsert ortopedisk fottøy – nåtling og bunning
790000	Spesialfottøy
990000	Oppbygning/ombygging av alminnelig fottøy eller spesialfottøy

Tabell 3: Oversikt over utvalgte kategorier av seksualtekniske hjelpemidler for denne analyse

Hovedkategori	Underkategori
Ereksjonshjelpemidler	Ereksjonsfremkallende vakuumpumpe, manuell
	Ereksjonsfremkallende vakuumpumpe, batteridrevet
Vibratorer og massasjestyr	Dilatorsett i hardt materiale
	Dilatorsett i mykt materiale
	Vibrator for kvinner
	Vibrator for menn

Beskrivende statistikk av datagrunnlaget

Basert på registrerte data for hjelpemidler fra NAV Statistikk og NAV Virkemiddelseksjon består vårt utvalg av 441 523 utlånte og personlige hjelpemidler i 2017. Hvorav 57,2 prosent var utlevert til kvinner og 42,8 prosent til menn (Tabell 4).

Tabell 4: Utlånte og personlige hjelpemidler i 2017 etter hovedkategori og kjønn

Hovedkategoribeskrivelse	Kvinner		Menn		Totalsum	
	n	%	n	%	n	%
Hjelpemidler for toalettbesøk	10368	61,3	6534	38,7	16902	100,0
Hjelpemidler for vasking, bading, dusjing	9762	63,3	5668	36,7	15430	100,0
Rullatorer	19076	66,6	9586	33,4	28662	100,0
Biltilpasninger	2252	45,0	2747	55,0	4999	100,0
Manuelle rullestoler	9285	59,1	6433	40,9	15718	100,0
Motordrevne rullestoler	3504	45,3	4236	54,7	7740	100,0
Biler	271	45,2	329	54,8	600	100,0
Førerhunder (casestudies)	24	55,8	19	44,2	43	100,0
Hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke	218	75,4	71	24,6	289	100,0
Bord	960	55,3	777	44,7	1737	100,0
Lysarmaturer	430	59,6	292	40,4	722	100,0
Sittemøbler	10606	61,7	6596	38,3	17202	100,0
Tilleggsutstyr til sittemøbler	11444	57,9	8310	42,1	19754	100,0
Senger	9408	55,2	7639	44,8	17047	100,0
Hjelpemidler for høyderegulering av møbler	209	66,1	107	33,9	316	100,0
Gelendere og støtteanordninger	2650	54,6	2200	45,4	4850	100,0
Dør-, vindus- og gardinåpnere/-lukkere	1996	59,3	1369	40,7	3365	100,0
Hjelpemidler for vertikal forflytning	10899	59,5	7422	40,5	18321	100,0
Optiske hjelpemidler	11197	54,0	9549	46,0	20746	100,0
Hørselshjelpemidler*	1536	48,2	1651	51,8	3187	100,0
Hjelpemidler for håndtering av lyd-, bilde- og videoinformasjon	12767	53,5	11098	46,5	23865	100,0
Personlige alarmer for å varsle om nødsituasjoner	621	50,8	601	49,2	1222	100,0
Leker	54	41,5	76	58,5	130	100,0
Mosjons- og idrettsutstyr	258	41,5	363	58,5	621	100,0
Ortopediske hjelpemidler	121867	56,4	94310	43,6	216177	100,0
Seksualtekniske hjelpemidler	683	36,4	1195	63,63	1878	100,0
Totalsum	252345	57,2	189178	42,8	441523	100,0

Alderen på personer som har fått hjelpemidler i 2017 varierer fra 0 til 112 år² (gjennomsnitt 59 år, median 66 år, typetall 72 år). Standardavviket for alderen er 27 år og antyder stor variasjon rundt gjennomsnittsverdien.

² Vi har ikke informasjon om alder for de som har fått utlevert seksualtekniske hjelpemidler.

Gjennomføring og behandling av data

Formålet med kvantitativ analyse er å undersøke om det er skjevheter i tildelingen av hjelpemidler når vi ser på tildeling med utgangspunkt i **kjønn**. Kjønn er følgelig den viktigste variabelen for vår frekvensanalyse. I tillegg bruker vi **alder** og **bosted** (fylke) for å kryssanalysere data, for å se om det er ulike mønstre på tvers av de tre variablene. Ulikheter fra fylke til fylke kan for eksempel indikere at det forekommer ulik praksis for tildelingsprosesser mellom de ulike hjelpemiddelsentralene, eller at noen typer hjelpemidler er mer etterspurt eller tildelt i noen områder enn i andre. Når det gjelder alder er det også interessant å se om det er ulik praksis og eventuelle skjevheter avhengig om av om du er barn, i arbeidsaktiv alder eller pensjonist.

Analysene av fylker og tildelinger har vi justert med hensyn til befolkningstall. Vi viser da ikke antall brukere som mottar hjelpemidler per fylke, men andelen hjelpemidler per innbygger. Justeringen er gjort for å kunne gjøre komparative analyser mellom fylker med lavt og høyt innbyggertall. Akershus og Oslo vil for eksempel ha flere utlån enn Finnmark, da antall innbyggere er betydelig høyere. Ved å bruke befolkningsjustering vil en komparativ analyse være mulig.

For å sikre anonymitet og tilstrekkelig datamengde for analyse og eventuelle mønstre har vi valgt ut kategorier som inneholder minst 200 utlån i sin underkategori. Der vi anser kategorien som viktig, men det er få utlån, har vi slått sammen underkategoriene og analysert på hovedkategori. For eksempel ved kategorien biltilpasninger (HK1212) er det mange underkategorier, men vi anså hovedkategorien som overordnet viktig og trenger derfor ikke undersøke nærmere på underkategori.

I de innledende analysene ble det gjort interessante funn i analyser av leker og førerhund. På grunn av få tildelinger på dette området sammenlignet med øvrige kategorier valgte vi å etterbestille data for 2012-2017 for disse to produktgruppene. Følgelig ble produktgruppene skilt som egne case-studier for videre analyser.

Når det gjelder seksualtekniske hjelpemidler registreres det ikke alder og bosted ved tildeling. Seksualtekniske hjelpemidler kan derfor bare analyseres med hensyn på kjønn.

FOKUSGRUPPEINTERVJU

På grunn av begrensningene i den statistiske analysen til å si noe om hvorfor eventuelle skjevheter forekommer, valgte vi å gjennomføre to runder med fokusgruppeintervjuer. I fokusgruppeintervjuene hadde vi som hensikt å få informasjon om hvordan tildelingen og behovsvurderingen foregår, hvilken påvirkningskraft brukeren selv, pårørende, hjelpemiddelformidlere eller saksbehandlere har i valget av type hjelpemiddel. Første runde ble gjennomført før den kvantitative undersøkelsen for å få innsikt i prosessene for hjelpemiddelformidling. Den andre runden ble gjennomført etter den kvantitative analysen og ga informantene anledning til å belyse eventuelle skjevheter og årsakene til disse. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført av Likestillingssenteret ved Annette Solberg og Frøydis Sund i februar og oktober 2018. Carina Elisabeth Carlsen deltok ved et intervju i oktober 2018.

Samtykke og behandling av data

Alle informanter fikk tilsendt samtykkeskjema for gjennomlesning og signering før første intervju. Samtykkeskjemaet inneholdt informasjon om bakgrunn og formålet med undersøkelsen, hva deltakelse i studien innebærer for informantene og hva som skjer med informasjonen som informantene gir (se vedlegg 1).

Intervjuene ble tatt opp på lydfil samtidig som intervjuene ble referert. Etter gjennomført intervju ble de transkribert og lydfil slettet innen 48 timer. Ingen data foreligger etter intervjuene som kan identifisere informantene. Alle informanter er nummerert som informant 1. til 26. For ansatte ved NAV hjelpemiddelsentral ble det søkt om dispensasjon fra taushetsplikten for alle informanter. Taushetsbelagt informasjon er ikke viktig for dette prosjektet, men informasjon om brukere kunne fremkomme i intervjuene og informasjonen ble derfor behandlet i tråd med taushetsplikten. Ingen taushetsbelagt informasjon er inkludert i rapporten.

Utvalg

Fokusgruppene bestod av ansatte som i sin arbeidshverdag formidler hjelpemidler til brukere, kartlegger behov og tildeler hjelpemidler. Kvalitativ metode fører til at kun et begrenset antall respondenter blir intervjuet, og vi vil derfor ikke kunne belyse hvordan alle hjelpemiddelsentraler eller hjelpemiddelformidlere vurderer og tildeler hjelpemidler. Vi valgte ut et testområde, der vi intervjuet ansatte fra to ulike hjelpemiddelsentraler, for å se hvorvidt det er ulik praksis mellom de to sentralene. Det ble valgt ut en stor og en liten sentral. NAV Styringsenheten bistod med å sette ned fokusgrupper ved de to hjelpemiddelsentralene. Deretter valgte vi ut hjelpemiddelformidlere fra to kommuner som hadde tilknytning til hver av de to hjelpemiddelsentralene, samt fra helseforetak i samme området.

Utvalget bestod av fem fokusgrupper med til sammen 26 informanter. Vi har forsøkt å få et utvalg som representerer omfanget i hjelpemiddelformidlingen og som kan belyse ulike områder. Informantene var jevnt fordelt i alderen 30-67 år, hvorav 8 menn og 18 kvinner. Dette er et representativt utvalg, da det er overvekt av kvinner i hjelpemiddelformidlingene.

Fokusgruppe 1 – NAV hjelpemiddelsentral 1:

1. Rådgiver, bevegelse
2. Saksbehandler/rådgiver, bil
3. Saksbehandler/rådgiver, bevegelse
4. Førstekonsulent, publikumsmottak
5. Rådgiver, bevegelse
6. Anmoder

Fokusgruppe 2 – NAV hjelpemiddelsentral 2:

7. Rådgiver vedtak, arbeidsplass og bevegelse
8. Rådgiver vedtak, barn og bevegelse
9. Rådgiver, hørsel
10. Rådgiver/fysioterapeut, bevegelse

Fokusgruppe 3 – Spesialisttjenester, helseforetak:

11. Ergoterapeut/seksjonsleder – Rehabilitering
12. Ergoterapeut – Rehabilitering
13. Spesialergoterapeut – Habilitering
14. Spesialfysioterapeut – Habilitering
15. Spesialpedagog – Habilitering

Fokusgruppe 4 – Kommune 1:

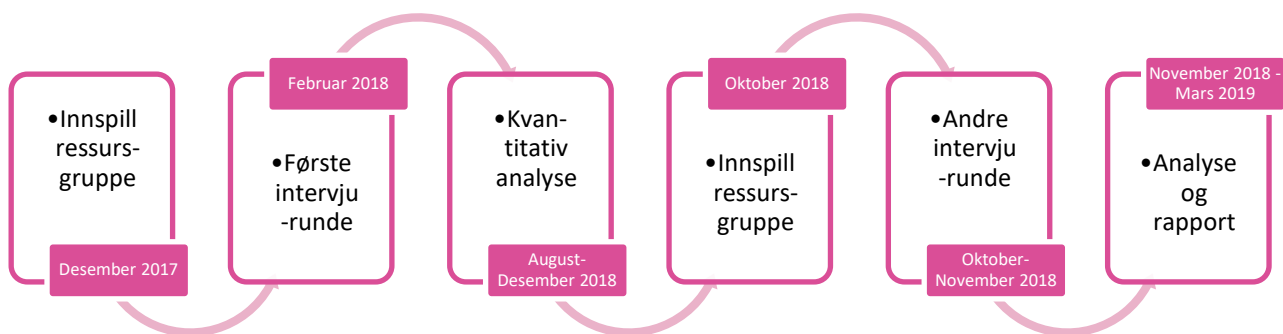
16. Rekvirent, hjemmesykepleien
17. Fysioterapeut
18. Avdelingsleder
19. Ergoterapeut
20. Ergoterapeut
21. Sykehjems overlege

Fokusgruppe 5 – Kommune 2:

22. Fysioterapeut
23. Ergoterapeut
24. Avdelingsleder
25. Ergoterapeut
26. Hjelpepleier, hjemmetjenesten

Gjennomføring

I forkant av fokusgruppeintervjuene ble det gjennomført et møte med ressursgruppen i prosjektet. I møtet testet vi ut intervjuguiden som var utviklet til første intervjurunde. Intervjuguiden fungerte som en ramme for møte med ressursgruppen. Vi fikk mange gode innspill om utfordringer, muligheter og begrensninger som finnes i dagens hjelpemiddelsystem. Vi utbedret så intervjuguiden på bakgrunn av dette og tok med oss innspillene videre til intervjuene med fokusgruppene. For fullstendig intervjuguide se vedlegg 2.



Første intervjurunde

Første runde med fokusgruppeintervjuer ble gjennomført i februar 2018. Hensikten var å kartlegge tildelingsrutiner, behovsvurderinger, hvordan brukerne får kjennskap til ulike hjelpemidler, rettigheter og så videre. Intervjuene hadde en varighet på 45-90 minutter avhengig av antall informanter i fokusgruppen. Svarene fra første intervjurunde ga innspill på utfordringer i hjelpemiddelformidlingen. Dette ga også ideer til hva vi kunne se etter i den kvantitative analysen og ikke minst i oppfølgingsintervjuene.

Andre intervjurunde

Andre intervjurunde ble gjennomført i oktober-november 2018. Intervjuguiden for andre runde tok utgangspunkt i resultatene fra den kvantitative analysen, men fulgte også opp noen momenter fra første intervjurunde som informantene gjorde oss oppmerksomme på. Hensikten med andre intervjurunde var å få innsikt i hvorfor eventuelle forskjeller i tildeling og behovsvurdering forekommer. Informantene kunne gi innspill og klarhet til ulike spørsmål som dukker opp i den statistiske analysen. For fullstendig intervjuguide se vedlegg 3.

Analyse

Den kvalitative analysen ble gjennomført ved hjelp av skjematisk sammenstilling av alle sammenfallende temaer. Fokusgruppene fikk hver sin fargekode for sammenstilling, slik at det var mulig å sammenligne utsagn og diskusjoner mellom de ulike fokusgruppene.

Skjemaet ble sortert slik at de temaer som gikk igjen i alle fokusgruppene ble prioritert høyest. Temaer som var særskilte for en spesifikk fokusgruppe ble også inkludert. Det ble så gjort en sammenstilling av de temaene som hadde nærliggende tematikk. Igjen satt vi igjen med syv temaer, der tre temaer fra første intervjurunde og fire temaer fra andre intervjurunde. Disse syv temaene er sammenfattet i kapittel tre med hvert sitt underkapittel og reflekterer de viktigste funnene.

Det er valgt å inkludere mange sitater fremfor å gjengi og sammenfatte i egen tekst, da sitatene bedre reflekterer informantenes meninger. Samtidig hindrer dette oss i å tillegge informantenes utsagn egne tolkninger i funngjennomgangen. På denne måten opplevde vi det enklere å sammenfatte kvalitative og kvantitative funn i diskusjonen.

KILDEKRITIKK

For det første er det, som nevnt under begrepsavklaring, en svakhet at kartleggingen ikke evner å belyse spekteret av kjønn som mottar hjelpemidler, ved at undersøkelsen tar utgangspunkt i juridisk kjønn via personnummer. Det er imidlertid uunngåelig, da transpersoner og ikke-binære ikke har anledning til å registrere seg som et tredje kjønn. Hvorvidt et større spekter av kjønn ville belyst sider vi ikke har i denne kartleggingen er usikkert. Med tanke på resultatene av undersøkelsen er det imidlertid nærliggende å tenke at transpersoner og ikke-binære med en funksjonsnedsettelse i større grad enn andre kan oppleve ubevisst og bevisst diskriminering i møte med hjelpemiddelformidlingen.

Styrken i undersøkelsen er at de kvantitative dataene er drøftet i kombinasjon med kvalitativ metode. Vi opplever at gjentagende intervju med samme fokusgrupper i to runder har gitt oss mulighet til å ta opp igjen tematikk fra første intervju og gått mer i dybden på årsakssammenheng, informantenes rolle og meninger. Ved å gjennomføre analysen mellom de to intervjurundene har også vi fått mer kunnskap og oversikt til å kunne reforhandle våre oppfatninger og tolkninger inn mot andre intervjurunde. Vi opplever det også som en styrke at vi satte sammen fokusgrupper som har ulike roller i hjelpemiddelsystemet og dermed ser systemet med ulikt utgangspunkt. Dette kom også tydelig frem i intervjuene at kommunene, hjelpemiddelsentrene og spesialisttjenesten tenkte ulikt rundt behov og tildeling.

Vi har også valgt å inkludere alle tabeller og figurer tilknyttet hver av casene for at leser skal slippe å lete blant vedlegg for å finne disse. Analyser i vedlegget er følgelig kun tabeller og figurer knyttet til øvrige kategorier som ikke direkte drøftes i rapporten. På grunn av den store figurmengden har vi derfor laget en kortversjon av rapporten egnet for formidling som er beregnet på et større publikum enn denne rapporten.

En svakhet ved kartleggingen er at vi ikke har en egen fokusgruppe for hjelpemiddelmottakere. Når vi utviklet prosjektet ønsket vi å ha fokus på hjelpemiddelformidlerne, fordi analyser fra Sverige, men også her i Norge har hatt fokus på brukernes opplevelse av hjelpemiddelsystemet. Vi ønsket at brukerperspektivet skulle være med som en rød tråd i prosjektet. Vi valgte derfor å opprette en ressursgruppe som kunne bidra med brukernes og de pårørendes perspektiv. Vi valgte spesifikt å ikke ha brukere/pårørende i en egen fokusgruppe, da vi ønsket at brukerperspektivet med i utviklingen av intervjuguider og valg av hjelpemiddelkategorier. Ressursgruppen har derfor blitt stilt de samme spørsmålene som fokusgruppene, og deres perspektiver er grunnlaget for flere drøftelser underveis i arbeidet.

En annen svakhet er at årsaksforklaringene som trekkes frem i denne undersøkelsen tar utgangspunkt i informantenes inntrykk. Det kan følgelig finnes andre årsaker som verken vi eller informantene har kommet på til hvorfor det forekommer skjevheter. For eksempel vil fylker der de har egne haller tilpasset for kjelkehockey eller friidrettsarenaer tilpasset løpesykel ha større deltakelse i denne typen aktivitet. Dette vil selvfølgelig også føre til flere tildelinger i disse fylkene. Vi mener imidlertid at resultatene fra kartleggingen i sin helhet viser at holdninger og forventninger til kjønn er med på å definere behov og dermed gir ulike muligheter for kvinner og menn.

Denne kartleggingen er en begynnelse for å forstå hvordan våre forventninger til kjønn påvirker tilbudet mennesker med nedsatt funksjonsevne får. Vi håper derfor at kjønn inkluderes i fremtidig levekårsstatistikk for mennesker med nedsatt funksjonsevne, men ikke bare som et overordnet fenomen, der det gis informasjon om hvor mange kvinner og menn som har funksjonsnedsettelse. Men også som et analyseverktøy på detaljnivå, der kjønn er en variabel for alle analyser, noe denne kartleggingen har vist at det er behov for.

KAPITTEL 2: KVANTITATIVE FUNN

Gjennomgangen av det statistiske materialet viser at det er ulikheter i tildelingen av hjelpemidler til menn og kvinner, men det er også store regionale forskjeller mellom fylkene. Det er et klart mønster på hvilke typer av hjelpemidler som tildeles kvinner og menn. Spesielt tydelig er dette i tildelingene til de over 60 år.



I dette kapittelet gis en gjennomgang av funnene fra den kvantitative analysen. Funnene viser at kvinner får flest hjelpemidler i alle kategorier knyttet til tilpassing av hjemmet. Menn får imidlertid flest hjelpemidler i kategorier som inneholder en motor, elektronisk komponent eller fører til økt fysisk aktivitet.

Innledningsvis ser vi på statistikk for befolkningstall og antall personer med nedsatt funksjonsevne i Norge. Deretter gir vi en overordna fremstilling av hjelpemidler fordelt på kjønn, alder og bosted (fylke). Avslutningsvis diskuteres vi hvilke forutsetninger dette gir for de videre analysene.

I presentasjonen nedenfor tar vi utgangspunkt i et utvalg av tekniske hjelpemidler til utlån og personlige hjelpemidler for 2017. Vårt utvalg består av til sammen 223 641 hjelpemidler til utlån, 216 490 ortopediske hjelpemidler og 1 878 seksualtekniske hjelpemidler.

NAV Statistikk og analyse oppga at antall hjelpemidler til utlån for 2017 var på ca. 303 000 utlån, det vil si at vi har undersøkt 74% av registrerte utlån i hjelpemiddeldatabasen. I tillegg kommer personlige hjelpemidler som vi ikke kjenner totalt antall tildelinger.

Med hjelpemiddeldatabasen mener vi her ikke den digitale hjelpemiddeldatabasen som beskrevet under hjelpemiddelformidling i Norge. Dette er først og fremst et digitalt verktøy for hjelpemiddelformidlingen og viser ulike kategorier hjelpemidler som er tilgjengelig. Når vi videre refererer til hjelpemiddeldatabasen mener vi OebS (Oracle ebusiness Suite), en logistikk og innkjøpsdatabase som inneholder data om alle hjelpemidler og brukere. Vi har imidlertid valgt å benytte begrepet hjelpemiddeldatabasen, da både brukere og hjelpemiddelformidlerne bruker denne benevnelsen.

BEFOLKNINGSTALL OG FUNKSJONSNEDESETTELSE

Befolkningen i Norge per 1.1.2018 var på 5 295 619 personer, hvor av 49,6 % kvinner og 50,4 % menn (SSB, 2018a). Hvor stor andel av befolkningen har nedsatt funksjonsevne?

På dette spørsmålet finnes ikke noe eksakt tall, men SSB kartlegger årlig sysselsettingsgraden i befolkningen i arbeidskraftundersøkelsen (AKU), der det gjøres egne analyser av sysselsettingsgrad blant personer med nedsatt funksjonsevne (SSB, 2018b). AKU for andre kvartal 2018 viser at det er registrert 599 000 personer med nedsatt funksjonsevne i alderen 15-66 år. Antallet varierer fra år til år, men AKU viser over tid at 15-18 % av landets befolkning i aldersgruppen 15-66 år har en form for nedsatt funksjonsevne (Bufdir, 2018). Resultatene fra AKU viser også at andelen kvinner med funksjonsnedsettelse er noe høyere med 4 prosentpoeng.

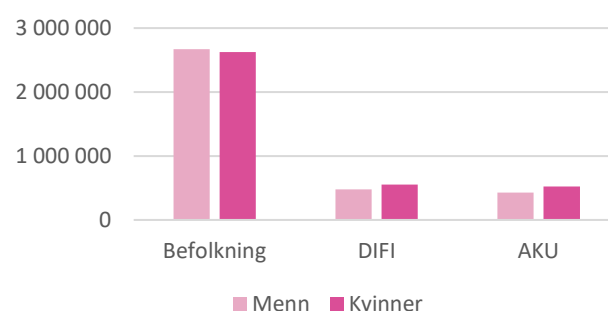
I henhold til DIFIs innbyggerundersøkelse fra 2017 var det 20 % som oppga å ha en funksjonsnedsettelse (Bufdir, 2018; DIFI, 2018). At denne undersøkelsen viser en noe høyere andel enn AKU undersøkelsen er naturlig, ettersom DIFIs undersøkelse inkluderer alle over 18 år. Andelen personer med funksjonsnedsettelser vil være høyere for personer over 66 år. DIFIs undersøkelse viste at 18 % av mennene oppga å ha en funksjonsnedsettelse, mens 21 % av kvinnene oppga det samme.

Ved å ta utgangspunkt i AKU og DIFIs innbyggerundersøkelse kan vi estimere at ca. 1 million av Norges befolkning har en form for nedsatt funksjonsevne hvorav ca. 100 000 flere kvinner enn menn (jf. Tabell 5, Figur 2).

Tabell 5: Estimert befolkning med en form for funksjonsnedsettelse. Sammenstilling av tall fra AKU og DIFI.

	Menn	Kvinner	Totalt
<i>Befolkning</i>	2 668 371	2 627 248	5 295 619
<i>AKU</i>	426 939	525 450	952 389
<i>%</i>	16%	20%	
<i>DIFI</i>	480 307	551 722	1 032 029
<i>%</i>	18%	21%	

Figur 2: Estimert befolkning med en form for funksjonsnedsettelse. Sammenstilling av tall fra AKU og DIFI.

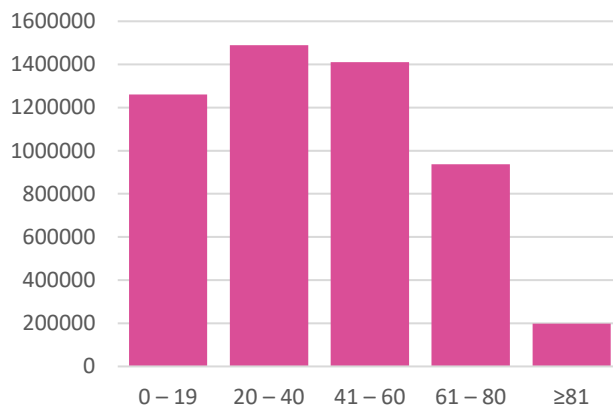


I våre analyser har vi benyttet en aldersgruppering med intervall på 20 år. Befolkningen per 1. januar 2018 har en svak overvekt i aldersgruppen 20-40 år og 41-60 år (jf. Figur 3, Tabell 6). Deretter reduseres andelen betydelig. Aldersgruppen som tradisjonelt har hatt størst andel hjelpemidler per 1000 innbygger er personer over 60 år. I 2017 utgjorde denne gruppen til sammen 22% av befolkningen.

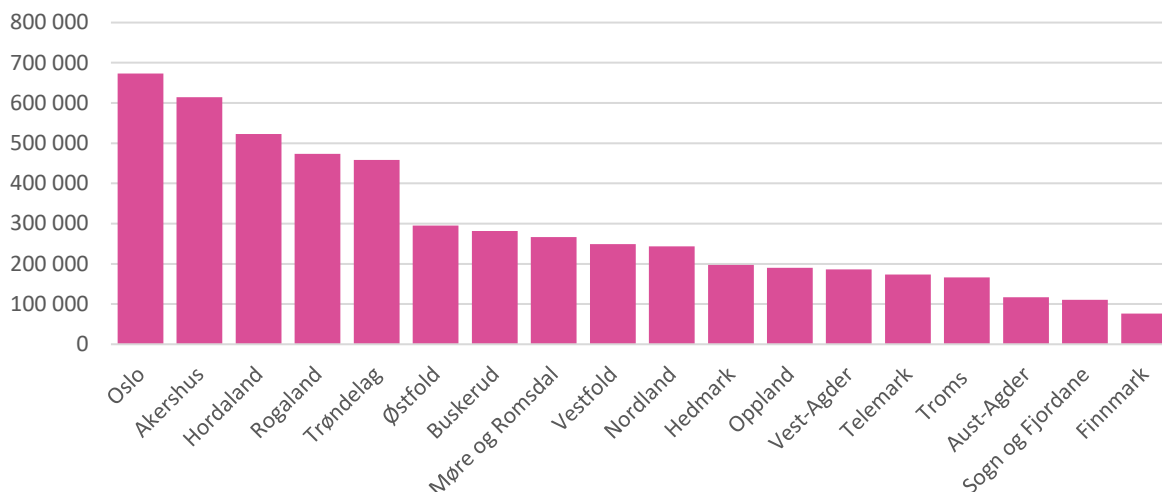
Tabell 6: Aldersgruppering av befolkningen gruppert med intervall på ± 20 år (basert på SSB 2018a)

<i>Aldersgruppe</i>	Befolkningstall	Prosent
<i>0 – 19 år</i>	1 260 893	24 %
<i>20 – 40 år</i>	1 489 640	28 %
<i>41 – 60 år</i>	1 410 061	27 %
<i>61 – 80 år</i>	937 084	18 %
<i>81 år eller eldre</i>	197 941	4 %
<i>Sum =</i>	5 295 619	100 %

Figur 3: Aldersgruppering av befolkningen med intervall på ± 20 år (basert på SSB 2018a)

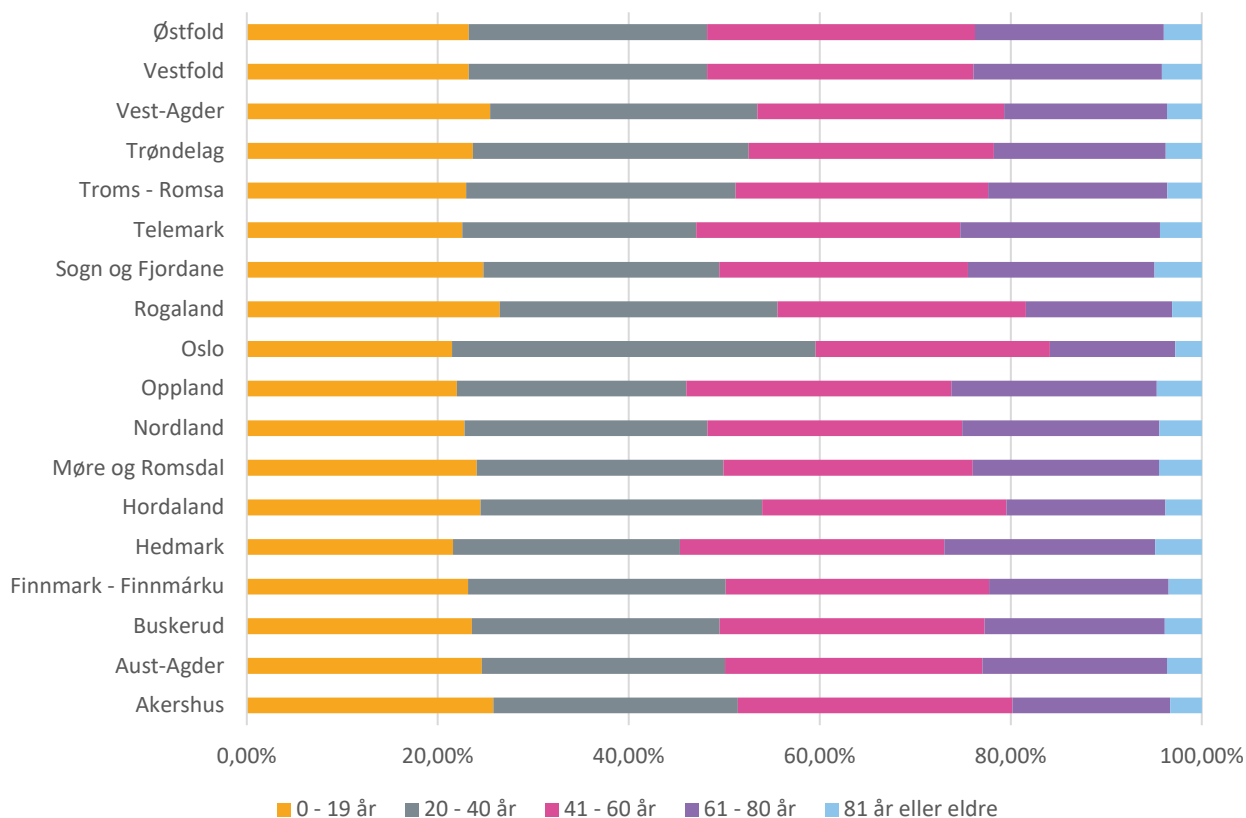


Befolkningstallet per fylke viser at det er flest innbyggere i Oslo med 673 469 innbyggere og færrest i Finnmark med 76 167 innbyggere (jf. Figur 4). Samtidig har Oslo den yngste befolkningen med overvekt av innbyggere i alderen 20-40 år (jf. Figur 5). I gjennomsnitt for fylkene samlet er 28 % av innbyggerne i aldersgruppen 20-40 år, men for Oslo er hele 38 % av innbyggerne i denne aldersgruppen. Oslo har også langt færre innbyggere over 80 år enn øvrige fylker i Norge. Aldersforskjellen påvirker selvfølgelig befolkningens behov for hjelpemidler.



Figur 4: Innbyggertall fordelt på fylke per 1. januar 2018. Sortert fra høyest til lavest (SSB 2018a).

Sammenstilling av andelen innbyggere eldre og yngre enn 40 år viser at Oslo og Rogaland har en gjennomsnittlig yngre befolkning enn øvrige fylker, mens Hedmark og Oppland har den eldste befolkningen (jf. Figur 5). Dette indikerer at andelen hjelpemidler per innbygger i Hedmark og Oppland teoretisk bør være høyere per innbygger enn i Oslo og Rogaland.



Figur 5: Andel av befolkningen i hvert fylke etter alder basert på Feil! Fant ikke referanseilden.. Aldersgruppering på intervall 20 år.

Ved å se på alder og kjønn opp mot andelen innbyggere per fylke, ser vi at det generelt er flere menn enn kvinner i aldergruppene fra 0-60 år. Fra 60 år og eldre øker andelen kvinner sammenlignet med menn. Det er noen få unntak fra denne generelle trenden. For eksempel at det i Oslo er noe flere kvinner enn menn i alderen 20-40 år (jf. Tabell 7). Samtidig har Oslo en betydelig høyere andel kvinner enn menn over 80 år sammenlignet med resten av landet. I tillegg har fylkene Finnmark, Nordland og Sogn og Fjordane en høyere andel menn enn kvinner i alderen 61-80 år. Selv om forskjellen mellom menn og kvinners levealder de siste 30 årene er halvert har fortsatt kvinner høyere gjennomsnittlig levealder enn menn. I 2017 var gjennomsnittlig levealder for kvinner 82,2 år og 76,5 år for menn (SSB, 2018c).

Tabell 7: Andel av befolkningen etter kjønn i hver aldersgruppe.

	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre		Totalsum
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	
Akershus	48,79 %	51,21 %	49,33 %	50,67 %	49,01 %	50,99 %	51,52 %	48,48 %	61,70 %	38,30 %	614026
Aust-Agder	48,54 %	51,46 %	48,30 %	51,70 %	49,36 %	50,64 %	50,53 %	49,47 %	62,28 %	37,72 %	117222
Buskerud	48,55 %	51,45 %	48,61 %	51,39 %	48,87 %	51,13 %	51,47 %	48,53 %	61,76 %	38,24 %	281769
Finnmark	49,01 %	50,99 %	46,55 %	53,45 %	48,06 %	51,94 %	48,90 %	51,10 %	62,34 %	37,66 %	76167
Hedmark	48,31 %	51,69 %	48,20 %	51,80 %	49,65 %	50,35 %	51,41 %	48,59 %	61,75 %	38,25 %	196966
Hordaland	48,86 %	51,14 %	48,22 %	51,78 %	48,22 %	51,78 %	50,78 %	49,22 %	63,27 %	36,73 %	522539
Møre og Romsdal	48,72 %	51,28 %	47,51 %	52,49 %	47,91 %	52,09 %	50,00 %	50,00 %	62,38 %	37,62 %	266856
Nordland	48,21 %	51,79 %	47,68 %	52,32 %	49,21 %	50,79 %	49,65 %	50,35 %	62,35 %	37,65 %	243335
Oppland	48,50 %	51,50 %	47,89 %	52,11 %	49,38 %	50,62 %	51,20 %	48,80 %	61,47 %	38,53 %	189870
Oslo	48,83 %	51,17 %	50,28 %	49,72 %	48,12 %	51,88 %	52,23 %	47,77 %	66,29 %	33,71 %	673469
Rogaland	48,89 %	51,11 %	48,34 %	51,66 %	48,21 %	51,79 %	50,50 %	49,50 %	61,87 %	38,13 %	473526
Sogn og Fjordane	48,24 %	51,76 %	47,81 %	52,19 %	47,99 %	52,01 %	49,32 %	50,68 %	61,91 %	38,09 %	110230
Telemark	48,39 %	51,61 %	48,41 %	51,59 %	49,57 %	50,43 %	51,22 %	48,78 %	63,01 %	36,99 %	173391
Troms	48,36 %	51,64 %	47,80 %	52,20 %	48,62 %	51,38 %	50,09 %	49,91 %	62,37 %	37,63 %	166499
Trøndelag	48,53 %	51,47 %	47,67 %	52,33 %	48,83 %	51,17 %	50,76 %	49,24 %	61,97 %	38,03 %	458744
Vest-Agder	48,63 %	51,37 %	48,80 %	51,20 %	48,92 %	51,08 %	51,43 %	48,57 %	62,61 %	37,39 %	186532
Vestfold	48,20 %	51,80 %	48,60 %	51,40 %	50,04 %	49,96 %	51,80 %	48,20 %	62,23 %	37,77 %	249058
Østfold	48,19 %	51,81 %	48,84 %	51,16 %	49,24 %	50,76 %	51,80 %	48,20 %	62,24 %	37,76 %	295420
Totalsum	48,62 %	51,38 %	48,64 %	51,36 %	48,77 %	51,23 %	51,02 %	48,98 %	62,59 %	37,41 %	5295619

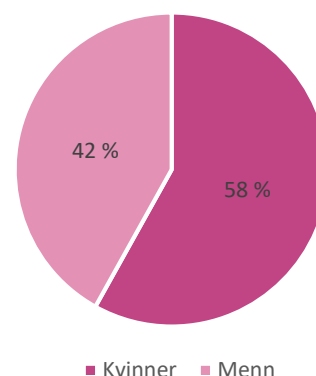
FUNN FRA HJELPEMIDDELDATABASEN (OEBS)

Nedenfor gir vi en gjennomgang av funn fra NAVs hjelpemiddeldatabase, også kjent som OebS..

Av 223 641 hjelpemidlene til utlån i databasen ble 58 % tildelt til kvinner og 42 % tildelt menn (jf. Figur 6). Kjønnforskjellen kan forklares ved at flere kvinner enn menn har en funksjonsnedsettelse, samtidig som kvinner har høyere gjennomsnittsalder enn menn. Kvinner lever lengre, også med funksjonsnedsettelser, noe som fører til at kvinner har et større behov for hjelpemidler. I takt med høyere gjennomsnittsalder hos menn vil dette utlignes noe over tid, da også menn vil ha behov for flere hjelpemidler.

Det er også en villet politikk at flere eldre skal kunne bo hjemme med tanke på den sterke veksten i antall eldre i tiden fremover (Hjelpemiddelutvalget, 2017, s. 46).

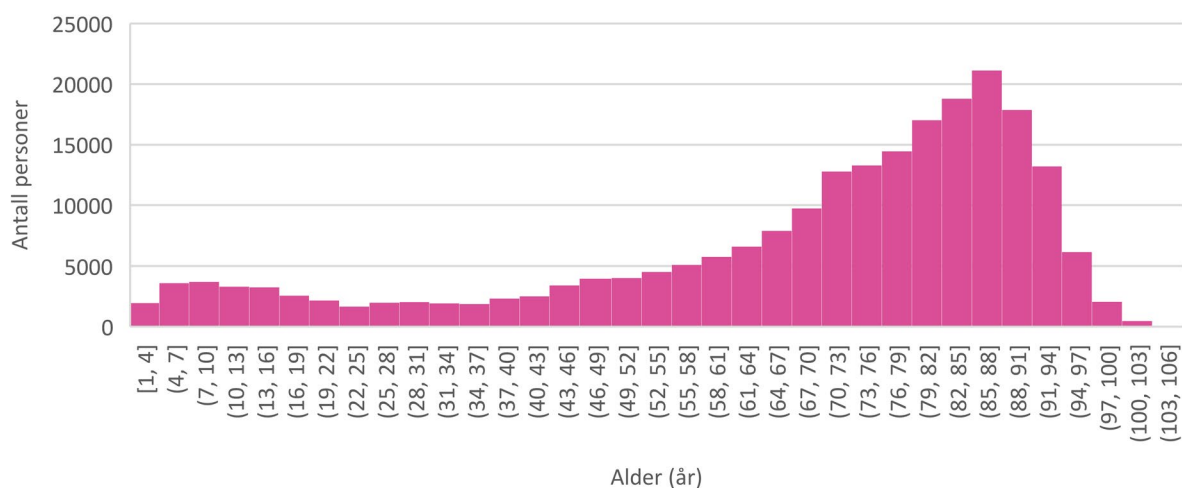
Alder på personer som har fått hjelpemidler varierer fra 1 til 106 år (gjennomsnitt 69 år, median 76 år, typetall 86 år). Standardavviket i alderen er 24 år, og viser at dataene har en stor variasjon rundt gjennomsnittlig verdi. Tallene viser at det er klart flest som får hjelpemidler i alderen 61 år og eldre, samtidig er det langt flere kvinner enn menn som mottar hjelpemidler fra 81 år og eldre (jf. Tabell 8, Figur 7 og Figur 7: Aldersfordeling i 2017 (N=223641) Figur 8).



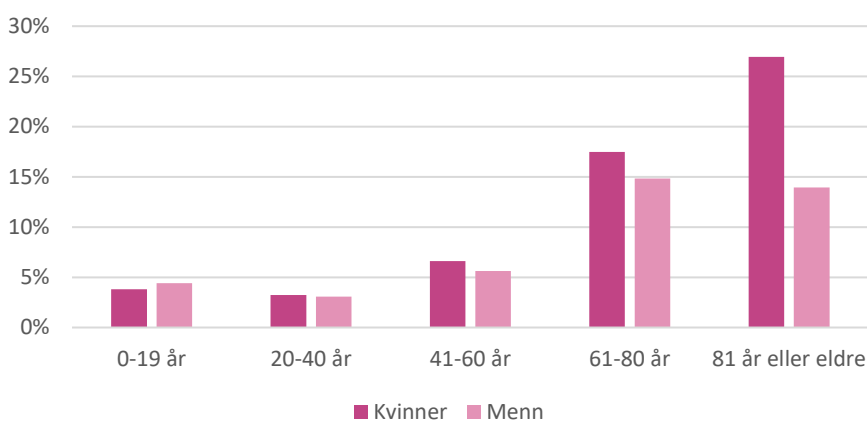
Figur 6: Prosentandel av hjelpemidler etter kjønn i 2017 (n = 223 641).

Tabell 8: Hjelpemidler fordelt etter alder og kjønn

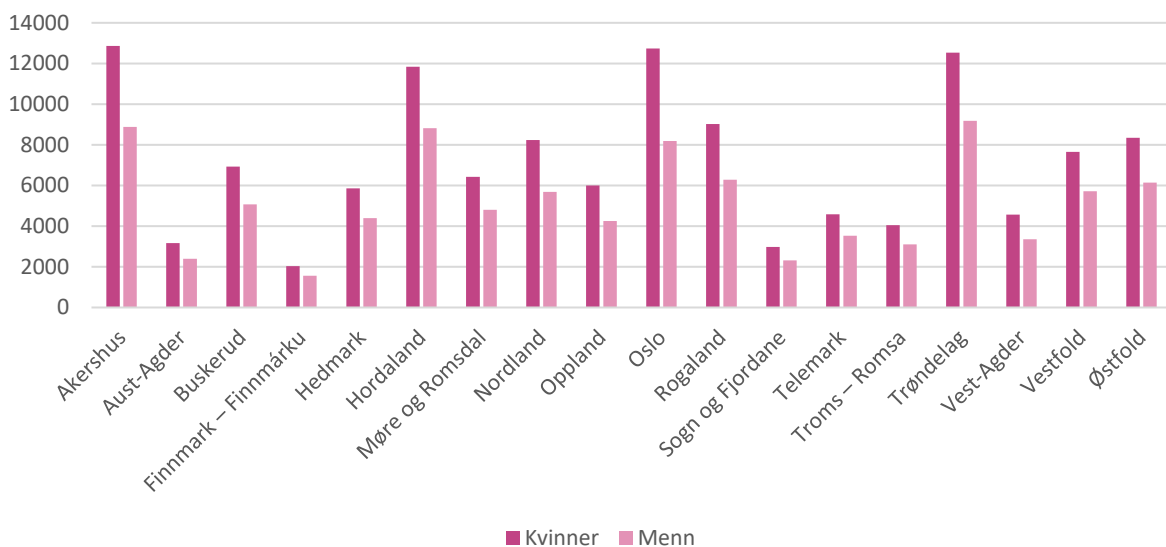
	Kvinner		Menn		Totalsum	
	n	%	n	%	n	%
0 - 19 år	8526	3,8	9899	4,4	18425	8,2
20 - 40 år	7184	3,2	6862	3,1	14046	6,3
41 - 60 år	14742	6,6	12587	5,6	27329	12,3
61 - 80 år	39063	17,5	33168	14,8	72231	32,3
81 år eller eldre	60280	27,0	31157	13,9	91437	40,9
Totalsum	129795	58,1	93673	41,9	223468	100,0



Figur 7: Aldersfordeling i 2017 (N=223641)



Figur 8: Andel av tildelte hjelpemidler i 2017 etter alder og kjønn.



Figur 9: Tildelte hjelpemidler i 2017 etter fylke og kjønn (n = 223641).

Det er store variasjoner i hvilke typer hjelpemidler fylkene tildeler. For å kunne sammenligne fylkene på tvers har vi sett på tildelte hjelpemidler per 1000 innbygger. Ved å sammenstille resultatene i henhold til befolkningstall vil vi kunne sammenligne tildelinger i fylker med både få og mange innbyggere. Figur 9 viser hvordan fylker med store befolkningstall har mange utlån sammenlignet med mindre befolkningsrike fylker. Folkerike fylker med store byer vil i en slik sammenstilling alltid komme høyt i antall tildelinger. Vi kan følgelig ikke se på antall tildelinger, men må korrigere med hensyn til befolkningstall.

Ved å se på antall utlån per 1000 innbyggere ser vi at Nordland tildelte flest hjelpemidler i 2017 (57,23 hjelpemidler per 1000 innbyggere), mens Oslo tildelte kun 31,12 hjelpemidler per 1000 innbyggere (Tabell 9). Sammenstillingen gjør det mulig å sammenligne fylkenes tildelinger av hjelpemidler. I den videre gjennomgang av analyser ligger denne tabellen til grunn for analyser og diskusjoner som berører fylkesvise forskjeller.

Tabell 9: Antall tildelte hjelpemidler etter hovedkategori per fylke per 1000 innbyggere i 2017. Fargeskala fra rødt til grønt er brukt for å vise tildeling av hjelpemidler etter hovedkategori på tvers av fylker. Det betyr, for eksempel, at antall biler per 1000 innbyggere er mest tildelt i Trøndelag, mens Oslo har tildelt det minste antall biler per 1000 innbyggere.

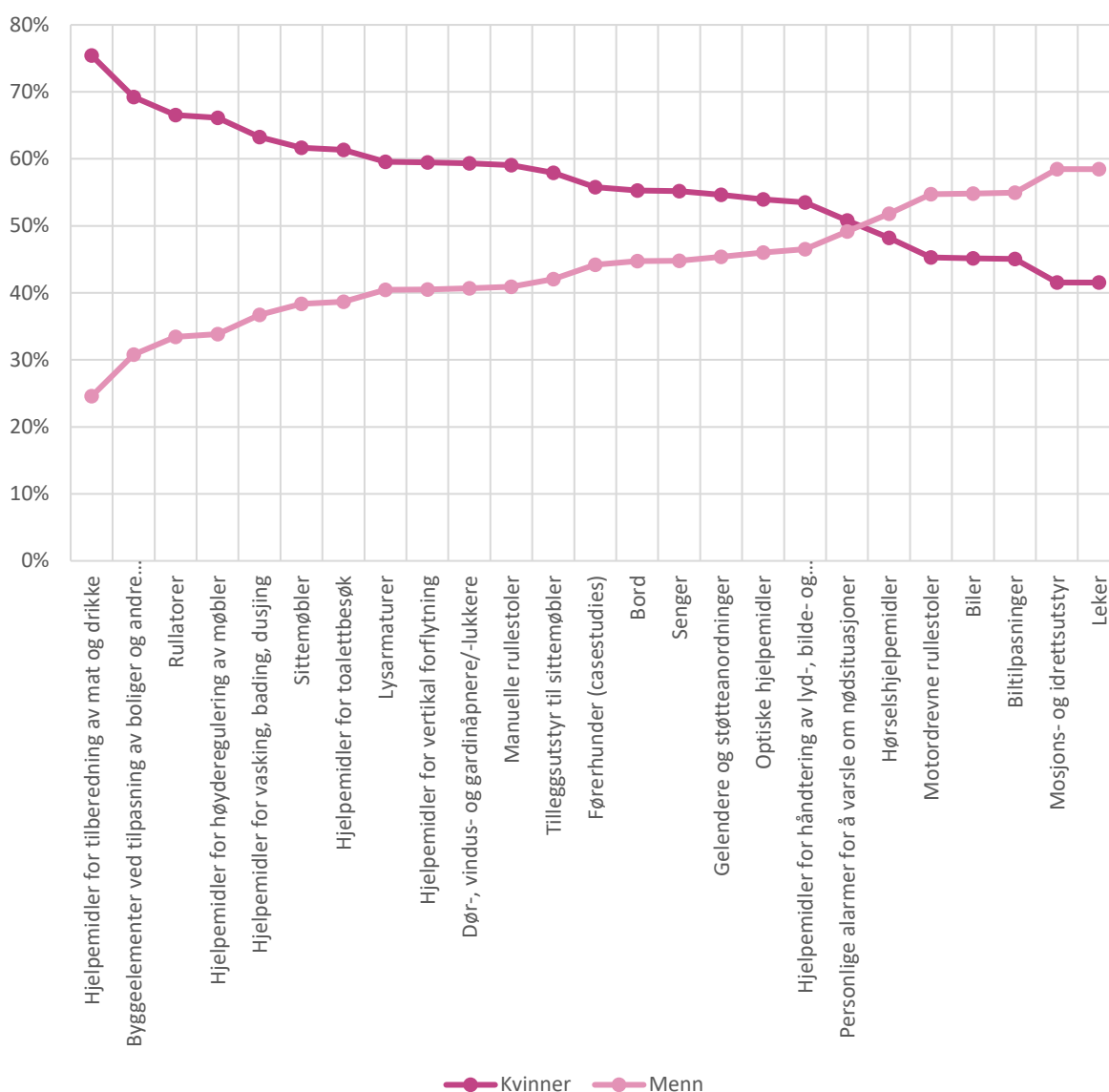
Hovedkategori	Akershus	Aust-Agder	Buskerud	Finnmark – Finnmark	Hedmark	Hordaland	Møre og Romsdal	Nordland	Oppland	Oslo	Rogaland	Sogn og Fjordane	Telemark	Troms – Romsa	Trøndelag	Vest-Agder	Vestfold	Østfold
Biler	0,08	0,10	0,11	0,14	0,15	0,07	0,15	0,15	0,15	0,05	0,11	0,15	0,13	0,13	0,16	0,13	0,15	0,15
Biltilpasninger	1,10	0,30	1,40	2,11	1,34	0,44	0,53	1,58	1,49	0,61	0,21	0,81	1,42	1,74	0,76	0,29	1,70	1,60
Bord	0,20	0,32	0,38	0,21	0,36	0,53	0,32	0,54	0,49	0,14	0,21	0,54	0,36	0,38	0,38	0,27	0,39	0,32
Dør-, vindus- og gardinåpnere/-lukkere	0,63	0,76	0,95	0,72	0,49	0,62	0,43	0,70	0,48	0,59	0,84	0,28	0,50	0,77	0,40	0,79	0,73	0,74
Førerhunder	0,01	0,00	0,01	0,01	0,02	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01
Gelendere og støtteanordninger	1,00	1,53	0,86	1,16	0,92	0,78	0,54	1,41	1,11	0,67	0,67	0,67	1,21	1,04	1,06	0,95	1,12	0,93
Hjelpemidler for høydereregulering av møbler	0,04	0,10	0,01	0,17	0,04	0,06	0,07	0,07	0,06	0,04	0,07	0,14	0,08	0,08	0,07	0,06	0,04	0,06
Hjelpemidler for håndtering av lyd-, bilde- og videoinformasjon	3,65	6,18	5,40	4,32	6,30	4,88	5,39	5,23	4,99	2,87	2,62	5,14	4,53	3,74	4,26	4,82	8,56	4,98
Hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke	0,04	0,03	0,16	0,05	0,07	0,03	0,09	0,06	0,08	0,04	0,03	0,07	0,06	0,12	0,05	0,03	0,05	0,04
Hjelpemidler for toalettbesøk	2,84	3,56	2,95	2,86	3,45	3,39	2,85	4,55	4,22	2,44	2,44	3,61	3,23	3,65	3,71	3,10	3,45	3,63
Hjelpemidler for vasking, bading, dusjing	2,81	3,23	2,68	2,69	3,52	3,04	2,28	3,77	3,52	2,61	2,35	2,55	2,95	3,02	3,47	2,63	2,97	3,06
Hjelpemidler for vertikal forflytning	2,77	3,57	3,91	7,60	6,79	3,32	2,84	4,09	7,12	1,74	2,49	2,63	3,50	3,15	3,67	3,29	3,97	4,34
Hørselshjelpemidler	0,28	2,06	0,71	0,09	0,83	0,07	0,03	0,38	0,25	0,75	0,08	0,27	1,33	0,23	0,36	1,47	2,35	1,19
Leker	0,01	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02	0,01	0,03	0,03	0,01	0,00	0,02	0,05	0,04	0,06	0,03	0,05	0,04

Hovedkategori	Akershus	Aust-Agder	Buskerud	Finnmark – Finnmark	Hedmark	Hordaland	Møre og Romsdal	Nordland	Oppland	Oslo	Rogaland	Sogn og Fjordane	Telemark	Troms – Romsa	Trøndelag	Vest-Agder	Vestfold	Østfold
Lysarmaturer	0,07	0,09	0,21	0,11	0,15	0,02	0,44	0,12	0,23	0,09	0,08	0,09	0,21	0,23	0,21	0,13	0,19	0,07
Manuelle rullestoler	2,60	3,12	2,71	4,07	3,55	3,07	2,93	3,83	3,07	2,33	2,22	3,83	2,92	3,15	3,37	3,59	3,34	3,27
Mosjons- og idrettsutstyr	0,15	0,15	0,12	0,14	0,21	0,09	0,12	0,16	0,08	0,07	0,06	0,10	0,13	0,15	0,15	0,08	0,14	0,12
Motordrevne rullestoler	1,28	1,72	1,52	1,39	1,89	0,98	1,36	2,04	1,59	0,86	1,30	1,80	2,00	1,54	1,63	1,74	2,03	2,00
Optiske hjelpemidler	2,47	4,09	3,63	2,52	4,16	3,08	4,64	6,76	5,74	3,03	5,06	5,61	5,17	1,48	4,11	4,74	4,69	3,37
Personlige alarmer for å varsle om nødsituasjoner	0,24	0,22	0,34	0,51	0,16	0,21	0,29	0,35	0,23	0,13	0,20	0,35	0,36	0,22	0,22	0,24	0,24	0,15
Rullatorer	5,29	5,40	4,94	5,32	6,80	4,06	4,95	7,00	8,08	5,18	3,99	4,64	4,70	5,18	6,69	4,91	5,74	6,70
Senger	2,43	3,69	3,00	2,60	3,39	3,58	3,85	4,71	3,33	1,92	2,01	4,79	4,74	3,56	4,02	3,02	3,79	4,06
Sittemøbler	2,51	3,63	3,30	3,24	3,62	3,18	3,67	5,80	3,49	2,04	2,58	4,62	4,07	4,26	3,27	2,99	3,83	3,69
Tilleggsutstyr til sittemøbler	2,92	3,47	3,27	5,11	3,87	3,99	4,31	3,87	4,18	2,86	2,71	5,24	3,13	5,05	5,26	3,10	4,11	4,50
Totalsum	35,42	47,35	42,58	47,19	52,09	39,51	42,12	57,21	54,01	31,08	32,34	47,95	46,78	42,92	47,35	42,42	53,63	49,00

OVERORDNEDE TRENDER

Det tildeles som vi har sett flere hjelpemidler til kvinner enn til menn. Kvinner mottar flere hjelpemidler i de fleste hovedkategoriene vi har analysert. Spesielt høyt ligger kvinner i kategorier knyttet til tilpassing av hjemmet (jf. Figur 10 og Tabell 10). Hovedtrenden er allikevel at menn tildeles flere hjelpemidler i kategorier hvor hjelpemidlet er motorisert eller inneholder en elektronisk komponent. Menn får også tildelt flere hjelpemidler for mosjon og idrett, samt leker.

