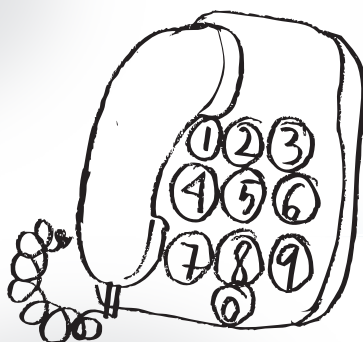
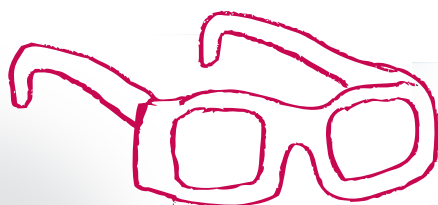
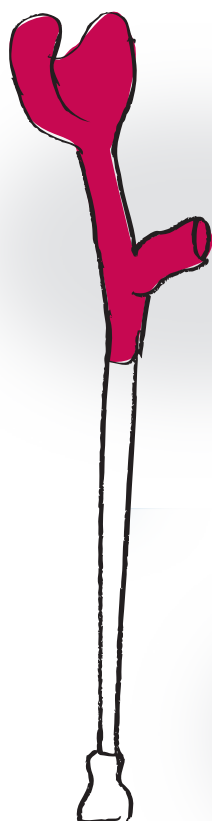


Kunskapsmaterialet

– ett studie- och arbetsmaterial
om hjälpmedelsområdet



Innehåll

Inledning	3
1. Vägledning – så använder du materialet.....	4
2. Hjälpmedelsområdet år 2010	6
3. Från dåtid till nutid	10
4. Från nutid till framtid.....	14