I våre innledende analyser ble det tydelig at spesifikke områder og trender skilte seg ut. Vi valgte av den grunn å gjøre mer omfattende analyser på disse områdene som egne casestudier. Til sammen foretok vi seks casestudier, der vi brøt ned produktkategorier på underkategorier og kryss analyserte med hensyn til både kjønn, alder og bosted (fylke). For to av produktgruppene, leker og førerhund, valgte vi å utvide studien til å inkludere data over fem år fra 2012-2017, da tildelinger for 2017 var færre enn 200.



Figur 10: Prosentandel av tildelte hjelpemidler i 2017 etter hovedkategori og kjønn.

Tabell 10: Tildelte hjelpemidler i 2017 etter hovedkategori og kjønn

Hovedkategoribeskrivelse	Kvinner		Menn		Totalsum	
	n	%	n	%	n	%
Hjelpemidler for toalettbesøk	10368	61,3	6534	38,7	16902	100,0
Hjelpemidler for vasking, bading, dusjing	9762	63,3	5668	36,7	15430	100,0
Rullatorer	19076	66,6	9586	33,4	28662	100,0
Biltilpasninger	2252	45,0	2747	55,0	4999	100,0
Manuelle rullestoler	9285	59,1	6433	40,9	15718	100,0
Motordrevne rullestoler	3504	45,3	4236	54,7	7740	100,0
Biler	271	45,2	329	54,8	600	100,0
Førerhunder	24	55,8	19	44,2	43	100,0
Hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke	218	75,4	71	24,6	289	100,0
Bord	960	55,3	777	44,7	1737	100,0
Lysarmaturer	430	59,6	292	40,4	722	100,0
Sittemøbler	10606	61,7	6596	38,3	17202	100,0
Tilleggsutstyr til sittemøbler	11444	57,9	8310	42,1	19754	100,0
Senger	9408	55,2	7639	44,8	17047	100,0
Hjelpemidler for høyderegulering av møbler	209	66,1	107	33,9	316	100,0
Gelendre og støtteanordninger	2650	54,6	2200	45,4	4850	100,0
Dør-, vindus- og gardinåpnere/-lukkere	1996	59,3	1369	40,7	3365	100,0
Byggeelementer ved tilpasning av boliger og andre lokaler	9	69,2	4	30,8	13	100,0
Hjelpemidler for vertikal forflytning	10899	59,5	7422	40,5	18321	100,0
Optiske hjelpemidler	11197	54,0	9549	46,0	20746	100,0
Hørselshjelpemidler	1536	48,2	1651	51,8	3187	100,0
Hjelpemidler for håndtering av lyd-, bilde- og videoinformasjon	12767	53,5	11098	46,5	23865	100,0
Personlige alarmer for å varsle om nødsituasjoner	621	50,8	601	49,2	1222	100,0
Leker	54	41,5	76	58,5	130	100,0
Mosjons- og idrettsutstyr	258	41,5	363	58,5	621	100,0
Totalsum	129795	58,1	93673	41,9	223468	100,0

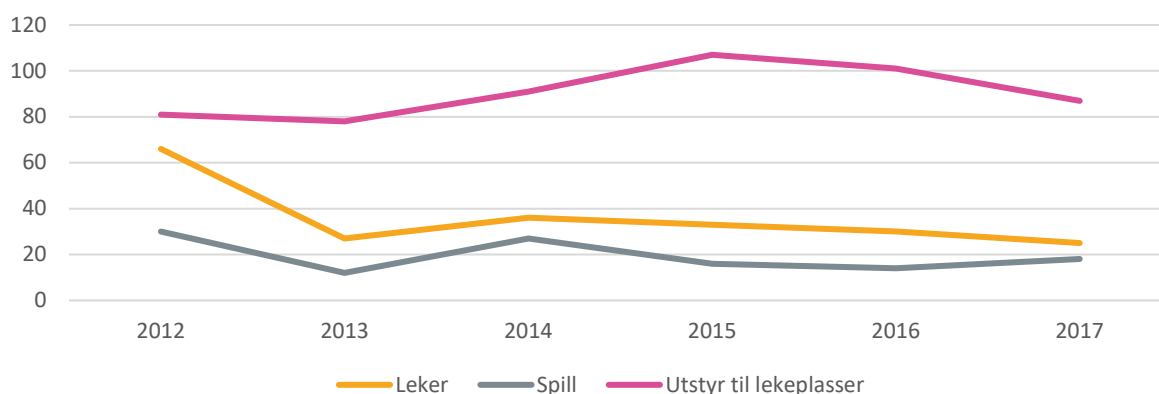
CASE 1 – LEKER

I 2017 ble det tildelt 130 **leker** som hjelpemidler i Norge i 2017. Kjønnssfordelingen var 42 % jenter som fikk leker og 58 % gutter. Hovedkategorien leker inkluderer både underkategoriene leker, spill og utstyr til lekeplasser. Ved å se på aldersfordelingen for de 130 lekene ser vi at de hovedsakelig blir tildelt barn i alderen 3-8 år (Figur 11). Grafen viser også en variasjon mellom kjønnene med hensyn til tildeling avhengig av alder.

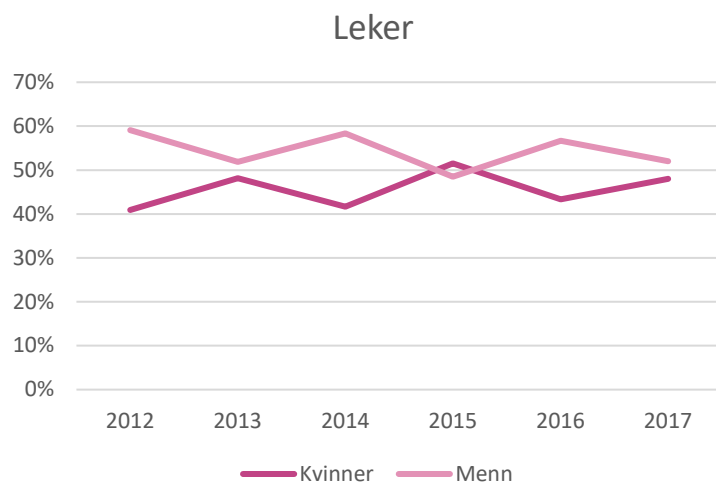


Figur 11: Prosentandel av tildelte leker i 2017 etter alder og kjønn.

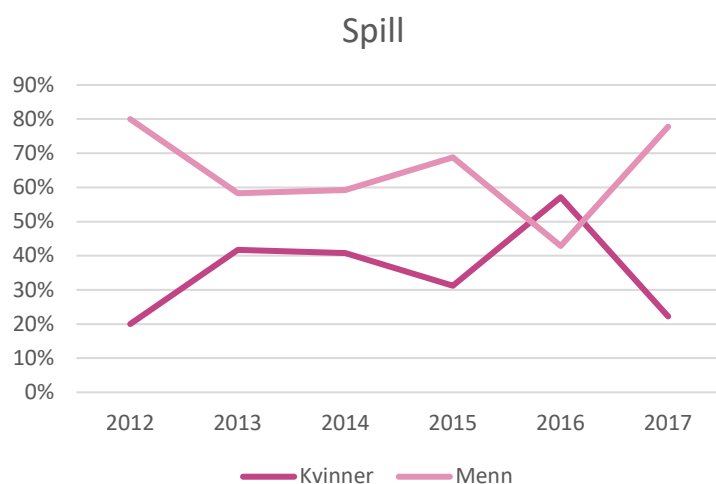
På grunn av få tildelinger av leker i 2017, samt en skjevfordeling mellom kjønnene og typer leker, valgte vi å utvide datagrunnlaget til fem år. Undersøkelsen viste at det har vært en økning i tildeling av utstyr til lekeplasser, samtidig som det har vært en nedgang i tildeling av leker og spill (Figur 12). Gutter får gjennomgående flere tildelinger av leker og spill enn jenter over de fem årene, med få unntak (jf. Figur 13 og 14). For underkategorien utstyr til lekeplasser fikk jentene flest tildelinger i 2012-2014, mens gutter fikk flest tildelinger i perioden fra 2015-2017 (Figur 15).



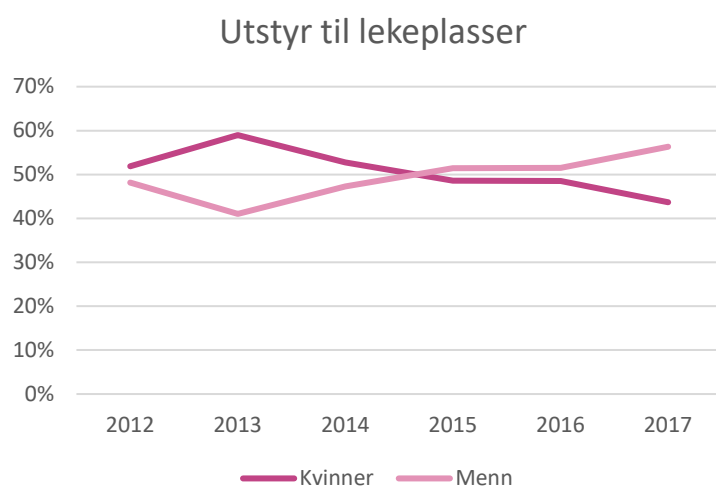
Figur 12: Utvikling av tildelte leker etter kategori i perioden 2012 – 2017.



Figur 13: Prosentandel av tildelte leker (underkategorien) etter kjønn i perioden 2012-2017.



Figur 14: Prosentandel av tildelte spill etter kjønn i perioden 2012-2017.



Figur 15: Prosentandel av tildelte utstyr til lekeplasser etter kjønn i perioden 2012-2017.

Tabell 11, 12 og 13 viser at det generelt tildeles få leker, spill og utstyr til lekeplasser i alle spesifiserte underkategorier. De mest vanlige hjelpemidlene er brukerstyrte leker, brettspill og husker.

Tabell 11: Utvikling av tildelte leker etter lekekategori og kjønn i perioden 2012-2017 (antall).

Lekekategori	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Aktivitetsbøyle	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Andre leker	4	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Babyleker	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Ballbasseng	1	2	2	1	0	2	2	4	2	2	0	0
Baller	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Bitering	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0
Blåseleke	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Bryterstyrte leker	15	24	5	9	7	6	8	8	6	6	4	6
Diffraksjonstrommel	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Fløyte	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gåstylte	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Glittersnurre	0	0	1	0	0	2	0	0	2	2	5	2
Gravemaskin	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0
Gyngest	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Karaoke	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kosekrok	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Kryptunnel	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Låseboks	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Lydorgel	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Maraca	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Perler	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Rangle	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Sklie	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sparkebil	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Spin & Explore Garden Gym	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Syngende leke	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Taktil leker	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Terningskaster	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Tunnel/Tårn oppblåsbar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Vann/sandkasse	1	3	4	0	3	7	2	2	1	1	0	1
Vibrasjonsslange	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Grand Total	27	39	13	14	15	21	17	16	13	17	12	13

Den største skjevheten med hensyn til kjønn er i kategorien spill og da spesielt brettspill. I denne kategorien tildeles gutter flere hjelpemidler over alle de fem årene vi har analysert. Også brukerstyrte leker har flere gutter mottatt i 2012 og 2013, mens det i de påfølgende årene er noe mer jevnt mellom jenter og gutter.

Det ser ut til at det i løpet av de fem årene er en reduksjon i tildelingen av leker. Hva det skyldes vet vi ikke med sikkerhet, men i fokusgruppeintervjuene kom det frem at hjelpemiddelsentra- lene mener at småutstyr og spesifikke hjelpemidler som leker og aktivitetsutstyr nå i større grad kan kjøpes inn av brukerne selv på grunn av større tilgang og bedre løsninger for brukergrup- pene i standardbutikker. Leker som hjelpemiddel fremmes derfor ikke som et hjelpemiddel i like stor grad i dag som tidligere. Ved å kombinere analysene med den digitale hjelpemiddel- databasen med oversikt over tilgjengelige hjelpemidler ser vi at leker som tildeles nå i større grad er knyttet til hørsels- og synshemming.

Tabell 12: Utvikling av tildelte leker etter spillkategori og kjønn i perioden 2012-2017 (antall).

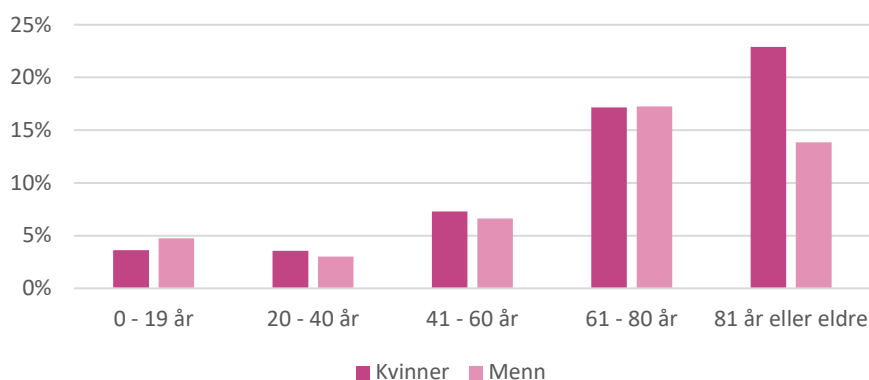
Spillkategori	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Aktivitetspill	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Blåspill	0	2	1	1	1	1	0	1	3	0	0	2
Brettspill	6	21	4	4	9	14	5	9	5	6	3	11
Lydoregl	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Reaksjonspill	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Stollegen	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
Totalsum	6	24	5	7	11	16	5	11	8	6	4	14

Tabell 13: Utvikling av tildelte leker til lekeklassen etter utstyrskategori og kjønn i perioden 2012-2017 (antall).

Utstyrskategori	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Aktivitetsbøyle	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Huske	29	26	45	30	43	38	43	46	41	44	32	43
Lekebøyle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Lekeforkle m/feste for leke	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lekegrind	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Lekekabel	9	7	1	2	2	5	8	9	7	8	3	5
Leketeppe	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Playing sirkel	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Rullesklie	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Småbarnsterninger overgang	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Trampoline	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalsum	42	39	46	32	48	43	52	55	49	52	38	49

CASE 2 – RULLESTOLER

I 2017 ble det tildelt 23 458 **rullestoler** (manuelle og motordrevne) i 2017. Av tildelingene var 55 % til kvinner og 45 % til menn, men fordelingen mellom kvinner og menn er forskjellig med hensyn til manuelle og motordrevne rullestoler. Det tildeles flest rullestoler uavhengig av om de er manuelle eller motordrevne til personer eldre enn 60 år (Figur 16).

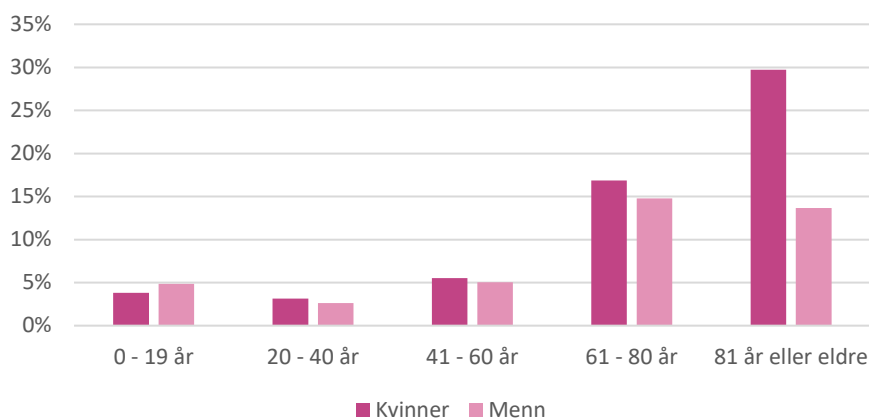


Figur 16: Prosentandel av tildelte rullestoler (manuelle og motordrevne) i 2017 etter aldersgruppe og kjønn.

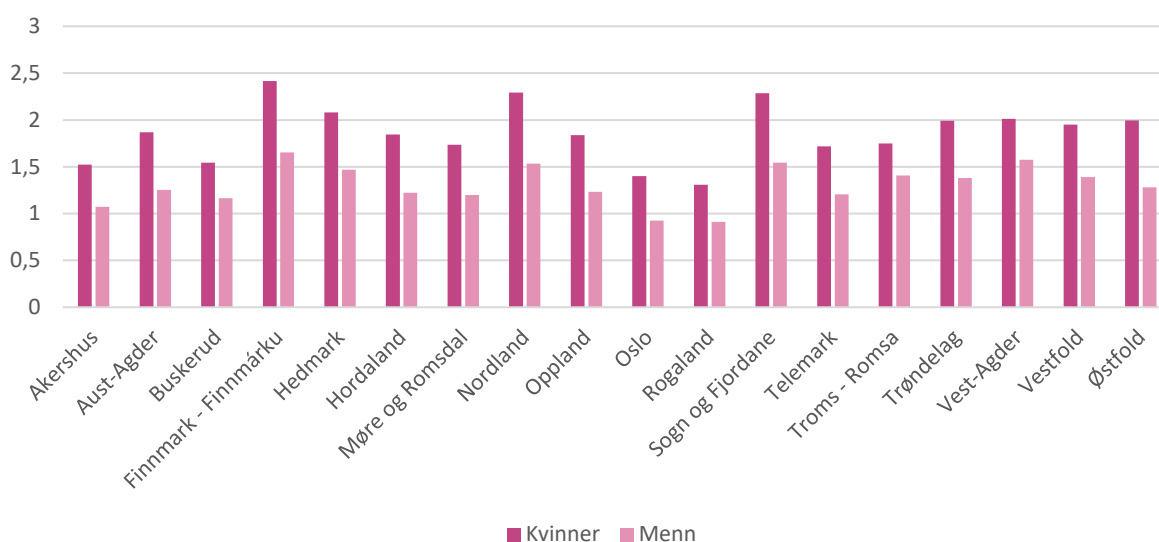
I 2017 ble det tildelt 15 718 **manuelle rullestoler** i 2017. Av tildelingene var 59 % til kvinner og 41 % til menn. Det tildeles flest manuelle rullestoler til kvinner i alle aldersgrupper, unntatt i alderen 0-19 år (Figur 17). Det er flest kvinner som mottar manuelle rullestoler i alle fylker (Figur 18), med et klart flertall fra 60 år og eldre (Tabell 14).

Tabell 14: Antall tildelte underkategorier av manuelle rullestoler i 2017 fordelt på kjønn og alder.

Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre	
	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn
Manuelle armdrevne rullestoler	590	743	477	392	860	783	2639	2315	4670	2147
Manuelle hjelpermanøvrerte rullestoler	0	0	2	2	0	3	1	1	0	0
Manuelle rullestoler med elektriske drivhjul	2	0	1	1	0	2	0	1	0	0
Systemrullestoler	6	17	10	13	7	1	1	1	0	0
Tilbehør til manuelle rullestoler - diverse		1	4	2	3	4	9	4	3	0
Totalsum	598	761	494	410	870	793	2650	2322	4673	2147

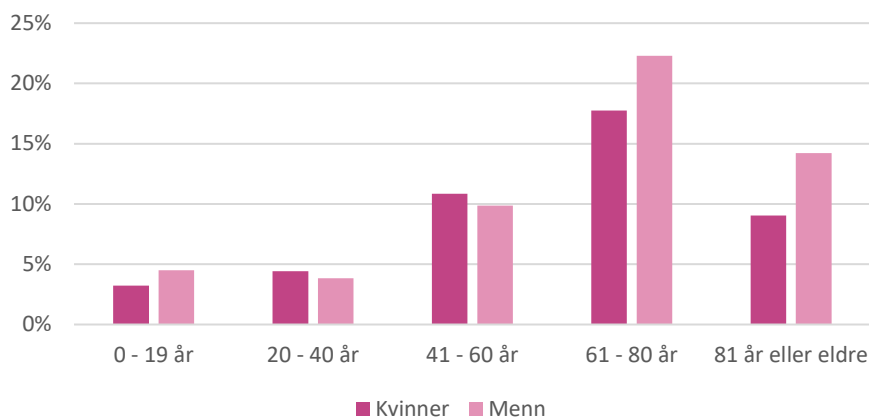


Figur 17: Prosentandel av tildelte manuelle rullestoler i 2017 etter alder og kjønn.



Figur 18: Tildelte manuelle rullestoler i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

I 2017 ble det tildelt 7 740 **motordrevne rullestoler**, 45 % til kvinner og 55 % til menn. Det tildeles flest motoriserte rullestoler til personer 60 år og eldre (Figur 19).



Figur 19: Prosentandel av tildelte motordrevne rullestoler i 2017 etter alder og kjønn.

For både manuelle og motoriserte rullestoler tildeles det relativt jevnt mellom kjønnene fra 0 til 60 år. For de over 60 år ser vi imidlertid at kvinner tildeles flere manuelle rullestoler, mens menn tildeles flere motordrevne rullestoler. Det tildeles flest motoriserte rullestoler til menn i alle fylker unntatt i Hedmark. Størst forskjell i tildeling mellom menn og kvinner er i Sogn og Fjordane der det er nesten dobbelt så mange menn som får motorisert rullestol (Figur 20).



Figur 20: Tildelte motordrevne rullestoler i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

Det er også påfallende at det tildeles 401 flere motoriserte rullestoler til menn enn til kvinner i aldersgruppen 81 år og eldre, når vi vet at det er langt flere kvinner i denne aldersgruppen (Tabell 15). Samtidig ser vi at menn i samme aldergruppe får betydelig færre hjelpemidler i alle andre kategorier (jf. Vedlegg 5: Hjelpemiddeldatabasen – øvrig statistikk).

Tabell 15: Antall tildelte underkategorier av motoriserte rullestoler i 2017 fordelt på kjønn og alder.

Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre	
	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn
Elektriske rullestoler med manuell styring	32	67	84	65	390	273	708	955	444	903
Elektriske rullestoler med motorisert styring	216	281	258	232	449	490	665	771	256	198
Tilbehør til motordrevne rullestoler - diverse	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tilbehør til motordrevne rullestoler - styreutstyr	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Totalsum	249	349	343	297	839	763	1373	1726	700	1101

I 2017 var det i Norge 124 703 kvinner i aldersgruppen 81 år og eldre, mens det var 73 238 menn i samme alder. Det betyr at for hver 1000 innbygger i aldersgruppen 81 år og eldre ble det tildelt 15 motoriserte rullestoler til menn, mens det til kvinner ble tildelt fem motoriserte rullestoler

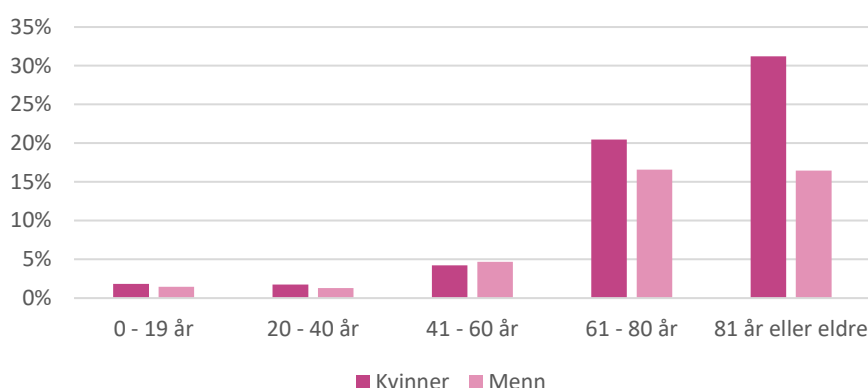
per 1000 innbygger i samme aldergruppe (Tabell 7 og 15). Menn mottar altså tre ganger så mange motoriserte rullestoler når de er 81 år og eldre.

I forbindelse med rullestoler har vi også sett nærmere på **hjelpemidler for vertikal forflytning**, altså hjelpemidler som skal bidra til å komme frem i hjemmet og ute med rullestol (for underkategorier se Tabell 16).

Tabell 16: Antall tildelte underkategorier av hjelpemidler for vertikal forflytning i 2017 fordelt på kjønn og alder.

Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre		Totalsum
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
Bærbare ramper	159	176	216	139	501	447	2020	1776	3700	1649	10783
Fastmonterte løfteplattformer	8	7	4	4	6	15	20	27	24	21	136
Løfteplattformer, frittstående	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Personheiser i sjakt	8	10	1	4	4	3	6	8	0	0	44
Stasjonære/fastmonterte ramper	139	58	83	78	206	358	1411	1006	1620	1116	6075
Trappeheiser med plattform	3	3		1	5	6	13	9	9	9	58
Trappeheiser med sete	16	11	16	12	54	31	281	213	366	223	1223
Totalsum	333	265	320	238	776	860	3751	3041	5719	3018	18321

Det ble i 2017 tildelt 18 321 hjelpemidler for vertikal forflytning. Av tildelingene var 59 % til kvinner og 41 % til menn. Tildelingen er jevnt fordelt mellom kjønnene i alderen 0 til 60 år, men fra 61 år og eldre er det flere kvinner enn menn som mottar hjelpemidler for vertikal forflytning (Figur 21). Kvinner får flest hjelpemidler for vertikal forflytning i alle fylker (Figur 22).



Figur 21: Prosentandel av tildelte hjelpemidler for vertikal forflytning i 2017 etter alder og kjønn.



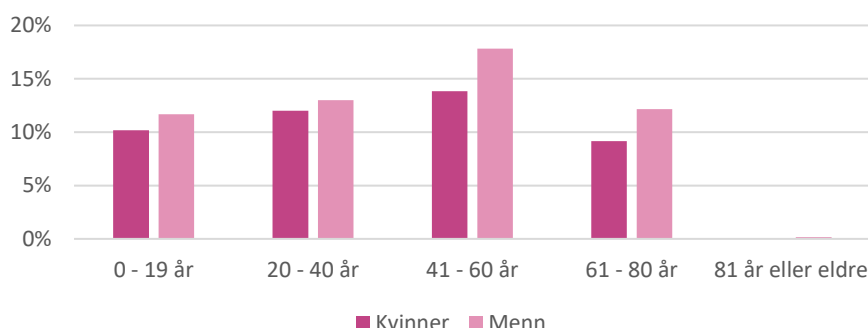
Figur 22: Antall tildelte hjelpemidler for vertikal forflytning i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

Alle hjelpemiddelmottakere i Norge har fått et eget løpenummer i analysene, noe som gjør det mulig å se på sammensetningen av hjelpemidler. Av hensyn til mottakerne og mulighet for gjenkjenning av mottakere med mange og særskilte typer hjelpemidler har vi ikke lagt ved resultatene av analysen. Analysene viste imidlertid at mottakere av motoriserte rullestoler var de som mottok flest hjelpemidler.

Det største antallet hjelpemidler tildelt til en mottaker i 2017 var 32 hjelpemidler. 116 mottakere ble tildelt 20-32 hjelpemidler som til sammen utgjør 2 635 hjelpemidler. Det vil si 0,13% av mottakerne, og antallet hjelpemidler utgjør 1,18 % av totalt tildelte hjelpemidler i hjelpemiddeldatabasen. Av sammensetningen i hjelpemidler stod hjelpemidler for vertikal forflytning for et stort antall av hjelpemidlene per mottaker for å tilpasse hjem for rullestol. Flere hadde også flere ulike typer rullestoler. Kartleggingen viser altså at motoriserte rullestoler fører til et større behov for andre typer hjelpemidler for tilpassing av hjemmet og utearealet for å komme frem. Andelen som mottar 20 hjelpemidler eller mer utgjør imidlertid en liten prosent i hjelpemiddel-systemet og en brukergruppe i særstilling.

CASE 3 – BILER OG BILTILPASNINGER

I 2017 ble det tildelt 600 **biler**. Av tildelingene var 45 % til kvinner og 55 % til menn. Menn får tildelt flere biler i alle aldersgrupper, men forskjellen er størst i aldersgruppene fra 40 år og oppover (Figur 23).

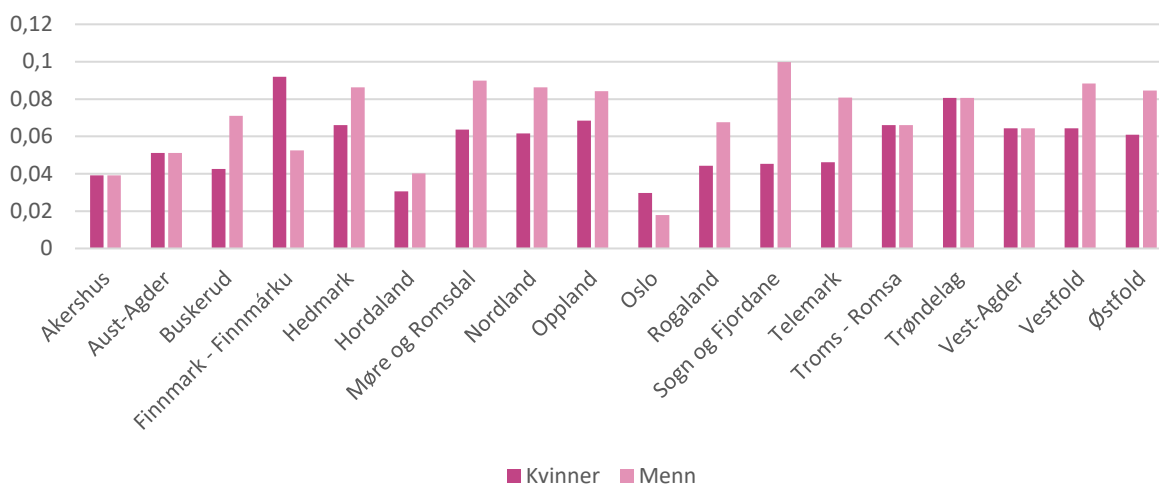


Figur 23: Prosentandel av tildelte motordrevne rullestoler i 2017 etter alder og kjønn.

Når vi ser på tildelingene fylkesvis er det store forskjeller. I Finnmark og Oslo har kvinner fått tildelt flere biler per 1000 innbygger enn menn, mens det i Akershus, Aust-Agder, Troms, Trøndelag og Vest-Agder var tildelt like mange biler til kvinner som til menn. I Sogn og Fjordane ble det imidlertid tildelt dobbelt så mange biler per 1000 innbygger til menn enn til kvinner (Figur 24 og Tabell 17).

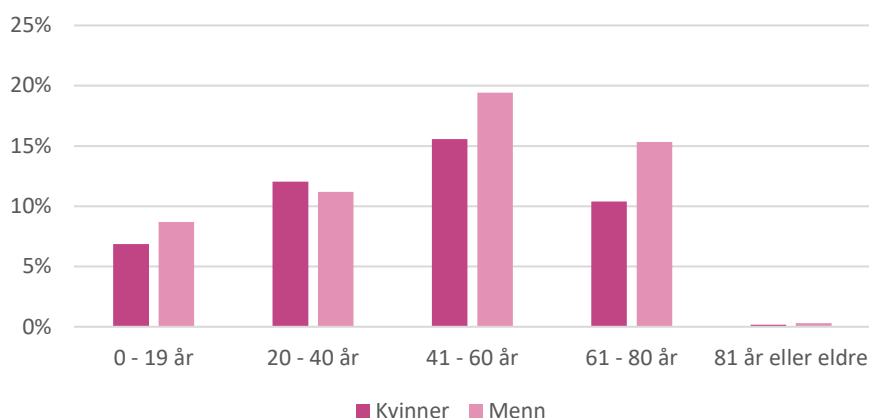
Tabell 17: Antall tildelte underkategorier av biler i 2017 fordelt på kjønn og alder.

Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre	
	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn
Personbilregistrerte kassevogner	61	70	71	77	81	107	54	72	1	0
Personvogner	0	0	1	1	2		1	1	0	0
Totalsum	61	70	72	78	83	107	55	73	1	0



Figur 24: Tildelte biler i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

I 2017 ble det tildelt 4 999 **hjelpemidler for biltilpasninger**. Av tildelingene var 45 % til kvinner og 55 % til menn. Det tildeles flest hjelpemidler for biltilpasning til menn i alle aldergrupper, unntatt til de i alderen 20-40 år (Figur 25).



Figur 25: Prosentandel av tildelte hjelpemidler for bilpasninger i 2017 etter alder og kjønn.

I aldersgruppen 0-40 år er det stor variasjon i typen biltilpasninger kvinner og menn mottar flest av. Fra 40 år og oppover er det imidlertid gjennomgående menn som mottar flest hjelpemidler i de fleste underkategoriene, med enkelte unntak (Tabell 18).

Tabell 18: Antall tildelte underkategorier av hjelpemidler for biltilpasninger i 2017 fordelt på kjønn og alder.

Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre		Totalsum
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
Bilbelter og støtteseler	31	42	25	22	18	9	11	10	0	0	168
Bilseter for voksne	96	107	135	139	177	242	129	159	0	0	1184
Biltilpasningen for å betjene sekundære funksjoner	11	15	76	56	107	151	86	124	1	3	630
Biltilpasninger for å betjene motoren	6	5	56	42	95	122	55	126	1	8	516
Biltilpasninger for å betjene parkeringsbremsen	2	2	23	20	40	60	28	34	1	1	211
Biltilpasninger for å betjene styresystemet	3	2	10	16	11	14	7	14	0	0	77
Hjelpemidler for å løfte en rullestol inn i/opp på bil	31	41	15	22	19	9	10	19	1	1	168
Karosseriltilpasninger	29	37	55	53	72	78	38	66	0	0	428
Personheiser montert i eller på bil (for å løfte en person, ikke rullestolen)	17	23	7	10	7	3	3	3	0	0	73
Rullestolen som løfter en person sittende i rullestol inn i/ut av en bil	30	37	65	63	82	110	53	75	1	1	517
Rullestolfester i bil	69	91	102	91	122	133	83	105	4	1	801
Tilbehør til biltilpasninger	0	2	8	6	6	13	3	7	0	0	45
Utstyr for å feste tomme rullestoler på kjøretøy eller tilhenger under transport	18	31	25	19	23	27	13	25	0	0	181
Totalsum	343	435	602	559	779	971	519	767	9	15	4999

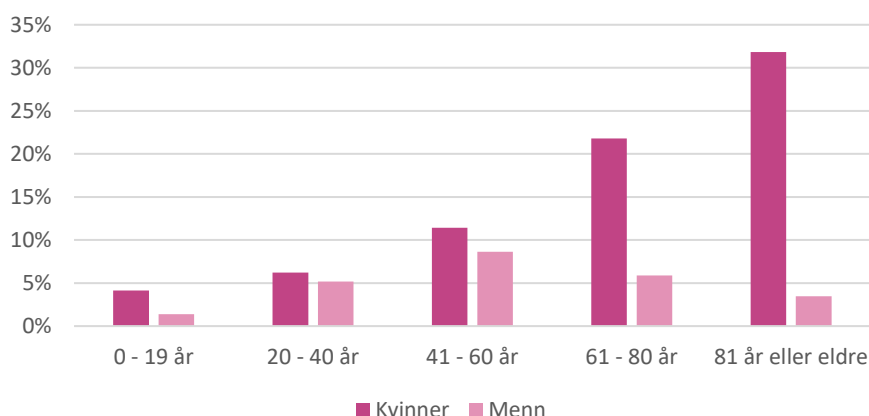
Det tildeles flest hjelpemidler for biltilpasninger i Finnmark, Oppland og Oslo, mens det i Troms tildeles like mange til begge kjønn (Figur 26).



Figur 26: Tildelte hjelpemidler for biltilpasninger i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

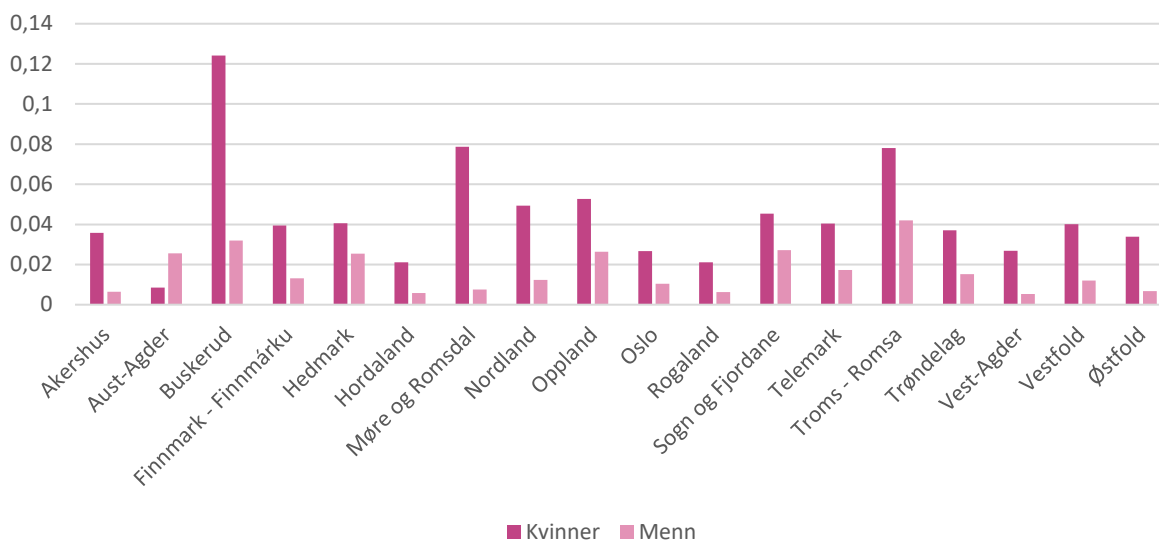
CASE 4 – HJELPEMIDLER FOR TILBEREDNING AV MAT OG DRIKKE

I 2017 ble det tildelt 289 **hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke**. Av tildelingene var 75 % til kvinner og 25 % til menn. Uavhengig av alder ble det tildelt flere hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke til kvinner enn menn, også i alderen 0-19 år (Figur 27). Forskjellen er klart størst for de over 60 år.



Figur 27: Prosentandel av tildelte hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke i 2017 etter alder og kjønn.

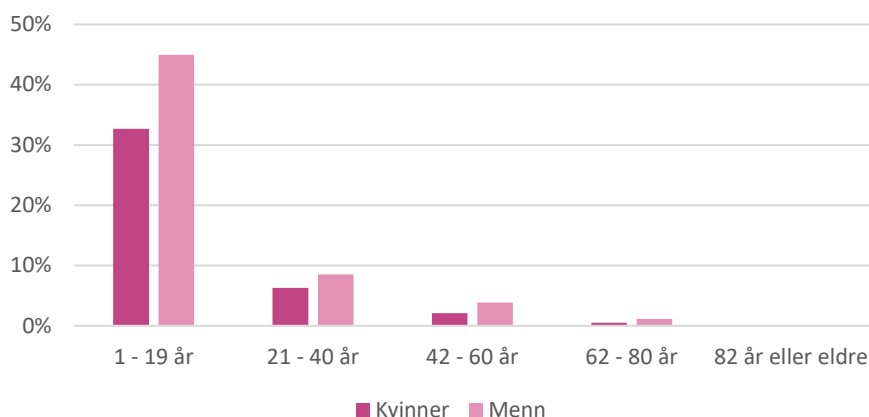
Kun i Aust-Agder har menn fått tildelt mer hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke enn kvinner (Figur 28). Det er store variasjoner mellom fylkene på tildelinger i denne kategorien. Buskerud tildeler klart flest hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke, mens Oslo og Hordaland tildeler færrest. Noen fylker har også stor skjevfordeling mellom kjønnene som Buskerud og Møre og Romsdal.



Figur 28: Antall tildelte hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

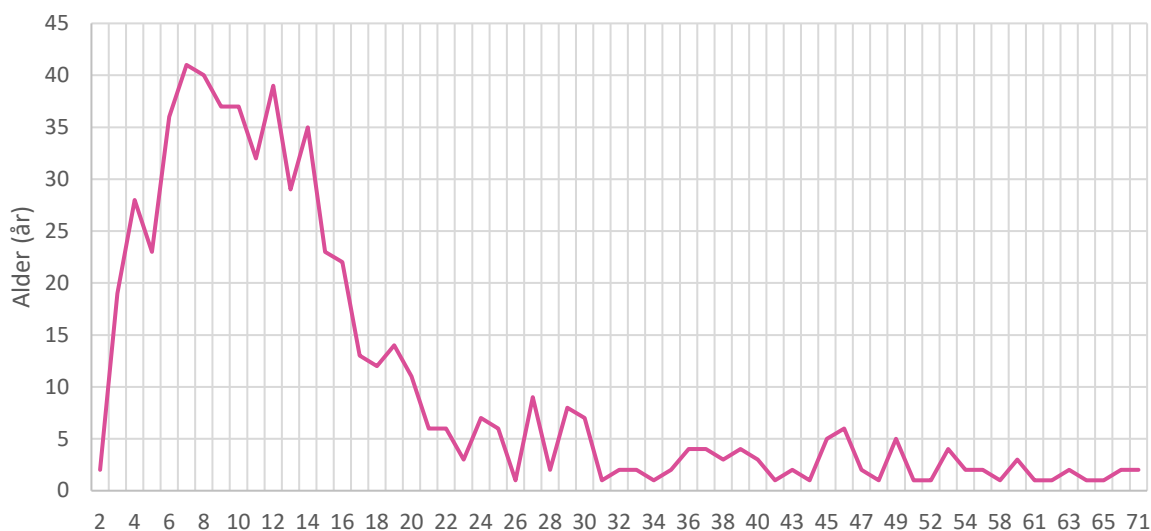
CASE 5 – MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

I 2017 ble det tildelt 621 hjelpemidler i kategorien **mosjons- og idrettsutstyr**. Av tildelingene var 42 % til kvinner og 58 % til menn. Uavhengig av alder tildeles det mer mosjons- og idrettsutstyr til menn enn kvinner (Figur 29).



Figur 29: Prosentandel av tildelte mosjons- og idrettsutstyr i 2017 etter aldersgruppe og kjønn.

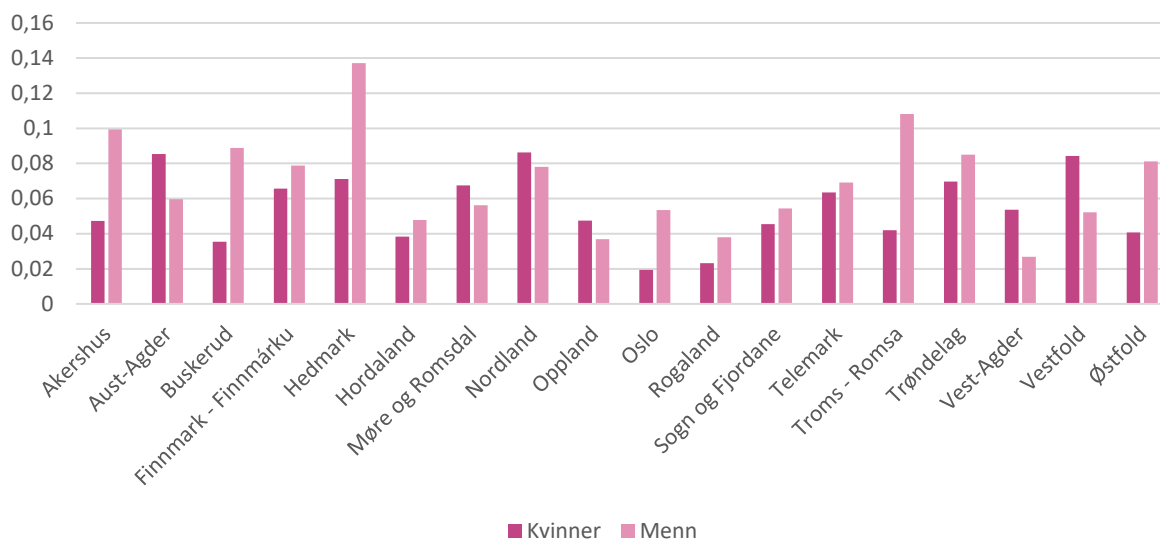
Det tildeles mest mosjons- og idrettsutstyr til barn og unge i alderen 3-15 år, deretter synker det gradvis og fra 23 år og oppover tildeles det relativt lite mosjons- og idrettsutstyr (Figur 30). Dette henger sammen med at fra du fyller 26 år tildeles aktivitetshjelpemidler kun mot egenandel på inntil 4000 kr. Mosjons- og idrettsutstyr prioriteres til barn og unge.



Figur 30: Antall mosjons- og idrettsutstyr per person etter alder i 2017.

Det er store variasjoner i tildeling av mosjons- og idrettsutstyr mellom de ulike fylkene (Figur 31). Hedmark ligger på topp og tildeler klart flest aktivitetshjelpemidler per 1000 innbyggere. Minst mosjons- og idrettsutstyr per 1000 innbygger tildeles det i Oslo og Rogaland.

Det tildeles mer mosjons- og idrettsutstyr til kvinner enn menn i Aust-Agder, Møre og Romsdal, Nordland, Oppland og Vestfold. I de øvrige fylker tildeles det mest til menn. I både Akershus, Hedmark, Troms og Østfold tildeles det dobbelt så mye mosjons- og idrettsutstyr til menn enn til kvinner.



Figur 31: Antall tildelte mosjons- og idrettsutstyr i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

Kvinner mottar mer mosjons- og idrettsutstyr i tre underkategorier; kajakk, løpesyssel og rideutstyr (Tabell 19). Til sammen utgjør imidlertid disse tre kategoriene 18 hjelpemidler av totalt 621 mosjons- og idrettsutstyr tildelt i 2017. I øvrige underkategorier mottar menn flere. Det er også store forskjeller mellom fylkene på hvilke typer mosjons- og idrettsutstyr de tildeler (Tabell 20).

Tabell 19: Antall tildelte underkategorier av mosjons- og idrettsutstyr i 2017 fordelt på kjønn og alder.

Artikkel	0-19 år		20-40		41-60		61-80		Total
	K	M	K	M	K	M	K	M	
Ball	2	6	0	0	0	0	0	0	8
Hockeykjelke	1	5	3	4	0	1	1	0	15
Kajakk	2	1	0	0	0	0	0	0	3
Kjelke	125	150	12	13	2	2	0	1	305
Kjelke sitski	23	49	14	20	3	8	0	1	118
Løpesyssel	4	1	0	1	0	1	0	0	7
Løpevogn	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Piggekjelke	31	46	10	14	7	11	1	5	125
Rideutstyr	5	2	0	1	0	0	0	0	8
Skilator	9	14	0	0	1	1	1	0	26
Skøytestativ	1	4	0	0	0	0	0	0	5
Totalsum	203	279	39	53	13	24	3	7	621

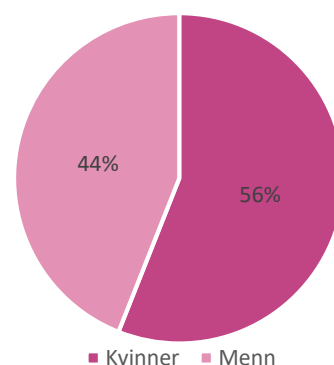
Tabell 20: Antall tildelte underkategorier av mosjons- og idrettsutstyr fordelt på fylke.

Mosjons- og idrettsutstyr Fylke	Ball	Hockeykjelke	Kajakk	Kjelke	Kjelke sitski	Løpesykkel	Løpevogn	Piggekjelke	Rideutstyr	Skilator	Skøytestativ	Totalsum
Akershus	0	1	2	40	21	1	1	21	0	2	1	90
Aust-Agder	0	0	0	9	3	0	0	3	1	1	0	17
Buskerud	0	1	0	16	8	0	0	6	0	4	0	35
Finnmark	0	0	0	9	0	0	0	2	0	0	0	11
Hedmark	0	0	1	28	7	0	0	4	1	0	0	41
Hordaland	0	3	0	22	7	0	0	11	0	2	0	45
Møre og Romsdal	0	0	0	17	6	0	0	8	2	0	0	33
Nordland	1	0	0	22	6	0	0	6	1	4	0	40
Oppland	0	1	0	7	3	0	0	4	0	1	0	16
Oslo	1	2	0	18	11	2	0	13	0	2	0	49
Rogaland	0	0	0	13	8	0	0	7	0	1	0	29
Sogn og Fjordane	0	0	0	4	6	0	0	0	0	1	0	11
Telemark	5	0	0	12	3	1	0	1	0	0	1	23
Troms	0	0	0	15	2	0	0	4	0	4	0	25
Trøndelag	0	0	0	34	11	1	0	20	0	2	3	71
Vest-Agder	0	0	0	7	7	0	0	1	0	0	0	15
Vestfold	1	1	0	20	1	2	0	7	0	2	0	34
Østfold	0	6	0	12	8	0	0	7	3	0	0	36
Totalsum	8	15	3	305	118	7	1	125	8	26	5	621

ANALYSER OG FUNN AV ORTOPEDISKE HJELPEMIDLER

I dette kapittelet gis en gjennomgang av funn fra analysene for ortopediske hjelpemidler. De personlige hjelpemidlene er registrert hos NAV Virkemiddelseksjonen. Kategorien ortopediske hjelpemidler består av ortoser, proteser og ortopedisk skotøy.

En **ortose** «skal erstatte, gjenopprette eller bedre tapt funksjon i et støtte eller bevegelsesorgan» (NAV, 2018). **Proteser** er imidlertid «en mekanisk eller teknisk innretning som skal erstatte helt eller delvis tap av lemedel i et bevegelsesorgan» (NAV, 2018). Protoser som må opereres inn i kroppen ved kirurgi er i henhold til lov om folketrygd ikke et ortopedisk hjelpemiddel. **Ortopedisk fottøy** er individuelt tilpasset og spesiallaget fortøy for å avhjelpe funksjonsvariasjoner i fot- og ankelregionen.



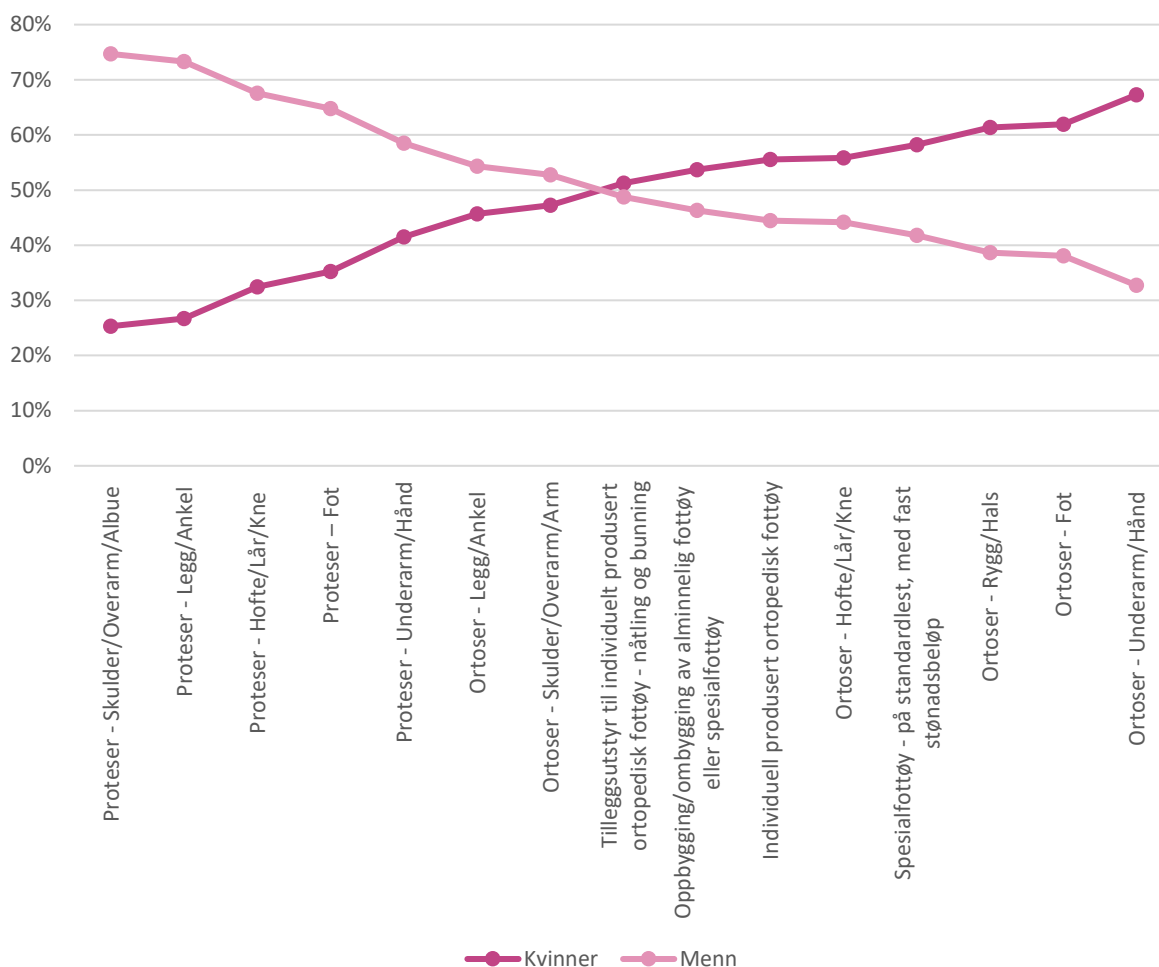
Figur 32: Prosentandel av utleverte ortopediske hjelpemidler etter kjønn i 2017 (n=216177)

Tabell 21: Antall utleverte ortopediske hjelpemidler i 2017 etter produktkategori og kjønn.

Kategoribeskrivelse		Kvinner		Menn		Totalsum	
		n	%	n	%	n	%
Ortopedisk fottøy	Individuell produsert ortopedisk fottøy - Pr. Par	5928	55,52	4750	44,48	10678	100,00
	Oppbygging/ombygging av alminnelig fottøy eller spesialfottøy	7686	53,70	6627	46,30	14313	100,00
	Spesialfottøy på standardlest, med fast stønadsbeløp	39112	58,24	28044	41,76	67156	100,00
	Tilleggsutstyr til individuelt produsert ortopedisk fottøy - nåtling og bunning	1052	51,27	1000	48,73	2052	100,00
Ortoser	Fot	43474	61,92	26736	38,08	70210	100,00
	Hofte/Lår/Kne	2896	55,82	2292	44,18	5188	100,00
	Legg/Ankel	9147	45,66	10888	54,34	20035	100,00
	Rygg/Hals	2538	61,36	1598	38,64	4136	100,00
	Skulder/Overarm/Arm	417	47,23	466	52,77	883	100,00
	Underarm/Hånd	5360	67,27	2608	32,73	7968	100,00
Proteser	Fot	203	35,24	373	64,76	576	100,00
	Hofte/Lår/Kne	1056	32,46	2197	67,54	3253	100,00
	Legg/Ankel	1805	26,71	4952	73,29	6757	100,00
	Skulder/Overarm/Albue	62	25,31	183	74,69	245	100,00
	Underarm/Hånd	1131	41,47	1596	58,53	2727	100,00
Totalsum		121867	56,37	94310	43,63	216177	100,00

I 2017 ble det til utlevert 216 177 ortopediske hjelpemidler. 56% ble utlevert til kvinner og 44% til menn (Figur 32). I likhet med andre hjelpemidler kan dette forklares ved at kvinner lever lengre enn menn og har høyere forekomst av funksjonsnedsettelse enn menn. Det var imidlertid

store variasjoner i hvilke typer ortopediske hjelpemidler kvinner og menn mottok i 2017. Vi ser for eksempel at kvinner får tildelt flest ortoser, med unntak for skulder/overarm/arm og legg/ankel. Menn får derimot flest proteser i alle produktkategorier (jf. Tabell 21 og Figur 33). I dataene for 2017 ser det følgelig ut til at kvinner og menn påføres ulike former for slitasje og skader gjennom livet.

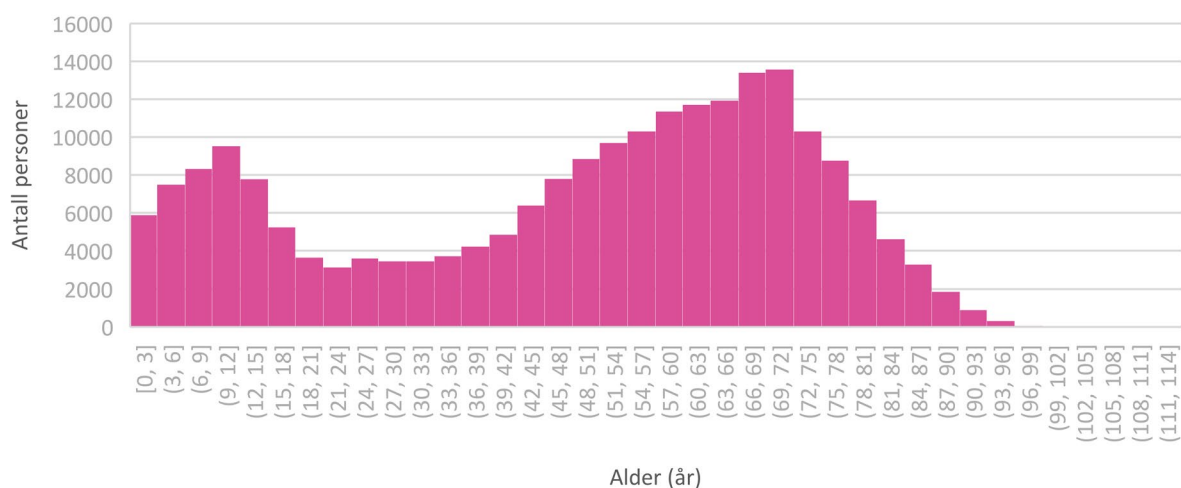


Figur 33: Prosentandel av tildelte ortopediske hjelpemidler i 2017 etter produktkategori og kjønn

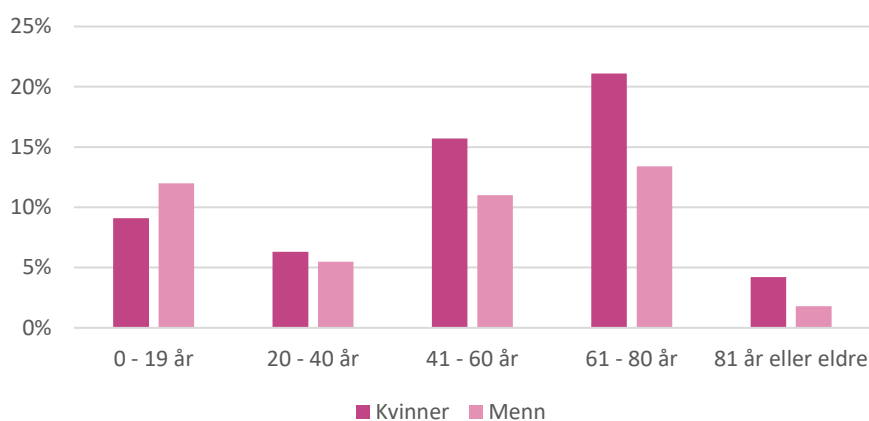
Alderen på personer som har fått ortopediske hjelpemidler i 2017 varierer fra 0 til 112 år (gjennomsnitt 49 år, median 55 år, typetall 71 år) (se Figur 34). Standardavviket for alderen er 25 år og antyder stor variasjon rundt gjennomsnittsverdien også for ortopediske hjelpemidler. Tallene viser at det er markant økning i behov for ortopediske hjelpemidler fra 40 år og eldre (jf. Figur 34). Også i alderen 3 til 15 år tildeles det et betydelig antall ortopediske hjelpemidler, mens det fra 18 til 40 år ligger stabilt lavt. Fra 81 år og eldre tildeles det lite ortopediske hjelpemidler. Menn tildeles flere ortopediske hjelpemidler i aldersgruppen 0-19 år, mens kvinner mottar mest i de andre aldersgruppene (Figur 35).

Aldersmessig ser det ut til å være to grupper som mottar ortopediske hjelpemidler:

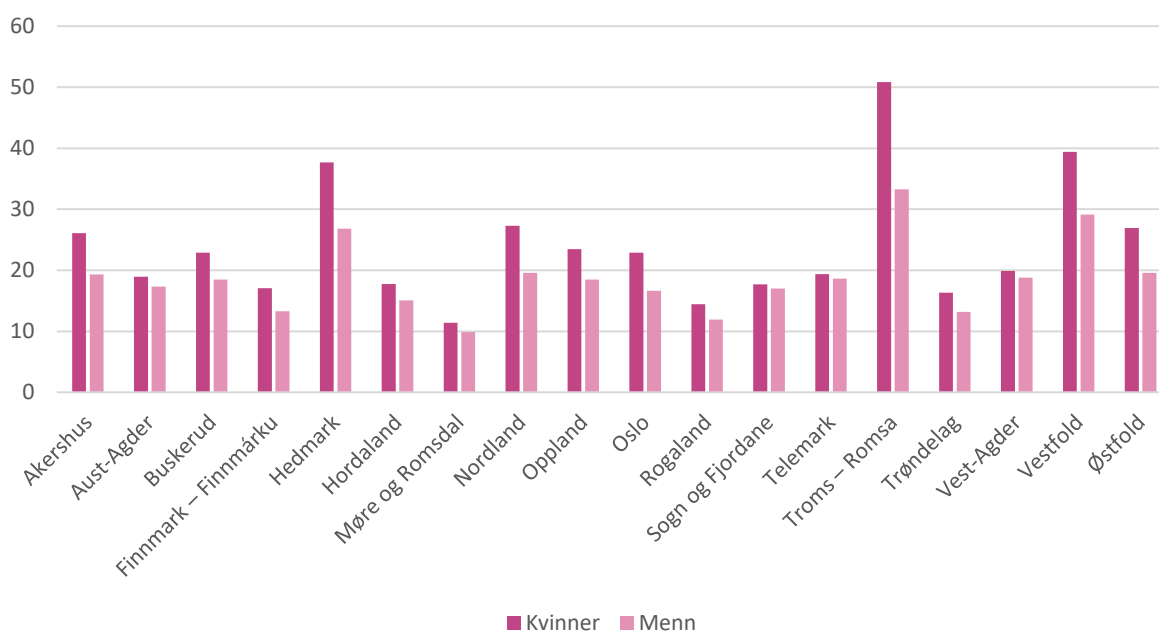
- 1) De som er født med et behov eller en skade som bør rettes opp når de fortsatt er barn
- 2) De som har utviklet en slitasje eller påført seg en skade etter en del år i arbeidslivet eller ved annen aktivitet.



Figur 34: Aldersfordeling av tildelte ortopediske hjelpemidler i 2017 (n=216177)



Figur 35: Andel av utleverte ortopediske hjelpemidler i 2017 etter alder og kjønn



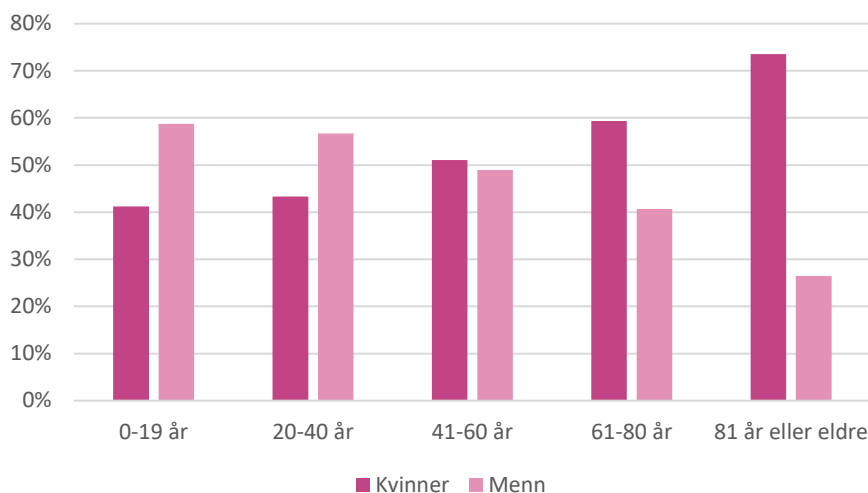
Figur 36: Tildelte ortopediske hjelpemidler i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

Det er ganske jamt antall tildelinger per 1000 innbygger mellom fylkene (Figur 36), men analysene viser at det tildeles klart flere ortopediske hjelpemidler per 1000 innbygger i Troms. Også i Hedmark og Vestfold tildeles det noe mer ortopediske hjelpemidler per 1000 innbygger enn i øvrige fylker. Det tildeles færrest ortopediske hjelpemidler i Møre og Romsdal.

Nedenfor redegjøres det for de ulike produktkategoriene. Her vil dere se at det er store forskjeller i tildeling av de ulike typene ortopediske hjelpemidlene per fylke. For eksempel tildeles flere ortoser i befolkningsrike fylker som Oslo, Akershus, Hordaland og Trøndelag. Hvorfor denne type skjevdeling forekommer krever betydelig mer forskning enn denne kartleggingen legger til rette for. Vi vil derfor fremme noe av potensialet som ligger i registerdataene med tanke på fremtidig forskning og utvikling på området i det avsluttende kapittelet.

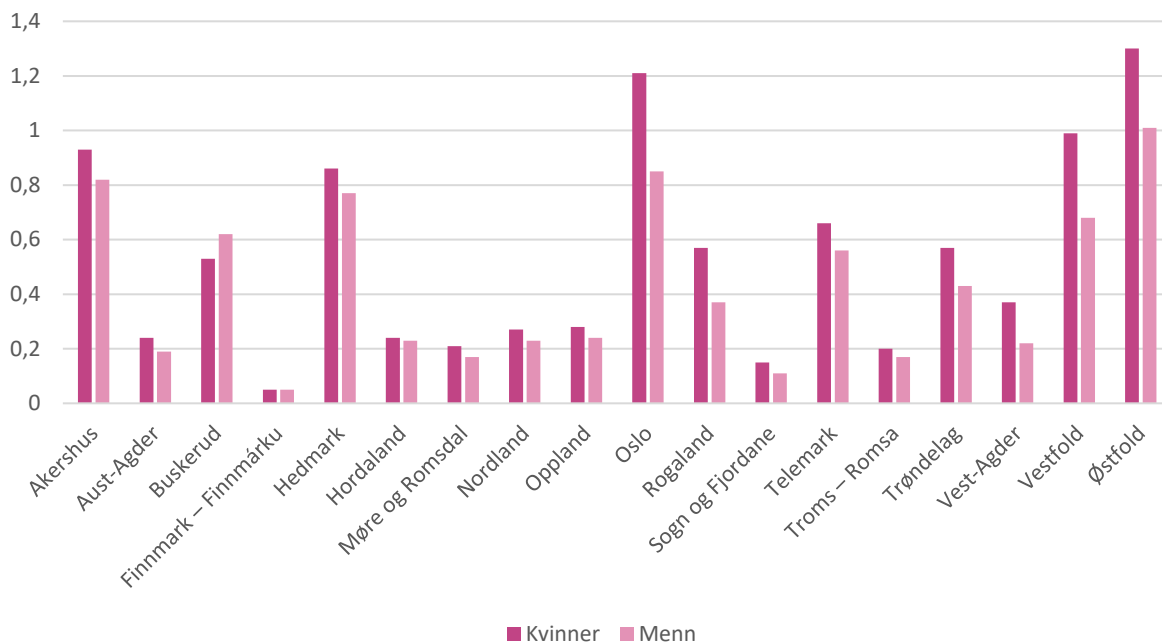
ORTOPEDISK FOTTØY

I 2017 ble det utlevert 10 678 **individuell produserte ortopediske fottøy**. Av disse var 56 % utlevert til kvinner og 44 % til menn. Det var flere menn enn kvinner som mottok individuelt produsert ortopediske fottøy i alderen 0-40 år, mens det var flere kvinner enn menn fra 40 år og eldre (Figur 37).



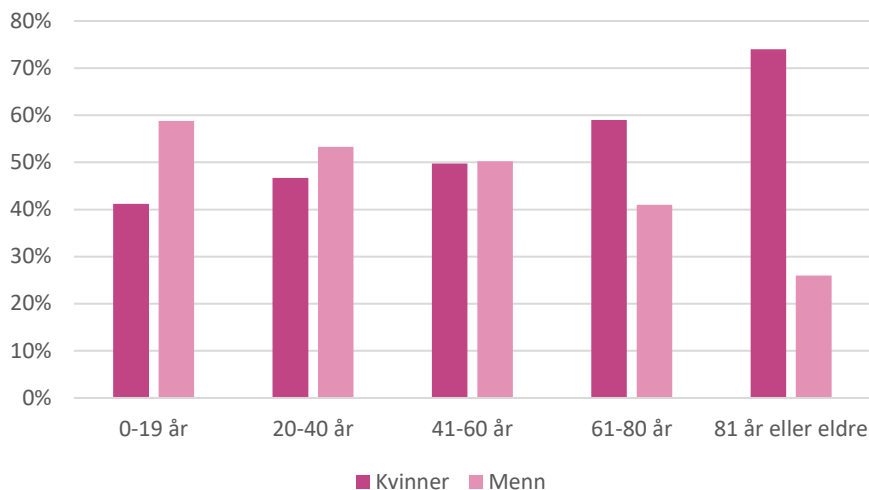
Figur 37: Prosentandel av utleverte individuell produserte ortopediske fottøy i 2017 etter alder og kjønn.

Det er stor variasjon mellom fylkene på antall tildelte individuell produserte ortopediske fottøy per 1000 innbyggere (Figur 38). Vi ser for eksempel at flere fylker på Østlandet, spesielt Østfold og Oslo, tildelte betydelig mer per 1000 innbygger enn på Vestlandet, Sørlandet og i Nord-Norge.



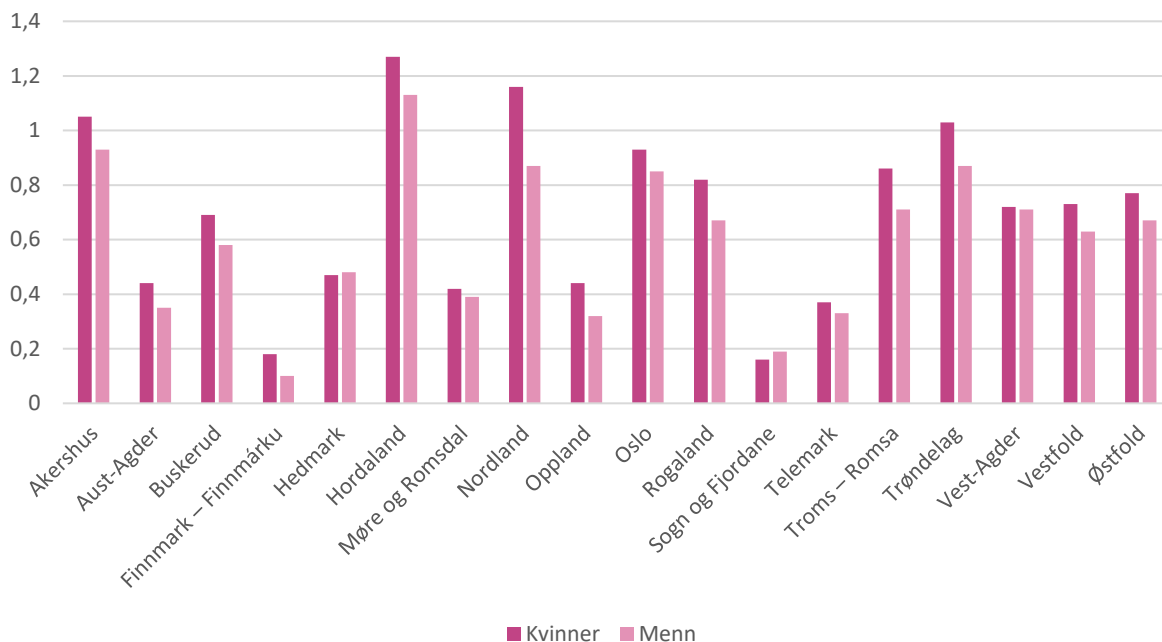
Figur 38: Utleverte individuell produserte ortopediske føttøy i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

I 2017 ble det utlevert 14 313 **oppbygging/ombygging av alminnelig føttøy eller spesialføttøy**. Av disse var 54 % utlevert til kvinner og 46 % til menn. Menn mottar flest hjelpemidler i kategorien fra 0-40 år, mens kvinner mottar flest fra 60 år og eldre (Figur 39).



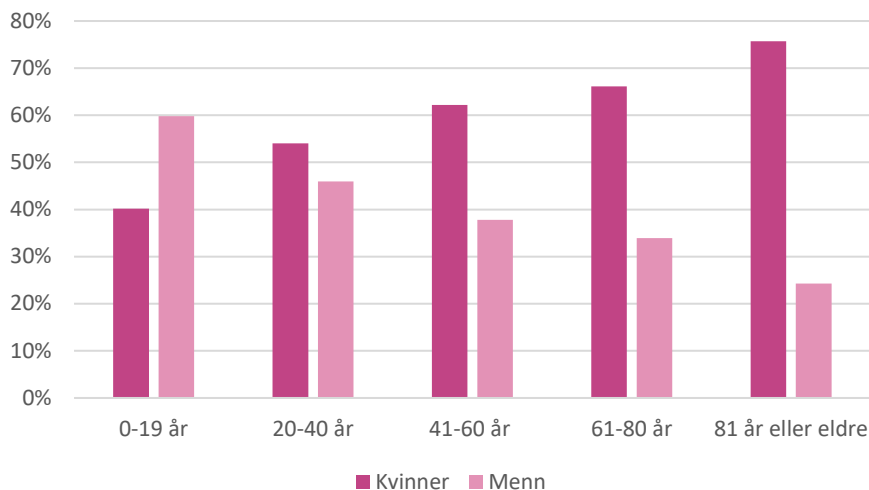
Figur 39: Prosentandel av utleverte oppbygging/ombygging av alminnelig føttøy eller spesialføttøy i 2017 etter alder og kjønn.

Fylkesvis er det store forskjeller i hvor mange hjelpemidler i kategorien som tildeles per 1000 innbyggere (Figur 40). Hordaland tildeler flest, mens Finnmark tildeler færrest.



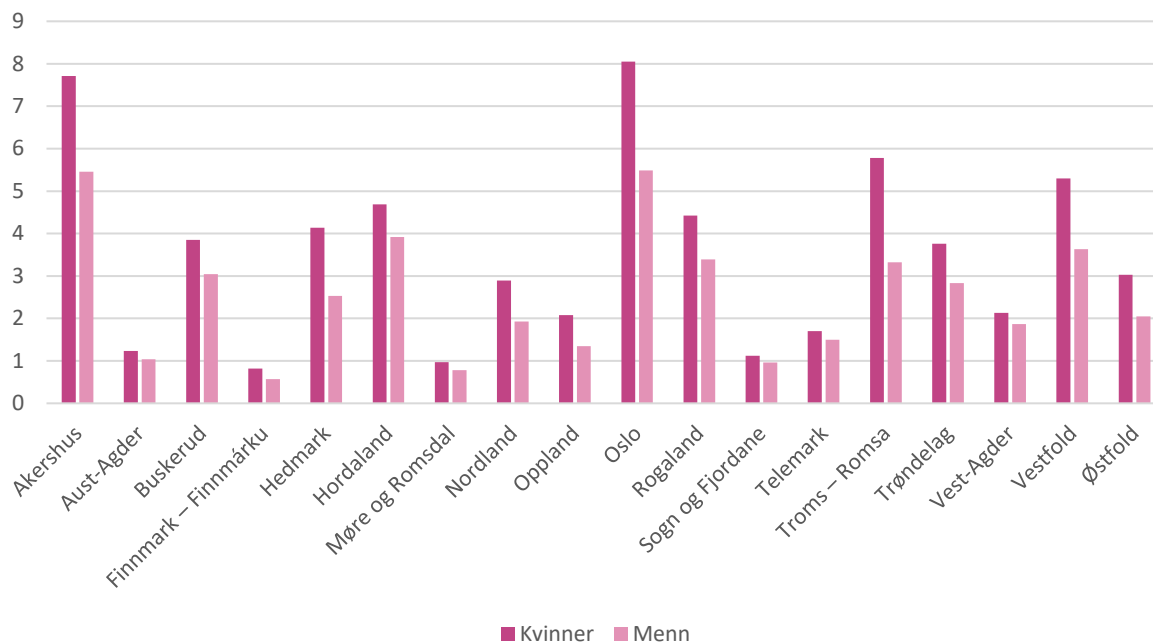
Figur 40: Utleverte oppbygging/ombygging av alminnelig fottøy eller spesialfottøy i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

I 2017 ble det utlevert 67 156 **spesialfottøy**. Av disse var 58 % utlevert til kvinner og 42 % til menn, hvor menn mottar flest i aldersgruppen 0-19 år, mens kvinner mottar flest fra 20 år og eldre (Figur 41). Det er en betydelig overvekt av kvinnelige mottakerne i alderen 60 år og eldre.



Figur 41: Prosentandel av utleverte spesialfottøy i 2017 etter alder og kjønn.

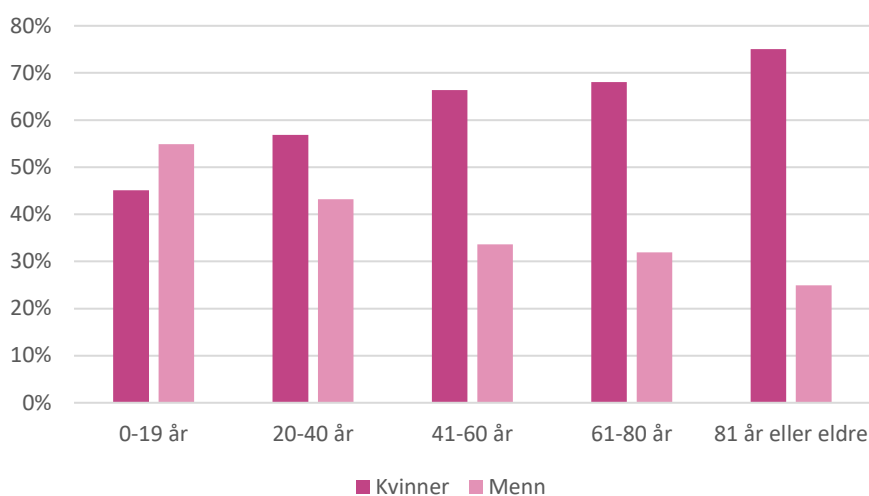
Det er store forskjeller mellom fylkene i antall tildelte spesialfottøy per 1000 innbygger (Figur 42). Oslo og Akershus tildeler atskillig flere enn de øvrige fylkene.



Figur 42: Utleverte spesialfottøy i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

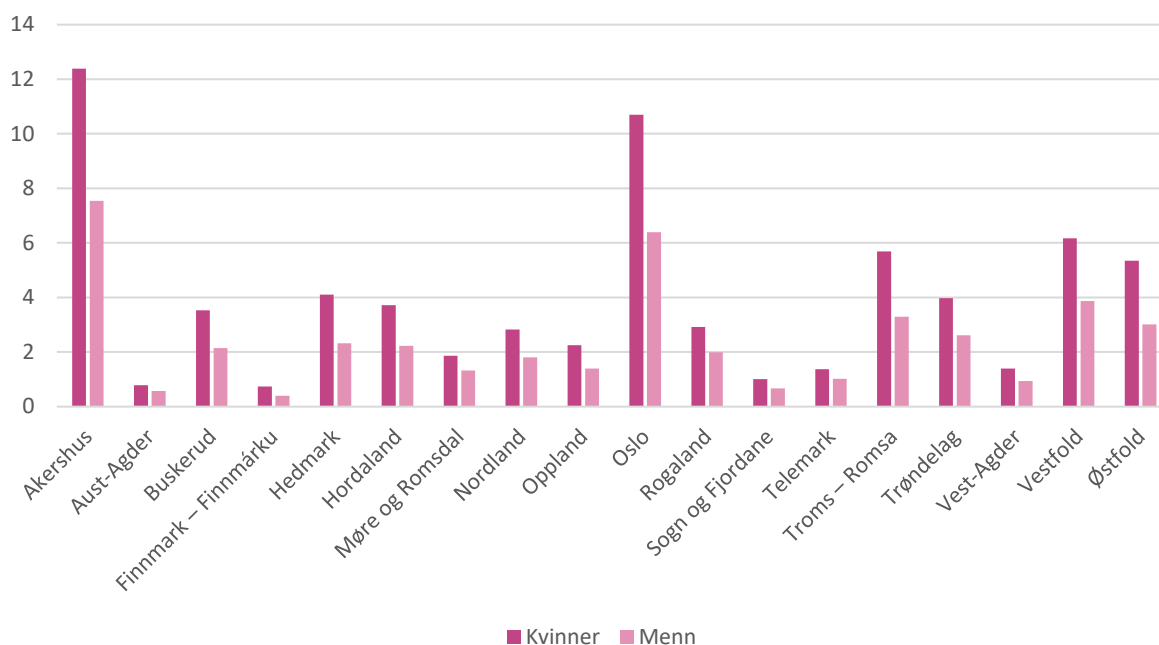
ORTOSER

I 2017 ble det utlevert 70 210 **fot-ortoser**. Av disse var 62 % utlevert til kvinner og 38 % til menn. I aldersgruppen 0-19 år er det flest tildelinger til gutter, mens det fra 20 år og eldre er flest tildelinger til kvinner (Figur 43).



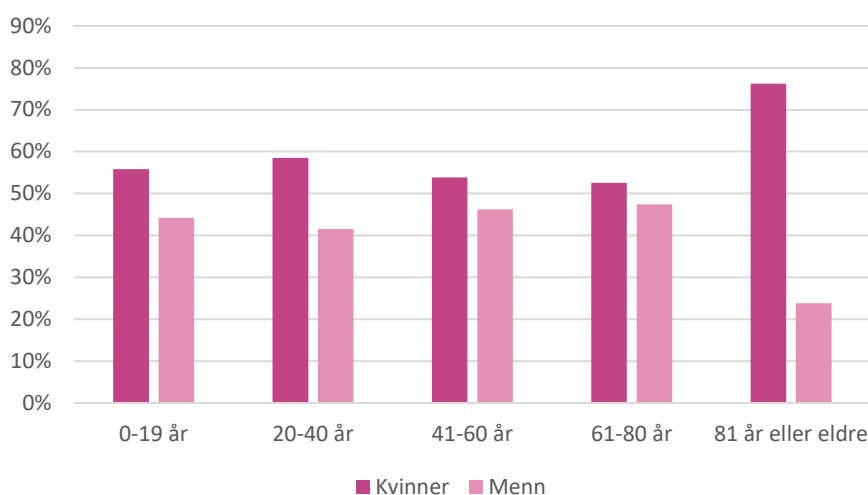
Figur 43: Prosentandel av utleverte fot-ortoser i 2017 etter alder og kjønn

Fylkesvis ser vi at det tildeles klart flest fot-ortoser per 1000 innbyggere i Oslo og Akershus, nesten dobbelt så mange tildelinger per 1000 innbyggere enn i øvrige fylker (Figur 44).



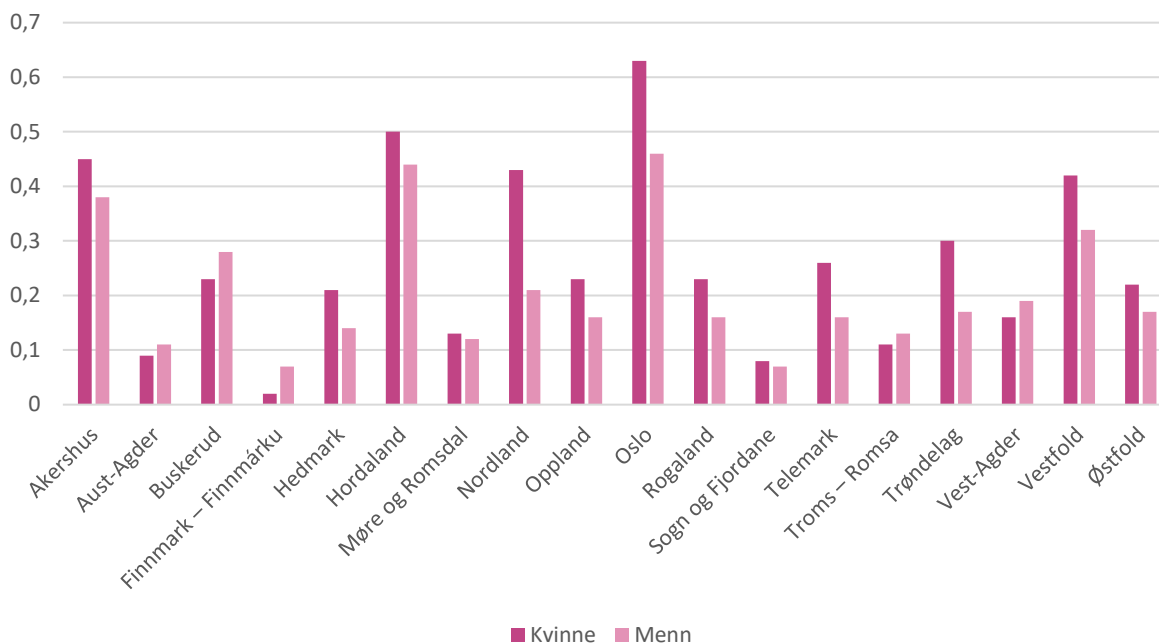
Figur 44: Utleverte fot-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

I 2017 ble det utlevert 5 188 **hofte/lår/kne-ortoser**. Av disse var 56 % utlevert til kvinner og 44 % til menn, og kvinner mottar flest i alle aldergrupper (Figur 45).



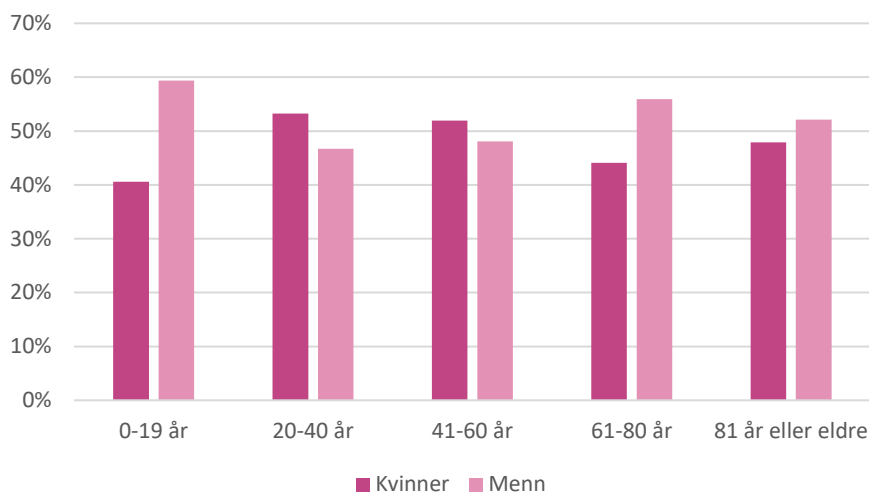
Figur 45: Prosentandel av utleverte hofte/lår/kne-ortoser i 2017 etter alder og kjønn.

Det er store fylkesvise forskjeller i tildeling av hofter/lår/kne-ortoser, men flest tildeles i Oslo og færrest i Finnmark (Figur 46).



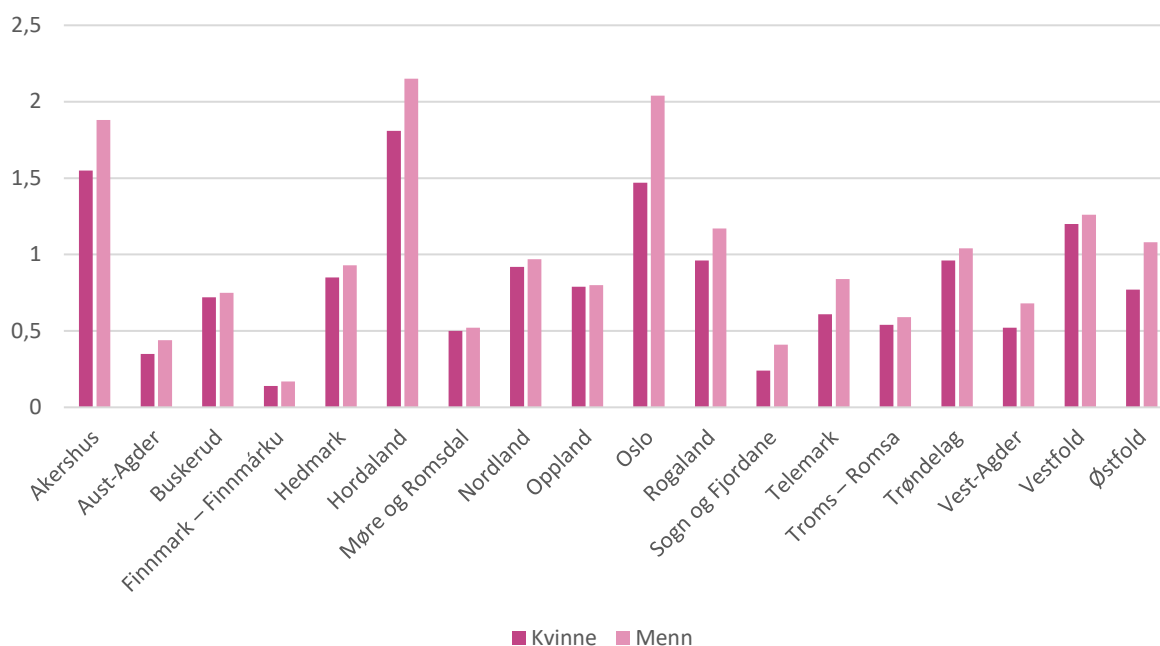
Figur 46: Utleverte hofter/lår/kne-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

I 2017 ble det utlevert 20 035 **legg/ankel-ortoser**. Av disse var 46 % utlevert til kvinner og 54 % til menn. Menn mottar flest i alderen 0-19 år og fra 60 år og eldre, mens kvinner mottar litt flere i alderen 20-60 år (Figur 47).



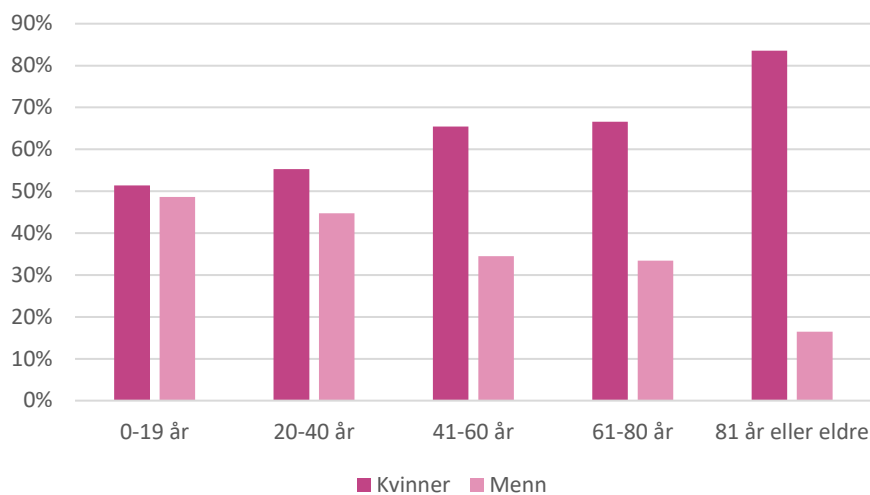
Figur 47: Prosentandel av utleverte legg/ankel-ortoser i 2017 etter alder og kjønn.

Det utleveres flest legg/ankel-ortoser i Hordaland og færrest i Finnmark (Figur 48).



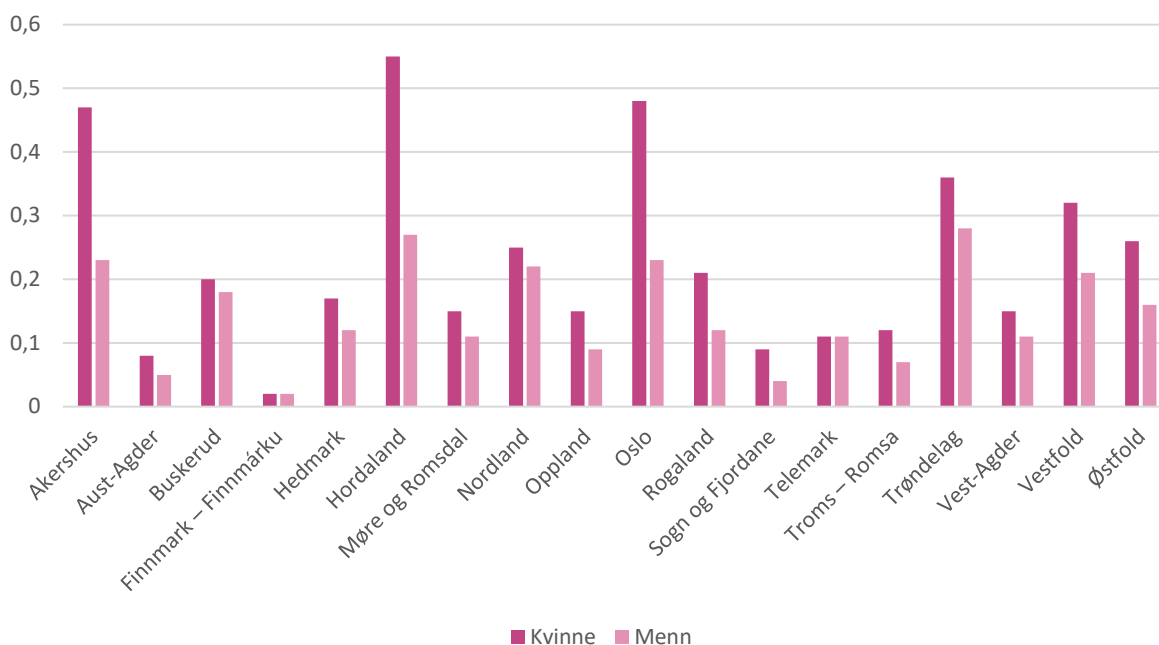
Figur 48: Utleverte legg/ankel-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

I 2017 ble det utlevert 4 136 **rygg/hals**-ortoser. Av disse var 61 % utlevert til kvinner og 39 % til menn, hvor kvinner får flest i alle aldersgrupper (Figur 49).



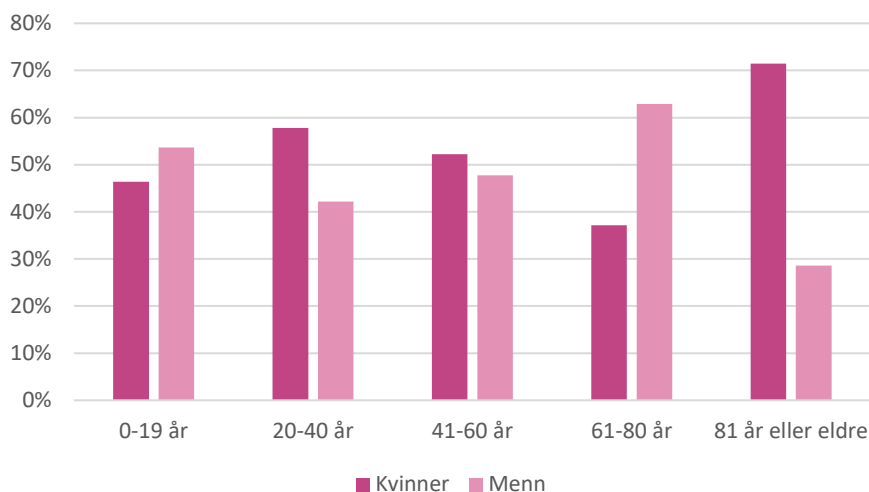
Figur 49: Prosentandel av utleverte rygg/hals-ortoser i 2017 etter alder og kjønn.

Det er flest utleveringer av rygg/hals-ortoser i Hordaland, Oslo og Akershus, mens det tildeles klart færrest i Finnmark (Figur 50).



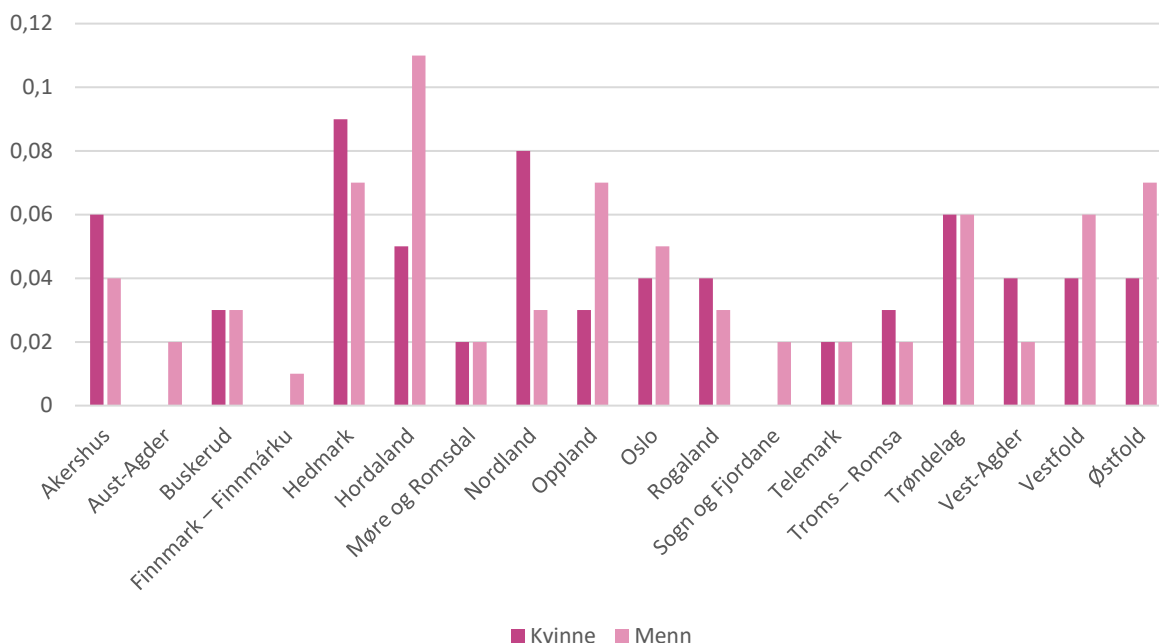
Figur 50: Utleverte rygg/hals-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

I 2017 ble det utlevert 883 **skulder/overarm/arm-ortoser**. Av disse var 61 % utlevert til kvinner og 39 % til menn. Det ble tildelt flest i kategorien til menn i alderen 0-19 år og 61-80 år, mens kvinner mottok flest i de andre aldersgruppene (Figur 51).



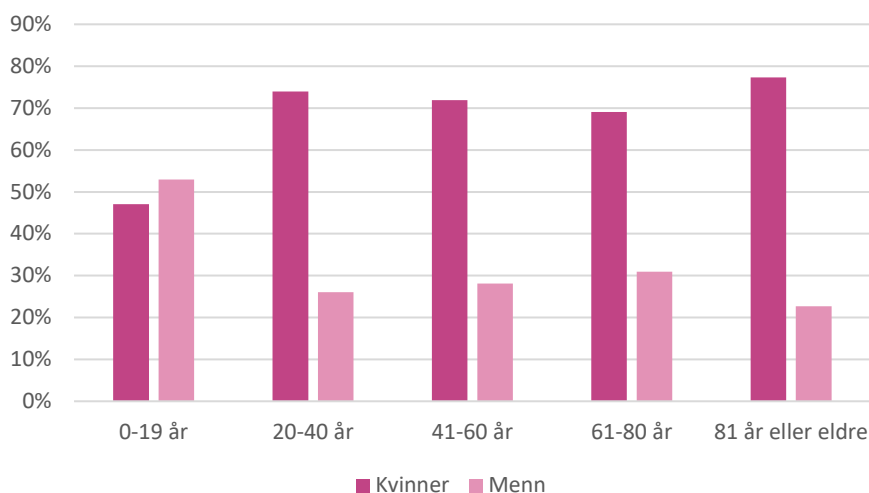
Figur 51: Prosentandel av utleverte skulder/overarm/arm-ortoser i 2017 etter alder og kjønn

Det er store ulikheter mellom fylkene i tildeling per 1000 innbygger, og store forskjeller i tildeling på kjønn mellom fylkene. For eksempel tildeles betydelig flere skulder/overarm/arm-ortoser til menn i Hordaland og Oppland, mens det i Aust-Agder, Finnmark og Sogn og Fjordane kun er tildelt til menn (Figur 52). I Nordland er det derimot atskillig flere kvinner som har fått utlevert skulder/overarm/arm-ortoser enn menn.



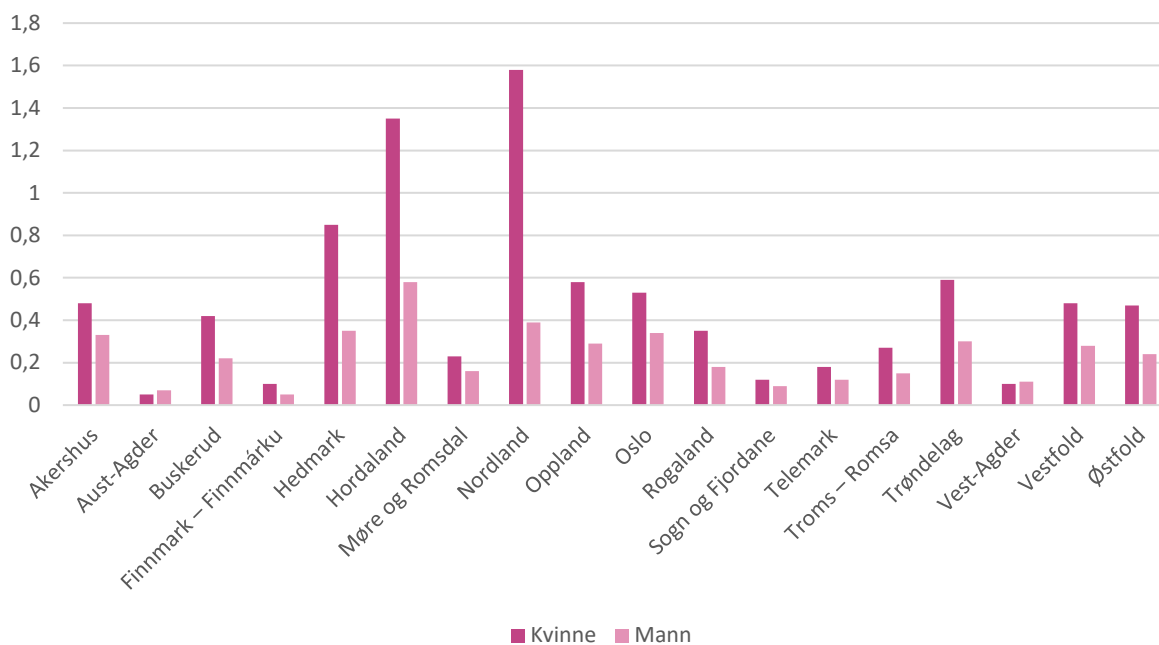
Figur 52: Utleverte skulder/overarm/arm-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

I 2017 ble det utlevert 7 968 **underarm/hånd-ortoser**. Av disse var 67 % utlevert til kvinner og 33 % til menn, hvor av kvinner får tildelt atskillig flere underarm/hånd-ortoser i alle aldersgrupper unntatt i alderen 0-19 år (Figur 53).



Figur 53: Prosentandel av utleverte underarm/hånd-ortoser i 2017 etter alder og kjønn.

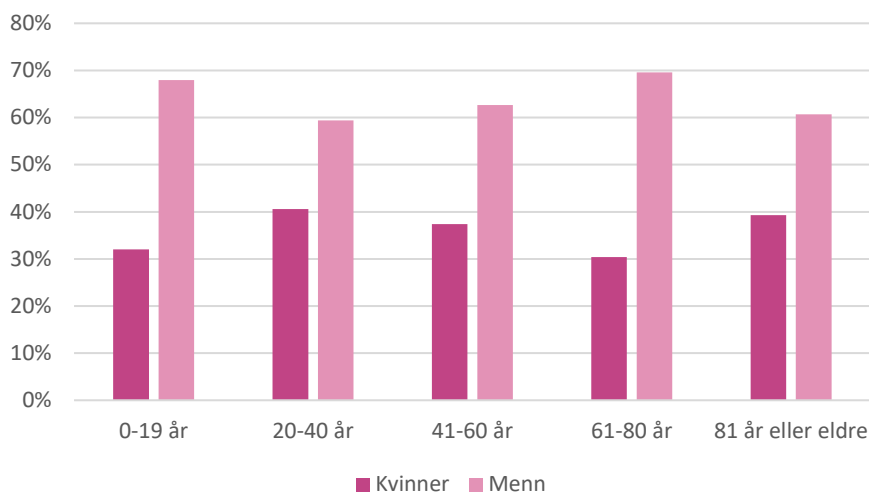
Det er store fylkesvise forskjeller i tildeling, men det utleveres klart flest i Nordland og Hordaland (Figur 54).



Figur 54: Utleverte underarm/hånd-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

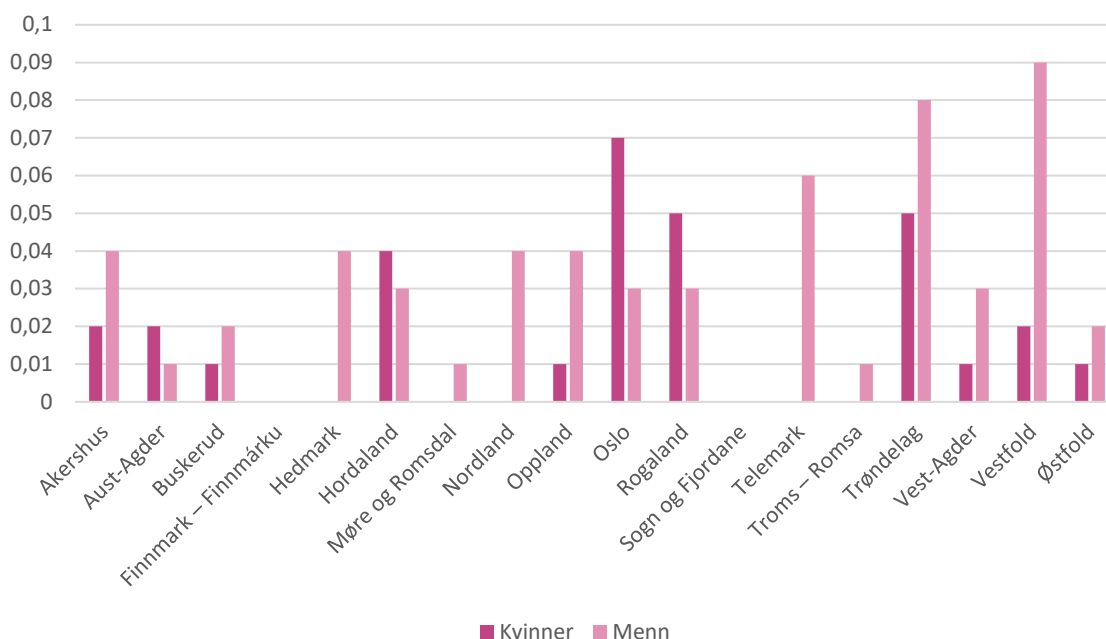
PROTESER

I 2017 ble det utlevert 576 **fot-proteser**. Av disse var 35 % utlevert til kvinner og 65 % til menn, hvor av menn får tildelt flest i alle aldersgrupper (Figur 55). Også i aldergruppen 81 år og eldre, der vi vet at det er betydelig færre antall menn enn kvinner.



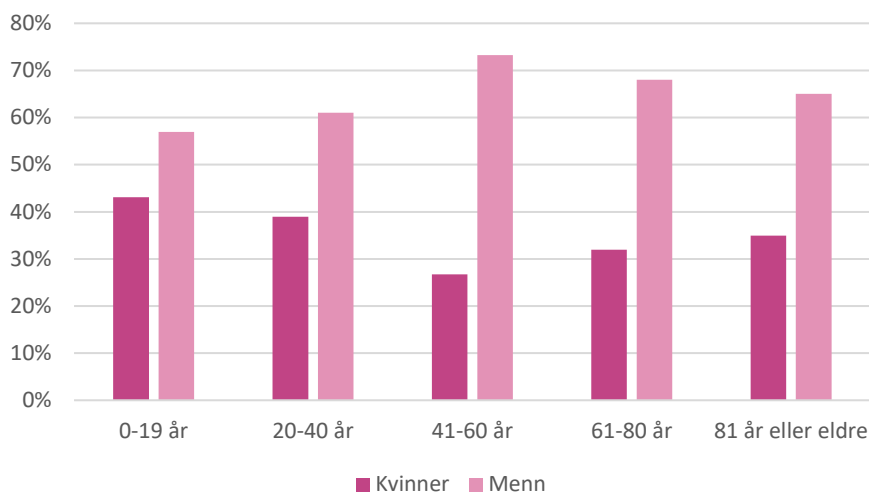
Figur 55: Prosentandel av utleverte fot-proteser i 2017 etter alder og kjønn.

Fylkesvis ser vi at det er store forskjeller, hvor det tildeles flest fot-proteser i Vestfold og Trøndelag (Figur 56). I Rogaland, Oslo og Hordaland tildeles det flest til kvinner, mens menn har fått utlevert flest i de andre fylkene. Ingen fot-proteser er utlevert i Finnmark og Sogn og Fjordane.



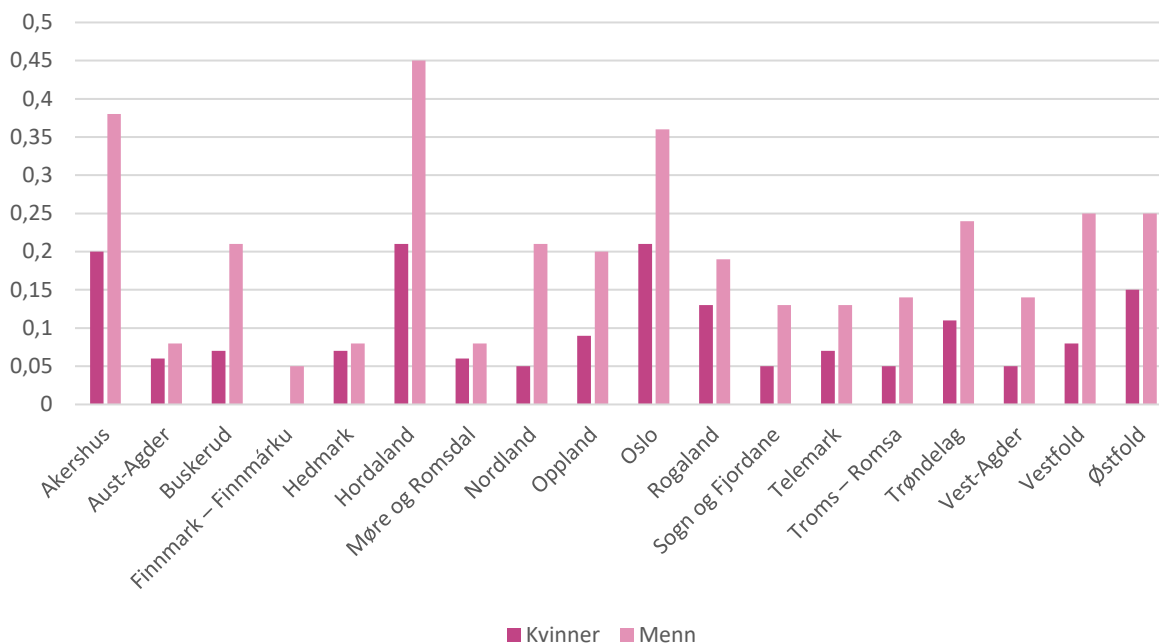
Figur 56: Utleverte fot-proteser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

I 2017 ble det utlevert 3 253 **hofte/lår/kne-proteser**. Av disse var 32 % utlevert til kvinner og 68 % til menn, hvor av menn har fått tildelt flest i alle aldersgrupper (Figur 57).



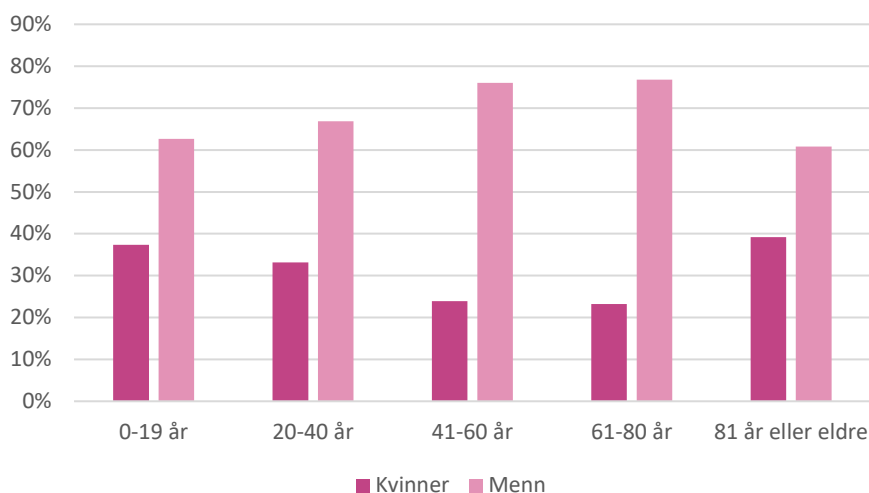
Figur 57: Prosentandel av utleverte hofte/lår/kne-proteser i 2017 etter alder og kjønn.

Det tildeles flest hofte/lår/kne-proteser i Hordaland, og menn mottar flest i alle fylker (Figur 58).



Figur 58: Utleverte hofte/lår/kne-proteser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

I 2017 ble det utlevert 6 757 **legg/ankel-proteser**. Av disse var 27 % utlevert til kvinner og 73 % til menn, hvor av det tildeles flest til menn i alle aldersgrupper (Figur 59).



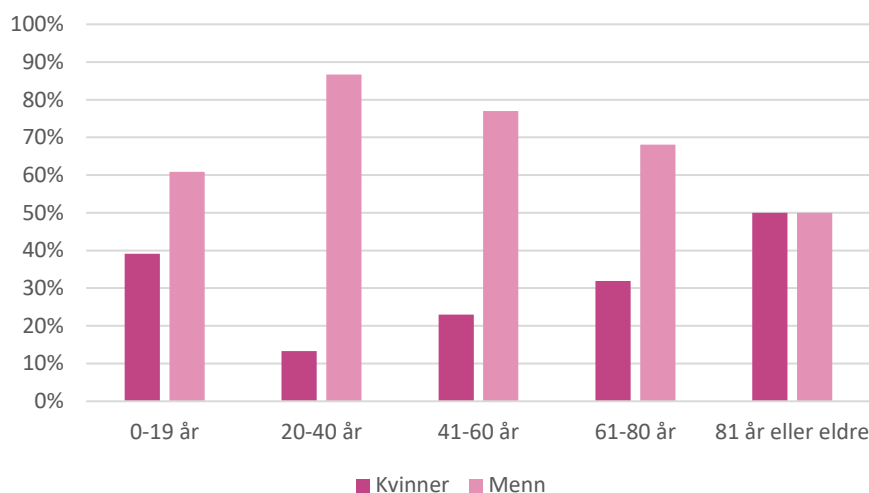
Figur 59: Prosentandel av utleverte legg/ankel-proteser i 2017 etter alder og kjønn.

Det er store fylkesvise forskjeller, men Hordaland tildeler klart flest og med stor overvekt til menn (Figur 60).



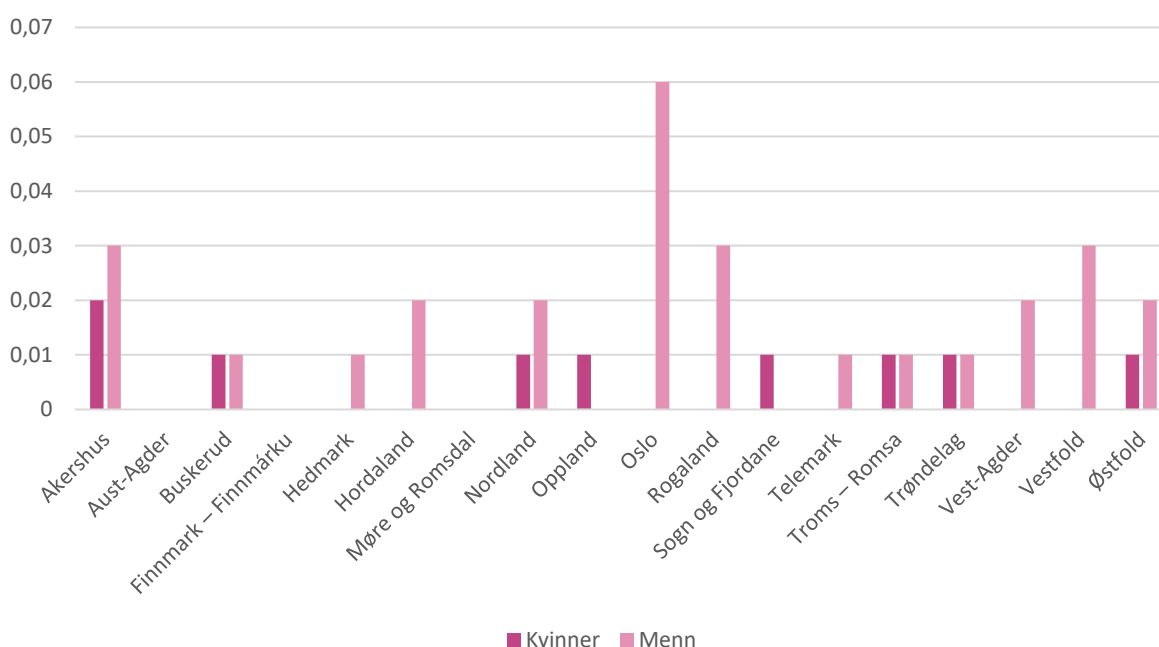
Figur 60: Utleverte legg/ankel-proteser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

I 2017 ble det utlevert 245 **skulder/overarm/albue-proteser**. Av disse var 25 % utlevert til kvinner og 75 % til menn. Det ble tildelt flest til menn i alle alderskategorier, med unntak av fra 81 år og eldre hvor det var like mange tildelinger til menn og kvinner (Figur 61).



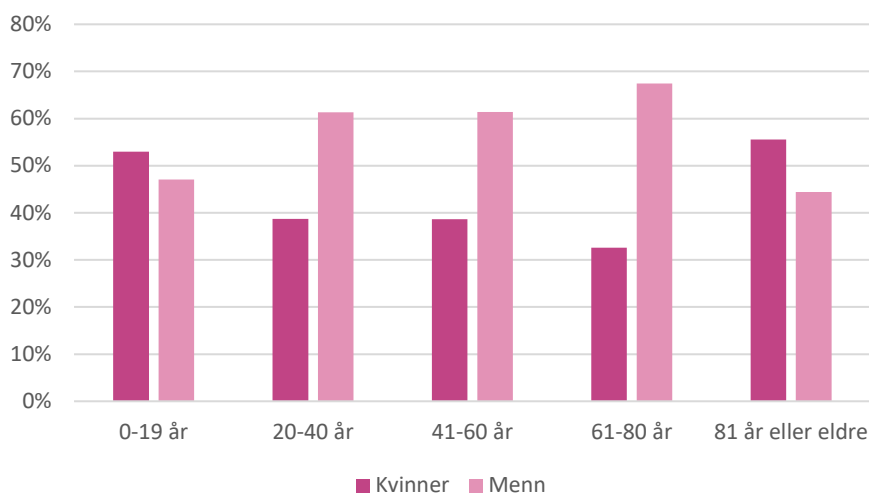
Figur 61: Prosentandel av utleverte skulder/overarm/albue-proteser i 2017 etter alder og kjønn.

Det ble tildelt klart flest skulder/overarm/albue-proteser i Oslo. Tildelingene var utelukkende til menn i Oslo (Figur 62).



Figur 62: Utleverte skulder/overarm/albue-proteser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

I 2017 ble det utlevert 2 727 **underarm/hånd-proteser**. Av disse var 41 % utlevert til kvinner og 59 % til menn, hvor kvinner ble tildelt flest i aldersgruppen 0-19 år og 81 år og eldre. Menn mottok flest i alderen 20-80 år (Figur 63).



Figur 63: Prosentandel av utleverte underarm/hånd-proteser i 2017 etter alder og kjønn.

Det er store fylkesvise forskjeller, men det ble tildelt flest underarm/hånd-proteser per 1000 innbygger i de mest folkerike fylkene – Oslo, Rogaland, Trøndelag, Hordaland og Akershus (Figur 64).



Figur 64: Utleverte underarm/hånd-proteser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

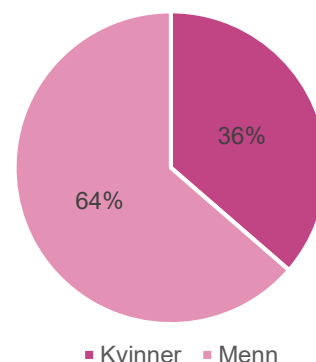
ANALYSER OG FUNN AV SEKSUALTEKNISKE HJELPEMIDLER

Nedenfor er en presentasjon av data for seksualtekniske hjelpemidler fra registeret for personlige hjelpemidler hos NAV Virkemiddelseksjonen.

I 2017 ble det tildelt 1878 seksualtekniske hjelpemidler. Av disse ble 36% tildelt kvinner og 64% til menn (Figur 65 og Tabell 22).

Rekvisisjon på seksualtekniske hjelpemidler registreres hos Virkemiddelseksjonen hos NAV. Det registreres ikke informasjon om alder eller bosted, og kan derfor bare analyseres med hensyn til kjønn basert på kategorien hjelpemiddel. Seksualtekniske hjelpemidler inkluderer ereksjonshjelpemidler, vibratorer og massasjestyrt (jf. Tabell 3).

Basert på de registrerte dataene som foreligger er det følgelig ikke mulig å gjøre en mer detaljert analyse av resultatene. Vi har allikevel inkludert seksualtekniske hjelpemidler i analysen, da fokusgruppeintervjuene bidro til mye interessant informasjon på området. Data viser at det er betydelig flere menn enn kvinner som mottar seksualtekniske hjelpemidler, dette ser vi på som en interessant bakgrunnsinformasjon for den videre kvalitative analysen.



Figur 65: Andel av tildelte seksualtekniske hjelpemidler i 2017 fordelt på kjønn.

Tabell 22: Tildelte seksualtekniske hjelpemidler i 2017

	Kvinner	Menn	Total
Andel av tildelte seksualtekniske hjelpemiddel	36,37 %	63,63 %	100,00 %
Tildelte seksualtekniske hjelpemidler	683	1195	1878

KAPITTEL 3: FUNN FRA FOKUSGRUPPEINTERVJUENE

Intervjuene viser at brukere og hjelpemiddelformidlerne påvirkes av tradisjoner og holdninger knytta til kjønn. Informantene ønsker ikke nødvendigvis at det skal være slik, men ubevisst påvirkes de. Det som overrasker informantene mest er at det er ulik praksis mellom fylker og kommuner, fordi regelverket tolkes forskjellig, noe som skaper ulik prioritering.



I følgende kapittel gis det en gjennomgang av de kvalitative intervjuene, der første og andre intervjurunde presenteres hver for seg. Gjennomgangen av første intervjurunde følger ikke intervjuguidene mekanisk, men er sortert i henhold til hovedtematikk som ble drøftet. Det ble skilt ut tre hovedtemaer: 1) ansvarsfordeling og prioritering, 2) brukere og pårørendes medvirkning, og 3) omorganisering av hjelpemiddelsystemet.

I andre intervjurunde fulgte vi intervjuguiden noe mer mekanisk, fordi utgangspunktet var resultatene fra den kvantitative undersøkelsen. Det ble skilt ut tre hovedtemaer for diskusjon: 1) motoriserte hjelpemidler, 2) hjelpemidler for mat og drikke, og 3) mosjons- og idrettsutstyr. I tillegg har vi inkludert informantenes reaksjoner på deltakelsen i prosjektet og hvilken oppfatning de selv sitter igjen med.

FØRSTE INTERVJURUNDE

I februar 2018 gjennomførte vi fem fokusgruppeintervjuer med til sammen 26 informanter som skissert under metodekapittelet. Intervjuene ble gjennomført i forkant av den kvantitative undersøkelsen. Målet var å få innsikt i prosessene for hjelpemiddelformidling. Med det mener vi kunnskap om hva hjelpemiddelformidlerne legger til grunn for behovsvurderingen ved tildeling, samt hvilke prioriteringer de gjør og forholder seg til. Herunder kom også spørsmål om prioritering knytta til kjønn, alder, bosted og diagnose. Vi ønsket også mer kunnskap om hvordan de opplever samarbeidet mellom kommunen, hjelpemiddelsentralen og spesialisthelsetjenesten.

I tillegg ønsket vi å finne ut hva informantene i de ulike etatene mente om en eventuell omorganisering av hjelpemiddelsystemet. Da prosjektet ble iverksatt var hjelpemiddelsystemet ute til vurdering av et ekspertutvalg (Hjelpemiddelutvalget, 2017). Regjeringen hadde i forbindelse

med kommunereformen foreslått å gjennomføre en helhetlig gjennomgang av hjelpemiddelsystemet med sikte på å overføre oppgaver fra hjelpemiddelsentralene til større kommuner (St.meld.nr.14, 2014-2015). Hjelpemiddelutvalgets flertall og forslag til omorganisering ble sterkt kritisert i høringsrunden av både kommuner og brukerorganisasjoner (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017).

Forslaget om omorganisering ser foreløpig ikke ut til å være avklart. Vi valgte å beholde spørsmålsstillingen om eventuell omorganisering i intervjurunden, da vi mente at svarene kunne bidra til å synliggjøre hvordan informantene og de ulike etatene forholdt seg til spørsmålet, og hva de vektla som problematisk eller bra ved endring av systemet slik det er i dag. Det foreligger flere rapporter for vurdering av hjelpemiddelsystemet basert på hjelpemiddelutvalgets rapport som er aktuelle for diskusjonene i fokusgruppeintervjuene (Hjelpemiddelutvalget, 2017; Agenda Kaupang, 2017; Pedersen et al., 2017).

ANSVARSFORDELING OG PRIORITERING

Fokusgruppeintervjuene viste at det var en klar forståelse hos informantene om hvilken rolle de har og hvilke oppgaver de skal utføre. Samtidig ser vi at enkelte områder som aktivitetshjelpemidler og seksualtekniske hjelpemidler nedprioriteres av ulike årsaker, som manglende kunnskap og prioriteringer i hjelpemiddelsystemet.

Gjennom intervjuene fikk vi innsikt i den overordna strukturen i hjelpemiddelformidlingen. I spørsmålet om oppfølging av hjelpemidler er alle enige i at dette var kommunens ansvar og at det er viktig at ansvaret ligger der, ettersom de har direkte kontakt med mottakerne. Det samme gjelder også den første behovsvurderingen som foretas av ergoterapeuter i kommunen ofte hjemme hos bruker.

Vi ser imidlertid en forskjell i hvordan kommunene, hjelpemiddelsentralene og spesialisthelsetjenestene forholder seg til skjønn i behovsprøvingen og prioritering. Hjelpemiddelsentralene påpeker at det er klare føringer på at hjelpemidler for å stå i arbeid og utdanning er prioritert. Dette henger tydelig sammen med at hjelpemiddelsentralene er plassert under arbeids- og velferdsforvaltningen NAV. Også NAV Styringsenheten påpekte dette i innledende møter for prosjektet. Hjelpemiddelsentralene var imidlertid tydelige på at for å kunne stå i arbeid og utdanning måtte hverdagen fungere. Derfor er også hjelpemidler for hverdagen en viktig prioritering fra deres side. I intervju med de kommuneansatte kom det frem at det å løse hverdagen for pasienten/brukeren var det viktigste for deres prioritering. Spesialisthelsetjenesten var mest opptatt av hverdagen og at de skulle kunne delta på lik linje med andre både hjemme og på fritiden.

Nei, det er faktisk sånn på hjelpemiddelområdet, at det er ikke diagnosen alene som styrer om du får hjelpemidler. Det er behovet. Kanskje litt annerledes enn ellers i NAV vil jeg si. Vi ser på det faktiske behovet, og alvorlighetsgraden av den sjukdomskaden eller lyte som du har uavhengig av diagnose sånn i hovedsak.

Hjelpemiddelsentralene var opptatt av at det til enhver tid gjøres skjønn i behovsvurderingen, fordi alle brukere er forskjellige og har ulike behov. Dette fører til at en med samme diagnose ikke nødvendigvis trenger de samme hjelpemidlene.

I tillegg til skjønn er det også forskjell i tolking av regelverket, dessverre. Forskjeller fra sentral til sentral, og også innafor hver hjelpemiddelsentral. Det har med personlighet å gjøre. Det skal jo være likt, men vi oppfatter ting forskjellig. Alle mennesker er forskjellige.

Samtlige informanter oppgir imidlertid av prioriteringslisten i henhold til rammeavtaler for hjelpemidler er avgjørende for valg av hjelpemidler. De fleste opplever at førstevalget oppfyller behovet til bruker tilfredsstillende i tillegg til at de kjenner disse produktene best. Eventuelle prioriteringer lengre ned på lista må begrunnes godt.

Det finnes en database med mye utstyr som det kan søkes på (hjelpemiddeldatabasen). Det som er den største utfordringa, er jo at det er en del utstyr som er kjent og godt utprøvd som det er gode erfaringer knyttet til det. Annet utstyr kjenner vi ikke til i det hele tatt, men ligger i sortimentet. Det er forskjellige regler knyttet til utstyr som er godkjent og prisforhandlet med NAV, annet ikke. Vi forholder oss mest til det som er prisforhandla. Det er det vi har fått tilbakemeldinger på fra NAV hjelpemiddelsentralen at vi skal gjøre. Det vi skal gjøre utenom, må vi begrunne i mye større grad, hvorfor du trenger akkurat denne tingen som ikke blir ivaretatt av det som er prisforhandlet allerede.

To særskilte prioriteringsområder

To prioriteringsområder stod sterkt både hos hjelpemiddelsentralene og i kommunene, det var barn og palliative pasienter. Alle informantene oppgir at barn er førsteprioritering, og at det er gitt klare føringer i hjelpemiddelsystemet på at barn skal prioriteres.

Hvis vi ikke har fokus på barn, da gjør vi ikke jobben vår.

Informantene opplyser også at det er viktigere å finne de beste løsningene for barn enn eldre, fordi med barn skal det forebygges for fremtidige endringer, mens for eldre er det midlertidig avlastning og tilrettelegging.

Jeg tror vi noen ganger velger enklere løsninger for eldre brukere. Det er kanskje ikke så viktig å forebygge for framtidige endringer på en som er 90 som på en som er 8.

Litt mer arbeid knytta til barn. Folk hiver seg litt mer rundt, få riktig tilpassning, hvilket hjelpemiddel det skal være, hvor spesifikt må det være, enn mot en nittiåring med lårhalsbrudd som skal ha seg sin første rullestol. Det er litt mer masseproduksjon for geriatrien og de litt eldre gruppene der. Mye er godt nok, men for barn eller unge, eller for yngre for utdanning eller arbeid, da er det viktig å være mer spot-on og litt mer nøye. Det er lettere å plukke ut hjelpemidler til eldre opplever jeg.

For barn tilstrebes det bedre løsninger enn for eldre, der det er mye standardisert utstyr. I intervju med kommunene kommer det også frem at de ofte velger løsninger og hjelpemidler som de kjenner godt. Ofte er dette knyttet til eldre brukere og de store hjelpemiddelkategoriene. Hjelpemidler til barn blir mer spesialisert og ofte er det hjelpemiddelsentralene og spesialisthelsetjenestene som bistår i behovsvurderingen, enten gjennom besøk i hjemmet eller veiledning over telefon.

For palliative pasienter handler det om å få ut hjelpemidlene raskt slik at hjelpemidlene er på plass når pasienten kommer hjem for å dø.

Vi har blitt enige om at vi kan få dø der vi vil være og da tilstreber vi at det lar seg gjøre og legge til rette for det.

I en av kommunene hadde de klare retningslinjer for prioritering av pasienter/brukere ved tildeling av hjelpemidler. Prioritering 1 er pasienter med raskt funksjonsfall, prioritering 2 er pasienter med funksjonsfall, men ikke like alvorlig. De i kategorien prioritering 3 har en diagnose, men haster ikke like mye. Informantene fra en annen kommune uttrykte også at presset er så stort på hjelpemidler at de må prioritere det som er viktigst der og da, og det er hverdagen. Prioriteringene fører til at aktivitetshjelpemidler i begge kommunene havner langt ned på prioriteringslisten for tildeling.

Aktivitetshjelpemidler

Spesialisthelsetjenesten og en av kommunene mente at hjelpemiddelsentralene helst ikke ville motta søknader for aktivitetshjelpemidler, og derfor kviet flere seg for å sende søknadene, selv om det var et klart behov. Flere av informantene var negative til 26 årsgrensen for retten til aktivitetshjelpemidler uten egenandel, og typen aktivitetshjelpemidler en kan få med egenandel etter fylte 26 år. Informantene fra spesialisthelsetjenesten mente for eksempel at flere av gruppene de arbeider med som mennesker med intellektuelle funksjonsnedsettelse, cerebral parese (CP) og Multipel sklerose (MS) ville ha stor nytte av aktivitetshjelpemidler for å være i aktivitet og beholde funksjon over tid.

(...) Når det gjelder den grensa på 26 år, så har jeg forstått det sånn at det er kun de som skal opprettholde fysisk aktivitet som får. Du får det ikke til annen type stimulering. Det er diskriminering på alder. Er du svakt fungerende, dårlig syn og alt det der, og må satse på vibrasjon og sånne ting, så får du ikke det med egenandel når du er over 26.

Og flere av våre diagnosegrupper, CP blant annet, dem vet vi at ikke bør overbelaste seg. Da tenker vi det er lurt med alternative hjelpemidler for dem brenner seg helt ut. Men det er vanskelig å få innvilget før de blir rullestolbrukere. Det er jo målet vårt at disse brukerne skal holde tiår på tiår, da må dem også avlastes, og trene på en skånsom måte. Istedenfor å trøle seg rundt.

Når du for eksempel jobber med en som har sansetap som syn og hørsel. Du trenger kanskje noe med vibrasjon. Det har jeg sjekka med hjelpemiddelsentralen og det får du ikke, selv med egenandel. Det må brukeren betale sjøl. Den ene jeg sjekke kosta for eksempel 7000, og det er ganske mye penger. Det

er et savn, det å kunne søke på aktivitetshjelpemidler. At ikke de som er veldig svakt fungerende kan få den type hjelpemidler med egenandel.

Det ble påpekt at spesielt aktivitetshjelpemidler skaper sosioøkonomiske forskjeller mellom brukere. Uføretrygdde vil for eksempel i stor grad ikke ha mulighet til å selv bekoste innkjøp av aktivitetshjelpemidler med egenandel og spesielt ikke de aktivitetshjelpemidlene de må fullfinansiere. Dette skaper forskjeller mellom de med nedsatt funksjonsevne som er i arbeid og har økonomi til å skaffe aktivitetshjelpemidler og de som har pårørende som kan bidra, sammenlignet med de som ikke har de mulighetene.

I kommunene var det generelt lite fokus på aktivitetshjelpemidler i diskusjonene. Et par informanter fra en av kommunene og en av hjelpemiddelsentralene mente imidlertid at 26-årsgrensen fører til at noen brukere hamstrer aktivitetshjelpemidler når de nærmer seg 26 år i tilfelle de kan få behov for det senere. Dette fører igjen, ifølge dem, til at det blir liggende mye ubrukte aktivitetshjelpemidler omkring og støver ned. Samtidig ser vi at hjelpemiddelsentralene prioriterer aktivitetshjelpemidler svært forskjellig.

Hjelpemiddelsentral 1 ser ut til å ha generelt lite fokus på området. De er allikevel opptatt av at sesongpregete hjelpemidler som sykler og ski utprøves i god tid før sesongen starter, slik at de rekker å behandle søknadene før sesongen er over. Hjelpemiddelsentral 2 arrangerer aktivitetsdager for hver av sesongene, der brukere inviteres gjennom kommunen til å prøve ut aktivitetshjelpemidler. Vi opplevde at denne hjelpemiddelsentralen oppfattet aktivitetshjelpemidler som viktig for brukerens livskvalitet og derfor hadde satt fokus på det, og prioriterte aktivitetshjelpemidler i større grad enn kommunene og den andre hjelpemiddelsentralen.

Seksualtekniske hjelpemidler

Under intervjuet fikk informantene et skjema hvor de skulle vurdere hva som er viktigst ved tildeling av hjelpemidler, altså prioritering. Vi hadde tatt med utdanning/arbeid, hverdagen, fritid og seksuell helse/seksualliv. Skjemaene var ment som et utgangspunkt for videre diskusjon. I gjennomgangen av prioritering ovenfor er det tydelig at fritid og seksuell helse ikke er en prioritet, med unntak av spesialisthelsetjenesten som gjerne vil tilby mer aktivitetshjelpemidler enn de gjør i dag.

Informantene forteller generelt om få henvendelser vedrørende seksualtekniske hjelpemidler. Kun tre informanter oppgir at de har mottatt spørsmål. Hjemmetjenesten får noen enkelte forespørsler, men ikke mange. Fastlegen oppgir at det er noe spørsmål, men da alltid fra menn og alltid knytta til medikamentell behandling som Viagra og lignende. Hjelpemiddelsentralene var mest opptatt av at dette ikke er noe de har ansvar for, og at de da ikke forholder seg til det.

Vi vet bare at vi ikke har noe ansvar for seksualtekniske hjelpemidler. Og da er det på en måte noe vi ikke går mer inn i heller.

Allikevel oppga informanten fra publikumsmottaket at det kom inn noen spørsmål vedrørende seksualtekniske hjelpemidler.

Vi får enkelt telefoner (med spørsmål om seksualtekniske hjelpemidler), men ikke mange. På fem år har jeg kanskje hatt 4-5 stykker. Så jeg har tatt ut et navn da på NAV, et hvor han som driver med dette her sitter, slik at jeg henvender folk som spør til han. Det er det eneste jeg har fått, men det var i 2013 og om han fortsatt driver med det vet jeg ikke.

Hjelpemiddelsentralene påpekte også at de treffer en del mennesker som de antar kan ha behov for seksualtekniske hjelpemidler for å ivareta sin seksuelle helse. Fordi det ikke er deres ansvar tas tematikken ikke opp med brukere og pasienter og det henvises ikke videre eller opplyses noe nærmere om rettigheter knytta til tematikken.

Vi treffer en del mennesker på hjelpemiddelsentralen her, som vi kan anta at har behov for seksualtekniske 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.

På spørsmål om hva som prioriteres minst svarer en av informantene fra spesialisttjenesten at «det blir kanskje det med seksualtekniske hjelpemidler. Ikke at det er lite viktig, men er lite bekvem med å ta opp med pasientene». Og dette er et viktig poeng. Flere av informantene påpeker at det er vanskelig å skulle ta opp tematikken seksuell helse og seksualtekniske hjelpemidler med pasienter og brukere.

Seksualliv er nok det området som er minst prioritet. Samtidig er det veldig vanskelig fordi vi må vurdere personalgruppa. Det å skulle hjelpe en funksjonshemma i en sånn privat situasjon, det har vi diskutert, og det kreves mye av de som skal hjelpe. Vi har faktisk ikke gått videre på saken, fordi vi faktisk mener at personalgruppa ikke kan stille opp på det og hjelpe til. Det er personer som kanskje ikke har armer og sånn. Det å legge til rette for onanering, det krever litt. Det er ikke en hvilken som helst personalgruppe som kan ta det ansvaret. Det er også en vanskelighet.

Det er ikke minst viktig, men det jeg er minst borte i, er jo det med seksuell helse og seksualliv. Det handler vel om at det er litt sånn tabu. Jeg har jobbet som ergoterapeut i 20 år og jeg har aldri tatt det opp med noen bruker, heller ikke at de har tatt det opp med meg. Og jeg har sett at det står som et NAV hjelpemiddel, men jeg oppfatter det som ganske tabu-område å snakke om og ta det opp, og si at du har problemer med det. Men jeg tenker jo at jeg har vært borti unge brukere, der jeg tenker at, du har jo sikkert et seksualliv og behov for det, men jeg føler meg ukomfortabel med å skulle ta det opp og har ikke helt visst hva, og tror jeg hadde blitt litt satt ut hvis de hadde tatt det opp med meg.

Flere av informantene er tydelig usikre på hvem som har ansvar for å skrive ut henvisning på seksualtekniske hjelpemidler, hvilke rettigheter som finnes på området og hvor de skal kunne henvise pasienter og brukere for hjelp og veiledning.

Jeg tror fastlegen som har ansvar for seksuelle hjelpemidler. Jeg vet ikke hvor godt opplyst det er egentlig. Jeg tror jeg aldri jeg har fått noe informasjon fra NAV om at det finnes seksuelle hjelpemidler. Det tror jeg ikke. Jeg har ikke fått så mange spørsmål, unntatt medikamentell behandling. Jeg har kanskje ikke spurt nok de rette pasientene eller at det ikke har vært naturlig å spørre om det. Eller at det kan være min feil også.

Ved habiliteringstjenesten ble det påpekt av informantene at de har ansatte som følger opp seksuell og seksualtekniske hjelpemidler. Ofte er det knyttet til pasienter i habilitering og ikke et tilbud som når ut til alle mennesker med nedsatt funksjonsevne. Det er først og fremst fastlegen som har ansvar for utskriving av seksualtekniske hjelpemidler, men ergoterapeuter kan også bistå i å søke om hjelpemidlet. Fastlegen hadde som nevnt ikke tatt opp tematikken med pasienter og medikamenter var det foretrukne fra hans pasienter. For ergoterapeutene var det ingen som hadde snakket med pasienter om det, selv om de så at flere pasienter og brukere trolig vil ha behov for hjelp og veiledning for å kunne ha et seksualliv.

BRUKERE OG PÅRØRENDES MEDVIRKNING

Det er stor forskjell på hvordan spesialisthelsetjenesten, kommunene og hjelpemiddelsentralen fokuserer på brukermedvirkning og pårørende. Spesialisthelsetjenesten, slik vi oppfattet samtalene, var veldig opptatt av at bruker og pårørende fikk anledning til å påvirke det valget som blir gjort, også hvis bruker ønsket hjelpemidler som ikke var førstevalg på prioriteringslisten.

Jeg tenker at dem har og bør ha stor påvirkning på det. Det er jo derfor det er så viktig med kartleggingsbiten sammen med pasienten som faktisk skal bruke hjelpemidlet og finne ut hva det er som er best egnet. Og det kan også være viktig at pårørende er involvert i det.

Det er der det er viktig å gjøre en god kartlegging, for å finne gode argumenter for at pasienten skal kunne få et hjelpemiddel litt lenger ned på lista. Og finne de argumentene som skal til for at pasienten skal kunne få det hjelpemidlet.

Hjelpemiddelsentralene var opptatt av dialogen mellom bruker, terapeut/kommunen og hjelpemiddelsentralen. De fremhevet da at behovet må sees opp mot rammeavtalene og hva som er førsteprioritet i prioriteringslisten for de ulike hjelpemidlene.

Jeg føler at de har ganske mye mulighet til å påvirke. Når de kommer inn til en vurdering så har dem alltid en samtale i starten, hvor brukeren får si hva de tenker og hvilke behov dem har. Så styrer vi det litt, ettersom vi har denne rammeavtalen i bakhodet. Du gjør jo opp deg noen faglige vurderinger når du hører hva behovet er. Men det er jo på en måte et samarbeid mellom bruker, terapeut og oss hvor bruker har ganske mye å si. Men må også forholde oss til rammeavtalene vi har. Dem kan jo ikke bare komme og plukke det de vil ha. Vi må begrunne valget vårt opp mot rangering. Så det er en kombinasjon av bruker, lovverket og hva vi har av muligheter.

(...) hos oss (bil) har de også mulighet til å kjøpe seg opp så lenge det går innenfor samme bilmerke så kan de kjøpe seg opp til større motor, får de manuelt gir så kan de kjøpe opp til automatgir, hvis de ønsker firhjulstrekk og ikke får det dekket av oss, så kan de kjøpe seg opp. Så lenge det finnes biler med det utstyret i avtalen. Men da må de kjøpe seg opp for egen regning hvis de ikke oppfyller alle kravene til å få det dekket av oss.

Det ble imidlertid påpekt fra et par informanter ved hjelpemiddelsentralene at de syns brukerne ikke nødvendigvis tar så godt vare på hjelpemidlene de får.

Det blir litt mye bruk og kast syns jeg av dyre ting. Burde vært en egenandel på flere hjelpemidler synes jeg, så har du litt mer ansvarsfølelse. (Informant 2)

Dette henspiller også tilbake på diskusjonen om aktivitetshjelpemidlene ovenfor, der noen ga uttrykk for at enkelte brukere hamstrer hjelpemidler. Flere informanter argumenterte også imot egenandeler og for gratis prinsippet på bakgrunn av mottakernes økonomi og økte forskjeller ved innføring av flere ordninger med egenandel.

I kommunene var det en generell holdning til at brukermedvirkning er viktig både for den som skal bruke hjelpemidlet, men også pårørende som kanskje skal bistå i bruken av det.

Jeg tenker det også er viktig, i forhold til (...) det å kunne påvirke hva slags hjelpemiddel du skal ha. Det handler ikke bare om det å finne en prioritering om et spesifikt hjelpemiddel, men om faktisk hva slags hjelpemiddel som er det riktige hjelpemiddelet. Er det løftestol eller er det å få klosser under den stolen du allerede har. Må se litt hva som er forventningen hos brukeren og hva du som fagperson faktisk mener at er det rette for å opprettholde den funksjonen dem faktisk har.

Allikevel påpekte noen informanter at mulighetene ikke er så veldig store, spesielt knytta til geriatrien, altså hjelpemidler masseprodusert for den eldre generasjonen av brukere. Tidsaspektet for når hjelpemidlet kan mottas er også for mange eldre brukere viktigere enn et spesifikt hjelpemiddel. Gjenbruk av hjelpemidler spesielt knyttet til kommunale hjelpemiddellagre trekkes også frem som viktig i vurderingen av type hjelpemiddel.

Jeg vil ikke si at mulighetene er så veldig store, i og med at vi har den prisforhandlinga og rammeavtalene. Men jeg gir informasjon om første og andrevalg. I forhold til å få et hjelpemiddel fort, så er det de som er på lagervare, og det er ofte det som er avgjørende for brukeren. For de har en funksjonsnedsettelse som gjør at de trenger noe. Da er det bedre å få det enn at vedkommende må vente et halvt år. Jeg opplever sjelden at de sier noe på det. Det er mer slik at de ønsker å få en grønn rullator, fordi det har naboen min Olga fått. Da ser de ikke på utformingen, men farge. Og det er det damer som spør om. Det får du altså ikke. Det driver vi ikke med. Vi ser på behovet. Noen er jo opptatt av hvordan en løftestol, om den er trukket i det samme stoffet som sofagruppen for øvrig. Det er en del sånn fordi det skal jo inn i stua mi. Jeg syns det er godt å da kunne skylde litt på NAV. Og si at det kan ikke vi ta hensyn til. Vi tar hensyn til at du trenger en stol og løftes med, ikke at den skal matche resten av stua di. Det er noe med å slippe løs det å skulle kunne bestille fritt. Jeg ser jo at når vi driver et kommunalt lager hvor vi bytter på ting så er vi avhengig av et sortiment som er ganske nøytralt.

Flere av informantene syns det til tider er vanskelig å forholde seg til bruker og kanskje spesielt pårørendes forventninger og krav.

Pårørende, det er jo ofte det at de er litt sterke og kan si «mor skal ha sånn og sånn».

Det er ikke bare negativt. Det er også et veldig pluss, i forhold til å følge opp, ringer og sier at mor er på korttids eller rehabilitering, og så skal hun hjem igjen og vi vil ha henne hjem igjen, og da må jeg jo tilrettelegge, og det er

masse terskler der. Hun trenger en do-forhøyer, og så trenger hun noe i senga. De er behjelpelige med å hente hjelpemidler og montere de og lære seg å bruke dem. Så det er mange oppofrende og flinke pårørende. Og så har du de som ikke er fornøyd, men herregud leverer dere ikke hjelpemidler hjem? Det har da jeg hørt at blir gjort. Og da har du den andre enden. Og da er det at vi ikke gir bra nok service. Og noen forventer ikke noe service. Du har alle grader av pårørende. Du vil jo gjerne strekke deg langt, men det er hyggeligere å være hyggelig med de som er hyggelige. De som presser og krever, er ikke like enkelt og lett. Det er en forventning, men hvor langt skal du strekke deg?

Selv om for eksempel økonomi, utdanning, alder, kjønn og bosted ikke skal ha noe å si for tildeling, oppgir flere informanter at de opplever et påtrykk fra flere. Evne til å komme med gode argumenter og pågåenhet kan noen ganger føre til tildeling av et hjelpemiddel lengre ned på prioriteringslista eller raskere saksgang. Samtidig påpeker flere at de prøver å overse den type press fra brukere og pårørende. En av hjelpemiddelsentralene oppga også at terapeutene ute i kommunene og pårørende i enkelte geografiske områder ofte stilte større krav til hjelpemiddel, tilpassing, utkjøring og så videre enn i andre områder innenfor deres fylke. Dette skapte noe skjevhet, men de prøvde å ikke la seg påvirke av det.

Pårørende, kan påvirke mye, hvis du har sterke pårørende, selv om vi prøver å ikke la det påvirke så tror jeg at mange bevisst eller ubevisst blir påvirket av det.

Informantene opplevde også at det var stor forskjell i forventninger basert på alder og diagnose. Unge med medfødte diagnoser hadde ofte større kjennskap til rettigheter gjennom forbund, bekjenskaper med samme diagnose og pårørende som hadde stått på for dem hele livet. De som blir skadet seint i livet eller trenger hjelpemidler på grunn av alderdom må orientere seg i et system de ikke tidligere har hatt kjennskap til. Ofte mangler de kanskje også pårørende som kan bistå.

Mange unge har jo medfødte diagnoser, vant til det og vokst opp med det. De kjenner bedre til systemet. Men eldre som får skade seint i livet, kjenner kanskje ikke til hjelpemiddelsentralen, alt er helt nytt. De har kanskje ikke vært medlem av noe forbund, ikke vært på sommercamp og kjenner folk med samme behov. Det gjør dem litt mer kjent. Men det har mye med det tekniske å gjøre også. Finne frem på nettsidene og hvordan ting fungerer.

Flere påpekte at tekniske ferdigheter med internett er avgjørende for å finne informasjon. Det varierer stort hvilke digitale ferdigheter brukere over 70 år har. I samtale kom det frem at spesielt de under 50 år er gode til å søke seg frem til hjelpemidler som kan dekke deres behov, hvilke rettigheter de har og hvordan de skal gå frem i søkeprosessen. Det er også flere unge enn eldre som benytter den digitale hjelpemiddeldatabasen, men manglende kunnskap blant brukere om rammeavtalene gjør bruken av hjelpemiddeldatabasen vanskelig. Det skjer derfor at brukere kommer med ønsker om hjelpemidler som de har funnet i databasen, men som ikke er i sortiment eller som det ikke er forhandlet frem ny rammeavtale på.

Handler om IKT ferdigheter. Det er også lagt mye til rette for at bruker skal oppsøke informasjon med troverdighet og riktighet. Og det er den veien som kommer til å være. Også NAV sentralen ønsker det selv. Det meste ligger ute

offentlig på nett. Jeg har vært borti saker, der pårørende til den eldre har søkt opp i forhold til disse tingene og tatt kontakt etterpå. Veldig avhengig av støtteapparatet til den enkelte.

Kjønnede forventninger

Ingen av informantene i den første intervjurunden mente at det ble tildelt hjelpemidler forskjellig basert på kjønn, men at behovet avgjør hvilket hjelpemiddel som tildeles. Allikevel var det enkelte samtaler som viste at kjønn faktisk har noe å si for hvordan vi vurderer og tildeler hjelpemidler. Dette kom spesielt tydelig frem ved valg av farger på hjelpemidlene.

Når du spør om det er sånn kjønnsrelatert, så kan det jo faktisk være det. For det har jeg da vært borti særlig når det gjelder barn som skal ha sin første rullestol for eksempel og det er en liten jente som sier at jeg ikke vil ha blå, jeg vil ha rosa selvfølgelig. Da har vi prøvd å bistå med det hvis vi kan. Men ikke hvis det fordyrer produktet, det er det som er grensa da.

Badebukser er også i forskjellige mønstre. Og eikebeskyttere. Og det er mye sånn rart som er litt kjønnsdelt. Det er også litt leverandørens problem som lager et produkt med forskjellige farger på puter og seter og hjul. Sånn at vi må gjøre et valg og så kan ikke vi gjenbruke det etterpå fordi det er rødt og skal til en gutt. Det er jo litt sånn kanskje. De må tenke litt mer kjønnsnøytralt der.

På et av de områdene som jeg driver med, varmehjelpemidler, er det slik at nesten alle produkter til voksne er svarte. Svarte votter, svarte hansker. Flere ungjenter og andre ungdommer har ikke lyst på svart. Synes det er litt maskulint selv om det er nøytralt. Hvis de oppgir at de kan tenke seg rød, eller en jentefarge, så prøver vi å skaffe det innenfor de rammene vi har. Hvis det er et alternativ på førstevalget å bestille rød, så gjør vi det.

Dette står i kontrast til diskusjonene som oppstod om gjenbruk. NAV har stort fokus på gjenbruk av hjelpemidler og føringene fra ledelse er at hjelpemidler skal gjenbrukes hvis mulig. Ved å tillate fargevalg på hjelpemidlene blir det vanskeligere å gjenbruke hjelpemiddelet senere, hvis for eksempel jenter ikke vil ha blå og gutter vil ikke ha rosa/rød.

Det er spesielt for de yngre mottakerne at fokuset på kjønn dukker opp. Ofte er dette også knyttet til brukers egne ønsker som vi ser i sitatene over, men det ble også fortalt historier som ikke kan gjengis her om pårørende som krevde bytte av hjelpemidler på grunn av feil farge til sitt barn. Dette betyr at det er rom for kjønnete tildelinger i systemet, selv om informantene mener at kjønn ikke har noe å si.

Samarbeid mellom de ulike hjelpemiddelformidlerne

Under intervjuene kom samarbeidet mellom hjelpemiddelsentralene, kommunene og spesialisthelsetjenesten opp i flere sammenhenger, uten at det var et intervjutema valgt fra vår side. Fra kommunen ble det påpekt at det er problematisk når pasienter kommer hjem fra rehabilitering

eller opphold ved sykehus og spesialisthelsetjenestene med lange smørbrødlister med hjelpemidler. Kommunene mener at spesialisthelsetjenestene ikke nødvendigvis tar hensyn til pasientens hverdag og livssituasjon.

Synes folk er blitt litt mer pågående i å etterspørre ting. Ser også at når de har vært på rehabilitering på NN, da er brukerne veldig oppdatert på hva som finnes og hva de kan få. Det er faktisk en utfordring for oss, fordi de på institusjonene har fått beskjed om at det og det kan du få. Og da sitter det terapeuter der som ikke vet om hjemmeforhold. Og så skal de hjem og da er det vi her som skal følge opp og fortelle at dette går jo ikke. For eksempel, du bor så bratt at du ikke kan ha den sykkelen, fordi den vil ikke fungere her, selv om den fungerte på NN når du prøvde den der. For der er det tilrettelagt. Det hadde sikkert vært kjempefint for deg i trenings- eller fritidsøyemed, men det går ikke. Det er vanskelig for oss altså når vi sitter her og de har veldig forventning både brukerne, og de pårørende.

Samtidig påpeker spesialisthelsetjenesten, som vi har sett, behovet for å se på flere aspekter av hverdagen enn det mest nødvendige som for eksempel fritid og seksuell helse. Paradokset i dette synliggjøres gjennom utsagn fra informantene i kommunene om at de bare har kapasitet til å sikre at hverdagen fungerer for pasientene/brukerne.

Vi kan ikke jobbe med alle arenaer samtidig. Vi har jo mange brukere, så vi må fokusere og prioritere noe. Da er det hverdagen som kommer først.

Det er harde økonomiske tiden nå, det blir ikke satt inn nye folk, hvis det går ut i noen permisjoner og sårne ting. Er liksom skjært inn til benet.

Samarbeidet mellom hjelpemiddelsentralene og kommunene oppfattes som stort sett bra, men en av kommunene påpeker at samarbeidet ikke fungerer like bra nå som tidligere på grunn av sammenslåing. Dette har ført til at hjelpemiddelsentralen har blitt for stor. Nye krav om utprøving av hjelpemidler ved utprøvingssenteret til hjelpemiddelsentralen før endelig søknad mener også kommunen er problematisk.

Ja, men for mange er det langt å reise. Folk er slitne nesten før de ankommer. Og så skal du på kort tid se etter, er det noe for meg det her? Og så kommer du tilbake, og ser at det faktisk er ubrukelig i nærområdet du skal bruke det i, og ikke det som er på utprøvingssenteret. Får ikke prøvd ordentlig.

Det er svært kostnadskreven og tidkrevende for kommunen som har relativt lang reisevei til hjelpemiddelsentralen. Dette fører til at utprøving for en bruker tar en hel arbeidsdag for ergoterapeut på grunn av reisetid. Dette fører igjen til et stort press på de få ergoterapeutene som er ansatt i en kommune med en stram kommuneøkonomi. Overføring av oppgaver til kommunen som montering av hjelpemidler som kommer flatpakket setter også mer press på de kommunale tjenestene. Kommunene kaller det en snikinnføring av oppgaver.

For nå ser vi jo at rullestolen blir sendt flatpakke fra hjelpemiddelsentralen til vaktmester. Tenk på alle de rullestolene. De står og skal samle dem. Før fikk du firmaene med ut og tilpassa til brukerens behov. Nå er det tilfeldig hvordan det blir med vaktmester. Jeg synes, de står og skrur og holder på.

Hjelpemiddelsentralen i området opplever det imidlertid tids- og kostnadsbesparende, fordi bytte og feil ved hjelpemidlene reduseres. Kommunen overtar imidlertid kostnadene uten at midlene følger med oppgavene.

Bare for å si det, så begynte det sånn i NN at alt skulle utprøves i samarbeid med oss, fordi det var så mye bytte og så mye feil. Og satte vi da standarden, et krav at det skal utprøves sammen med oss. Så har det vært sånn i en del år. Og så har det vært mye kursing, og vi tenker at vi stoler mer på at kommunene har gjort det riktig, så derfor har vi sleppa opp på det nå i år.

Et interessant poeng som kom frem i samtalene med hjelpemiddelsentralene er at informantene synes NAV er så stort at det er vanskelig å orientere seg. Eksempelet med seksualtekniske hjelpemidler ovenfor viser at selv internt er det vanskelig å ha oversikt over andre ordninger for hjelpemidler enn det en selv jobber med og hvem en skal kontakte.

Det som er litt tragisk det er at NAV er så utrolig stort. Det er først i dag at jeg lærte at det finnes Nav statistikk og det var kanskje gjennom dette prosjektet her. Det var litt sånn hva er det? Det hadde jeg aldri hørt om. Det er sikkert flere som ikke vet det. Det er ikke så lett å finne informasjon om det heller. Sjøl oss som har intranett som burde vært kjempe bra ikke sant. Og for oss som skal veilede brukeren om at de kan søke om grunnstønad for transport som for eksempel drosje, men hvilken enhet skal jeg henvende meg til? Gi meg kanskje en time så finner jeg det ut.

Misnøye med samarbeidet på tvers av etatene i systemet ser ut til å henge sammen med at NAV er stort og lite oversiktlig. Avstanden fra bruker til NAV blir lang og det samme blir til tider avstanden fra kommunen til NAV. Allikevel setter informantene pris på at todelingen skaper en bedre likebehandling av pasienter og bruker uavhengig av bosted og sosioøkonomi, samt bedre kompetanse på de ulike hjelpemiddelområdene.

OMORGANISERING AV HJELPEMIDDELSYSTEMET

Avslutningsvis i første intervjurunde ble informantene spurt om hva de tenker om en eventuell omorganisering av hjelpemiddelsystemet med mere ansvar flyttet over til kommunene. Det er tre diskusjoner som går igjen i alle intervjuene: økonomi, kompetanse og subjektivitet.

Med subjektivitet henvises det her til at todelingen i tildeling der kommunen utreder og søker og hjelpemiddelsentralen vedtar bidrar til større likebehandling og like rettigheter enn hvis kommunene skulle gjort alt selv. Da er det flere som påpeker at pårørende, bruker, kommuneøkonomi og manglende kunnskap vil kunne skape mindre likebehandling.

Enkle hjelpemidler kunne på mange måter vært kjekt at kommunen hadde, for å få det fortore ut, men jeg tror at det hadde vært dumt med tanke på likebehandling og like rettigheter til alle uavhengig av geografi og kommuneøkonomi. Da tror jeg man ville opplevd mye større forskjeller hvis det er kommuneøkonomi som skulle avgjøre. Jeg tror det er bra for kommunen at vi sitter på vedtaksmyndigheten, fordi vi sitter litt lenger unna brukerne. Det gjør kanskje at man klarer å være litt mer objektiv. Men vi baserer jo mye av våre vedtak på hva kommuneterapeuten skriver så man blir jo ikke subjektiv. Det med

subjektivitet påvirker ikke oss. Men jeg tror det hadde blitt enda mer subjektivt hvis de som sitter ute i kommunen skulle bestemme hvem som får eller ikke.

Kompetanse blir også tatt opp av flere som avgjørende for hvorfor de ønsker dagens system. I dag har hjelpemiddelsentralene rådgivere spesialisert innenfor de ulike hjelpemiddelområder, mens kommunene har noen få ergoterapeuter som skal ivareta alle hjelpemiddelområder. Kommunene har ikke mange nok ansatte med spesialkompetanse eller brukere innenfor alle hjelpemiddelområder til at ergoterapeutene får nok erfaring og kompetanse på alt. En informant sa at «mengden blir så liten at du ikke klarer å holde deg oppdatert på området, og henge med». I dag kan rådgiverne ved hjelpemiddelsentralene veilede ergoterapeutene i kommunen på de områdene som de ikke har kompetanse på selv eller hvor det er små brukergrupper.

Det er vanskelig for kommunene å bli gode på så mange ting. En av fordelene er at vi kan spesialisere oss og være gode på enkeltområder, og kunne gi råd når de trenger det. Men kommunen kan se helheten og kartlegge. Da måtte man ha flyttet alle ressursene som sitter her til hver eneste kommune og bli spesialist på enkeltområder. Måtte lagt om veldig mye. Ikke bare flytte hjelpemidlene. Det er jo kompetansen som også er viktig.

Vi (hjelpemiddelsentralen) et fagmiljø, så er vi flere ansatte som jobber sammen. I kommunene er det kanskje bare en ergoterapeut og en fysioterapeut.

Vi jobber veldig tverrfaglig. Det er så mange profesjoner som jobber sammen. Hvor formålet er å lage en god sak for en bruker. I kommunen har de færre å støtte seg på. Står veldig alene om å vurder sakene.

Håper vi beholder dagens system og hjelpemiddelsentralen med den kompetansen de sitter på i de ulike avdelingene.

Kommuneøkonomien trekkes frem som et viktig argument for å ikke desentralisere hjelpemiddelområdet. En av informantene påpeker at selv om det skulle følge med øremerkede midler til hjelpemiddelformidlingen i første omgang så er en aldri sikker på at det vil fortsette. Rike kommuner vil også kunne tilby en bedre hjelpemiddelformidling enn fattige kommuner. Dette ville resultert i større forskjellsbehandling enn i dag, og hvor du bor vil bli avgjørende for hvilke hjelpemidler du får.

Åh! Ja, da kan jeg si med en gang at da er de prisgitt kommunens økonomi. Sann som situasjonen er i dag, er de sikra ganske like forhold uavhengig av hvor du bor i hele landet, vi har de samme rammer og regler å forholde oss til, og behovsprøvinga er som den er. Men blir det overført til kommune, er jeg ikke i tvil om, da blir det avhengig av kommuneøkonomien, og da blir det store kommunale forskjeller.

Imens hjelpemiddelsentralene og spesialisthelsetjenesten er negative til en omorganisering er enkelte av informantene fra kommunene noe mer positive og mener kommunene må være kreative, men de ser også utfordringer.

Vi er en stor kommune, vi kan se på det som en mulighet. Men en liten kommune, da er det en utfordring, det å ha riktig utstyr tilgjengelig til enhver tid. Det mener jeg ikke er mulig, hvis du har en kommune på 8000 innbyggere.

Mye penger som blir bundet til utstyr som kanskje blir brukt om fem år. Fordeler og ulemper med dagens løsning, men mener dagens løsning fungerer godt med fylkesnivå.

Jeg tror at hvis ordningen skal over til kommunalt nivå så vil forskjellene øke fra kommune til kommune. Ser man allerede i dag på de kommunale tjenestene så er det jo forskjell. Det har noe med innbygger antall og det har noe med muligheten til å få fagpersoner. En kommune på 8000 innbyggere er jo egentlig en stor kommune. Men andre er jo på 250-1200. Da er du heldig hvis du i det hele tatt har noen med kompetanse i den kommunen. Hvis dem skal sitte alene med det så tror jeg tilbudet sannsynligvis blir dårligere.

Jeg tror det blir litt større og vanskelig, for kommunen kan ikke gi ut de hjelpemidlene som det har vært i dag med NAV. Men så kommer jo jeg fra Danmark hvor de jobber på en annen måte, hvor det faktisk har gått. Så jeg ser litt sårn i begge. Jeg ser bare en fordel, for det har vært litt slik at en skal bare ha hjelpemidler. Kunne vi kanskje lagt det litt ned, at man heller ser på funksjon med aktivitet og funksjon. Her har det blitt hjelpemiddel for enhver pris og det tror jeg kan endre seg på en god måte.

Jeg tenker at kanskje noen brukere ville få dårligere tilbud og andre kunne vi reddet ut av hjelpemiddelfella. At vi kunne gjort andre ting, noe mer kreativt.

En av kommunene er opptatt av at hjelpemidler ikke alltid er løsningen, men at hjelpemidler for mange har blitt løsningen på alt. Den såkalte hjelpemiddelfella. De har for eksempel satset på styrke og fallforebyggende trening med fysioterapeut for eldre en gang i uka for å redusere bruken av rullator. Informantene påpeker at de har sett stor verdi av å satse på trening i stedet for hjelpemidler i sin kommune.

Når du går over til å bruke rullator da mister du mye balanse. For da bruker du ikke sving på armene. Så mister du balanse og så får du kanskje dårligere funksjon hjemme fordi du har dårligere balanse. Så detter du hjemme ...

Så viser det seg også at mange brudd kommer av at de har gått med rullatoren og falt over den. Rullator er en falsk trygghet.

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.

ANDRE INTERVJURUNDE

I oktober og november 2018 gjennomførte vi andre intervjurunde med de samme informantene som i første runde. De fleste informantene deltok også i andre runde med noe frafall på grunn av sykdom, pensjonstilværelse og endret arbeidssted. Totalt deltok 19 informanter i andre runde.

Målet med andre intervjurunde var å gi informantene mulighet til å drøfte resultatene fra den kvantitative undersøkelsen. Vi ønsket innspill på resultatene for å belyse eventuelle årsaksforklaringer de ser for seg. Andre intervjurunde var derfor mindre strukturert enn første runde, og informantene hadde også mange spørsmål til resultatene som vi belyste underveis. Vi hadde valgt ut resultatene fra fire hjelpemiddelområder som utgangspunkt for diskusjon. Disse tre områdene var:

- Motoriserte hjelpemidler
- Mosjons- og idrettsutstyr
- Hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke

MOTORISERTE HJELPEMIDLER – KRAVSTORE MENN OG ULIKE FORVENTNINGER?

Den kvantitative undersøkelsen viste at kvinner får mest hjelpemidler så lenge de ikke er motorisert eller er rettet mot fysisk aktivitet. Vi ønsket derfor innspill på hvorfor kvinner får manuelle rullestoler, mens menn får motordrevne rullestoler. I tillegg ønsket vi innspill på hvorfor flere menn tildeles bil og biltilpasninger enn kvinner.

Rullestoler

Samtlige informanter oppga at de mente menn får flere motordrevne rullestoler enn kvinner, fordi kvinner er mer engstelige og usikre på det tekniske knyttet til en motordreven rullestol. Både hjelpemiddelsentralene og kommunene mener også at flere menn enn kvinner søker på motoriserte rullestoler. I stedet mener informantene at kvinner søker på andre typer rullestoler.

Nei, menn søker om elektrisk rullestol, og så vil en kvinne søke om andre rullestoler ... tror jeg ...

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 kan jo hende at noen kvinner er mer engstelige for å kjøre en motorisert farkost, enn det menn er. Menn er kanskje mer vant til teknologi, det er jo avanserte ting.

Damer dem har jo kanskje mer rullator, går mere sånn enn menn, også, hvis du ikke har vært borti noe sånn ... tekniske duppeditter før, så skal man sette deg i en elektrisk rullestol ... Det skal trykkes og det skal dilles og det skal dalles med en joystick, før du kan begynne å kjøre frem. Så det er litt det å sette seg inn i det, altså, kanskje menn er mer tekniske, og våger mer.

Alle informantene mener også at ønske om motordreven rullestol henger sammen med om vedkommende har førerkort eller ikke. For mange som ikke har førerkort hevder de det tekniske ved rullestolen i seg selv og ikke minst reglene ute i trafikken ved bruk av utegående motorisert rullestol for mange er skremmende.

Jeg tror det er mer et ønske. Fordi en må levere fra seg førerkortet, og så bruker de elektrisk rullestol som en erstatning.

Men jeg tenker på elektrisk rullestoler og menn. Hvis menn mister førerkort, og det tror jeg er viktig for dem, så spør de etter en eller annen form for scooter eller noe for å komme ut. Da tror jeg kvinner tenker eller velger noen andre løsninger.

Ja ikke sant, i forhold til det å for eksempel ha kjørt bil da, eller ikke ha kjørt bil, altså førerkort, det synes jeg ofte, i forhold til det med scooter, altså uterullestol, så synes jeg ofte at menn er mer komfortable med å kjøre det. Og det henger sammen med førerkort tror jeg. Å ha vært ute i trafikk. Mer bekvemme med og mindre skummelt. Og så det med interesse.

Et annet moment som trekkes frem er tradisjoner og kjønnsrollemønstre. Menn har tradisjonelt vært mer interessert i motor og teknikk, og dette mener de er med på å forsterke menns ønske om motorisert rullestol. Dette mener flere spesielt gjelder for de eldre aldersgruppene (60 år og eldre), der det tradisjonelt har vært færre kvinner med førerkort enn menn.

Så er det det med hvem som tradisjonelt har kjørt bil, for eksempel ut for å handle. Mannen kjørt, kona sittet på og vært med. Eller mannen har tatt seg av alt det som går med innkjøp. Og det følger jo oppover. Så hvis damer i den alderen ikke har kjørt bil, så vil de ikke etterspørre et sånt hjelpemiddel, de vil heller be om hjelp til å få handla. Type at barn kommer og henter mor for å være med i butikken, eller handler for. Det er ikke den samme selvhjelpenheten som mannfolka har da i forhold til det å komme seg ut, tenker jeg.

Samtidig har manuell rullestol og motordreven rullestol ulik rekkevidde. En motorisert rullestol vil kunne gi brukeren mulighet til å komme seg ut i samfunnet på egenhånd for eksempel til butikken.

Så sørver det også forskjellige behov, da. Altså, veldig mange velger jo å ha en manuell rullestol inne for eksempel, når de skal ut så velger de en elektrisk rullestol.

Et annet moment som trekkes frem er at menn krever mer og står på sitt for å få innvilget motordreven rullestol. Informantene mener imidlertid at kvinner er mer forsiktige og kanskje tar til takke med det de først blir forespeilet av terapeuten i kommunen. De stiller ikke krav til hjelpemidlet i samme grad som menn.

Men det kan jo være slik at karer, det er inne på tradisjon igjen, har det lettere for å hevde seg i forhold til hva de faktisk vil ha, kreve det dem vil ha, og får det, mens damer er litt mere, hehe, hm ... vanskelig på å forklare, det, men damer er ikke like «hevdene» på det området. Tar mer det de blir tilbudt.

For hvis det er en terapeut der, så vil jeg tro at man vurderer en scooter uansett om det er en kvinne eller mann. Men det kan hende at menn lettere tar

kontakt for å få det da, eller har sett at andre har det, og så, shit – det er sikkert jeg flink til, jeg har kjørt lastebil i 100 år liks, det fikser jeg. (ler) De har jo ikke ydmykheten heller eller sånne ting. Neida.

Flere informanter fremhever også at dette bidrar til å forsterke kjønnsrollemønsteret ved at menn forblir mobile, mens kvinner fortsetter å ha innsnevra liv knytta til hjemmet. Dette gjelder spesielt eldre, der menn i større grad har vært i arbeid og hatt førerkort.

At de på en måte opprettholder den kjønnsforskjellen som har vært tidligere, da. Jeg vet ikke hva jeg skal si ... Ja, ja ... Det betyr jo da at kvinner fortsetter å ha et veldig innsnevra liv.

Allikevel synes informantene det er synd at vi ser lignende trender også i tildelingene for aldersgruppene under 60 år, men de håper at dette vil endre seg over tid. Informantene håper at når dagens unge som er vant til tekniske duppeditter blir eldre, vil forskjellene i teknisk kompetanse utligne seg og tildelingene bli mer jevne mellom kjønnene.

Det blir jo flere kvinner som får elektrisk rullestol, så kanskje blir det flere og flere kvinner over tid. På en måte, det er menn som alltid har kjørt bil. Ser forskjell på de som kjører elektrisk rullestol, de som tidligere har kjørt bil eller aldri. Hvordan de mestrer det og håndterer det. Kanskje litt endring på det? Enn for 50 år tilbake.

Kanskje dette vil forandre seg litt etter hvert, for nå blir det jo mer og mer tekniske ting, og jenter blir jo mer og mer tekniske, så kan jo hende dette vil endre seg sånn etter hvert.

Flere påpeker at det først og fremst er brukerens valg, men terapeutenes forutinntatthet om brukers behov og interesser kan spille inn.

Jeg tror det er en todeling, at det er en kjønnsdiskriminering og en litt sånn forutinntatthet blant konsulenter, «ja du er mann du og interessert i motorisert», at det lettere for menn å få det innvilget, for at de tidligere har vært interessert i det, og at de krever det. Mens kanskje ... det er jo billigere med manuelle rullestoler, så det er det første som blir anbefalt og, og at da kanskje ikke kvinner krever noe mer ...

Spesialisthelsetjenesten mente at det er mange fordeler med å bruke manuell rullestol kontra motordreven rullestol.

Du holder deg mer i aktivitet og bruker mer krefter, kanskje prøver du å løfte deg litt, stå litt, mens den elektriske har ståfunksjon og hele pakka. Så du trenger ikke bevege deg i det hele tatt.

Men da er mitt forslag å ta bort alle de elektriske rullestolene til mannfolka, så blir litt sprekere, så kan de kanskje leve 5 til 10 år lengre, og dø samtidig med kvinnene.

Biler og biltilpassing

Når det gjelder tildeling av bil og biltilpassing er det tre hovedmomenter informantene trekker frem i intervjuene, 1) flere menn enn kvinner er trafikkskadde, 2) vi har andre forventninger til menn enn kvinner når det gjelder å ha førerkort uavhengig av om du er funksjonsfrisk eller har en funksjonsnedsettelse, og 3) menn står mer på krava.

Alle informantene fremhever at det er flere menn enn kvinner som er trafikkskadde. Det påpekes også at menn er mer fartsglade enn kvinner. Det virker underforstått at det må legges til rette for at unge trafikkskadde må komme seg tilbake til jobb og få mulighet til å kjøre bil igjen. Samtidig mener noen av informantene at det er «*flere menn enn kvinner som er i jobb, ergo får de flere biler*».

De sakene jeg har vært borti, hvor det er unge trafikkskadde og sånne type ting, så er det jo ofte menn som er på statistikken i forhold til skade. Det er med å synliggjøre, at sjøl om de har fått en skade vil de leve livet slik de har gjort tidligere. Og det er jo, sannsynlighet for at de får bil, er større. I alle fall i saker jeg har vært borti

Noen informanter mener at sykdomsbildet til menn og kvinner, der «*kvinner har mere sykdommer og kroniske sykdommer. Menn har mer pang-skader*». Dette mener de bidrar til en skjevfordeling i tildeling av rullestoler og biler.

Flere av informantene ble forundret over at statistikken ikke bare viser at det er i de eldre generasjonene at det er forskjell på kvinner og menn i tildelingene. Som trukket frem over i forbindelse med rullestoler, er det en generell forventning til at menn er glad i det motoriserte og ønsker å komme seg ut, mens kvinner er mindre mobile.

Tenk hva dette representerer, da, hvis dette er tilfelle? Med bil og elektriske rullestoler. Tenker dette med å kunne være mobil. Det vi egentlig sitter og viser er jo at det legges til rette for at menn er mer mobile enn kvinner.

I likhet med diskusjonen rundt rullestoler er tradisjoner og forventninger til kjønn viktig mener informantene. Igjen trekkes det frem at det er forventninger til at menn kjører selv, mens kvinner ofte tar til takke med å sitte på.

Jeg tror kanskje samfunnet rundt er med på å lage de forventningene. Forskjellige forventninger til unge kvinner og menn, jenter og gutter. Det er noe med at jenter kanskje ofte blir hjulpet og kjørt mer enn gutter, mens gutter har en sånn «drive» til å komme ut og fortsette livet sitt. Mens jenter faller inn i en sånn hjelpetrengende rolle? Vet ikke.

I kartleggingen vår ble det som nevnt tildelt flere biltilpassinger til menn i alle underkategorier foruten bilbelter og støtteseler. Når vi tar opp dette med informantene kom det kontant i alle intervjuene at «*kvinner er mer opptatt av helse, miljø og sikkerhet*», etterfulgt av mye latter i alle grupper. Samtidig er informantene frustrert over tallene kartleggingen viser.

Intervjuet fra hjelpemiddelsentralen synliggjør frustrasjonen over at forventninger kan skape kjønnete skjevheter:

Da kjører jentene ikke sjøl, mens gutta vil tilpasse for å kjøre sjøl.

Er vi ikke tøffe nok vi jentene da? Men dette liker vi ikke!

Men det kan jo ha noe med det å gjøre da. Men det er vel litt som i samfunnet generelt, er det ikke det, kanskje?

Burde jo ikke være sånn bare fordi du har passert 20 år.

Det er litt trist ...

Nei, og ikke den generasjonen som er 20 år nå! Jeg skjønner jo at det er sånn i litt eldre generasjoner, men nei ...

Når det gjelder biler og biltilpasninger mener informantene, i likhet med for rullestoler, at menn står mer på kravene for å få bil og biltilpasninger, nettopp fordi forventningene i samfunnet tilsier det.

Det er jo ofte brukerens behov, som har styrt, hva vi har bidratt med i søknadsprosessen. Vi kan jo initiere i en rehabiliteringsplan ulike tiltak, men det er jo brukeren som vet hva det er du skal bruke kjøretøyet til, hvilken mulighet får du gjennom det kjøretøyet. Så jeg kan ikke si at min underbevissthet at jeg ikke sier det til en kvinnelig eller en mannlig som er pasient. Men om det er forskjellige forventninger fra deres side i forhold til hvor langt, kanskje menn sier fortere ja kontra kvinner, det vet jeg ikke.

Samtidig mener informantene at mens menn krever bil og tilpasninger så etterspør og godtar kvinner andre hjelpeordninger.

Men det kan jo være at kvinner ikke står like mye på krava som menn, også er det jo det økonomiske og det billigste her ikke sant, og de får tildelt TT-lapper, også er de fornøyd med det. Ja, at de ikke krever mer, at de prøver å tilpasse seg med å ta taxi og TT-lappen når de kan. Mens menn står mer på krava og lar seg ikke kimse av.

For eksempel trekkes det frem et eksempel der en kvinne med CP ikke får bil, men må kjøpe selv. Terapeuten uttrykker at hun virkelig har arbeidet for at brukeren skal få bil, fordi hun mener det er behov for det. Det blir avslag gang på gang «og jeg synes det er rart, har alltid syntes det, at hun ikke får igjennom en bil, hun skulle jo hatt det, for da kunne hun delta i ting hun synes er viktig i livet». Gjennom deltakelse i vår kartlegging har denne terapeuten lurt mer og mer på om brukeren faktisk hadde fått bil hvis vedkommende var mann. Spesielt for diagnosegrupper med medfødte diagnoser som for eksempel CP, muskelsvinn og kognitive diagnoser, i motsetning til funksjonsnedsettelse knytta til ulykker, der en forventet at pasienten skal ta opp igjen livet den levde før ulykken.

HJELPEMIDLER FOR MAT OG DRIKKE – TRADISJONER I HEVD?

I den kvantitative undersøkelsen fant vi at kvinner mottar tre ganger så mange hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke enn menn. Kvinner mottar mest uavhengig av alder. I intervjuene kom det frem at informantene var mest overraska over at denne typen hjelpemidler fortsatt blir tildelt gjennom hjelpemiddelsentralene. Slik de har oppfattet det er det denne typen hjelpemidler nå i første rekke noe brukeren må skaffe seg selv.

Vi sier: «Du må du kjøpe på Enklere liv, det må du skaffe deg selv». Komfyrvakt får de, for det er sikkerhet.

Brukeren må da søke om tilskudd til småhjelpemidler eller bekoste det selv. Det ble imidlertid påpekt fra hjelpemiddelsentralen at «*det der tilskuddet til småhjelpemidler det har stort sett vært til kvinner, fram til nå i alle fall*». Informantene påpekte også at det ikke er så mye en kan søke på lenger, og flere ville gjerne vite hva som fortsatt er tilgjengelig for utlån.

Nå er det ikke så mange hjelpemidler å søke på lenger, men vi har absolutt gjort det.

Informantene mente også at det i stor grad er pårørende som etterspør denne typen hjelpemidler og ikke brukerne selv.

Det er pårørende som ... de etterlyser det sjelden brukeren sjøl, for de vil jo ikke fortelle meg at de har glemt å slå av plata eller kaffetrakteren.

Samtidig mente de at dette kanskje var et område kvinner hadde mer interesse av og derfor satte seg bedre inn i hva de hadde krav på.

Hvor mange setter seg inn i hva de har krav på? Kanskje kvinner setter seg mer inn i enkeltområder, som de er interessert i.

Informantene mente at de ikke bevisst avslår søknader for menn, men at interessene og forventningene på dette hjelpemiddelområdet er forskjellige. Allikevel er det andre hjelpemidler som arbeidsstoler til kjøkken som de mener indikerer at også menn er på kjøkkenet, men at de ikke søker etter småhjelpemidler av denne typen i samme grad som kvinner.

Ja, jeg sitter og tenker på. Vi får søknader om arbeidsstoler til bruk på kjøkkenet, for å kunne lage mat og være på kjøkkenet. Det tror jeg er ganske jevnt over på begge kjønn.

Det er ikke fordi vi sitter og avslår masse søknader fra menn (...). Men det er jo liksom de holdningene i samfunnet generelt da, som kanskje påvirker brukere og ergoterapeuter og alle.

Det var få av informantene som synes skjevfordelingen mellom kvinner og menn i denne hjelpemiddelkategorien overrasket. Samtidig var det noen om syns det var veldig spesielt og mente at statistikken underbygger hvor tradisjonsbundne vi er når det kommer til kjønnsroller.

Det er veldig spesielt.

Hæ? Jeg synes det er ingen bombe, jeg ... Tilbereding av mat og drikke ... det å lage mat, det å ordne, damer gjør jo det mye mer enn menn.

Det denne statistikken peker på ... alt peker jo i egentlig i en retning. Det er små forskjeller, men det peker jo på at vi er ganske tradisjonelle likevel.

Men tenk deg at en allerede ser det nå, da, fra 0-20 år, for man skulle jo kanskje tro at trenden hadde snudd litt grann, da.

Tydelig kjønnsrollemønster der! Jeg tror ikke det kjønnsrollemønsteret har endra seg så mye.

Vi er jo ikke opptatt av hjelpemidler i seg sjøl, når vi besøker brukere, men mer funksjon og hvilke aktiviteter de ønsker å gjøre eller få gjennomført. Og da jobber vi ut fra de ønskene og de behovene de har da. De rollene de har, ikke sant, så da blir det jo litt et resultat av brukerens egne ønsker.

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR – AKTIVE MENN OG ULIKE INTERESSER?

I den kvantitative undersøkelsen påviste vi at menn mottar flest aktivitetshjelpemidler uansett alder. Resultatene for mosjons- og idrettsutstyr overrasket alle informantene i større grad enn ved de andre resultatene vi presenterte.

Det der med motorisert, det var ingen overraskelse. Sånn er det jo bare, det vet vi. Tenker jeg da. Og det samme blir det med kjøkkengreiene. Og mat og småhjelpemidler til kjøkken og sånn. Men det med idrett er jeg mer overraska over. At det er, når det gjelder barn, at det er forskjeller der altså, det trodde jeg ikke gikk an.

De var spesielt opptatt av at barn får de samme mulighetene i systemet slik det er i dag. Samtidig påpekte både hjelpemiddelsentralene og kommunene at det er generelt lav avslagsprosent på mosjons- og idrettsutstyr, og at barn oftest får det de søker på.

Vi har generelt veldig lav avslagsprosent.

Jeg tror, hvis det søkes til et barn, er det sjelden å få avslag, er min erfaring.

Gjennom intervjuene ble det imidlertid klart at informantene ved hjelpemiddelsentralene opplever at de mottar flere forespørsler og søknader fra menn enn kvinner når det gjelder aktivitetshjelpemidler. På lik linje med biler og rullestoler opplever informantene at kvinner ikke krever like mye som menn og er mer forsiktige.

Vi får inn flere søknader fra menn enn fra kvinner. Det er sånn på alt altså.

Kanskje det er litt forskjell på hvor mye man tør å be om liksom. Vi gir mye innebandykjelker og sitski.

Men jeg vet, mange kvinner ikke tør å satse mer på den idretten når de har skada seg, at dem ikke tør å gå på igjen en gang til med andre hjelpemidler. Mens gutta skal gønne på!

Spesialisthelsetjenesten var mest overrasket over at de over 26 år får aktivitetshjelpemidler, da de opplever at dette er strammet inn betydelig de senere årene.

Hva i all verden får de da fra 26 år? Det er ganske krevende å søke synes jeg. Og du vet at NN alltid har ligget langt oppe på hjelpemidler totalt, og de siste årene ... Nå skal det skaleres ned totalt, ikke sant, du skal helst ned til den dårligste, slik at det blir dårligere for alle.

Gjennom intervjuene kom det blant annet frem at potten for aktivitetshjelpemidler for de over 26 år med egenandel i 2018 var brukt opp allerede i begynnelsen av september. Fra september 2018 var det derfor ikke noe poeng i å søke om aktivitetshjelpemidler ifølge informantene. Deltakere i ressursgruppen informerte imidlertid om at 2018 er første året potten har blitt brukt opp. Vi kjenner ikke til om dette kommer av at potten eventuelt er redusert i omfang eller hvorvidt det er søkt om mer aktivitetshjelpemidler enn tidligere år i 2018.

Enkelte tildelinger til de over 26 år synes kommunene imidlertid er rare og lite forståelige, hvis de ser det opp mot andre brukere som de mener burde hatt aktivitetshjelpemidler.

Vi har akkurat hatt en på 80 år som har fått et treningshjelpemiddel. Og det er helt utrolig. Personen har klagd i flere runder, og fikk det gjennom hjelpemiddelsentralen. Vi bare rister på hodet, vi hadde ikke trodd det var mulig. Jeg tror kanskje ikke en dame hadde klaget så mange runder. Men han skulle ha det, og han fikk det! Helt utrolig!

I sitatet over forteller en av informantene om sin egen far og hvordan hans mor hadde presset på for at han skulle holde seg i form når han ble dårlig. Informanten mente bestemt at det ikke nødvendigvis var menn som krevde så mye heller, men like gjerne en sterk kvinne bak som presset på. Dette ble mottatt med mye latter i fokusgruppen, men det ble fremhevet at pårørende har en viktig funksjon knyttet til kravene og forventningene som stilles. Sitatet under er fra en annen samtale med andre informanter.

Jeg tror det står en sterk kvinne bak mannen og dytter ham til å trene. Jeg tror faktisk det, for jeg har selv en far og han er veldig dårlig. Og bakgrunnen til at han har fått seg et treningshjelpemiddel hjemme er ene og alene på grunn av at mor har sagt han skal trene. Så det står en dame bak og dytter. Jeg er sikker. Det er ikke tull, det er faktisk, du kan le av det, men jeg tror faktisk at det er et faktum.

Ulik praksis og prioritering

Det er stor forskjell på hvordan de to hjelpemiddelsentralene vi intervjuet praktiserer og prioriterer aktivitetshjelpemidler, noe vi også fikk frem i den første intervjurunden. Den ene hjelpemiddelsentralen prioriterer aktivitetshjelpemidler høyt og tildeler betydelig mer enn andre sentraler i Norge. Her prioriterer hjelpemiddelsentralen å arrangere egne dager for aktivitetshjelpemidler og rask tildeling. Dagene er for brukerne selv. Kommunen vi intervjuet i dette området påpekte at dette fører til at aktivitetshjelpemidler er i fokus også hos dem.

Tildeling ved NN er vel ganske høy. Har jo egne dager med vinter- og sommerhjelpemidler. Og da har de veldig fokus på det, liksom, kom hit! Og leverer ut veldig fort. Sånn på våren og høsten.

Den andre hjelpemiddelsentralen er imidlertid en av sentralene som tildeler færrest aktivitets-
hjelpemidler. Denne hjelpemiddelsentralen opplever at de mottar få søknader om aktivitetshjelpemidler fra kommuner der det er stort press på ergoterapeutene. Aktivitetshjelpemidler blir derfor en bonus i enkelte kommuner.

Jeg vet ikke om det kan ha noe å si men, jeg føler jo det er veldig press på ergoterapeuter, for eksempel som hjelper til med søknadene. Og prioritere et aktivitetshjelpemiddel da ... Har du tid til det som ergoterapeut, det er jo en sånn, hva skal jeg si, bonus ting. Det er viktigere å holde på med rullestoler. Det er jo litt som vi snakka om sist. At det er enda mer avhengig av den terapeuten ute her, og hva den vurderer, enn det er i andre fylke. Vi overlater jo mye av jobben til dem ute.

Samtidig påpeker kommunen i samme området i første intervjurunde at de ikke opplever at aktivitetshjelpemidler skal prioriteres. Hjelpemiddelsentralen her arrangerer sykkeldager, og det arrangeres enkelte utprøvningsdager for andre aktivitetshjelpemidler, men da arrangeres det av leverandører.

Ulikhetene i praksis og tolkning av regelverket er noe både kommunene og hjelpemiddelsentralene opplever som problematisk.

Men sier du egentlig, at hvis jeg hadde bodd i NN, er sjansen for at ungen min får aktivitetsmidler mye mindre enn hvis jeg hadde bodd i NN? Selv om vi har samme regelverk? Tolkning av regelverket som er forskjellig. Hvor ok er det?

Vi er jo veldig fagområde-avhengig. Hvis du har en ergoterapeut som er veldig interessert i dette området kontra en assistent i hjemmebasert omsorg. Så vil du kanskje ha ulik innfallsvinkel på hva som er det viktige. Det ser vi som en utfordring i egen kommune også. Det har jo vært perioder hvor vi ikke har disse ressurspersonene. Da ser vi at det er etterspurt. Og da gjør vi kanskje et minimum av det vi trenger, men driver kanskje ikke i like stor grad med oppsøkende virksomhet, opplæring, vedlikehold, og oppfølging. Som ved henvendelse med om rullator. Men jeg tenker at det som sentralen initierer, med fagdager, er også at vi som fagpersoner kommer dit og blir oppdatert på det og blir kursa. Vi er avhengig av å vite hva hjelpemiddelsentralen er interessert i å gi ut. Det går jo litt hånd i hånd. Jeg kunne jo ha sittet i min jobb og vært veldig interessert i aktivitetshjelpemidler og søkt om det. Og så vil ikke de innvilge det eller prioritere det. Så jeg synes jo det er skummelt det dere finner ut at det er så variert mellom fylker.

Ulike interesser

Mens hjelpemiddelsentralene opplever at de mottar flere søknader om aktivitetshjelpemidler fra menn enn kvinner, mente flere informanter fra kommunene at de opplever at de søker om like mye til jenter som til gutter. Derimot mente de at skjevheten i tallene fra vår kartlegging henger sammen med at jenter og gutter har ulike interesser.

Jeg kan ikke si at jeg har den erfaringa fra min egen praksis. Tror jeg har søkt vel så mye til jenter som til gutter. Men gutter er kanskje mer aktive, liker fart og spenning. Hjelpemidler i tilknytting til aking, sykkel, ski, fart og spenning. At gutter er mer på det enn jenter kanskje ...

Flere av informantene argumenterte for at jenter og gutter av biologiske årsaker er forskjellige og interesserer seg for ulike aktiviteter. Mens gutter og menn oppleves som mer aktive og tøffe, ble jenter definert som mer stillesittende, der kvinner må bruke kreftene på hverdagen.

Vet du hva, dette er veldig vanskelig å forklare. Her er vi inne på biologiske ting også, altså ... Jeg mener det ... fordi Ja, jeg vet i likestillingens navn at man bør tenke annerledes, men jeg tror vi er født forskjellig, og det må vi bare akseptere.

Fordi menn, skal være tøffe, aktive og sterke. Det er rett og slett sånn kjønn er fordelt da. Vi er jo ikke helt like. Genetisk er det jo noen forskjeller. Og det kommer fram her da.

Kanskje kvinner må bruke de kreftene de har på hverdagslivet, mens menn må bruke kreftene på å være i aktivitet?

Det er mye omgivelser også, altså. Man blir kandisert inn til å like de tingene du skal like, tror jeg i ganske stor grad, det er ganske mange faktorer som påvirker barna fra de kommer ut. Men klart jeg er helt enig, tradisjoner er en viktig del av det.

En dialog fra hjelpemiddelsentralen viser spesielt godt hvordan ulike interesser brukes som forklaringsmodell samtidig som informantene gir uttrykk for at dette egentlig ikke er greit.

Ja, men kan det ha en sammenheng, hvis man tenker på barn, da, er man mer der at gutter skal ut og opp i trærne, og ... men jenter kan sitte inne å stulle med dukker.

Jeg tror vi lukter vi på noe som ikke er helt greit her.

Nei, men nå, hvis du går inn i en lekebutikk, da, og ser på hva som kjøpes av leker, så vil jeg jo tro at du ser helt klart forskjell på jenter og gutter.

Men gutter har jo et høyere aktivitetsnivå ... Det er mye sånn der, (hehe), gutter er jo tradisjonelt kjent for å være mer ... dem er mer aktive, mer utagerende i lek enn hva jenter er. Også for de med funksjonsnedsettelse, jeg tenker det vil gi noe utslag også der. Ja, for jenter driver med helt andre ting.

Men da tenker man, jo men da tenker man ... en aksepterer da på en måte at en jente får mer stillesittende aktiviteter, man har lettere for å akseptere det ... enn at en gutt må sitte i ro.

Det er noe naturstridig med det, på en måte, at en gutt skal sitte i ro.

... men det burde jo ikke være slik at, utlån av aktivitetshjelpemidler bidrar til å begrense jenters mulighet til å drive med aktivitet. Det vil jo være sorgen.

Flere av informantene påpeker at barn med funksjonsnedsettelser er som alle andre barn når det kommer til interesser. Det er stor forskjell i hvilke typer aktiviteter jenter og gutter deltar i,

samtidig synes informantene at det er rart at det er såpass store forskjeller både for voksne og barn i tildelingen av hjelpemidler. Spesielt fordi hovedvekten av hjelpemidler er knytta til aktiviteter som både jenter og gutter deltar i som barn, det vil si aking og ski, noe vi også tok opp i intervjuene.

Det er kanskje det der du sier, det er kanskje litt kjønnsdelt, med hva de er interessert i. Det ser du på funksjonsfriske barn også. Kunne vært interessant å se det ut mot en greie. For det er veldig mange unge eller ungdommer som slutter med idrett og ting og tang når de er 12-13-14. Altså, har det en sammenheng? Hvordan ser det ut? Der hvor jeg bor (by), det er mange som driver med, Det er veldig kjønnsdelt på håndball, fotball. Altså sånn. Men egentlig synes jeg det er litt rart at det er så stor forskjell som du sier altså. Jeg synes det er rart.

Det er jo litt merkelig, jeg synes at det er veldig mange jenter som har lyst til å gjøre det samme som guttene, så det virker jo egentlig merkelig at det ikke er 50-50.

Flere av informantene mener at de ikke er med på å forsterke kjønnsrollemønsteret i sin behovsprøving av hjelpemidler, mens andre påpeker at det kan ligge der i underbevissthets og så skjer det helt ubevisst.

Det kan godt være. For jeg tror ikke det har så mye med vår gruppe, at vi er, som det kunne vært i den forrige, at vi er stereotype vi og i for hold til hva slags spørsmål vi stiller. Hvis du skjønner.

Det tror jeg er fordi menn blir sett på som mer aktive, og mer ute og har bruk for det enn kvinner. Uten at det stemmer, selvsagt. Og at menn krever å få det, men også at de som er rundt de, for det er terapeuter som søker, også må jo på en måte tenke det, uten at det er bevisst. Det er jo sikkert ikke bevisst. Men da må det nesten være sånn, at når en mann kommer, og ønsker det, «ja, det er klart, det trenger du», og hvis en kvinne kommer, så er det mer ... «Ja, nei, sitter ikke du mer inne og lager mat, da?»

Familiens påvirkning

Flere av informantene trekker frem familien som helt avgjørende for hvilke interesser jenter og gutter har, og hvilke hjelpemidler de etterspør. Dette skiller seg betydelig fra de andre aldersgruppene, der brukeren selv bestemmer og velger hvilke hjelpemidler en vil ha. For barn er det imidlertid menneskene rundt barnet som avgjør på dets vegne.

Jeg tenker at når du kommer i aldersgruppa 60, 70, 80, så er det jo personen selv som tar valgene, mens for et barn er det jo i stor grad menneskene rundt som tar valgene på vegne av barnet.

Informantene mener at det har mye å si hva slags familie du kommer fra. Kommer du fra en aktiv familie, der familien fortsetter å være aktiv selv om de får et barn med funksjonsnedsettelse, så tilrettelegger foreldrene for aktivitet og skaffer til veie hjelpemidler. Men for noen familier så ser det kanskje ut til at det forventes mindre deltakelse og aktiv hverdag for jenter enn gutter.

Da må vi begynne på å se hva slags type liv lever familien. Vi ser jo ofte, vi må jo være såpass ærlige, at vi ser sammenhenger. Du ser jo de som har hatt et aktivt liv og får et barn med cerebral parese, eller en annen type tilstand, de fortsetter å leve et aktivt liv. Barna får de hjelpemidlene de trenger for å være delaktig i familien.

Jeg tror det har mye å si på hva slags familie du kommer fra, og hva slags forventninger til aktiviteter du skal delta på. Jeg har jo eksempler på familier, hvor vi legger til rette for her kan dere søke ulike aktivitetshjelpemiddel, men for den familien var det helt uaktuelt for det jentebarnet. Men hadde det kanskje vært et guttebarn, så tror jeg det hadde stilt et helt annet utgangspunkt.

Informantene påpeker at tilbudet i hjelpemiddelsystemet gjelder for alle uansett kjønn. Det finnes mange hjelpemidler for å delta aktivt og det handler om å gi barn muligheter, men informantene mener også at det trengs informasjon og kunnskap ut til familie og pårørende som synliggjør tilbudet.

Jeg tenker jo at foreldrene må være fullstendig klar over at tilbudet er der om det er jente eller gutt som har lyst til å padle kajakk. Det er et fett. Det handler om at barnet skal få lov til å drive med aktivitetene som barnet ønsker uavhengig av om det er jente eller gutt. Det handler jo på en måte om opplysning og kunnskap ute, og om valg som gjøres er forskjellige, det vil man jo alltid finne ... her viser det på en måte kanskje at det er en jobb å gjøre for å synliggjøre aktivitetsmuligheter for barn.

Et annet viktig moment ved aktivitetshjelpemidler som trekkes frem er hvilke positive effekter det kan ha for mange diagnosegrupper. Det handler om mer enn bare å være i fysisk aktivitet, men også om sosialtrening, utvikling og inkludering.

Så tenker jeg, hva det gjør med tilhørighet, sosialtrening, og utvikling, hvis man har en trend der man kan få sitte hjemme og ikke får så mye tilgang til å drive med aktiviteter og få være med i et miljø. Jeg tenker også at hvis det da også viser seg at jenter får mindre elektriske rullestoler ... altså, benytter seg av eller bruker en elektrisk rullestol, eller hvor man har barn med nedsatt funksjonsevne og de får bedre utvikling ved at de får en elektrisk rullestol, det gir tilhørighet, det gir muligheten til deltagelse og de har en annen utvikling enn referansegruppa. Da er man ute og sykler, spør du meg. Da må man begynne å tenke seg om, i hvert fall. Da må man dytte på jenter aktivitetshjelpemidler så de kommer seg ut i like stor grad.

REAKSJONER PÅ RESULTATENE

Overordna opplevde vi det som informantene var overrasket over at vi hadde funnet forskjeller med hensyn til kjønn og bosted, men det var svært ulikt hvordan de ønsket å forholde seg til resultatene og hva det kunne ha å si for hjelpemiddelformidlingen.

De fleste mente at det ikke var hjelpemiddelsystemet i seg selv som skaper skjevhetene, men brukernes ønsker og interesser.

Jeg ser jo at det er det. Jeg tenker at det skyldes ikke hjelpemiddelsystemet. Det tenker jeg mere skyldes ja, informasjon ute og hva folk føler at de vil ha.

Det er jo de sjøl som forteller hva slags aktiviteter som ligger i deres identitet, i deres rolle, og interessefelt, ikke sant. At hverdagen blir god. Vi er jo forskjellige. Noen velger farta og noen velger kjøkken.

En ting er hva terapeutene der ute gjør, men en annen er jo hva brukeren selv ønsker ... hvordan tankegangen er hos den enkelte ... jeg kjenner jeg går igjen tilbake til tradisjoner, jeg tror en god del av dette er styrt nettopp av det.

Noen informanter mente at det ser ut til at tradisjoner og holdninger hos både brukere og hjelpemiddelformidlere påvirker hjelpemiddelsystemet, og at det er en jobb å gjøre.

Det er jo litt ille hvis det sitter så inngrodd både hos terapeuter og oss. Selv om det liksom er samfunnets ... eh, hva skal jeg si, syn på kvinner og menn, at det forplanter seg inn i hjelpemiddelformidlinga.

Men da, og da tenker jeg at vi har jo virkelig en jobb å gjøre, alle terapeuter også, for det er vel i veldig stor grad ergoterapeuter som går hjem og hører hva en vil ha, det går jo på en kontakt.

Hvis ikke de får presentert de samme mulighetene er det jo virkelig noe galt med systemet.

Flere av informantene hadde positive opplevelser av å ha satt fokus på et område de tidligere ikke har tenkt over ved å ha deltatt i undersøkelsen. Andre fremhevet at en ønsketenkning er å kunne tilby fullstendige likeverdige offentlige tjenester, men at det vil være vanskelig å innfri.

Jeg kjenner at jeg er litt mer opptatt av likestilling enn jeg trodde jeg var.

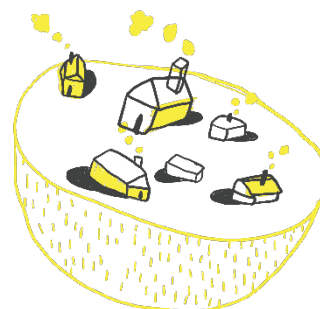
Jeg kjenner meg så blank før vi treffes. Men så tenker jeg helt annerledes etterpå. Så dette er veldig givende.

Det er noe med bevisstheten rundt det da. At jeg tok meg jo sjøl i det når jeg hadde vært med på den første intervjurunden. Jeg skulle i hvert fall ikke, jeg prøvde å liksom tenke, jeg skulle ikke stille mere spørsmål om det med arbeidsstol til en damebruker enn en mannebruker, hvis du skjønner. Altså, det er liksom noe med å bli bevisst på at vi ikke skal være med å underbygge kjønnsforskjellene.

Og vi har jo på en måte en ønsketenkning, at uansett hvem du er, hvilket kjønn du har, hvilket funksjonsnivå du har, hvilken inntekt, skal det ikke påvirke hva slags avgjørelse eller faglige vurderinga du får, men til syvende og sist så er det, det farger jo noe av terrenget.

KAPITTEL 4: DISKUSJON OG SAMMENFATNING

Kvinner får flest hjelpemidler i alle kategorier for tilpassing av hjemmet. Menn får flest hjelpemidler når hjelpemidlet er motorisert, inneholder en elektronisk komponent eller skal bidra til økt mosjon og trening. Hvorfor er det slik? Hva skaper skjevheter i tildeling av hjelpemidler?



I dette kapittelet diskuteres og sammenfattes resultatene fra kvantitative og kvalitative funn som er beskrevet tidligere. Kapittelet er delt inn i fem deler som viser fem ulike tendenser i funnene.

Første del handler om hjemmet, samfunnet og forventninger til kjønn og hvordan tildelingene begrenser våre muligheter. Diskusjonen er knyttet opp til den overordna tendensen i funnene som viser at kvinner får mest i alle kategorier så lenge det ikke er motorisert, inneholder en elektronisk komponent eller bidrar til økt fysisk aktivitet. Kort oppsummert viser vår undersøkelse at kjønn er med å påvirke hvilke forventninger hjelpemiddelformidlerne, brukerne og pårørende har til behov og tilrettelegging.

Andre del handler om aktivitetshjelpemidler og hvordan stereotypier og manglende prioritering skaper begrensninger og skjevfordeling i tildelingene, noe som eksempelvis begrenser jenters deltakelse i fysisk aktivitet.

Tredje del handler om seksualtekniske hjelpemidler og hvordan tabuer knyttet til seksualitet hindrer funksjonshemmede i å ha en god seksuell helse.

Fjerde del handler om forskningspotensialet i de ortopediske hjelpemidlene, der vår undersøkelse viser at det er store forskjeller i tildelingen av ortopediske hjelpemidler men årsakssammenhengen må undersøkes nærmere.

Femte og siste del handler om ulik tolkning av regelverket og hvordan ulike prioriteringer gir rom for skjevfordeling. Undersøkelsen at bosted er avgjørende for tildelingene, da kommuneøkonomi og lokalpolitikk påvirker prioritering, tjenester og behovsvurdering.

HJEMMET, SAMFUNNET OG FORVENTNINGER TIL KJØNN

I den kvantitative undersøkelsen kom det frem at kvinner i mye større grad tildeles manuelle rullestoler, mens menn tildeles motoriserte. Forskjellene er spesielt store for aldergruppene fra 60 år og eldre. Det er påfallende at det tildeles 401 flere motoriserte rullestoler til menn enn til kvinner i aldersgruppen 81 år og eldre, når vi vet at det er langt flere kvinner i denne aldersgruppen (Tabell 15). Samtidig ser vi at menn i samme aldergruppe får betydelig færre hjelpemidler i alle andre kategorier. Kvinner får flest hjelpemidler i alle hjelpemiddelkategorier som kan knyttes til tilpassing av hjemmet (jf. Figur 10).

- | | | |
|--|---|---|
| • Sittemøbler og tilleggsutstyr | • Hjelpemidler for toalettbesøk | • Lysarmatur |
| • Hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke | • Hjelpemidler for vasking, bading og dusjing | • Hjelpemidler for høyde-regulering av møbler |
| • Dør-, vindus- og gardin-åpnere/-lukkere | • Hjelpemidler for vertikal forflytning | |

Samtidig ser vi at menn også tildeles flere biler og biltilpasninger enn kvinner. 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.

REKKEVIDDE, ARENAER OG SELVHJULPENHET

Det er en betydelig større rekkevidde for motoriserte rullestoler enn manuelle. Det er også stor forskjell på arenaene de ulike rullestolene egner seg. Utegående motoriserte rullestoler egner seg kun til utebruk og bruk i nærområdet. Den har relativt lang rekkevidde og gjør det mulig for bruker å gjøre innkjøp selv, delta i sosiale settinger utenfor hjemmet og lignende. Manuell rullestol egner seg derimot ikke til lengre turer på egenhånd, men kan fraktes med til bestemmelsesstedet og er også enklere å bruke i hjemmet og mer manøvrerbare. Elektriske rullestoler egner seg både til bruk inne og ute, men er tyngre å frakte med seg og mindre manøvrerbare. De ulike stolene har derfor ulike bruksområder. I undersøkelsen ser vi at brukere av motoriserte rullestoler ofte også har flere typer rullestoler, noe som skyldes ulik bruksområder.

Hvilken type rullestol vi har er derfor utslagsgivende for hvilken type aktivitet vi kan ta del i, men er også avgjørende for hvor avhengige vi er av andre for å kunne delta i ulike arenaer. Forskjellene i tildeling av manuelle og motoriserte rullestoler viser egentlig at kvinner er mer avhengige av andre for å komme seg ut enn menn, fordi kvinner i større grad enn menn kun har manuelle rullestoler. Dette gir kortere rekkevidde og mer behov for hjelp til å komme seg ut i nærområdet og sosiale settinger, enn hvis de hadde hatt tilgang på en utegående motorisert rullestol. Valg av rullestol kan dermed begrense eller åpne opp brukers muligheter i hverdagen.

Det samme gjelder for bil, der vi ser at menn tildeles flere biler og biltilpassinger enn kvinner. Muligheten til å kjøre selv og komme seg ut er for mange svært befriende, og ikke minst gir brukeren mer selvbestemmelse i hverdagen og øker mulighetene for deltakelse i samfunnet. Bil

skiller seg betydelig fra de andre hjelpemiddelområdene ved at kun særskilte grupper får innvilget bil. Retten til bil og biltilpassing er i dag innrettet for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i arbeid og utdanning. Er du ikke stand til å delta i arbeidslivet eller utdanning har du ikke rett til bil. Tildeling av bil reflekterer derfor også brukernes deltakelse i arbeid og utdanning, noe som indirekte viser at flere menn enn kvinner er i arbeid eller utdanning. Dette stemmer imidlertid ikke overens med arbeidskraftundersøkelsen (AKU), der tallene viser at 262 menn og 312 kvinner med funksjonsnedsettelse var aktive i arbeidslivet i 2017 (SSB, 2018b). I teorien skulle derfor andelen kvinner som mottar bil og biltilpassing vært noe høyere enn for menn. Det vi imidlertid ikke vet er hvilken nedsatt funksjonsevne disse 574 personene har.

Trafikkskadde og forventninger om å ta livet tilbake

Flere av informantene trakk frem at menn i større grad enn kvinner får funksjonsnedsettelser som følge av trafikkuulykker. I statistikken for trafikkskadde ser vi nettopp dette (Tabell 24), men mens unge menn tidligere var ekstremt overrepresentert i statistikken for trafikkdrepte og alvorlig skadde er det i dag menn i alderen 45-60 år som er involvert i de mest alvorlige ulykkene (Korsvoll, 2017). Holdningskampanjer og tiltak rettet mot unge menn i trafikken oppgis som en av grunnene til at statistikken nå er på bedringens vei for denne gruppen. Ofte fører trafikkuulykkene til ryggmargskader og følgelig behov for rullestol. Informantene mente derfor at skjevheten i tildeling av motoriserte rullestoler kan reflektere dette.

Tabell 23: Personer drept eller hardt skadd i veitrafikkuulykker (SSB, 2019)

		2017		Snitt siste 5 år	
		Drept	Hardt skadd	Drept	Hardt skadd
Kjønn	I alt	106	665	138	678
	Menn	74	450	103	442
	Kvinner	32	215	36	236
Trafikantgruppe	Bilførere	51	222	65	231
	Bilpassasjerer	12	94	21	101
	Førere og passasjerer på motorsykel og moped	21	155	22	145
	Myke trafikanter	20	176	24	184
	Andre trafikanter	2	18	5	17
Alder	0-15 år	4	28	4	38
	16-24 år	13	126	25	127
	25-44 år	24	175	31	189
	45-64 år	33	206	43	207
	65 år eller eldre	32	129	36	116
	Uoppgitt alder	0	1	0	1

Gjennom intervjuene kom det frem at det legges mye til rette for at trafikkskadde skal kunne ta tilbake livet de hadde før ulykken. Det fremstod som spesielt viktig å få de tilbake på veien og i arbeidslivet. Informantene mente også at det var en forventning fra de trafikkskadde mennene at de skulle få bil eller tilpasninger som gjør at de kan kjøre igjen. Den samme forventningen var ikke like påfallende i intervjuene for kvinner som har blitt skadd i en trafikkulykke.

Ulik behandling av medfødte og ervervede funksjonsnedsettelse

I dette prosjektet har vi sett og hørt historier som viser at det er forskjell på hvordan vi tenker rundt personer som får en funksjonsnedsettelse og personer som blir født med en. Det samme ser vi for eksempel med seksualtekniske hjelpemidler, der det er viktigere å beholde en funksjon du har hatt enn hjelp til å bygge opp en funksjon du ikke har hatt.

Det ligger således en uuttalt forventning i samfunnet om at de som har blitt skadet skal ta tilbake sitt gamle liv og delta i alle arenaer, mens de som har en medfødt funksjonsnedsettelse ikke har det samme behovet. Forskjellen i forventning ligger i at de som er skadet har opplevd hvordan det er å leve innenfor «normalen», mens de som har en medfødt sykdom ikke vet hvordan det er, følgelig trenger de ikke samme grad av tilpassing.

Ubevisste holdninger som dette bidrar til at ikke alle får like muligheter. Det er følgelig viktig å reflektere over hvilke forventninger vi har til brukerne og pasientene, men også hvilke forventninger vi har til oss selv med forskjellige funksjonsvariasjoner. Vår livskvalitet påvirkes av hvordan vi møtes og hvilke forventninger vi har og krav vi stiller til samfunnet og hjelpemiddelsystemet.

ULIKE FORVENTNINGER TIL KJØNN

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. Hvilken teknisk kompetanse de har fra tidligere oppleves som avgjørende for hvor godt bruker er i stand til å manøvrere rullestolen. Førerkort mener informantene også har mye å si for hvor trygge brukerne av motoriserte rullestoler føler seg i trafikken og hvor godt de kan trafikkreglene.

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 at det er flest menn som søker om utegående motoriserte rullestoler, samt at menn står mer på kravene for å få det innvilget. Informantene mener at kvinner 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.

Tradisjoner i hevd

Tradisjoner er her helt avgjørende for hvordan vi tenker kjønn i forhold til aktiviteter, interesser og behov. Menn har tradisjonelt vært de som har hatt førerkort og kjørt bil, vært i arbeid og tatt utdanning. De siste 40 årene har dette endret seg i tråd med økt utdannings- og sysselsettingsgrad hos kvinner. Andelen kvinner med førerkort har også økt i takt med endringene i samfunnet. I dag er det imidlertid færre unge som tar førerkortet enn tidligere, og det er fortsatt færre kvinner enn menn som tar førerkort (Nordbakke, Sagberg & Gregersen, 2016). Utredningen *Likestilling i transport* viser at «lavere andel med førerkort og dårligere tilgang på bil betyr at kvinnene i større grad enn menn har behov for alternativer til privat transport» (Hjorthol & Kjørstad, 2006, s. III). I henhold til utredningen har også kvinner og menn forskjellige reise-mønstre, der kvinner kjører mindre bil og bruker mer kollektivtransport.

Forskjellene i andelen kvinner med førerkort er størst i aldersgruppen over 67 år (Hjorthol & Kjørstad, 2006). Det er av den grunn ikke så rart at vi ser at flere menn tildeles bil og motorisert rullestol i de eldre aldersgruppene. Det som forundrer oss er at det også for de under 60 år og helt ned til de på 20 år er forskjeller i tildelingene på bil og rullestol.

For aldersgruppen 0-20 år er det relativt jevnt, og representerer nok i stor grad behovet til brukeren. Allikevel ser vi at det er flere menn som får tildelt bil enn kvinner i aldersgruppen 20-40 år. Kvinner mottar kun flest hjelpemidler knyttet til bil i en underkategori og det er bilbelter og støtteseler. Mens det i aldersgruppen 0-20 år er jevnt fordelt mellom kjønnene i denne kategorien er det langt flere kvinner i aldersgruppene over som mottar belter og støtteseler enn menn. Til reaksjon på dette tullet samtlige informanter med at det viste at kvinner helt klart er mer opptatt av helse, miljø og sikkerhet (HMS) enn menn. I løpet av intervjuene ble det imidlertid klart at forventninger til kjønn er en plausibel forklaring for hvorfor kvinner tildeles færre biler, men mer støtteseler og bilbelter.

Informantene mente at menn har mer interesse for motoriserte kjøretøy og fart enn kvinner, og dermed også større ønske om å kjøre bil. Det kom også frem at hjelpemiddelformidlerne forventet at unge menn med funksjonsnedsettelse ønsket å kjøre bil på lik linje med andre jevnaldrende. Kvinner mente de derimot tok til takke med å være passasjer og ikke hadde like stor interesse av å kjøre selv. Følgelig får kvinner behov for bilbelter og støtteseler i bilen, istedenfor egen bil eller biltilpasninger på førersiden. Som en informant uttalte, det er vel fortsatt slik at kona setter seg på passasjersiden når mannen er med enn omvendt, også for de yngre generasjonene.

Ubevisst forventning om at mannen vil kjøre eller må kjøre kan vi knytte til hegemonisk maskulinitet, der vi har en bestemt for forståelse av hva en mann er, hva menn vil og hva menn skal gjøre (Mosse, 1996). Det dominante maskulinitetsidealet er en stereotyp forestilling av det mannlige, og har sin rot i 1900-tallets Vest-Europa (Mosse, 1996). Til tross for endrete holdninger og rettigheter for kvinner, skeive og personer med nedsatt funksjonsevne de siste 40

årene, er det dominante maskulinitetsidealet, og ikke minst motsatsen feminitetsidealet, fortsatt en forutsetning for våre forventninger.

Informantene uttrykte tydelig at de håper at dagens unge generasjon, der både jenter og gutter har like stor teknisk kompetanse, vil føre til en endring på sikt. Men for at dette skal lykkes må også samfunnets forventninger og holdninger til idealene for kjønn endre seg i takt med den tekniske forståelsen og ikke minst rettighetene.

Kvinnens sfære?

Gjennomgangen av tildelte hjelpemidler i 2017 viser som nevnt at kvinner mottar flest hjelpemidler for tilpassing av hjemmet. Dette henger blant annet sammen med at kvinner lever lengre enn menn, noe som øker behovet for å få tilpasset bolig for å bo hjemme lengre. I tråd med økt levealder i befolkningen og stor økning i antall eldre er det en villet politikk at flere eldre skal kunne bo hjemme, det har derfor blitt mer behov for tilpassinger av boliger i de senere år (Hjelpemiddelutvalget, 2017, s. 46). Det er imidlertid noen hjelpemiddelkategorier som viser at kjønnsrollemønstrene påvirker tildelingene.

Hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke er den kategorien med størst differanse mellom menn og kvinner, der kvinner mottar tre ganger så mye som menn. Det tildeles ikke så mye i denne kategorien lenger, fordi underkategoriene som tidligere ble tildelt her nå anses som småhjelpemidler. I dag må derfor brukerne skaffe denne typen hjelpemidler selv gjennom tilskudd til småhjelpemidler. Det som fortsatt finnes tilgjengelig er i første rekke knyttet til syns- og hørselshemming, for eksempel vekt med talestyring eller blindeskrift. Informantene var overrasket over at det fortsatt ble tildelt hjelpemidler av denne typen da de opplever at dette er noe bruker selv må skaffe gjennom tilskudd.

Det er imidlertid interessant at denne typen hjelpemidler uavhengig av alder først og fremst tildeles kvinner. Det er også store forskjeller mellom fylkene hvor mye som tildeles. De fleste informantene mente at det var helt naturlig at kvinner får hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke da kjøkkenet tradisjonelt har vært kvinnens sfære, samtidig som kvinner fortsatt er de som lager flest middager, baker og så videre.

En brukerhistorie sitter spesielt godt igjen fra undersøkelsen. Vi møtte en kvinne i midten av 20-årene som er svaksynt. Hun fortalte at mannlige venner av henne som også er svaksynte hadde fått lesebrett som hjelpemiddel til bruk i studiehverdagen eller som hjelp til å lese aviser. Fordi hun opplevde stort behov for dette selv søkte hun om lesebrett og fikk det innvilget. Hun fikk så spørsmål om de skulle montere det opp på kjøkkenet, slik at hun fikk lest kokebøker. Vedkommende fortalte så at hun har ingen interesse av å lage mat og ikke ønsket lesebrettet til dette formålet. Eksemplet viser tydelig hvordan hjelpemiddelformidlerne forventet at hun som kvinne trengte hjelpemidlet på kjøkkenet til tross for at hun ikke hadde gitt noen indikasjoner på at behovet lå der. Denne typen historier er ikke enestående, men den viser hvordan våre forventninger skaper begrensninger.

Litt spissformulert kan vi si at holdningene og tradisjonene gjør at vi fortsatt forventer at kvinner har interesser knyttet til hjemmet, mens menn skal være mobile.

HJEMMET OG SAMFUNNET – EN KJØNNET SFÆRE

Hjelpemiddeltildelingene viser at kvinnen fortsatt relateres til hjemmet, mens menn har behov for å komme seg ut og være mobile. Bakgrunnen for denne argumentasjonen er at kvinner mottar flere hjelpemidler til tilpassing av hjemmet, til kjøkkenet og ikke minst rullatorer og rullesoler som har kort rekkevidde. Menn mottar imidlertid kun flere hjelpemidler enn kvinner når hjelpemiddelet inneholder en motor eller en elektronisk komponent, samt når det kan bidra til økt fysisk aktivitet (se på nedenfor). Dette gir menn større rekkevidde og mer mulighet til deltakelse i samfunnet.

Vi fortsetter altså 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. Mønsteret kan også sees i de yngre aldersgruppene, men ikke med like stor skjevfordeling, med unntak av for aktivitetshjelpemidler. Det er følgelig håp om at vi på sikt ikke vil tillegge kjønn like stor betydning i valg av hjelpemidler.

AKTIVITETSHJELPEMIDLER, STEREOTYPIER OG BEGRENSNINGER

Aktivitetshjelpemidler er i særstilling sammenlignet med øvrige hjelpemidler ved at brukerne fra fylte 26 år må betale egenandel for å kunne motta mosjons- og idrettsutstyr. Egenandelen har en øvre begrensning på 4 000 kr. I forbindelse med intervjuene kom aldersbegrensningen for aktivitetshjelpemidler opp både fra brukerne i referansegruppen og informantene, både med hensyn til negative sider og positive sider.

Den sosioøkonomiske siden ble oftest trukket frem som en ulempe. Mennesker med funksjonsnedsettelse er ofte uføre i en eller annen grad noe som innebærer begrenset inntekt. Samtidig fører funksjonsnedsettelsene ofte til behov for legebesøk, medisiner, fysioterapi og så videre med diverse egenandeler. Uførepensjon og innskrenket arbeidsevne betyr også mindre evne til å spare opp midler når det påløper små ekstrautgifter på grunn av diagnosen til enhver tid. For mange med funksjonsnedsettelse vil derfor en egenandel for et aktivitetshjelpemiddel være en betydelig utgift som de prioriterer bort. Prioriteringer som medfører lavere fysisk aktivitet.

I henhold til CRPD (2019, s. 27) artikkel 30, punkt 5 har vi forpliktet oss til «å gjøre det mulig for mennesker med nedsatt funksjonsevne å delta på lik linje med andre i fritids-, fornøyles- og idrettsaktiviteter». Tiltak a) fremmer at vi skal «oppmuntre til og fremme deltakelse for mennesker med nedsatt funksjonsevne i vanlige idrettsaktiviteter på alle nivåer, så langt det overhodet er mulig». Med dette viser FN-konvensjonen at fysisk aktivitet og deltakelse er et

viktig aspekt i livet som gir bedre livskvalitet. Mennesker med nedsatt funksjonsevne må derfor oppmuntres til og få anledning til å delta på lik linje med alle andre.

FYSISK AKTIVITET – EN ØNSKET SATSING UTEN SATSING?

Forskning viser at fysisk aktivitet og deltakelse blant barn og unge er særdeles viktig for å omgås jevnaldrende og ivareta et sosialt nettverk (Nyquist, 2012). Det er godt dokumentert at «regelmessig fysisk aktivitet gir helsemessige gevinster» (Elnan, 2010, s. 10). Samtidig gir fysisk aktivitet sosial deltakelse som igjen er viktig for utviklingen av oss som mennesker. Fysisk aktivitet kan også bidra til et selvstendig liv og mennesker med nedsatt funksjonsevne har lenge vært oppfordret til fysisk aktivitet. Deltakelse i idrett har imidlertid vært kontroversielt og er lite tilrettelagt for (Elnan, 2010, s. 10; Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Også noen av informantene var opptatt av det sosiale aspektet ved aktivitetshjelpemidler, der de får bedre utvikling og opplever tilhørighet gjennom å kunne delta i fritidsaktiviteter på lik linje med andre barn.

En funksjonsnedsettelse kan være en medvirkende årsak til en passiv hverdag, og for å sikre et fysisk og aktivt liv er det viktig å legge grunnlaget i barne- og ungdomsalderen. Barn med funksjonsnedsettelser kan imidlertid ha behov for ekstra tilrettelegging og stimulering for å kunne være aktive og etablere en god holdning til fysisk aktivitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s. 11).

Tilgangen på aktivitetshjelpemidler gjennom NAV kan bidra til å etablere en god holdning i barndommen. I våre undersøkelser ser vi blant annet at hovedvekten av hjelpemidler tildeles barn i alderen 3-15 år. Deretter synker det gradvis i antall tildelinger. Fra 23 år og oppover tildeles det relativt lite mosjons- og idrettsutstyr (Figur 30). Dette henger selvfølgelig sammen med aldersgrensen for gratis aktivitetshjelpemidler.

I intervjuene kom det frem at flere informanter syns det var problematisk at brukere som nærmet seg 26 år søkte om mange aktivitetshjelpemidler for å ha det liggende. Dette mente de førte til at det ble gitt ut mye aktivitetshjelpemidler som ikke blir tatt i bruk. Gjennomgangen av dataene for aktivitetshjelpemidler viser imidlertid at det tildeles lite mosjons- og idrettsutstyr til de eldre enn 15 år og fra 23 år veldig lite. Dette indikerer at det ikke nødvendigvis er en utbredt praksis å søke om aktivitetshjelpemidler uten spesifikke behov før brukerne fyller 26 år.

Det oppleves som et større problem at aktiviteten blant barn og unge i alderen 3-15 år avtar når de blir eldre. Med tanke på helsegevinstene og det sosiale nettverket fysisk aktivitet medfører bør det fokuseres på å holde disse ungdommene i aktivitet også når de blir eldre. Vår undersøkelse viser at det tildeles svært få aktivitetshjelpemidler selv om forskning og statlige styringsdokumenter fokuserer på viktigheten av fysisk aktivitet. Aldersgrensen på 26 år ser ut til å være et hinder for de som ønsker å være aktive også i voksen alder, samtidig som det må fokuseres mer på å holde barn- og unge med funksjonsnedsettelser i aktivitet.

Hjelpemiddelutvalget (2017, s. 94) la også vekt på at egenandeler «rammer personer med svak betalingsevne hardest, og kan ha særlig uheldige fordelingseffekter for yngre brukere». For aktivitetshjelpemidler kan dette føre til en dobbel belastning, der egenandelen rammer mennesker med funksjonsnedsettelse økonomisk, men også skape utenforskap og begrense mulighetene til å holde seg i fysisk aktivitet hele livet igjennom. Dette forsterkes også ved at kommunene ikke makter å prioritere aktivitetshjelpemidler på grunn av stort press på tjenestene knyttet til hjelpemidler, noe som diskuteres mer inngående nedenfor.

EN BONUS-TING!

Gjennom intervjuene kom det frem at aktivitetshjelpemidler er noe som prioriteres lavt i kommunene, men også ved en av hjelpemiddelsentralene. Spesialisthelsetjenesten på den andre siden hadde stort fokus på aktivitetshjelpemidler, fordi de opplever at det vil gi pasientene større mestringfølelse og deltakelse i samfunnet. Samtidig var det en av hjelpemiddelsentralene vi intervjuet som prioriterte dette høyt, ved å sette fokus på aktivitetshjelpemidler gjennom utprøvingsdager og rask utlevering vår og høst.

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. Få ergoterapeuter i kommunene gjør at de opplever høyt press, og må prioritere forhold som er avgjørende for at brukernes hverdag skal fungere. Dette er også noe som kommer fram i undersøkelser blant medlemmene av Norsk Ergoterapeutforbund. De rapporterer om store forskjeller i hjelpemiddelformidlingen i kommunene og få ergoterapeuter ute i kommunene (Hjelpemiddelutvalget, 2017, s. 60). I gjennomgangen av hjelpemiddelformidlingen fant også Agenda Kaupang (2017, s. 12) at mange kommuner sliter med kapasiteten og at det er stort press på hjelpemiddelformidlerne. Undersøkelsen viser at det skaper lange ventetider for brukerne. Vår undersøkelse viser også at det skaper utfordringer knyttet til prioriteringer.

Mosjons- og idrettsutstyr havner 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.

Det er også stor forskjell i tildeling regionalt når det gjelder kjønn. Vi ser for eksempel at det i Akershus, Hedmark, Tromsø og Østfold tildeles dobbelt så mye mosjons- og idrettsutstyr til menn som til kvinner. Det indikerer også at det er størst sannsynlighet for å få tildelt aktivitets-hjelpemidler i Hedmark, samtidig som sannsynligheten er mye større for menn som bor her enn for kvinner.

De regionale forskjellene ser ut til å skyldes press på terapeutene i kommunene og hva de har mulighet til å prioritere, men også ulik tolkning av regelverket ved de ulike hjelpemiddelsentralene. Fokus på arbeid og utdanning i hjelpemiddeltildelingen er også noe som fremheves av hjelpemiddelutvalget (2017). Undersøkelsen viser at det er fullt mulig å prioritere aktivitetshjelpemidler høyere selv om det ikke inngår i NAVs hovedprioritering som er arbeid og utdanning. Det ser ut til å være svært ulik praksis for tildeling i de ulike fylkene. Noen fylker har stort

fokus på aktivitetshjelpemidler og tildeler mye, mens andre tildeler lite. Noen hjelpemiddelsentraler har egne aktivitetsdager for utprøving, mens andre fylker ikke har mer fokus på denne kategorien hjelpemidler enn andre ved generell behovsprøving.

Kommunene fremhever at mestring av hverdagen er viktigst ved behovsvurdering, skal brukeren kunne være i arbeid eller utdanning, må hverdagen fungere. Det er kommunene som utreder brukers behov og søker, og dermed vil også kommunenes prioritering bli fulgt opp videre opp i hjelpemiddelsystemet. Samtidig ser vi at spesialisthelsetjenesten vektlegger andre behov enn kommunene og hjelpemiddelsentralene. Satt på spissen kan vi si at kommunene prioriterer for hverdagen, hjelpemiddelsentralene for arbeid og utdanning, mens spesialisthelsetjenesten prioriterer for mestring og inkludering. Det oppstår derfor et spenningsforhold mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og hjelpemiddelsentralene som til tider ser ut til å skape utfordrende samarbeidsklima. Bedre kommunikasjon og samarbeid mellom førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten kan være en fordel for å sikre bruker best mulig tilrettelegging og behandling.

Det må påpekes at dette ser ut til å gjelde spesifikt for aktivitetshjelpemidler. På andre hjelpemiddelområder ser det ut til å være mer enighet om behov og vurderinger. Intervjuene viste at det blant hjelpemiddelformidlerne er svært ulike holdninger knytta til brukerens behov for aktivitetshjelpemidler og hvorvidt det bør prioriteres. Dette henger kanskje sammen med føringene som ligger til grunn i systemet, nemlig at hjelpemidler skal bidra til økt deltakelse i arbeid og utdanning. Aktivitetshjelpemidler havner derfor litt på utsiden av systemet, noe aldersgrensen også forsterker.

KJØNNET AKTIVITET

Levekårsundersøkelsen for mennesker med nedsatt funksjonsevne gjennomført i 2007 viste at over halvparten av respondentene drev med fysisk aktivitet i form av utendørsturer eller mosjon/trening (Molden, Tøssebro & Wendelborg, 2009, s. 73). Samtidig opplevde majoriteten vansker med å delta i nettopp denne typen aktivitet. Levekårsundersøkelsen viste også at kvinner var mindre aktive enn menn, noe også DIFIs innbyggerundersøkelse fra 2017 understøtter (Bufdir, 2019b; DIFI, 2018). Kvinner opplevde også større grad av ensomhet enn menn (Molden et al., 2009, s. 67).

Det at kvinner er mindre aktive ser også ut til å gjenspeiles i vår undersøkelse, ved at kvinner mottar færre aktivitetshjelpemidler enn menn. Kvinner mottar kun flere aktivitetshjelpemidler i kategoriene rideutstyr, kajakk og løpesykkel (Tabell 19). Gjennom intervjuene ble det tydelig 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 stillesittende aktiviteter.

Vi ser en lignende trend også i tildelingen av leker, der det tildeles generelt mer til gutter enn til jenter. De siste årene har det vært en endring i tildelingene der det nå forventes at mer kjøpes inn av brukerne selv på egen bekostning eller gjennom tilskudd til småhjelpemidler. Det er også en styrking av tildelinger av leker til uteplassen som brukes mest av gutter. I tråd med forventningene til kjønn kan dette være med å styrke trenden der gutter mottar flere leker. Forventningene til kjønn tilsier at gutter har behov for å være i aktivitet. Det vil i flere tilfeller kreve tilpassing av uteplassen, og dermed flere tildelinger til gutter enn jenter.

Informantene mente at familiene og de nærpersionene 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 funksjonsnedsettelse 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. Trendene vi ser i innbyggerundersøkelser og levekårsundersøkelser, der menn er mer aktive enn kvinner skapes i barndommen og våre holdninger til kjønn bidrar til å forsterke de trendene. 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 funksjonsnedsettelse får vi først til hvis vi blir bevisst våre holdninger og hvilke begrensninger det gir. Samtidig bør aldersgrensen for aktivitetshjelpemidler fjernes, slik at alle mennesker med funksjonsnedsettelse som ønsker å være aktive kan være det uten hensyn til alder eller egen økonomi.

TABUET SEKSUALTEKNISKE HJELPEMIDLER

Unge funksjonshemmede (2018) publiserte i 2018 rapporten *Sex som funker*. Her kom det frem at unge med funksjonsnedsettelse opplever at de kan ha stor nytte av seksualtekniske hjelpemidler og veiledning når det gjelder seksuallivet (Unge funksjonshemmede, 2018, s. 22-23). Noen har også lite kjennskap til seksualtekniske hjelpemidler og hvilke rettigheter de har. *Sex som funker* 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 (Unge funksjonshemmede, 2018, s. 24). De uttrykker også at det er vanskelig å spørre om hjelp, fordi det er tabubelagt og helsepersonell tar det ikke opp med pasientene.

Informantene i vår undersøkelse ga også tydelig uttrykk for at de synes 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. En informant oppga at det utelukkende var menn som hadde kommet med slike forespørsler.

Vi vet at flere store diagnosegrupper kan ha stor nytte av seksualtekniske hjelpemidler for å ivareta seksuallivet. Samtidig er det noen diagnosegrupper der seksualtekniske hjelpemidler er eneste løsningen for å ha en seksualitet. Mens for andre diagnosegrupper som livmorkreftpasienter vet vi at behandlingen fører til endringer i underlivet som redusert blodforsyning, stivhet, skrumping og sammenvoksinger (Dahl, Loge & Fosså, 2009, s. 92; Kreftforeningen, 2019; Schølberg, 2008, s. 117).

Gynkreftforeningen (2015) gjennomførte en undersøkelse blant sine medlemmer i 2015 hvor 25 % svarte at de ikke har noe seksualliv lenger og 35 % at seksuallivet er betydelig redusert. Også her kom det frem at helsepersonell ikke tok opp tematikken og var ukomfortable med å snakke om det. For denne gruppen vil seksualtekniske hjelpemidler være til stor hjelp. Seksualtekniske hjelpemidler som dilator vil 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 (Kreftregisteret, 2019). Seksualtekniske hjelpemidler som tildeles ved sykehussene rapporteres også inn til leverandør med inneværende rammeavtale for seksualtekniske hjelpemidler som igjen rapporterer til NAV. Hjelpemidler i forbindelse med kreft bør derfor også ligge i databasen vi har hatt tilgang til.

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 vår undersøkelse, samt undersøkelsene til *Sex som funker* og Gynkreftforeningen 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.

I kjølvannet av vårt prosjekt og Unge funksjonshemmede sitt prosjekt *Sex som funker* har vi sett behov for bedre veiledning og kunnskap på området. I samarbeid har vi derfor utviklet og fått midler fra Extrastiftelsen til prosjektet *Hva skal jeg si?* for å utvikle veiledere til brukere og helsepersonell om rettigheter, veiledning og tips til hva en kan si for å ta opp tematikken. Dette håper vi vil hjelpe både pasienter og helsepersonell til å våge og ta opp tematikken, samt øke

fokuset på hvor viktig seksualtekniske hjelpemidler er for livskvaliteten til mennesker med funksjonsnedsettelse.

FORSKNINGSPOTENSIALE FOR ORTOPEDISKE HJELPEMIDLER

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.

Registeret for ortopediske hjelpemidler bør analyseres opp mot eksempelvis:

- Behandlingstilbud og behandlingstid ved sykehusene i de ulike fylkene
- Prioritering for tildeling av innvendige proteser versus bruk av ortose
- Yrkesvalg og øvrig deltagelse i samfunnet – det kjønnsdelte arbeidsmarkedet
- Utdanningsnivå og økonomi

ROM FOR SKJEVFORDELING

De senere årene har det vært flere utredninger og brukerundersøkelser i anledning kommune- og regionreformen (Hjelpemiddelutvalget, 2017; Kaupang, 2017; Pedersen et al., 2017). I tillegg gjorde Holte-utvalget i 2010 en utredning av hele hjelpemiddelsystemet som debatten om omlegging baserer seg på (NOU, 2010:5). Vår undersøkelse har ikke hatt som mål å være en stemme i denne debatten, da vi først og fremst har sett på tildelingene og årsakene til eventuelle skjevheter. Omlegging av hjelpemiddelsystemet har allikevel vært høyst aktuell og noe informantene har vært opptatt av. Spesielt i begynnelsen av prosjektet da en omlegging av hjelpemiddelsystemet fortsatt var sannsynlig. Utredningene og undersøkelsene som har vært gjort har også vært et bra grunnlagsmaterieell for oss til å forstå systemet, dets negative og positive sider.

KOMPETANSE

I vår undersøkelse har kommunene vært opptatt av både mulighetene og utfordringene en eventuell omlegging vil gi, mens hjelpemiddelsentralene og spesialisthelsetjenesten har vært utelukkende mer opptatt av de negative konsekvenser. Spesielt gjelder dette kompetanse hos hjelpemiddelformidlerne.

Informantene mener at de tverrfaglige fagmiljøene ved hjelpemiddelsentralene er viktige for å kunne gi en helhetlig og god utredning og vurdering av brukernes behov. Dette stemmer også godt overens med Norges Handikapforbunds brukerundersøkelse fra 2015, der det i henhold til Hjelpemiddelutvalget (2017, s. 101) fremkommer at brukerne stort sett opplever at hjelpemiddelsentralene har høy faglig og teknisk kompetanse.

Undersøkelsen viser samtidig at det er stor variasjon i brukernes vurdering av kompetansen hos fagpersonene. Dette gjelder både holdninger, kunnskaper om ulike hjelpemidler og formidling av løsninger (Hjelpemiddelutvalget, 2017, s. 101).

Samtlige informanter i vår undersøkelse mener at kommunene i mindre grad vil kunne ha den faglige kompetansen som hjelpemiddelsentralene besitter. Dette kommer av at kommunene ikke har mange nok ansatte med spesialkompetanse eller brukere innenfor alle hjelpemiddelområder til at ergoterapeutene får nok erfaring og kompetanse på alt. Samtidig viser Agenda Kaupang (2017, s. 54) i sin undersøkelse at intern kompetanseutvikling i kommunene er utfordrende på grunn av mange deltidsstillinger, høy utskifting av ansatte og høyt tidspress. Dette mener de gjør det vanskelig å prioritere kompetansehevende tiltak. I anbefalingene fra Hjelpemiddelutvalget og Agenda Kaupang ble det derfor forslått å kun flytte enkle hjelpemidler som det tildeles mye av, og som ikke krever mye tilpassing og faglig kompetanse. Spesielt hjelpemidler tilpasset den eldste befolkningen.

KOMMUNEØKONOMI

Et annet viktig moment informantene våre trekker frem er likebehandling av brukere og like rettigheter. De mente at et nasjonalt system der hovedvekten av hjelpemidler tildeles statlig vil gi mer likeverdige offentlige tjenester enn lokale tildelinger. Dette knyttet de spesielt opp til kommuneøkonomi og kompetanse, der det kan føre til ulik tildeling mellom kommuner og fylker avhengig av økonomien i kommunene og kompetansen de ansatte besitter. Allikevel ser vi i våre undersøkelser at det i dagens system også er forskjeller i tildelingene mellom fylker og kommuner. Forskjellene kommer først og fremst av ulik praksis og tolkning av regelverket mellom kommuner og fylker.

I dagens system har ikke økonomi noe direkte å si for skjevfordelingene, fordi hjelpemidler bekostes av staten og påvirker ikke kommuneøkonomien. Informantene har følgelig rett i at forskjellene vil kunne øke hvis kommuneøkonomien skal spille inn. En omlegging må i så fall også legge til grunn en økonomisk modell tilsvarende den vi har i dag som ikke påvirker kommunenes økonomi. Flere av informantene mener at det allerede skjer en snikinnføring av oppgaver uten at midler følger med for eksempel flatpakke rullestoler som kommunalvaktmester må montere for bruker. Dette setter ytterligere press på tjenestene.

Det er allikevel interessant at kommuneøkonomi indirekte har noe å si for tilbudet brukerne får. Det er store ulikheter fra kommune til kommune i antall ergoterapeuter (Hjelpemiddelutvalget, 2017, s. 60). Mens noen kommuner har egne ergoterapeuter har andre interkommunale samarbeidsavtaler. Tidspresset og manglende mulighet til kompetanseheving i kommunene som diskutert tidligere, 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 aktivitets-hjelpemidler. 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.

Forskjeller i tildeling starter 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, som drøftet over. 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 kostnadskrevenne 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. Men dette avhenger helt av kommuneøkonomien og prioriteringene de tar.

Vår undersøkelse avdekket lokale og regionale forskjeller, noe kommunene og hjelpemiddelsentralene stilte seg undrende til. Spesialisthelsetjenesten, derimot, mente at dette var noe de så hele tiden, og var ikke overrasket over resultatet. Vi forventet heller ikke at bosted skulle ha noe å si for tildelingen av hjelpemidler. I Sverige har lignende forskjeller blitt forklart med at de ikke har et overordnet nasjonalt system. I Norge har vi imidlertid det, samt et felles regelverk med rettigheter til hjelpemidler nedfelt i folketrygden. Allikevel er det rom for ulik praksis og prioritering som gir ulike muligheter avhengig av hvor du bor.

Vi mener at en omlegging av hjelpemiddelsystemet med stor sannsynlighet vil forsterke skjevfordelingene og dermed gi mindre likeverdige offentlige tjenester. Årsaken til dette er at kartleggingen viser at skjevfordelingene i hovedsak er knyttet til ulik praksis og prioritering.

KAPITTEL 5: KJØNN TIL BESVÆR

Undersøkelsen har vist at forventninger til kjønn påvirker hvordan vi oppfatter våre og andres behov. Dette bidrar til ubevisst diskriminering av kvinner og menn som har behov for hjelpemidler. Kommuneøkonomi og prioriteringer påvirker også hvilke tjenester og tilbud som gis. Dette hindrer likeverdige offentlige tjenester og et brudd på våre forpliktelser ovenfor CRPD.



Undersøkelsen viser at kjønn, alder og bosted har noe å si for tildeling av hjelpemidler og hva du får. Intervjuene viser at lovverk og retningslinjer tolkes ulikt av hjelpemiddelsentralene som gir ulik praksis og prioritering. Dette påvirker hvor mange som tildeles av ulike kategorier hjelpemidler fra fylke til fylke, som vist med ulik satsing på aktivitetshjelpemidler. 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 ivarettatt for brukeren/pasienten, eller om hjelpemiddelformidlerne også har tid til å prioritere andre aspekter i livet. Undersøkelsen viser også at ulik praksis og tilbud i kommunene er med å påvirke hvilke typer hjelpemidler det søkes om, her eksemplifisert med tilbudet om trening med fysioterapeut kontra rullator. Prioriteringene i kommunene og hjelpemiddelsentralene gir ulike muligheter avhengig av hvor du bor og vil være helt avgjørende for livskvaliteten en person med nedsatt funksjonsevne opplever.

Kvinner lever lengst og har en noe høyere forekomst av funksjonsnedsettelse enn menn. Det er følgelig naturlig at kvinner vil trenge flere hjelpemidler i hverdagen. Allikevel viser 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.

Stereotypene 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 viser intervjuene at dette forsterkes ved at informantene opplever 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.

Mennesker som bryter med funksjonsnormen, altså ideen om at de som ikke er funksjonsfriske ikke kan leve et godt liv på lik linje med andre, opplever det ofte som vanskelig å bryte med flere normer. Dette kommer av at de dermed blir ekstra utsatt og opplever økt stigmatisering. For mange som blir født med funksjonsnedsettelse er det imidlertid ikke nødvendigvis de selv som er redd for å bryte med normene, men menneskene rundt dem; foreldre, besteforeldre, helsepersonell, venner og så videre. De ønsker rett og slett ikke å tilføre flere «problemer» i hverdagen som kan føre til utenforskap. Dette er en naturlig reaksjon for å skjerme om sine nærmeste, men bidrar også til å forsterke stereotypier og forventninger knyttet til kjønn. Vi mener at dette er med på å bidra til skjevhetene vi ser i analysene av hjelpemidler, noe som også kommer frem i fokusgruppeintervjuene.

Når det gjelder seksualtekniske hjelpemidler og ortopediske hjelpemidler anbefaler vi at registrene bygges opp på lik linje med hjelpemiddeldatabasen for å sikre data for fremtidig forskning. Vi mener det er et stort forskningspotensial i de ortopediske hjelpemidlene som kan bidra til bedre helsetjenester i fremtiden. Det samme gjelder for seksualtekniske hjelpemidler med tanke på å sikre bedre helsetjenester for kreftpasienter, men også for andre pasientgrupper som vil ha stor nytte av seksualtekniske hjelpemidler for å ivareta funksjon og livskvalitet til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse.

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 langt flere 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 (2019, s. 10) 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.

LITTERATURLISTE

- Arbeids- og sosialdepartementet. (2017). Høyring om "En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring". Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hoyring-om-en-mer-effektiv-og-fremtidsrettet-hjelpemiddelformidling--for-okt-deltakelse-og-mestring/id2539843/?expand=horingsvar>
- Buudir. (2018). Antall med nedsatt funksjonsevne. Hentet fra https://www.buudir.no/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne/Antall/
- Buudir. (2019a). Hva er nedsatt funksjonsevne? Hentet fra https://www.buudir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/
- Buudir. (2019b). Idrett, fysisk aktivitet og kultur. Hentet fra https://www.buudir.no/nm/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne/Deltakelse_og_fritid/Idrett_fysisk_aktivitet_og_kultur/
- CRPD. (2019). *FN-Konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/26633b70910a44049dc065af217cb201/konvensjon-om-rettighetene-til-mennesker-med-nedsatt-funksjonsevne.pdf>
- Dahl, A. A., Loge, J. H. & Fosså, S. D. (2009). *Kreftoverlevende : ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- DIFI. (2018). Innbyggerundersøkelsen 2017. Hentet fra <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017>
- Elnan, I. (2010). *Idrett for alle? Studie av funksjonshemmedes idrettsdeltagelse og fysiske aktivitet*. NTNU Samfunnsforskning, Trondheim.
- Gynkreftforeningen. (2015). Betydelig redusert seksualliv. Hentet fra <https://www.gynkreftforeningen.no/2017/12/betydelig-reducert-seksualliv/>
- Götalandsregionen, V. (2017). *Genusanalys av förskrivning av rullstolar i Västra Götaland*. Kunskapscentrum för jämlik vård, Koncernavdelning data och analys och Primärvårdens hjälpmedelsenhet. Hentet fra <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/90b5a0d9-a854-4068-bb9d-02772909e27e/Genusanalys%20elrullstolar%20171006.pdf?a=false&guest=true>
- Handikappförbunden. (2010). *Hjälpmedel - regelverk – livskvalitet – kön. En fokusgruppstudie med forskrivare och brukare utifrån ett genusperspektiv*. Hentet fra <http://funktionsratt.se/wp-content/uploads/2017/11/Hj%C3%A4lpmedelsrapport-5.pdf>
- Hjelpemiddelutvalget. (2017). *En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-mer-effektiv-og-fremtidsrettet-hjelpemiddelformidling---for-okt-deltakelse-og-mestring/id2537779/>
- Hjorthol, R. & Kjørstad, K. (2006). *Likestilling i transport*. Oslo: Transportøkonomisk institutt.
- Kaupang, A. (2017). *Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen. Samhandlign og organisering av hjelpemiddelområdet*. Hentet fra

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/2f3ae6c7a2dd4adbae2c2e152af97c3e/rappor t-agenda-kaupang.pdf>
- Korsvoll, R. (2017, 02.12.17). Derfor dør langt færre kvinner enn menn i trafikken. *Motor*. Hentet fra <https://www.motor.no/artikler/2017/desember/derfor-dor-sa-fa-kvinner-i-trafikken/>
- Kreftforeningen. (2019). Livmorhalskreft. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>
- Kreftregisteret. (2019). Kreftregisterets statistikkbank. I. Hentet fra <https://sb.kreftregisteret.no/insidens/>
- Kunnskapsbanken. (2018). Kunnskapsbanken.net. Om hjelpemiddelformidling, tilrettelegging og tolking. NAV Hjelpe-midler og tilrettelegging. I. Hentet fra <http://www.kunnskapsbanken.net/>
- Molden, T. H., Tøssebro, J. & Wendelborg, C. (2009). *Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne : analyse av levekårsundersøkelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne 2007 (LKF)*. Trondheim: NTNU samfunnsforskning.
- Mosse, G. L. (1996). *Image of Man : The Creation of Modern Masculinity*. Cary: Oxford University Press.
- NAV. (2018). Ortopediske hjelpemidler. Hentet fra <https://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Hvor+trenger+du+hjelp/Dagligliv+og+fritid/ortopediske-hjelpemidler>
- Ness, N. E. (2011). *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse : et kunnskapsbasert grunnlag*. Trondheim: Tapir akademisk.
- Nordbakke, S., Sagberg, F. & Gregersen, F. (2016). *Slutt på lidenskapen? Endringer i førerkortandel og bilbruk blant ungdom (TØI Rapport)*. Oslo: Transportøkonomisk institutt.
- NOU. (2010:5). *Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering. Et helhetlig hjelpemiddeltilbud* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/30d5513459a347718706b98b9f028bf4/no/pdfs/nou201020100005000dddpdfs.pdf>
- Nyquist, A. (2012). *Jeg kan delta! : barn med funksjonsnedsettelse og deltakelse i fysisk aktivitet - en multimetodestudie i en habiliteringskontekst* A.J. Nyquist, Oslo.
- Pedersen, S., Ruge, I. A. & Theie, M. G. (2017). *Konsekvenser av å flytte ansvaret for hjelpemidler i bolig. En samfunnsøkonomisk vurdeing av flertallet i HJelpemiddelutvalgets forslag*. Menon economics. Hentet fra <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2017-14-Konsekvenser-av-%C3%A5-flytte-ansvaret-for-hjelpemidler-i-bolig.pdf>
- Schølberg, T. K. (2008). Sykepleie til pasienter med kreft. I(s. 81-128). , cop. 2008: sosialdepartementet, A.-o. (2017). Høyring om "En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring". Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hoyring-om-en-mer-effektiv-og-fremtidsrettet-hjelpemiddelformidling--for-okt-deltakelse-og-mestring/id2539843/?expand=horingssvar>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Fysisk aktivitet for mennesker med funksjonsnedsettelse: anbefalinger*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

- SOU. (2017:43). *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen*. Stockholm. Hentet fra https://www.regeringen.se/49c8c5/contentassets/09ba8e1b70554a88a21c6450cc10af8e/sou-2017_43_webb_ta.pdf
- SSB. (2018a). Folkemengde og befolkningsendringer per. 1.1.2018. I. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar>
- SSB. (2018b). Funksjonshemmede, arbeidskraftundersøkelsen. I. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/akutu>
- SSB. (2018c). Menn enda nærmere kvinners levealder. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/menn-enda-naermere-kvinnerns-levealder>
- SSB. (2019). Veitrafikkulykker med personskaade. Hentet fra <https://www.ssb.no/transport-og-reiseliv/statistikker/vtu/aar>
- St. meld. nr. 14. (2014-2015). *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-2014-2015/id2401505/>
- Sveen, U. (2018). Hjelpemiddel. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/hjelpemiddel>
- Umeå kommun. (2016). Åtgärdskostnader 2014 – fördelat på kön, powerpoint presentasjon.
- Unge funksjonshemmede. (2018). *Sex som funker. Unges erfaringer med seksualitet og funksjonsevne*. Hentet fra <https://ungefunksjonshemmede.no/ungefunksjonsjemmede-no/wp-content/uploads/2018/02/Sex-som-funker.pdf>
- van der Ros, J. (2013). *Alskens folk*. Hamar: Likestillingssenteret. Hentet fra <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/cdn.likestillingssenteret.no/wp-content/uploads/2013/01/28131732/Alskens-folk.pdf>

VEDLEGG

VEDLEGG 1: SAMTYKKESKJEMA

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Kjønnsdelte hjelpemidler?”

Bakgrunn og formål

Vi ønsker med dette prosjektet å kartlegge om menn og kvinner får ulikt tilbud i form av hjelpemidler basert på kjønn og alder. Kartleggingen vil kunne avdekke utilsiktede skjevheter og ulikheter, og gi grunnlag for å endre praksis. For å kunne gi personer med nedsatt funksjonsevne best mulig likeverdig utgangspunkt må rutiner for hjelpemidler være ikke-diskriminerende. En kartlegging av eksisterende praksis vil kunne avdekke hvorvidt det forekommer ubevisst diskriminering, holdninger til brukere eller andre svikt i dagens system som ikke gir personer med nedsatt funksjonsevne en likeverdig offentlig tjeneste. Prosjektet er finansiert av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og vil ferdigstilles i løpet av 2019. Prosjektet gjennomføres i samarbeid mellom Likestillingscenteret (Stiftelsen Kvinneuniversitet) og Østlandsforskning. I tillegg er NAV Styringsenheten, NAV Statistikk og data og Arbeids- og velferdsdirektoratet involvert i prosjektet.

I prosjekteringsfasen ønsket vi å sette sammen fokusgruppeintervjuer med følgende kvaliteter:

- Gruppe 1) 5-7 saksbehandlere hos NAV hjelpemiddelsentral [REDACTED]
- Gruppe 2) 5-7 saksbehandlere hos NAV hjelpemiddelsentral [REDACTED]
- Gruppe 3) 5-7 administrativt/helsepersonell fra statlig helseforetak, for eksempel rehabiliteringstjenesten, habiliteringstjenesten, [REDACTED], etc.
- Gruppe 4) 5-7 kommunalt ansatte, for eksempel hjemmetjenesten, PP-tjenesten, ergoterapeut fra en kommune på Østlandet.
- Gruppe 5) 5-7 kommunalt ansatte, for eksempel hjemmetjenesten, PP-tjenesten, ergoterapeut fra en kommune på Østlandet.

Utvalget for gruppe 1 og 2 er innhentet ved hjelp av NAV Styringsenheten, mens gruppe 3-5 er innhentet ved å kontakte [REDACTED] kommune, samt rehabilitering og habilitering ved [REDACTED]. Kommunene er valgt ut innenfor ansvarsområdet til NAV hjelpemiddelsentral [REDACTED] for å sikre at prosedyrer og systemer samsvarer mest mulig. Innhenting av utvalg har følgelig gått gjennom kontakt med ledere og mellomledere og ikke informantene selv, foruten gruppe 3 hvor vi har kontaktet informantene på oppfordring fra ledere og andre kollegaer i tjenestene.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelsen i prosjektet innebærer for informanten å delta i to fokusgruppeintervjuer. Første intervju arrangeres i februar 2018. Her vil vi spørre informanten om prosedyrer for tildeling av hjelpemidler og hvorvidt dagens system tillater ulik behandling og tildeling. Andre intervju vil gjennomføres høsten 2018 når den kvantitative undersøkelsen av tildelte hjelpemidler er gjennomført. Spørsmålene her vil omhandle resultater fra den kvantitative undersøkelsen, for å belyse momenter og eventuelle avvik i analysen. Gruppeintervjuene vil bli tatt opp ved lydopptak som beholdes for transkribering i inntil 2 dager (ikke med video/bilde). Det vil føres referat og notater underveis som vil benyttes i analysene. Lydopptakene og referat/notater vil ikke benyttes til noe annet formål enn skissert her.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun prosjektmedarbeidere ved Likestillingssenteret og Østlandsforskning som vil ha tilgang til personopplysninger om informantene (navn/arbeidsgiver/stilling).

Informantene i studiene vil anonymiseres. Vi vil i sluttrapporten oppgi stilling og arbeidsgiver for å begrunne utvalg, men kjønn, alder, etc. vil ikke oppgis. For eksempel slik ergoterapeut, [REDACTED]. Svar vil i sluttrapporten ikke knyttes til enkeltpersoner, men til fokusgruppen (for eksempel slik «Gruppe 1 informerer at...»).

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2019. Lydopptak slettes innen 2 dager etter intervju. Referat/notater slettes når sluttrapport foreligger i 2019.

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.

Studien er ikke meldepliktig til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, ettersom personinformasjon ikke samles inn i studien.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Er det noe du lurer på? Kontakt Annette Solberg (prosjektleder) på tlf. 406 48 915 eller annette@lss.no



VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE 1

Mål 1: Skaffe oversikt over prosessen for tildeling av hjelpemidler

1. Hvordan bidrar du til å kartlegge brukerens behov for hjelpemidler?
2. Hvordan informerer dere brukerne om deres rettigheter alternativer som finnes innen hjelpemiddelområdet?
3. Er det noen diagnoser som utløser tildeling av spesifikke hjelpemidler umiddelbart, eller må alt søkes om å tildeles etter behov?
4. Hva er det som er viktigst ved tildeling av hjelpemidler (prioritering)? Mestring av: **(del ut skjema)**
 - a. Arbeid/Utdanning
 - b. Hverdagen (for eksempel stell)
 - c. Fritidsaktiviteter
 - d. Seksuell helse/ seksualliv

NB: Oppsummering av skjema. Snakk om det og samle inn skjema. Hva er viktigst? Er det noen som kanskje ikke tillegges særlig betydning?

(1 angir lav prioritering og 5 høy prioritering):

Hva er det som er viktigst ved tildeling av hjelpemidler (prioritering)? Mestring av:	1	2	3	4	5
Arbeid/Utdanning					
Hverdagen (for eksempel stell)					
Fritidsaktiviteter					
Seksuell helse/Seksualliv					

5. Hvem har hovedansvar for å følge opp tildelingen av hjelpemidler?
 - a. For eksempel ved feil/endring/tilpassing osv.
6. Hvilke muligheter for påvirkning har brukere og pårørende i valg av hjelpemidler?
 - a. Ingen kommentarer/eksempel: Tror dere at de yngre har mer kjennskap til rettigheter enn de eldre?
 - b. Ingen kommentarer/eksempel: Tror dere at pårørende «står mer på krava» i dag og kjenner rettighetene bedre?
7. Har dere kjennskap til andre hjelpemidler som ikke går gjennom NAV, men gjennom fastlege? (Seksuelle hjelpemidler, høreapparat, annet?)
 - a. Hvordan spiller fastlegens rolle og kompetanse inn?
 - b. Er det økonomiske aspekter ved hjelpemidler utenfor NAV systemet? NAV betaler men fastlegen vurderer, anbefaler og skriver ut. Har vi forstått det riktig?

Mål 2: Er det rom for skjønn?

8. Er det rom for forskjellsbehandling i hjelpemiddelsystemet?
9. Hvordan kan følgende bakgrunn slå ut forskjellig ved tildeling: **(del ut skjema)**
 - a. Kjønn
 - b. Alder
 - c. Diagnose
 - d. Bosted
 - e. Økonomi
 - f. Utdanning
 - g. Pårørende

NB: Oppsummering av skjema. Snakk om det og samle inn skjema. Hva tror dere slår høyest ut? Hva tror dere slår lavest ut?

(1 angir lav sannsynlighet og 5 høy sannsynlighet for forskjellsbehandling):

Hvordan kan følgende bakgrunn slå ut forskjellig ved tildeling: 1 2 3 4 5

Kjønn

Alder

Diagnose

Bosted

Økonomi

Utdanning

Pårørende

10. Hvilke konsekvenser tror dere det får ved eventuell omlegging av hjelpemiddeltildelingen til kommunene?

VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE 2

- Dele ut avkryssningsark **Hvem får flest?** (Sett kryss der dere tror det er likt, og hvilke hjelpemidler dere tror flest kvinner eller menn får)

Avkryssningsark

Gruppe: _____

Kvinne: _____ Mann: _____

Hvem får flest?	50/50	Kvinner	Menn
Hjelpemidler totalt			
Rullatorer			
Manuelle rullestoler			
Motordrevne rullestoler			
Biler og biltilpasninger			
Hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke			
Mosjons- og idrettsutstyr			

- Samle inn skjema og dele ut skjema med riktig svar.

Hvem får flest?	50/50	Kvinner	Menn
Hjelpemidler totalt		X	
Rullatorer		X	
Manuelle rullestoler		X	
Motordrevne rullestoler			X
Biler og biltilpasninger			X
Hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke		X	
Mosjons- og idrettsutstyr			X

1. Rullestoler

I 2017 fikk 15 718 personer tildelt manuell rullestol. 59 % kvinner og 41 % menn. Det ble også tildelt 7740 motordrevne rullestoler, men da er fordelingen 45% til kvinner og 55% til menn. Vi kan legge til at for manuelle rullestoler med drivhjul så er det flere menn enn kvinner som får det tildelt.

- a) Hva tror dere er årsaken til kjønnsforskjellen vi ser her?
- b) Hva tror dere kan være grunnen til at flere menn får motordrevne framfor manuelle rullestoler?
- c) Er det riktig med tanke på hva kvinner og menn trenger?

Vi har også analysert hvor mange hjelpemidler enkeltpersoner får. Vi har da sett at en gruppe får relativt mange hjelpemidler, inntil 33 hjelpemidler. Samtlige i denne gruppen har motordrevet rullestol. Så motordrevet rullestol utløser en del tilleggsutstyr, som stolheis, bil med rullestolheis, overganger for dørterskler og så videre (hjelpemidler for vertikal forflytning). Vi ser at det er mange i denne kategorien er barn og unge, men eldre menn i aldersgruppen 60-80 år er også høyt representert. Det samme gjelder ikke for kvinner i samme alder.

Så hvis vi kan synse litt,

- d) hvorfor tror dere menn i denne aldersgruppen har mer behov for motordrevet rullestol enn kvinner og andre aldersgrupper?
- e) Vi lurte også på hva dere tenker om fordeler og ulemper ved tilskudd til ombygging av bolig (fjerne dørterskler mm) kontra tildeling av hjelpemidler for vertikal forflytning?

2. Mosjons- og idrettsutstyr

I 2017 var det 621 personer som fikk tildelt mosjons- og idrettsutstyr. 42% kvinner og 58 % menn. Vi ser at uavhengig av aldersgruppe så tildeles det mer mosjons- og idrettsutstyr til menn enn kvinner.

- a) Hva tror dere kan være årsaken til dette?

3. Biler og biltilpassing

600 personer fikk tildelt bil i 2017. 45% kvinner og 55% menn. Det er også slik at menn får flere biltilpassinger enn kvinner uavhengig av aldersgrupper. Den eneste produktgruppen kvinner får mer i er bilbelter og støtteseler. Her ser vi at det er 50/50 mellom jenter og gutter frem til 20 år, men fra 20 år og eldre så får kvinner mer bilbelter og støtteseler enn menn, mens menn får tildelt flere biler og mer tilpassing av bil.

- a) Hvorfor tror dere det er slik?
- b) Er det noe i hjelpemiddelsystemet som kan skape denne skjevheten?
- c) Eller er det brukernes ønsker som skaper skjevheten?

4. Hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke

Dette er den kategorien med størst skjevhet. Her ser vi at 75% kvinner og 25% menn får tildelt hjelpemidler for tilberedning av mat og drikke. Kvinner ligger høyt i alle alderskategorier også for gruppen 0-20 år.

- a) Hvorfor tror dere det er slik?
- b) Har ikke menn behov for hjelpemidler til tilberedning av mat og drikke?

5. Hva tenker dere om tallene vi har presentert?

Dere trodde alle at det ikke skulle være kjønnsbaserte forskjeller da dere deltok på første intervjurunde i dette prosjektet

6. Helt til slutt hvordan tenker dere at vi best kan formidle resultatene? Har dere noen forslag? For eksempel holde kurs for ansatte ved hjelpemiddelsentralene, kampanje, etc.

VEDLEGG 4: BAKGRUNNSSTATISTIKK

Tabell 24: Andel av befolkningen i hvert fylke etter alder. Aldersgruppering på intervall 20 år.

	0 - 19 år	20 - 40 år	41 - 60 år	61 - 80 år	>81 år	Totalt
Akershus	25.83	25.60	28.75	16.52	3.29	614026
Aust-Agder	24.63	25.47	26.93	19.32	3.65	117222
Buskerud	23.56	25.93	27.77	18.87	3.86	281769
Finnmark	23.17	26.96	27.58	18.82	3.47	76167
Hedmark	21.60	23.74	27.68	22.11	4.87	196966
Hordaland	24.46	29.52	25.55	16.68	3.79	522539
Møre og Romsdal	24.09	25.83	26.11	19.48	4.49	266856
Nordland	22.82	25.43	26.65	20.65	4.45	243335
Oppland	22.00	24.03	27.75	21.51	4.71	189870
Oslo	21.50	38.06	24.55	13.11	2.78	673469
Rogaland	26.48	29.11	25.99	15.31	3.11	473526
Sogn og Fjordane	24.79	24.69	26.02	19.55	4.95	110230
Telemark	22.56	24.52	27.64	20.92	4.37	173391
Troms	22.96	28.21	26.44	18.79	3.60	166499
Trøndelag	23.66	28.89	25.69	17.97	3.78	458744
Vest-Agder	25.49	27.97	25.84	17.06	3.64	186532
Vestfold	23.23	24.98	27.87	19.76	4.17	249058
Østfold	23.24	24.96	28.07	19.75	3.98	295420
Totalsum	23.81	28.13	26.63	17.70	3.74	5295619

Tabell 25: Tildelte hjelpemidler i 2017 etter fylke og kjønn

Fylke	Kvinner		Menn		Totalsum	
	n	%	n	%	n	%
Akershus	12871	59,1	8893	40,9	21764	100,0
Aust-Agder	3161	56,9	2392	43,1	5553	100,0
Buskerud	6932	57,7	5073	42,3	12005	100,0
Finnmark	2029	56,4	1568	43,6	3597	100,0
Hedmark	5863	57,1	4401	42,9	10264	100,0
Hordaland	11852	57,3	8821	42,7	20673	100,0
Møre og Romsdal	6431	57,2	4813	42,8	11244	100,0
Nordland	8237	59,2	5688	40,8	13925	100,0
Oppland	5999	58,4	4265	41,6	10264	100,0
Oslo	12766	60,9	8193	39,1	20959	100,0
Rogaland	9029	58,9	6288	41,1	15317	100,0
Sogn og Fjordane	2972	56,2	2315	43,8	5287	100,0
Telemark	4591	56,6	3524	43,4	8115	100,0
Troms	4050	56,6	3103	43,4	7153	100,0
Trøndelag	12541	57,7	9194	42,3	21735	100,0
Vest-Agder	4569	57,7	3353	42,3	7922	100,0
Vestfold	7660	57,3	5716	42,7	13376	100,0
Østfold	8349	57,6	6139	42,4	14488	100,0
Totalsum	129795	58,1	93673	41,9	223468	100,0

VEDLEGG 5:

HJELPEMIDDELDATABASEN – ØVRIG STATISTIKK

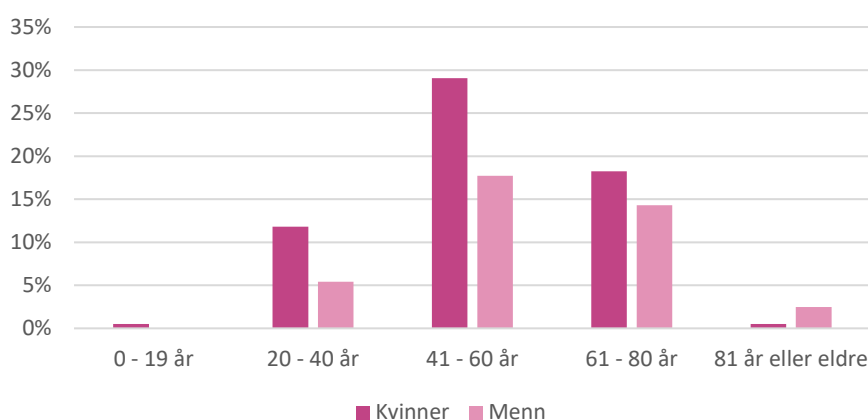
FØRERHUND

I perioden 2012-2017 ble det tildelt 203 **førerhunder**, hvor av 60 % til kvinner og 40 % til menn. Aldersfordelt er det overvekt av kvinner i alderen 41-60 år som tildeles førerhund. Kjønnssfordelingen er ikke lik i alle fylker. Kun i Møre og Romsdal har menn fått tildelt flere førerhunder enn kvinner. I Akershus, Finnmark, Rogaland og Telemark er det tildelt like mange førerhunder til kvinner og menn.

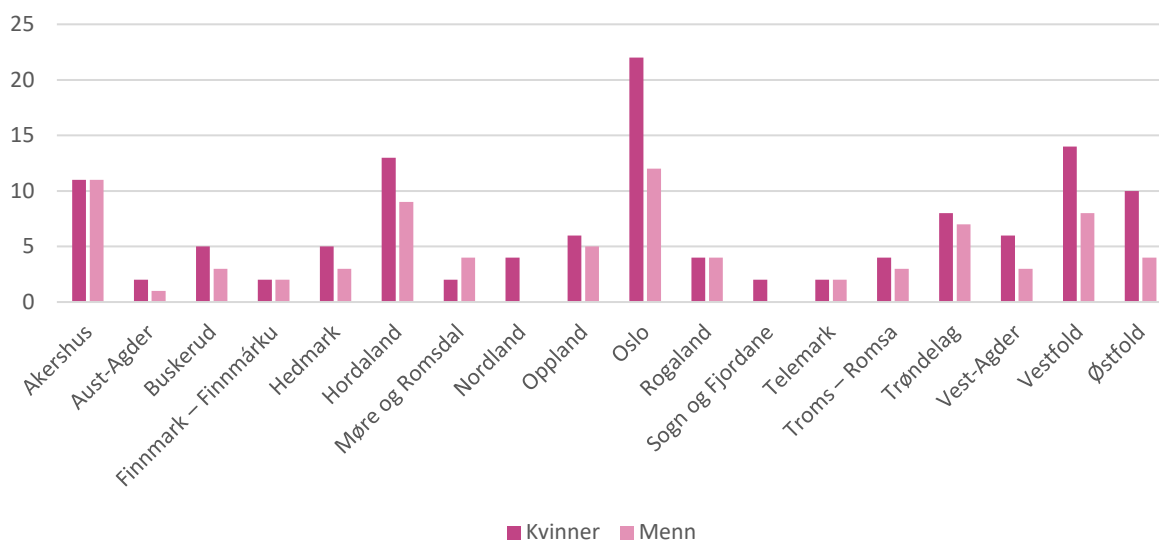
Når vi ser på tildelte førerhunder per 1000 innbygger ser vi at Vestfold i perioden 2012-2017 har tildelt flest førerhunder. Over femårsperioden ser vi at det i 2017 ble tildelt flere førerhunder enn tidligere år. Tildelingene ser ut til å være høyere hvert andre år, dette kan kanskje skyldes frekvensen i opptrening av førerhunder ved de ulike senterne. Vi har ikke sett nærmere på dette. Grafen i figur 69 viser også at det er flere kvinner enn menn som får førerhund hvert av de fem årene uavhengig av hvor mange førerhunder som tildeles. Forskjellen ser ut til å ligge jevnt på 60/40 prosentfordeling mellom kvinner og menn.

Tabell 26: Totalt antall tildelte førerhunder i perioden 2012-2017.

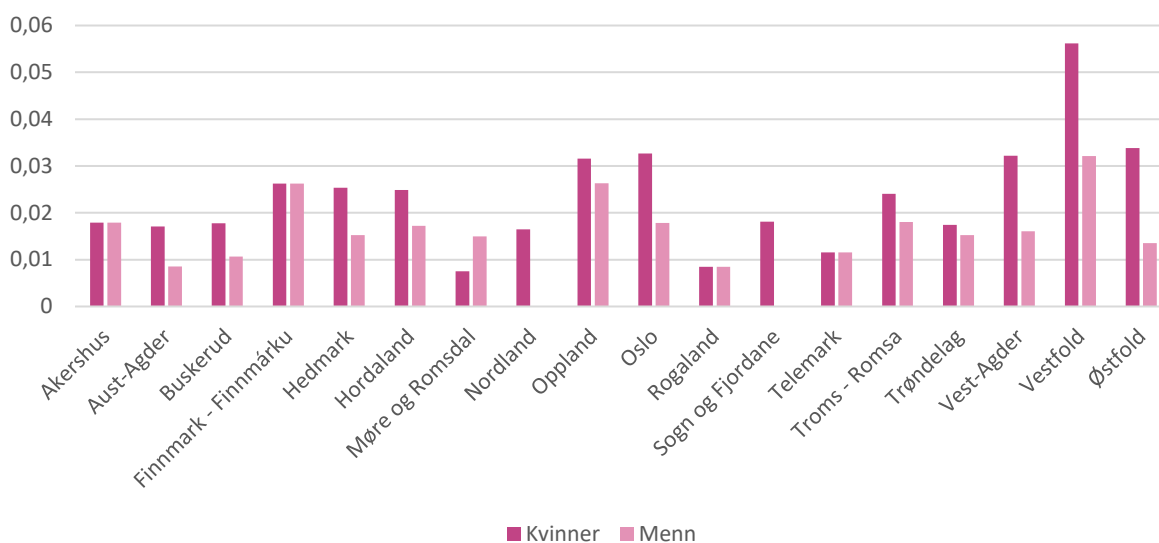
	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre	
	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn
Førerhunder	1	0	24	11	59	36	37	29	1	5



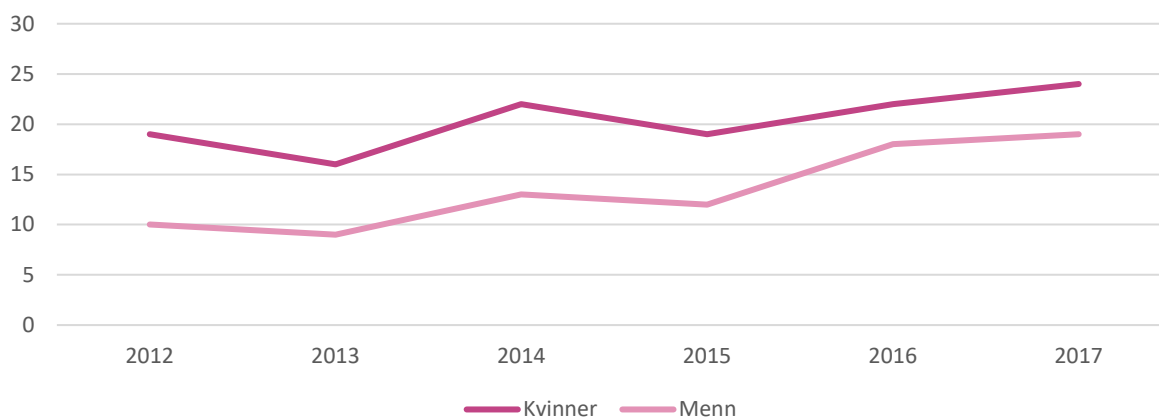
Figur 66: Prosentandel av tildelte førerhunder i 2012-2017 etter alder og kjønn.



Figur 67: Antall tildelte førerhunder i perioden 2012-2017 etter fylke og kjønn.



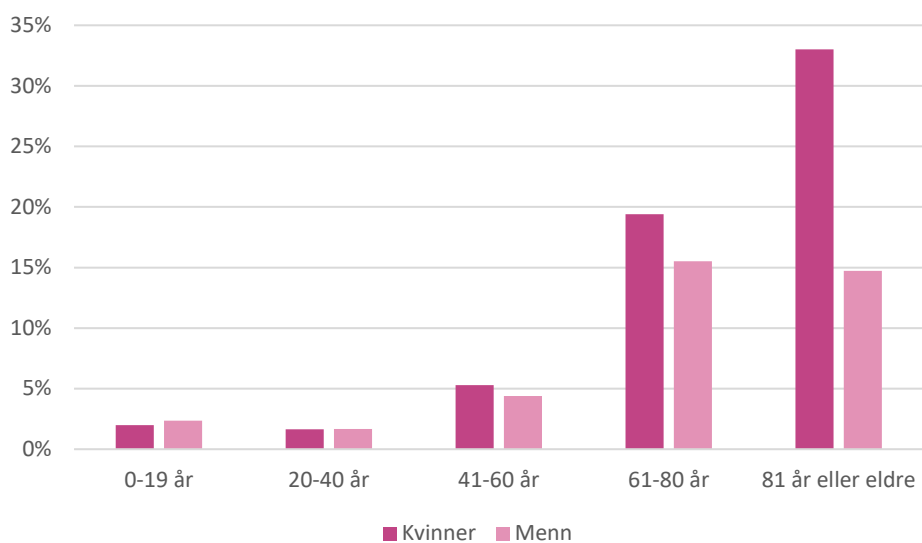
Figur 68: Antall tildelte førerhunder i perioden 2012-2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.



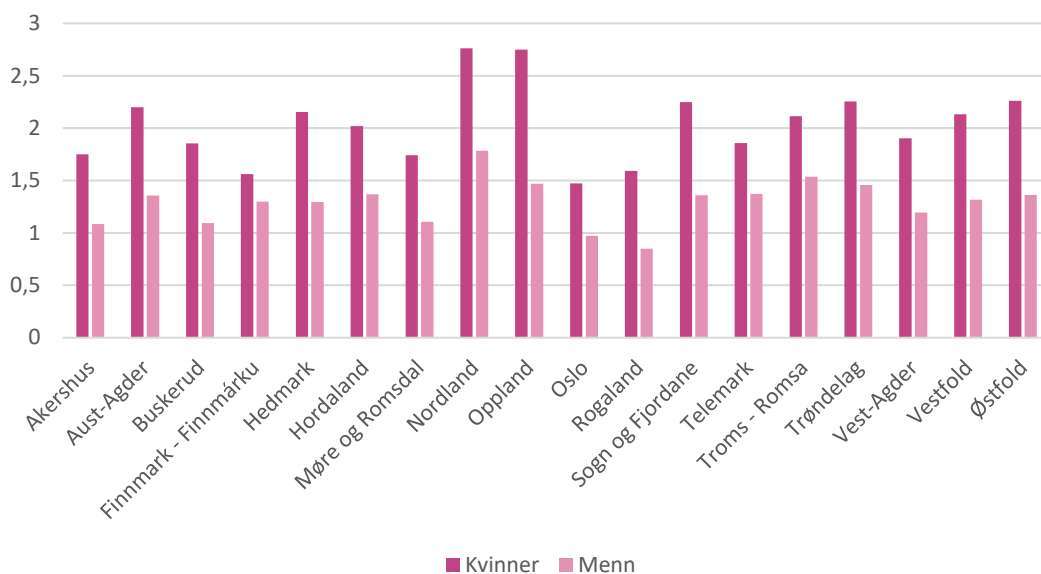
Figur 69: Antall tildelte førerhunder etter utlånsår.

HJELPEMIDLER FOR TOALETTBESØK

Der var 16 902 personer som fikk tildelt hjelpemidler for toalettbesøk i Norge i 2017. Av disse var 61% kvinner og 39% menn.



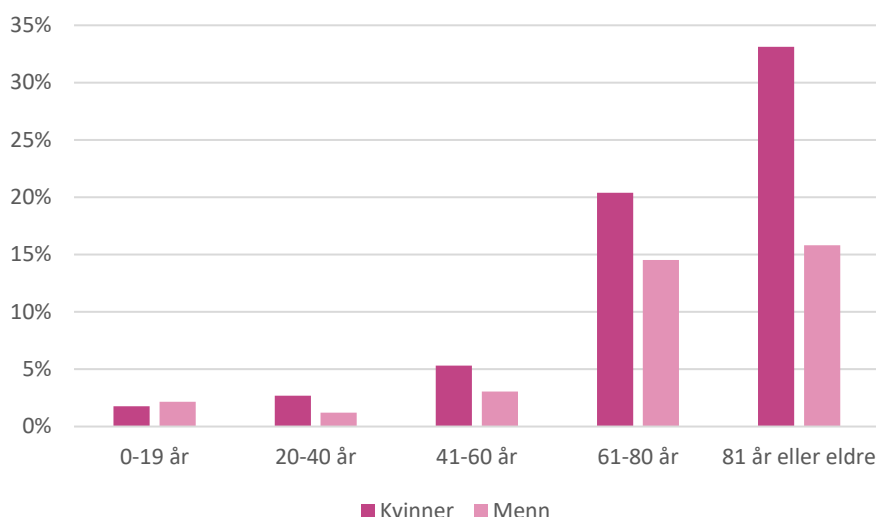
Figur 70: Prosentandel av tildelte hjelpemidler for toalettbesøk i 2017 etter alder og kjønn.



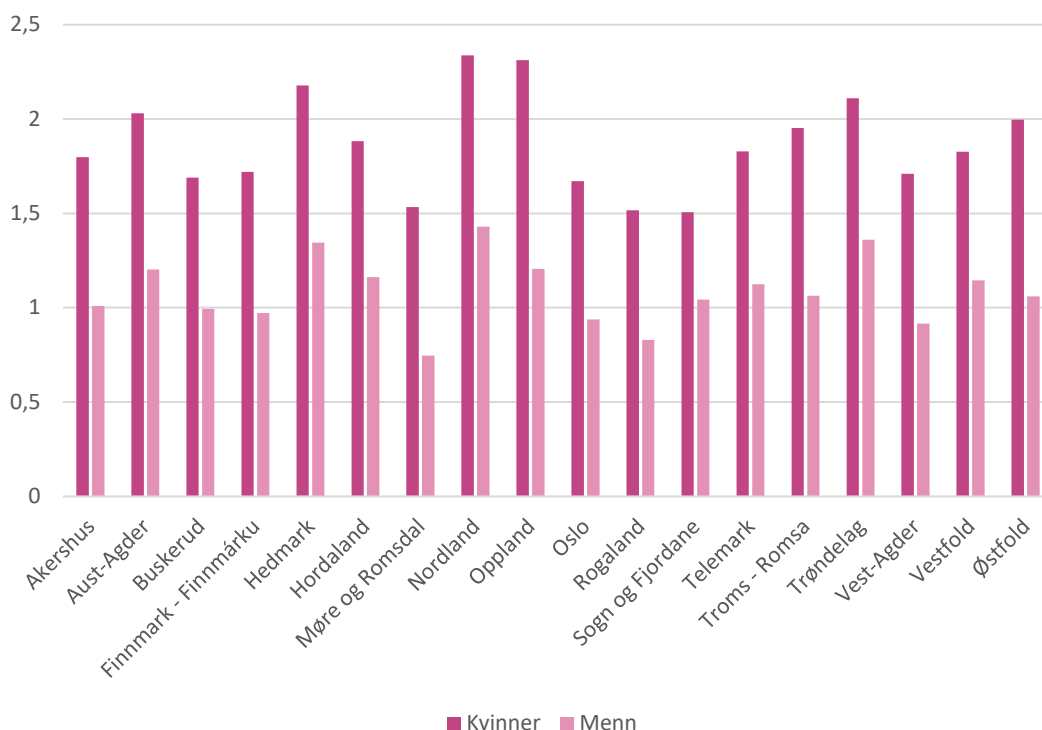
Figur 71: Tildelte hjelpemidler for toalettbesøk i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

HJELPEMIDLER FOR VASKING, BADING, DUSJING

Der var 15 430 personer som har fått tildelt hjelpemidler for vasking, bading og dusjing i 2017. Av disse var 61% kvinner og 39% menn.



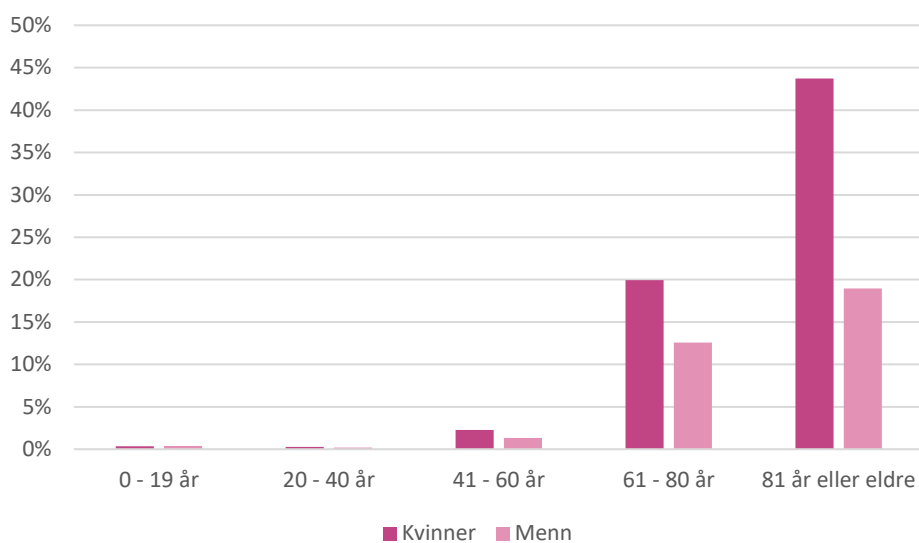
Figur 72: Prosentandel av tildelte hjelpemidler for vasking, bading og dusjing i 2017 etter alder og kjønn.



Figur 73: Tildelte hjelpemidler for vasking, bading og dusjing i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

RULLATORER

Der var 28 662 personer som har fått tildelt rullatorer i 2017. Av disse var 67% kvinner og 33% menn.



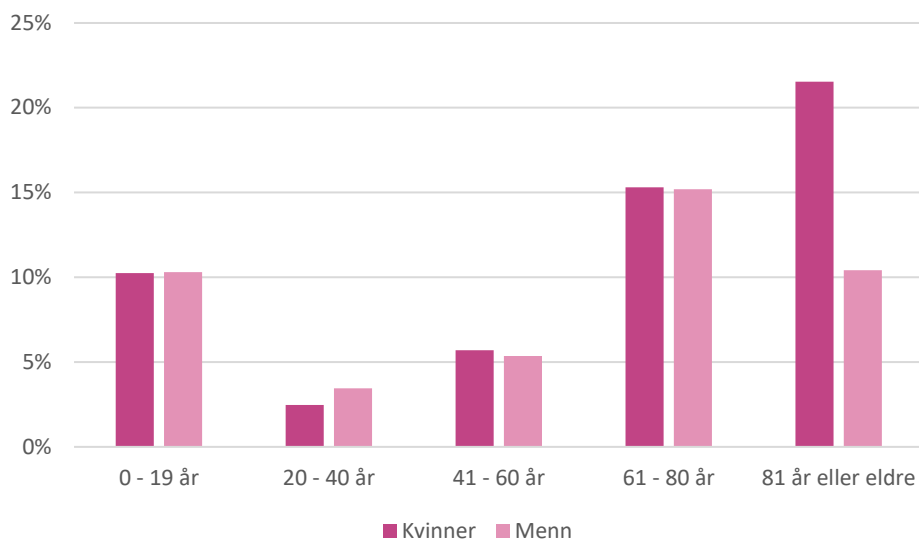
Figur 74: Prosentandel av tildelte rullatorer i 2017 etter alder og kjønn.



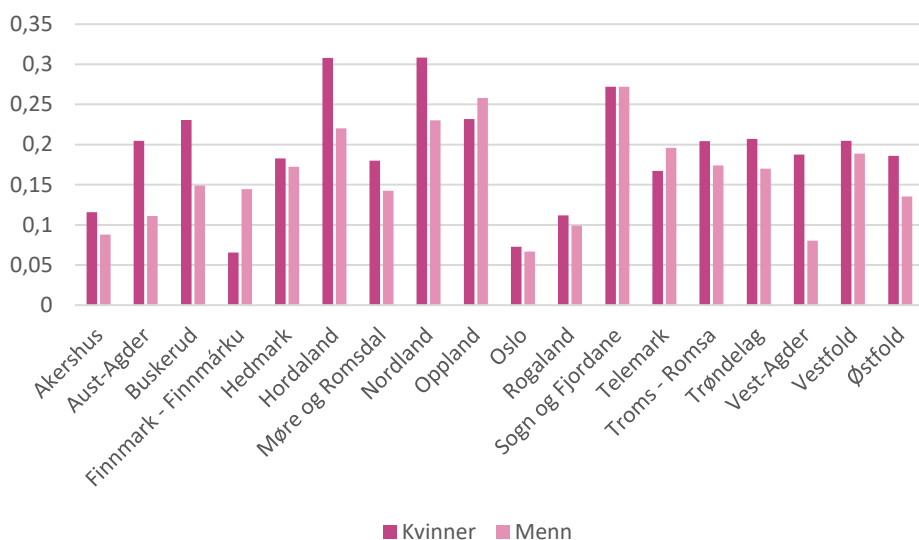
Figur 75: Tildelte rullatorer i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

BORD

Der var 1737 personer som har fått tildelt bord i 2017. Av disse var 55% kvinner og 45% menn.



Figur 76: Prosentandel av tildelte bord i 2017 etter alder og kjønn.



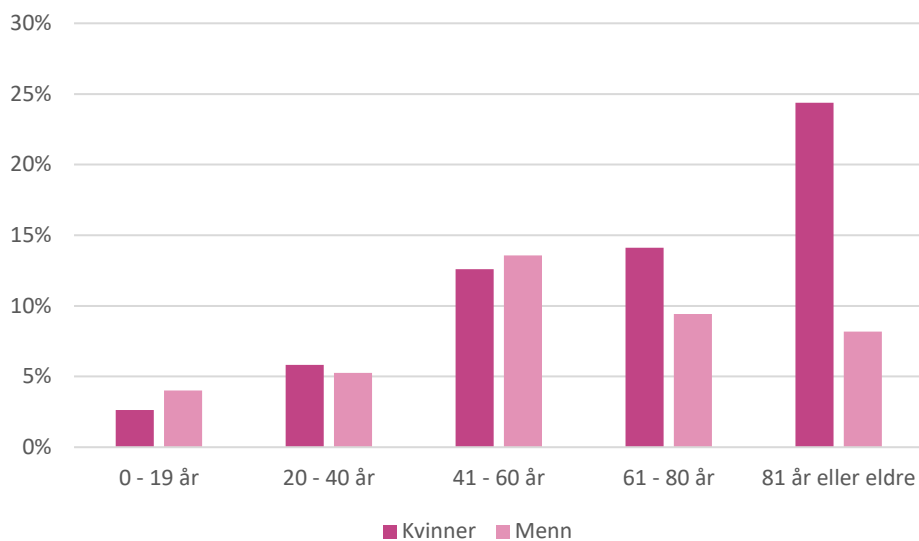
Figur 77: Antall tildelte bord i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

Tabell 27: Antall tildelte underkategorier av bord i 2017 fordelt på alder og kjønn.

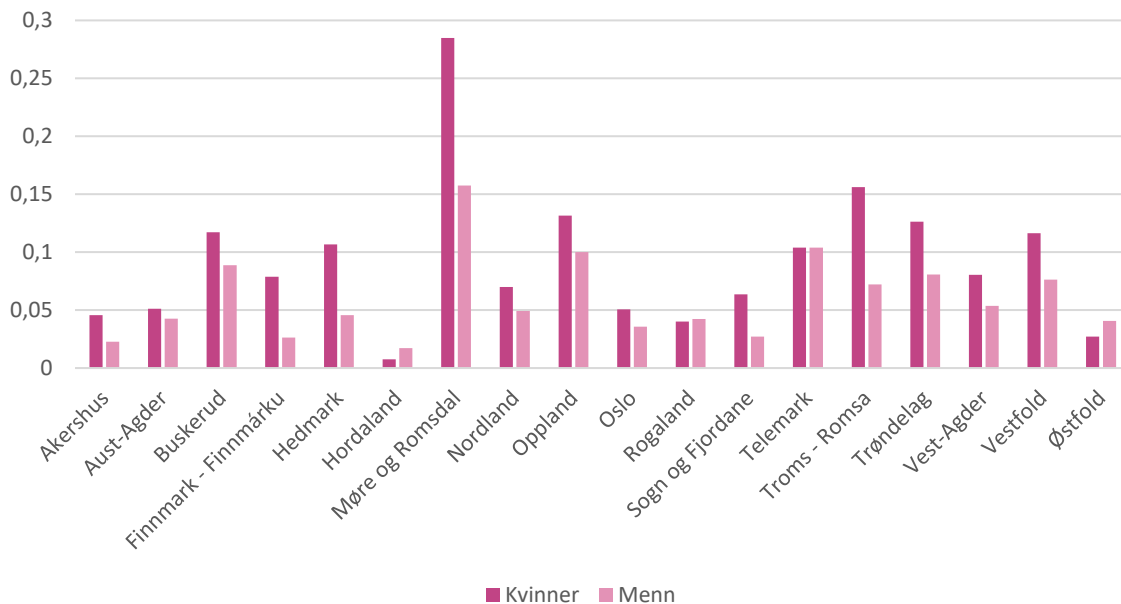
Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre		Total
	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	Kvin- ner	Menn	
Arbeidsbord	169	165	21	33	17	16	19	15	35	14	504
Sengebord	9	14	22	27	82	77	247	249	339	167	1233
Totalsum	178	179	43	60	99	93	266	264	374	181	1737

LYSARMATURER

Der var 722 personer som har fått tildelt lysarmaturer i 2017. Av disse var 60% kvinner og 40% menn.



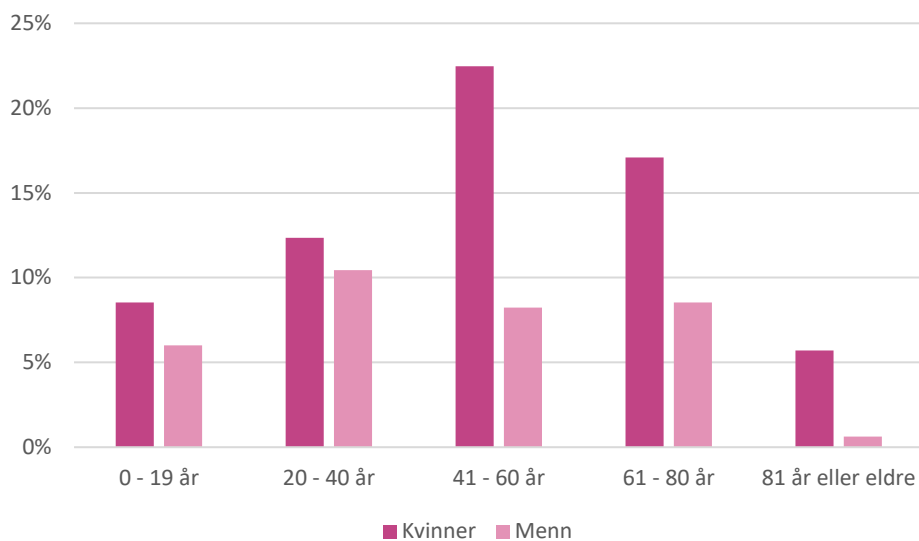
Figur 78: Prosentandel av tildelte lysarmaturer i 2017 etter alder og kjønn.



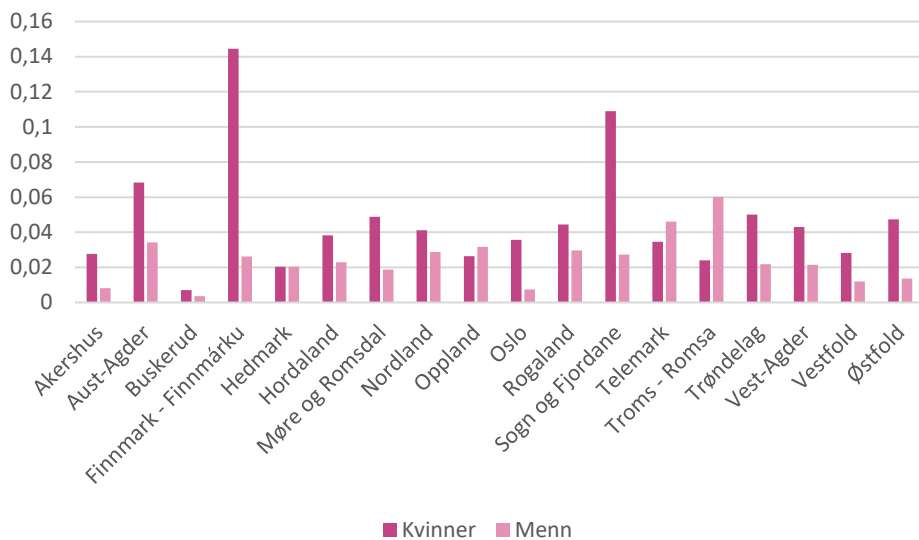
Figur 79: Figur 27a. Antall tildelte lysarmaturer i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

HJELPEMIDLER FOR HØYDEREGULERING AV MØBLER

Der var 316 personer som har fått tildelt hjelpemidler for høyderegulering av møbler i 2017. Av disse var 66% kvinner og 34% menn.



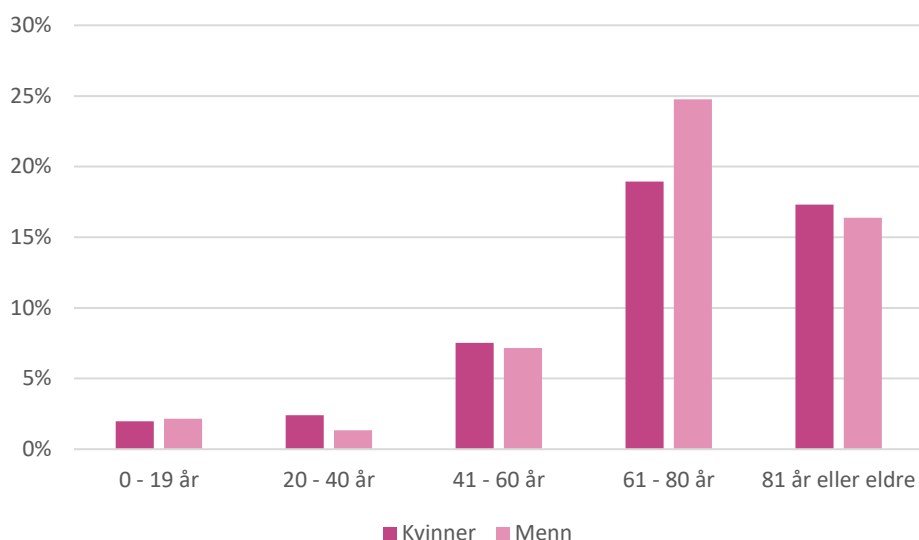
Figur 80: Prosentandel av tildelte senger i 2017 etter aldersgruppe og kjønn.



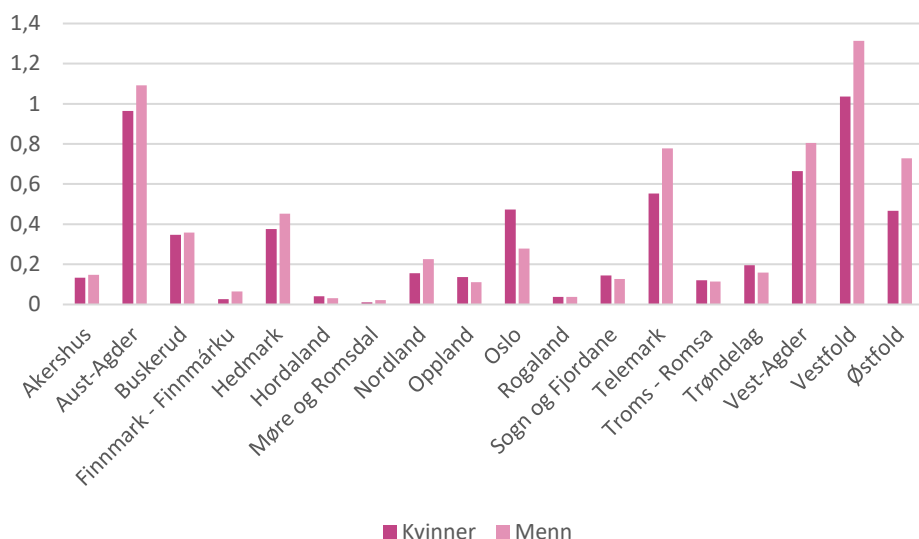
Figur 81: Antall tildelte hjelpemidler for høyderegulering av møbler i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

HØRSELSHJELPEMIDLER

Der var 31 87 personer som har fått tildelt hørselshjelpemidler i 2017. Av disse var 48% kvinner og 52% menn.



Figur 82: Prosentandel av tildelte hørselshjelpemidler i 2017 etter alder og kjønn.



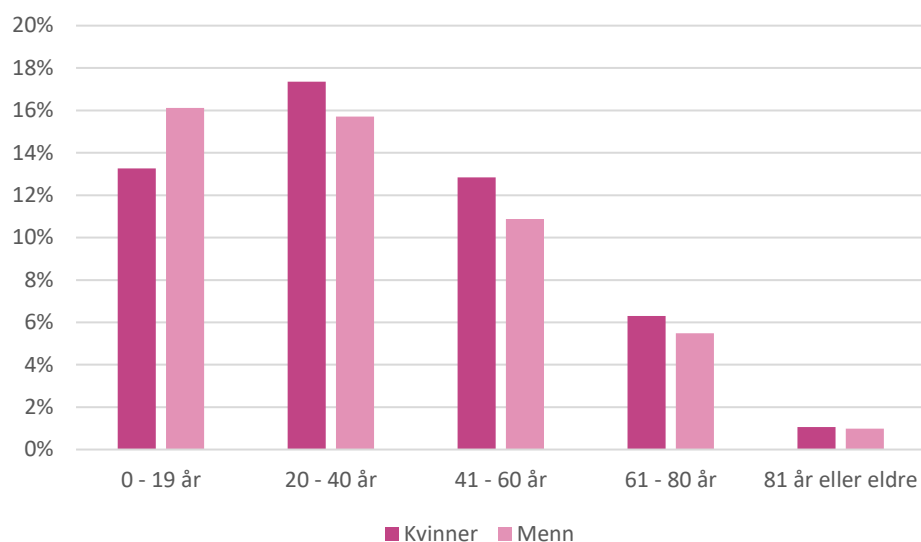
Figur 83: Antall tildelte hørselshjelpemidler i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

Tabell 28: Antall tildelte underkategorier av hørselshjelpemidler i 2017 fordelt på kjønn og alder

Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre		Total
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
Hodetelefoner	3	6	0	2	9	5	50	24	132	66	297
Tilleggsutstyr til hørselshjelpemidler	60	63	77	41	231	223	554	765	420	456	2890
Totalsum	63	69	77	43	240	228	604	789	552	522	3187

PERSONLIGE ALARMER FOR Å VARSLE OM NØDSITUASJONER

Der var 1222 personer som har fått tildelt hjelpemidler for personlige alarmer for å varsle om nødsituasjoner i 2017. Av disse var 51% kvinner og 49% menn.



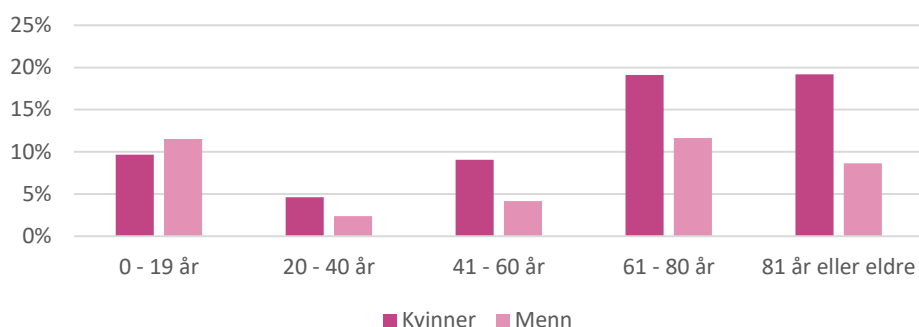
Figur 84: Prosentandel av tildelte hjelpemidler for personlige alarmer for å varsle om nødsituasjoner i 2017 etter alder og kjønn.



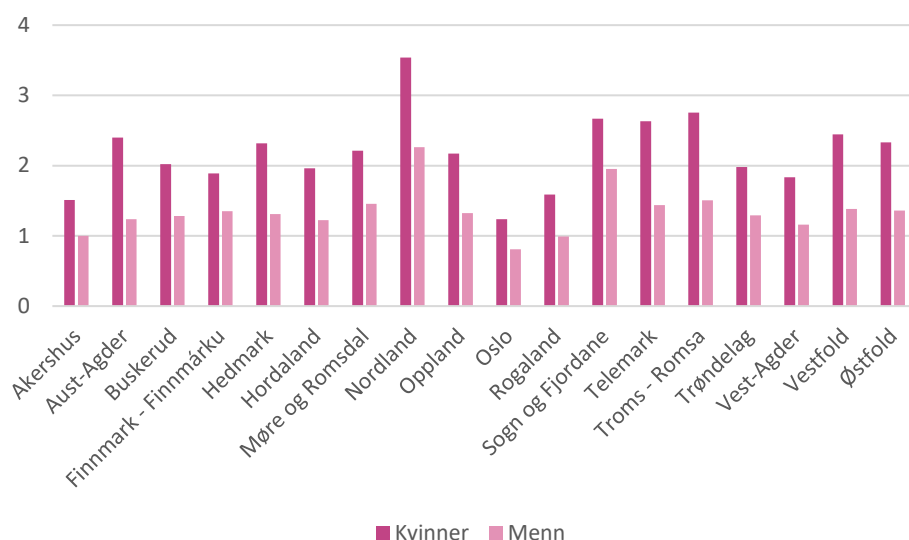
Figur 85: Antall tildelte hjelpemidler for personlige alarmer for å varsle om nødsituasjoner i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

SITTEMØBLER

Der var 17 202 personer som har fått tildelt sittemøbler i Norge i 2017. Av disse var 62% kvinner og 38% menn.



Figur 86: Prosentandel av tildelte sittemøbler i 2017 etter alder og kjønn.



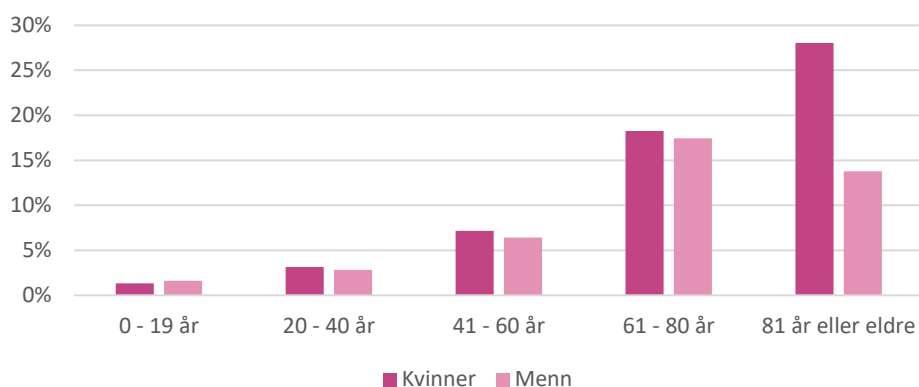
Figur 87: Antall tildelte sittemøbler i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

Tabell 29: Antall tildelte underkategorier av sittemøbler i 2017 fordelt på kjønn og alder.

Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre		Total
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
Arbeidsstoler	539	678	282	140	643	304	1761	802	1885	650	7684
Coxitstoler	0	0	3	1	10	3	19	7	21	2	66
Lenestoler og stoler med oppreisningfunksjon	1	2	0	1	2	5	1	4	0	0	16
Moduloppbygde sittesystemer	764	897	170	178	55	53	18	29	18	8	2190
Spesielle sittemøbler	301	351	11	6	6	3	1	0	0	0	679
Stoler og seter med oppreisningsfunksjon	6	10	64	49	331	267	1027	1048	1212	780	4794
Taburetter og ståstoler	25	17	260	29	511	84	459	112	163	45	1705
Tilbehør til moduloppbygde sittemoduler	26	26	4	5	1	0	0	0	1	0	63
Totalsum	1662	1981	794	409	1559	719	3286	2002	3300	1485	17197

TILLEGGSUTSTYR TIL SITTEMØBLER

Der var 19 754 personer som har fått tildelt sittemøbler i Norge i 2017. Av disse var 58% kvinner og 42% menn.



Figur 88: Prosentandel av tildelte tilleggsutstyr til sittemøbler i 2017 etter alder og kjønn.



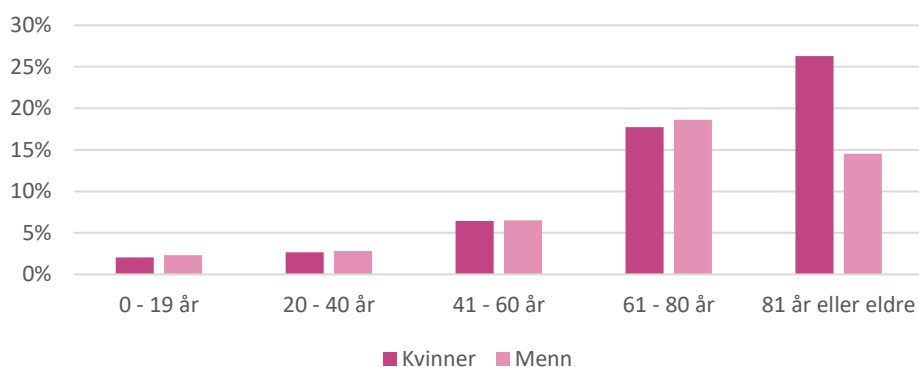
Figur 89: Antall tildelte tilleggsutstyr til sittemøbler i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

Tabell 30: Antall tildelte underkategorier av tilleggsutstyr for sittemøbler i 2017 fordelt på kjønn og alder.

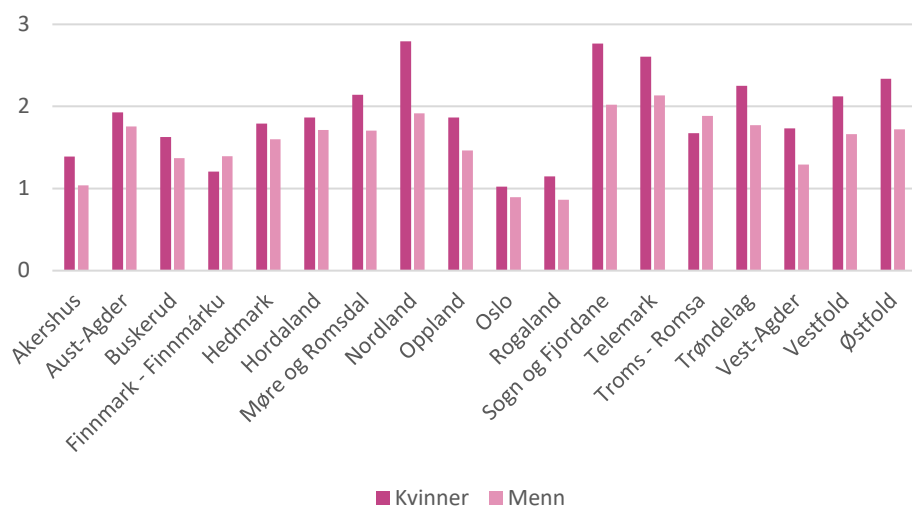
Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre		Total
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
Fotskamler, fotstøtter og benstøtter	2	2	1	1	2	3	5	2	10	0	28
Hodestøtter og nakkestøtter til sittemøbler	6	7	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Sitteputer og sitteunderlag	255	308	622	556	1407	1260	3595	3434	5521	2723	19681
Stolrygger og ryggputer	1	2	1	3	6	0	5	6	0	0	24
Tilbehør til seteputer og sitteunderlag	0	0	0	0	0	1	1	1	4	1	8
Totalsum	264	319	624	560	1415	1264	3606	3443	5535	2724	19754

SENGER

Der var 17047 personer som har fått tildelt senger i Norge i 2017. Av disse var 55% kvinner og 45% menn.



Figur 90: Prosentandel av tildelte senger i 2017 etter alder og kjønn.



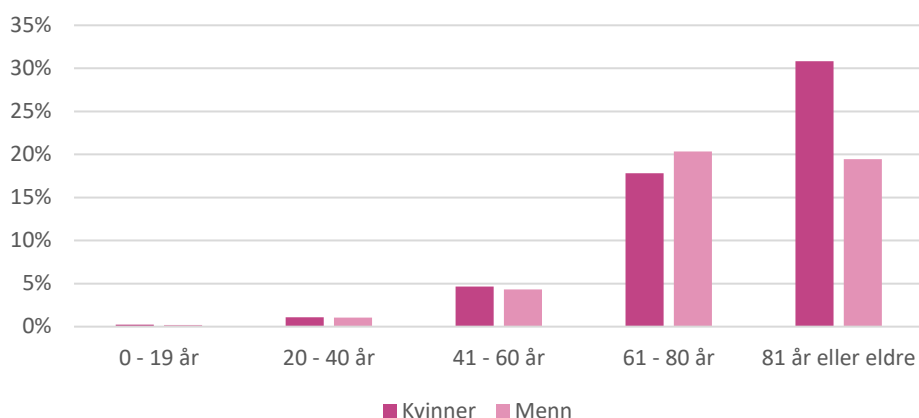
Figur 91: Antall tildelte senger i 2017 per innbyggere etter fylke og kjønn.

Tabell 31: Antall tildelte underkategorier av senger i 2017 fordelt på kjønn og alder.

Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre		Total
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
Madrasser og overmadrasser	163	193	241	275	615	635	1632	1775	2449	1345	9323
Sengeløftre	1	5	0	0	0	0	2	0	0	0	8
Senger og løse sengebunnen med elektrisk regulering	144	155	171	195	375	400	1125	1187	1729	938	6419
Senger og løse sengebunnen uten reguleringsmulighet	19	30	3	1	0	1	0	0	0	0	54
Sengeutstyr	1		3	1	0	2	1	3	0	1	12
Separate, regulerbare rygg- og benstøtter til bruk i seng	17	5	37	6	106	74	264	210	307	192	1218
Tilbehør til senger	2	7	1	2	0	1	0	0	0	0	13
Totalsum	347	395	456	480	1096	1113	3024	3175	4485	2476	17047

GELENDERE OG STØTTEANORDNINGER

Der var 4850 personer som har fått tildelt gelendere og støtteanordninger i 2017. Av disse var 55% kvinner og 45% menn.



Figur 92: Prosentandel av tildelte gelendere og støtteanordninger i 2017 etter alder og kjønn.



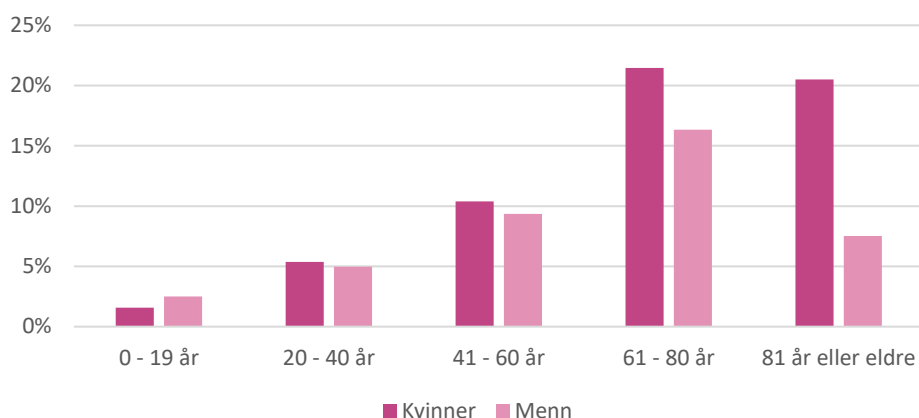
Figur 93: Antall tildelte gelendere og støtteanordninger i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

Tabell 32: Antall tildelte underkategorier av gelendere og støtteordninger i 2017 fordelt på kjønn og alder.

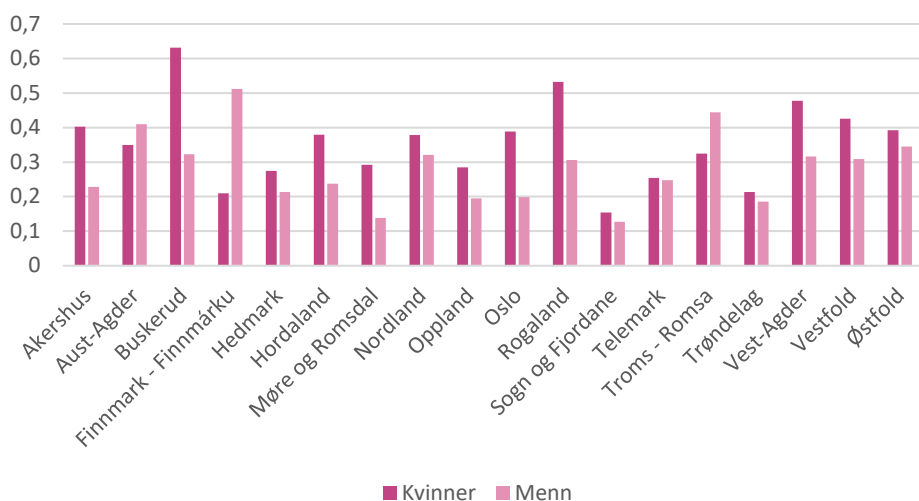
Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre		Total
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
Hengslede støttebøyler og armstøtter	2	3	0	0	3	2	0	2	0	1	13
Håndlister og rekkverk	0	2	0	2	2	1	8	12	14	9	50
Støttegrep og -håndtak, fast-monterte	9	3	53	49	221	206	856	973	1478	933	4781
Støttehåndtak, flyttbare	0	1	0	0	0	0	0	0	4	1	6
Totalsum	11	9	53	51	226	209	864	987	1496	944	4850

DØR-, VINDUS- OG GARDINÅPNERE/-LUKKERE

Der var 3365 personer som har fått tildelt dør-, vindus- og gardinåpnere/-lukkere i Norge i 2017. Av disse var 59% kvinner og 41% menn.



Figur 94: Prosentandel av tildelte dør-, vindus- og gardinåpnere/-lukkere i 2017 etter aldersgruppe og kjønn.



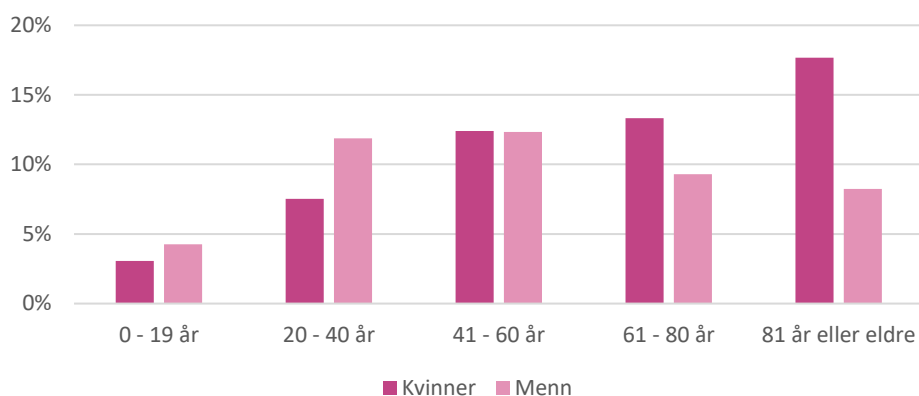
Figur 95: Antall tildelte dør-, vindus- og gardinåpnere/-lukkere i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

Tabell 33: Antall tildelte underkategorier av dør-, vindus- og gardinåpnere/-lukkere i 2017 fordelt på kjønn og alder.

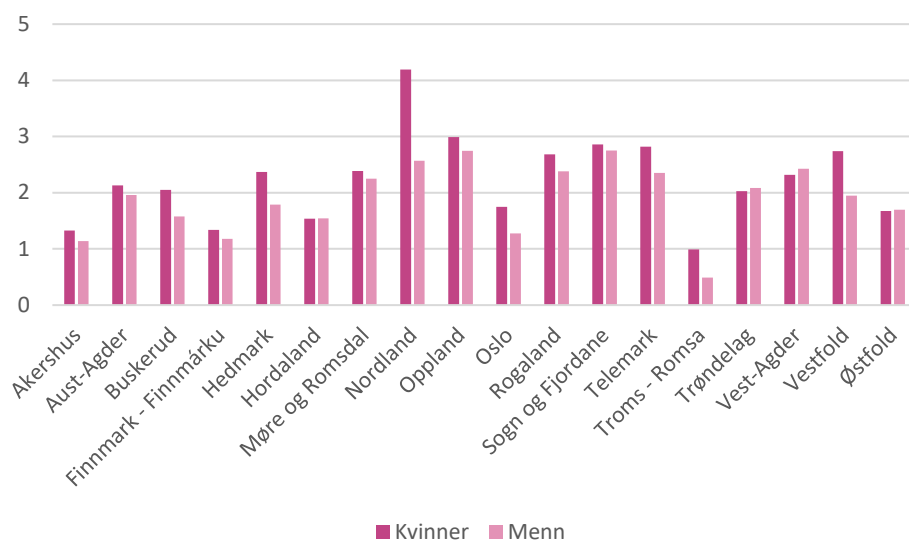
Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre		Total
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
Låser	27	46	98	76	169	161	371	280	324	131	1683
Åpnere og lukkere til dører	24	35	73	74	162	143	336	251	362	121	1581
Åpnere og lukkere til gardiner	1	1	2	7	7	1	0	7	0	0	26
Åpnere og lukkere til markiser og persienner	0	0	1	2	4	1	2	1	3	1	15
Åpnere og lukkere til vinduer	1	2	7	8	8	9	13	11	1	0	60
Totalsum	53	84	181	167	350	315	722	550	690	253	3365

OPTISKE HJELPEMIDLER

Der var 20 746 personer som har fått tildelt optiske hjelpemidler i 2017. Av disse var 54% kvinner og 46% menn.



Figur 96: Prosentandel av tildelte optiske hjelpemidler i 2017 etter alder og kjønn.



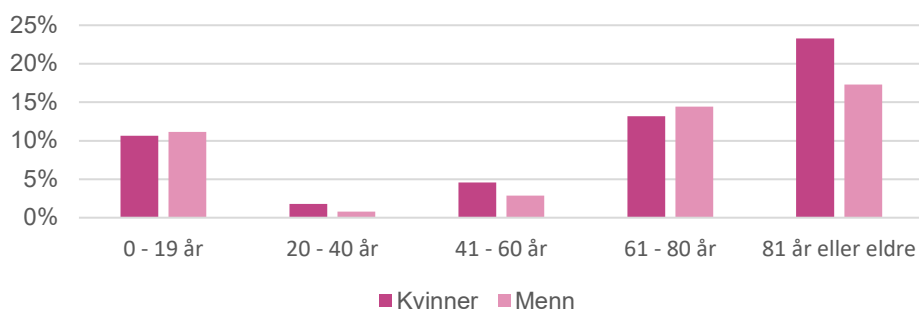
Figur 97: Antall tildelte optiske hjelpemidler i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

Tabell 34: Antall tildelte underkategorier av optiske hjelpemidler i 2017 fordelt på kjønn og alder.

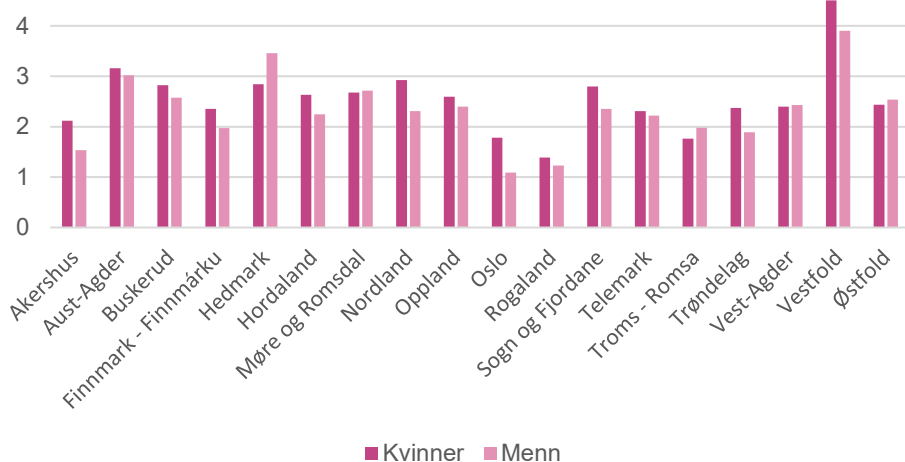
Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre		Total
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
Briller og kontaktlinser	266	362	998	2052	1249	1828	838	898	592	356	9439
Briller, linser og lupar for forstørrelse	38	54	61	38	154	134	511	275	1597	598	3460
Forstørrende videosystemer (Lese-TV)	89	130	56	53	85	79	193	175	498	257	1615
Kikkerter og teleskoper	12	20	19	25	43	46	125	112	262	147	811
Lysfiltre (absorpsjonsfiltre)	230	319	428	294	1038	473	1095	470	718	351	5416
Synsfeltutvidere	0	0	0	2	2	0	0	1	0	0	5
Totalsum	635	885	1562	2464	2571	2560	2762	1931	3667	1709	20746

HJELPEMIDLER FOR HÅNDTERING AV LYD-, BILDE- OG VIDEOINFORMASJON

Der var 23 865 personer som har fått tildelt hjelpemidler for håndtering av lyd-, bilde- og videoinformasjon i 2017. Av disse var 53% kvinner og 47% menn.



Figur 98: Prosentandel av tildelte hjelpemidler for håndtering av lyd-, bilde- og videoinformasjon i 2017 etter alder og kjønn.



Figur 99: Antall tildelte hjelpemidler for håndtering av lyd-, bilde- og videoinformasjon i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn.

Tabell 35: Antall tildelte underkategorier av hjelpemidler for lyd-, bilde- og videoinformasjon i 2017 fordelt på kjønn og alder.

Underkategori	0 - 19 år		20 - 40 år		41 - 60 år		61 - 80 år		81 år eller eldre		Total
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
FM-systemer	1168	1134	314	122	755	500	1816	2122	2103	1836	11870
Høytalere	361	339	14	3	24	3	16	10	25	8	803
IR-systemer for lydoverføring	9	11	9	8	84	60	938	1018	2843	1996	6976
Lydopptaks- og avspilningsutstyr	24	57	32	34	113	70	257	173	484	184	1428
Mikrofoner	954	1080	45	17	102	35	48	25	10	4	2320
Teleslyngeutstyr	26	34	10	1	17	14	67	94	97	105	465
Tilbehør	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Utstyr for kobling til radio, video og TV	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Videoopptaks- og avspilningsutstyr	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totalsum	2544	2656	424	185	1095	682	3142	3442	5562	4133	23865

VEDLEGG 6: ORTOPEDISKE HJELPEMIDLER – ØVRIG STATISTIKK

Tabell 36: Antall utleverte ortopediske hjelpemidler i 2017 etter produktkategori og kjønn.

Produktkategori	Kvinner	Menn	Total
Individuell produsert ortopedisk fottøy - Pr. Par	5928	4750	10678
Oppbygging/ombygging av alminnelig fottøy eller spesialfottøy	7686	6627	14313
Ortoser - Fot	43474	26736	70210
Ortoser - Hofte/Lår/Kne	2896	2292	5188
Ortoser - Legg/Ankel	9147	10888	20035
Ortoser - Rygg/Hals	2538	1598	4136
Ortoser - Skulder/Overarm/Arm	417	466	883
Ortoser - Underarm/Hånd	5360	2608	7968
Proteser – Fot	203	373	576
Proteser - Hofte/Lår/Kne	1056	2197	3253
Proteser - Legg/Ankel	1805	4952	6757
Proteser - Skulder/Overarm/Albue	62	183	245
Proteser - Underarm/Hånd	1131	1596	2727
Spesialfottøy - på standardlest, med fast stønadsbeløp	39112	28044	67156
Tilleggsutstyr til individuelt produsert ortopedisk fottøy - nåtling og bun-ning	1052	1000	2052
Totalsum	121867	94310	216177

Tabell 37: Ortopediske hjelpemidler fordelt etter alder og kjønn.

	Kvinner		Menn		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-19 år	19600	9,1	25964	12,0	45564	21,0
20-40 år	13682	6,3	11825	5,5	25507	11,8
41-60 år	34043	15,7	23662	11,0	57705	26,7
61-80 år	45492	21,1	28948	13,4	74440	34,5
81 år eller eldre	9050	4,2	3911	1,8	12961	6,0
Totalsum	121867	56,4	94310	43,6	216177	100,0

Tabell 38: Utleverte ortopediske hjelpemidler i 2017 etter fylke og kjønn

Fylke	Kvinner		Menn		Total	
	n	%	n	%	n	%
Akershus	16027	57,5 %	11861	42,5 %	27888	100,0 %
Aust-Agder	2222	52,3 %	2029	47,7 %	4251	100,0 %
Buskerud	6452	55,4 %	5202	44,6 %	11654	100,0 %
Finnmark – Finnmarku	1300	56,2 %	1012	43,8 %	2312	100,0 %
Hedmark	7423	58,4 %	5284	41,6 %	12707	100,0 %
Hordaland	9280	54,1 %	7881	45,9 %	17161	100,0 %
Møre og Romsdal	3040	53,6 %	2632	46,4 %	5672	100,0 %

Fylke	Kvinner		Menn		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nordland	6636	58,2 %	4766	41,8 %	11402	100,0 %
Oppland	4454	55,9 %	3509	44,1 %	7963	100,0 %
Oslo	15423	57,9 %	11208	42,1 %	26631	100,0 %
Rogaland	6837	54,8 %	5648	45,2 %	12485	100,0 %
Sogn og Fjordane	1950	51,0 %	1877	49,0 %	3827	100,0 %
Telemark	3359	51,0 %	3229	49,0 %	6588	100,0 %
Troms – Romsa	8464	60,5 %	5535	39,5 %	13999	100,0 %
Trøndelag	7480	55,3 %	6041	44,7 %	13521	100,0 %
Vest-Agder	3708	51,4 %	3507	48,6 %	7215	100,0 %
Vestfold	9812	57,5 %	7249	42,5 %	17061	100,0 %
Østfold	7958	57,9 %	5789	42,1 %	13747	100,0 %
Uoppgitt fylke	42	45,2 %	51	54,8 %	93	100,0 %
Totalsum	121867	56,4 %	94310	43,6 %	216177	100,0 %

Tabell 39: Tildelte ortopediske hjelpemidler i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn (data med ikke angitt fylke (n=93) ble slettet)

Fylke	Kvinner	Menn	Total
Akershus	26,10	19,32	45,42
Aust-Agder	18,96	17,31	36,26
Buskerud	22,90	18,46	41,36
Finnmark – Finnmarku	17,07	13,29	30,35
Hedmark	37,69	26,83	64,51
Hordaland	17,76	15,08	32,84
Møre og Romsdal	11,39	9,86	21,25
Nordland	27,27	19,59	46,86
Oppland	23,46	18,48	41,94
Oslo	22,90	16,64	39,54
Rogaland	14,44	11,93	26,37
Sogn og Fjordane	17,69	17,03	34,72
Telemark	19,37	18,62	38,00
Troms – Romsa	50,84	33,24	84,08
Trøndelag	16,31	13,17	29,47
Vest-Agder	19,88	18,80	38,68
Vestfold	39,40	29,11	68,50
Østfold	26,94	19,60	46,53
Totalsum	23,00	17,80	40,80

ORTOPEDISK FOTTØY

Tabell 40: Prosentandel av utleverte individuell produserte ortopediske fottøy i 2017 etter alder og kjønn

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	41,25 %	58,75 %	100,00 %
20-40 år	43,29 %	56,71 %	100,00 %
41-60 år	51,05 %	48,95 %	100,00 %
61-80 år	59,35 %	40,65 %	100,00 %
81 år eller eldre	73,55 %	26,45 %	100,00 %
Totalsum	55,52 %	44,48 %	100,00 %

Tabell 41: Utleverte individuell produserte ortopediske fottøy i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn (data med ikke angitt fylke (n=10) ble slettet)

Fylke	Kvinner	Menn	Total
Akershus	0,93	0,82	1,75
Aust-Agder	0,24	0,19	0,43
Buskerud	0,53	0,62	1,16
Finnmark – Finnmarku	0,05	0,05	0,10
Hedmark	0,86	0,77	1,63
Hordaland	0,24	0,23	0,47
Møre og Romsdal	0,21	0,17	0,38
Nordland	0,27	0,23	0,50
Oppland	0,28	0,24	0,53
Oslo	1,21	0,85	2,06
Rogaland	0,57	0,37	0,94
Sogn og Fjordane	0,15	0,11	0,27
Telemark	0,66	0,56	1,21
Troms – Romsa	0,20	0,17	0,37
Trøndelag	0,57	0,43	1,00
Vest-Agder	0,37	0,22	0,59
Vestfold	0,99	0,68	1,67
Østfold	1,30	1,01	2,31
Totalsum	9,65	7,73	17,37

Tabell 42: Prosentandel av utleverte oppbygging/ombygging av alminnelig fottøy eller spesialfottøy i 20017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	41,22 %	58,78 %	100,00 %
20-40 år	46,71 %	53,29 %	100,00 %
41-60 år	49,77 %	50,23 %	100,00 %
61-80 år	58,98 %	41,02 %	100,00 %
81 år eller eldre	73,99 %	26,01 %	100,00 %
Totalsum	53,70 %	46,30 %	100,00 %

Tabell 43: Utleverte oppbygging/ombygging av alminnelig fottøy eller spesialfottøy i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn (data med ikke angitt fylke (n=3) ble slettet)

Fylke	Kvinner	Menn	Total
Akershus	1,05	0,93	1,98
Aust-Agder	0,44	0,35	0,79
Buskerud	0,69	0,58	1,26
Finnmark – Finnmark	0,18	0,10	0,28
Hedmark	0,47	0,48	0,95
Hordaland	1,27	1,13	2,40
Møre og Romsdal	0,42	0,39	0,82
Nordland	1,16	0,87	2,02
Oppland	0,44	0,32	0,76
Oslo	0,93	0,85	1,78
Rogaland	0,82	0,67	1,50
Sogn og Fjordane	0,16	0,19	0,36
Telemark	0,37	0,33	0,71
Troms – Troms	0,86	0,71	1,57
Trøndelag	1,03	0,87	1,90
Vest-Agder	0,72	0,71	1,43
Vestfold	0,73	0,63	1,36
Østfold	0,77	0,67	1,44
Totalsum	12,51	10,79	23,31

Tabell 44: Prosentandel av utleverte spesialfottøy i 2017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	40,18 %	59,82 %	100,00 %
20-40 år	54,04 %	45,96 %	100,00 %
41-60 år	62,20 %	37,80 %	100,00 %
61-80 år	66,10 %	33,90 %	100,00 %
81 år eller eldre	75,71 %	24,29 %	100,00 %
Totalsum	58,24 %	41,76 %	100,00 %

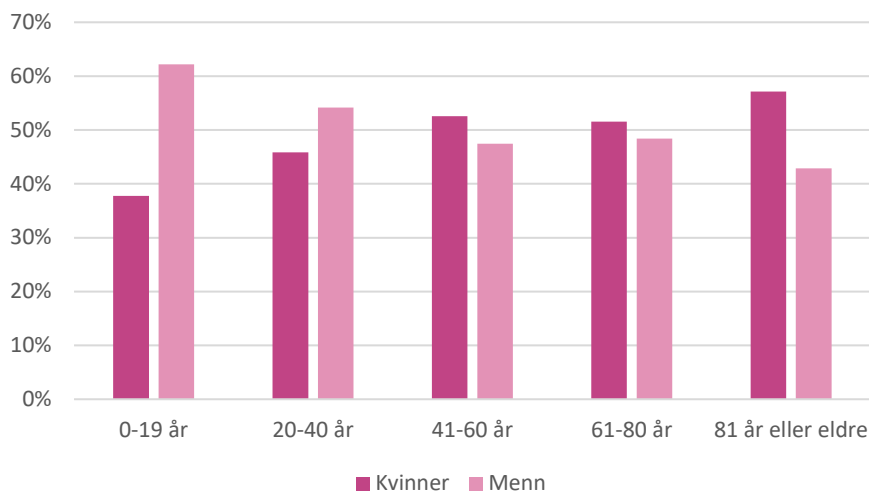
Tabell 45: Utleverte spesialfottøy i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn (data med ikke angitt fylke (n=18) ble slettet)

Fylke	Kvinner	Menn	Total
Akershus	7,71	5,46	13,17
Aust-Agder	1,23	1,04	2,28
Buskerud	3,85	3,04	6,89
Finnmark – Finnmark	0,82	0,57	1,39
Hedmark	4,14	2,53	6,67
Hordaland	4,69	3,92	8,61
Møre og Romsdal	0,97	0,78	1,75
Nordland	2,89	1,93	4,82
Oppland	2,08	1,35	3,43
Oslo	8,05	5,49	13,53
Rogaland	4,42	3,39	7,81

Sogn og Fjordane	1,12	0,96	2,08
Telemark	1,70	1,50	3,19
Troms – Romsa	5,78	3,32	9,10
Trøndelag	3,76	2,83	6,59
Vest-Agder	2,13	1,87	4,01
Vestfold	5,30	3,63	8,93
Østfold	3,03	2,05	5,09
Totalsum	63,68	45,66	109,34

Tabell 46: Prosentandel av utleverte tilleggsutstyr til individuelt produsert ortopedisk fottøy - nåtling og bunning etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	37,78 %	62,22 %	100,00 %
20-40 år	45,85 %	54,15 %	100,00 %
41-60 år	52,57 %	47,43 %	100,00 %
61-80 år	51,58 %	48,42 %	100,00 %
81 år eller eldre	57,14 %	42,86 %	100,00 %
Totalsum	51,27 %	48,73 %	100,00 %

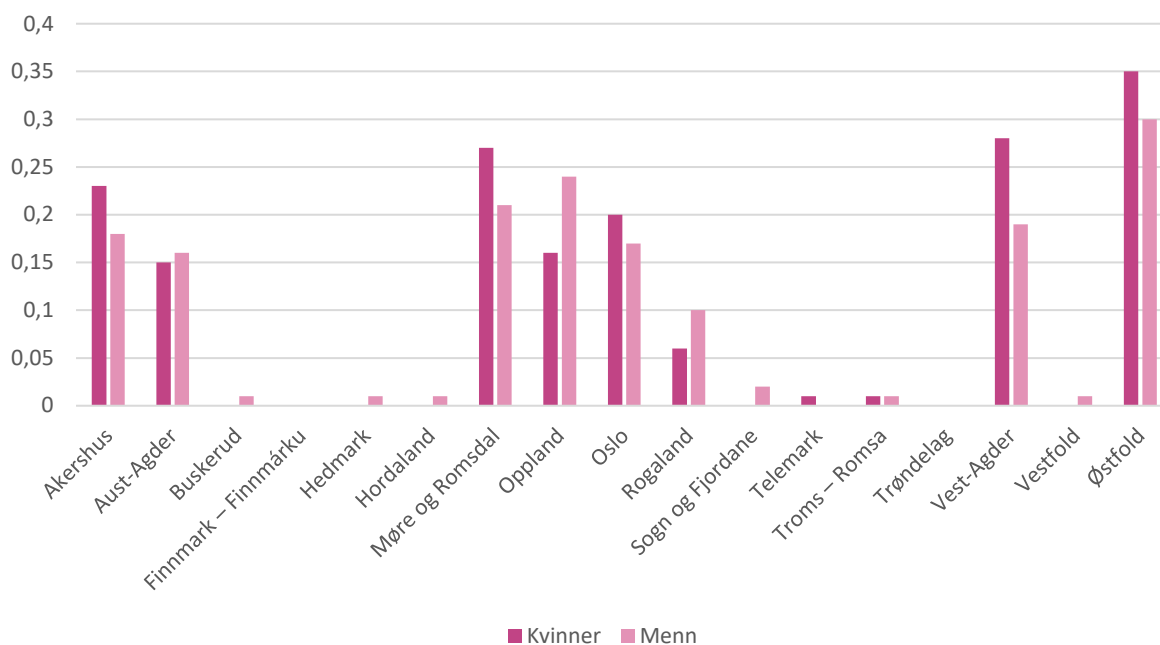


Figur 100: Prosentandel av utleverte tilleggsutstyr til individuelt produsert ortopedisk fottøy - nåtling og bunning i 2017 etter alder og kjønn.

Tabell 47: Utleverte tilleggsutstyr til individuelt produsert ortopedisk fottøy - nåtling og bunning i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

Fylker	Kvinner	Menn	Total
Akershus	0,23	0,18	0,41
Aust-Agder	0,15	0,16	0,30
Buskerud	0,00	0,01	0,01
Finnmark – Finnmarku	0,00	0,00	0,00
Hedmark	0,00	0,01	0,01
Hordaland	0,00	0,01	0,01
Møre og Romsdal	0,27	0,21	0,48
Oppland	0,16	0,24	0,41
Oslo	0,20	0,17	0,37
Rogaland	0,06	0,10	0,16

Sogn og Fjordane	0,00	0,02	0,02
Telemark	0,01	0,00	0,01
Troms – Romsa	0,01	0,01	0,02
Trøndelag	0,00	0,00	0,00
Vest-Agder	0,28	0,19	0,47
Vestfold	0,00	0,01	0,01
Østfold	0,35	0,30	0,65
Totalsum	1,71	1,63	3,34



Figur 101: Utleverte tilleggsutstyr til individuelt produsert ortopedisk fottøy - nåtling og bunning i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

ORTOSER

Tabell 48: Prosentandel av utleverte fot-ortoser i 2017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	45,10 %	54,90 %	100,00 %
20-40 år	56,83 %	43,17 %	100,00 %
41-60 år	66,37 %	33,63 %	100,00 %
61-80 år	68,07 %	31,93 %	100,00 %
81 år eller eldre	75,08 %	24,92 %	100,00 %
Totalsum	61,92 %	38,08 %	100,00 %

Tabell 49: Utleverte fot-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn (data med ikke angitt fylke (n=22) ble slettet)

Fylke	Kvinner	Menn	Total
Akershus	12,39	7,54	19,93
Aust-Agder	0,78	0,57	1,36
Buskerud	3,53	2,15	5,67
Finnmark – Finnmarku	0,74	0,40	1,14
Hedmark	4,10	2,32	6,42
Hordaland	3,72	2,23	5,95
Møre og Romsdal	1,86	1,33	3,20
Nordland	2,83	1,81	4,63
Oppland	2,25	1,39	3,64
Oslo	10,70	6,39	17,09
Rogaland	2,92	1,99	4,92
Sogn og Fjordane	1,01	0,67	1,68
Telemark	1,37	1,02	2,38
Troms – Romsa	5,69	3,29	8,97
Trøndelag	3,98	2,61	6,59
Vest-Agder	1,39	0,94	2,33
Vestfold	6,17	3,87	10,05
Østfold	5,35	3,02	8,37
Totalsum	70,78	43,53	114,31

Tabell 50: Prosentandel av utleverte hofte/lår/kne-ortoser i 2017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	55,80 %	44,20 %	100,00 %
20-40 år	58,48 %	41,52 %	100,00 %
41-60 år	53,81 %	46,19 %	100,00 %
61-80 år	52,54 %	47,46 %	100,00 %
81 år eller eldre	76,21 %	23,79 %	100,00 %
Totalsum	55,82 %	44,18 %	100,00 %

Tabell 51: Utleverte hofte/lår/kne-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

Fylke	Kvinne	Menn	Total
Akershus	0,45	0,38	0,83
Aust-Agder	0,09	0,11	0,19
Buskerud	0,23	0,28	0,51
Finnmark – Finnmark	0,02	0,07	0,09
Hedmark	0,21	0,14	0,35
Hordaland	0,50	0,44	0,94
Møre og Romsdal	0,13	0,12	0,25
Nordland	0,43	0,21	0,64
Oppland	0,23	0,16	0,39
Oslo	0,63	0,46	1,09
Rogaland	0,23	0,16	0,39
Sogn og Fjordane	0,08	0,07	0,16
Telemark	0,26	0,16	0,43
Troms – Troms	0,11	0,13	0,23
Trøndelag	0,30	0,17	0,47
Vest-Agder	0,16	0,19	0,35
Vestfold	0,42	0,32	0,73
Østfold	0,22	0,17	0,39
Totalsum	4,72	3,73	8,45

Tabell 52: Prosentandel av utleverte legg/ankel-ortoser i 2017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	40,61 %	59,39 %	100,00 %
20-40 år	53,27 %	46,73 %	100,00 %
41-60 år	51,94 %	48,06 %	100,00 %
61-80 år	44,10 %	55,90 %	100,00 %
81 år eller eldre	47,91 %	52,09 %	100,00 %
Totalsum	45,66 %	54,34 %	100,00 %

Tabell 53: Utleverte legg/ankel-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn (data med ikke angitt fylke (n=18) ble slettet)

Fylke	Kvinne	Menn	Total
Akershus	1,55	1,88	3,43
Aust-Agder	0,35	0,44	0,79
Buskerud	0,72	0,75	1,46
Finnmark – Finnmark	0,14	0,17	0,30
Hedmark	0,85	0,93	1,78
Hordaland	1,81	2,15	3,96
Møre og Romsdal	0,50	0,52	1,02
Nordland	0,92	0,97	1,89
Oppland	0,79	0,80	1,60
Oslo	1,47	2,04	3,51
Rogaland	0,96	1,17	2,13
Sogn og Fjordane	0,24	0,41	0,65

Fylke	Kvinne	Menn	Total
Telemark	0,61	0,84	1,44
Troms – Romsa	0,54	0,59	1,13
Trøndelag	0,96	1,04	2,00
Vest-Agder	0,52	0,68	1,20
Vestfold	1,20	1,26	2,46
Østfold	0,77	1,08	1,85
Totalsum	14,89	17,71	32,60

Tabell 54: Prosentandel av utleverte rygg/hals-ortoser i 2017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	51,39 %	48,61 %	100,00 %
20-40 år	55,29 %	44,71 %	100,00 %
41-60 år	65,47 %	34,53 %	100,00 %
61-80 år	66,61 %	33,39 %	100,00 %
81 år eller eldre	83,56 %	16,44 %	100,00 %
Totalsum	61,36 %	38,64 %	100,00 %

Tabell 55: Utleverte rygg/hals-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn (data med ikke angitt fylke (n=4) ble slettet)

Fylke	Kvinne	Menn	Total
Akershus	0,47	0,23	0,70
Aust-Agder	0,08	0,05	0,13
Buskerud	0,20	0,18	0,38
Finnmark – Finnmark	0,02	0,02	0,04
Hedmark	0,17	0,12	0,29
Hordaland	0,55	0,27	0,82
Møre og Romsdal	0,15	0,11	0,26
Nordland	0,25	0,22	0,47
Oppland	0,15	0,09	0,23
Oslo	0,48	0,23	0,71
Rogaland	0,21	0,12	0,32
Sogn og Fjordane	0,09	0,04	0,13
Telemark	0,11	0,11	0,22
Troms – Romsa	0,12	0,07	0,19
Trøndelag	0,36	0,28	0,64
Vest-Agder	0,15	0,11	0,26
Vestfold	0,32	0,21	0,52
Østfold	0,26	0,16	0,42
Totalsum	4,13	2,60	6,73

Tabell 56: Prosentandel av utleverte skulder/overarm/arm-ortoser i 2017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	46,36 %	53,64 %	100,00 %
20-40 år	57,81 %	42,19 %	100,00 %
41-60 år	52,26 %	47,74 %	100,00 %
61-80 år	37,12 %	62,88 %	100,00 %
81 år eller eldre	71,43 %	28,57 %	100,00 %
Totalsum	47,23 %	52,77 %	100,00 %

Tabell 57: Utleverte skulder/overarm/arm-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn (data med ikke angitt fylke (n=2) ble slettet)

Fylke	Kvinne	Menn	Total
Akershus	0,06	0,04	0,10
Aust-Agder	0,00	0,02	0,03
Buskerud	0,03	0,03	0,06
Finnmark – Finnmarku	0,00	0,01	0,01
Hedmark	0,09	0,07	0,16
Hordaland	0,05	0,11	0,16
Møre og Romsdal	0,02	0,02	0,04
Nordland	0,08	0,03	0,11
Oppland	0,03	0,07	0,10
Oslo	0,04	0,05	0,10
Rogaland	0,04	0,03	0,07
Sogn og Fjordane	0,00	0,02	0,03
Telemark	0,02	0,02	0,04
Troms – Romsa	0,03	0,02	0,05
Trøndelag	0,06	0,06	0,12
Vest-Agder	0,04	0,02	0,06
Vestfold	0,04	0,06	0,09
Østfold	0,04	0,07	0,10
Totalsum	0,68	0,76	1,43

Tabell 58: Prosentandel av utleverte underarm/hånd-ortoser i 2017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	47,08 %	52,92 %	100,00 %
20-40 år	73,98 %	26,02 %	100,00 %
41-60 år	71,86 %	28,14 %	100,00 %
61-80 år	69,08 %	30,92 %	100,00 %
81 år eller eldre	77,34 %	22,66 %	100,00 %
Totalsum	67,27 %	32,73 %	100,00 %

Tabell 59: Utleverte underarm/hånd-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn (data med ikke angitt fylke (n=10) ble slettet)

Fylke	Kvinne	Menn	Total
Akershus	0,48	0,33	0,81
Aust-Agder	0,05	0,07	0,12
Buskerud	0,42	0,22	0,64
Finnmark – Finnmark	0,10	0,05	0,15
Hedmark	0,85	0,35	1,20
Hordaland	1,35	0,58	1,92
Møre og Romsdal	0,23	0,16	0,40
Nordland	1,58	0,39	1,97
Oppland	0,58	0,29	0,87
Oslo	0,53	0,34	0,87
Rogaland	0,35	0,18	0,53
Sogn og Fjordane	0,12	0,09	0,21
Telemark	0,18	0,12	0,30
Troms – Troms	0,27	0,15	0,42
Trøndelag	0,59	0,30	0,89
Vest-Agder	0,10	0,11	0,21
Vestfold	0,48	0,28	0,76
Østfold	0,47	0,24	0,70
Totalsum	8,73	4,23	12,96

Tabell 60: Prosentandel av utleverte fot-ortoser i 2017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	32,05 %	67,95 %	100,00 %
20-40 år	40,59 %	59,41 %	100,00 %
41-60 år	37,37 %	62,63 %	100,00 %
61-80 år	30,41 %	69,59 %	100,00 %
81 år eller eldre	39,29 %	60,71 %	100,00 %
Totalsum	35,24 %	64,76 %	100,00 %

Tabell 61: Utleverte fot-ortoser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

Fylke	Kvinner	Menn	Total
Akershus	0,02	0,04	0,06
Aust-Agder	0,02	0,01	0,03
Buskerud	0,01	0,02	0,03
Finnmark – Finnmark	0,00	0,00	0,00
Hedmark	0,00	0,04	0,04
Hordaland	0,04	0,03	0,07
Møre og Romsdal	0,00	0,01	0,01
Nordland	0,00	0,04	0,05
Oppland	0,01	0,04	0,04
Oslo	0,07	0,03	0,10
Rogaland	0,05	0,03	0,08

Sogn og Fjordane	0,00	0,00	0,00
Telemark	0,00	0,06	0,06
Troms – Romsa	0,00	0,01	0,01
Trøndelag	0,05	0,08	0,13
Vest-Agder	0,01	0,03	0,04
Vestfold	0,02	0,09	0,11
Østfold	0,01	0,02	0,04
Totalsum	0,33	0,61	0,94

PROTESER

Tabell 62: Prosentandel av utleverte hofte/lår/kne-protiser i 2017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	43,06 %	56,94 %	100,00 %
20-40 år	38,97 %	61,03 %	100,00 %
41-60 år	26,73 %	73,27 %	100,00 %
61-80 år	31,95 %	68,05 %	100,00 %
81 år eller eldre	34,97 %	65,03 %	100,00 %
Totalsum	32,46 %	67,54 %	100,00 %

Tabell 63: Utleverte hofte/lår/kne-protiser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

Fylke	Kvinner	Menn	Total
Akershus	0,20	0,38	0,58
Aust-Agder	0,06	0,08	0,14
Buskerud	0,07	0,21	0,27
Finnmark – Finnmark	0,00	0,05	0,06
Hedmark	0,07	0,08	0,15
Hordaland	0,21	0,45	0,66
Møre og Romsdal	0,06	0,08	0,14
Nordland	0,05	0,21	0,27
Oppland	0,09	0,20	0,29
Oslo	0,21	0,36	0,57
Rogaland	0,13	0,19	0,32
Sogn og Fjordane	0,05	0,13	0,18
Telemark	0,07	0,13	0,20
Troms – Romsa	0,05	0,14	0,19
Trøndelag	0,11	0,24	0,36
Vest-Agder	0,05	0,14	0,19
Vestfold	0,08	0,25	0,33
Østfold	0,15	0,25	0,40
Totalsum	1,72	3,58	5,30

Tabell 64: Prosentandel av utleverte legg/ankel-protiser i 2017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	37,37 %	62,63 %	100,00 %
20-40 år	33,15 %	66,85 %	100,00 %
41-60 år	23,94 %	76,06 %	100,00 %
61-80 år	23,22 %	76,78 %	100,00 %
81 år eller eldre	39,16 %	60,84 %	100,00 %
Totalsum	26,71 %	73,29 %	100,00 %

Tabell 65: Utleverte legg/ankel-proteser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn (data med ikke angitt fylke (n=1) ble slettet)

Fylke	Kvinner	Menn	Total
Akershus	0,31	0,86	1,18
Aust-Agder	0,08	0,13	0,21
Buskerud	0,19	0,29	0,48
Finnmark – Finnmark	0,00	0,14	0,14
Hedmark	0,18	0,54	0,72
Hordaland	0,43	1,09	1,52
Møre og Romsdal	0,09	0,29	0,38
Nordland	0,24	0,64	0,87
Oppland	0,12	0,38	0,50
Oslo	0,33	0,67	1,00
Rogaland	0,14	0,50	0,64
Sogn og Fjordane	0,10	0,29	0,39
Telemark	0,07	0,35	0,42
Troms – Troms	0,03	0,26	0,29
Trøndelag	0,24	0,61	0,86
Vest-Agder	0,09	0,29	0,37
Vestfold	0,11	0,38	0,50
Østfold	0,18	0,35	0,53
Totalsum	2,94	8,06	11,00

Tabell 66: Prosentandel av utleverte skulder/overarm/albue-proteser i 2017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	39,13 %	60,87 %	100,00 %
20-40 år	13,33 %	86,67 %	100,00 %
41-60 år	22,99 %	77,01 %	100,00 %
61-80 år	31,88 %	68,12 %	100,00 %
81 år eller eldre	50,00 %	50,00 %	100,00 %
Totalsum	25,31 %	74,69 %	100,00 %

Tabell 67: Utleverte skulder/overarm/albue-proteser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn (data med ikke angitt fylke (n=5) ble slettet)

Fylke	Kvinner	Menn	Total
Akershus	0,02	0,03	0,05
Aust-Agder	0,00	0,00	0,00
Buskerud	0,01	0,01	0,01
Finnmark – Finnmark	0,00	0,00	0,00
Hedmark	0,00	0,01	0,02
Hordaland	0,00	0,02	0,02
Møre og Romsdal	0,00	0,00	0,00
Nordland	0,01	0,02	0,02
Oppland	0,01	0,00	0,01
Oslo	0,00	0,06	0,06

Rogaland	0,00	0,03	0,03
Sogn og Fjordane	0,01	0,00	0,01
Telemark	0,00	0,01	0,01
Troms – Romsa	0,01	0,01	0,02
Trøndelag	0,01	0,01	0,02
Vest-Agder	0,00	0,02	0,02
Vestfold	0,00	0,03	0,03
Østfold	0,01	0,02	0,03
Totalsum	0,10	0,29	0,39

Tabell 68: Prosentandel av utleverte underarm/hånd-proteser i 2017 etter alder og kjønn.

Alder	Kvinner	Menn	Total
0-19 år	52,96 %	47,04 %	100,00 %
20-40 år	38,70 %	61,30 %	100,00 %
41-60 år	38,62 %	61,38 %	100,00 %
61-80 år	32,57 %	67,43 %	100,00 %
81 år eller eldre	55,56 %	44,44 %	100,00 %
Totalsum	41,47 %	58,53 %	100,00 %

Tabell 69: Utleverte underarm/hånd-proteser i 2017 per 1000 innbyggere etter fylke og kjønn

Fylke	Kvinner	Menn	Total
Akershus	135	136	271
Aust-Agder	23	47	70
Buskerud	21	60	81
Finnmark – Finnmark	21	8	29
Hedmark	52	126	178
Hordaland	156	101	257
Møre og Romsdal	23	47	70
Nordland	56	128	184
Oppland	21	85	106
Oslo	161	164	325
Rogaland	140	156	296
Sogn og Fjordane	23	32	55
Telemark	28	36	64
Troms – Romsa	57	83	140
Trøndelag	93	178	271
Vest-Agder	22	114	136
Vestfold	76	74	150
Østfold	23	21	44
Totalsum	1131	1596	2727

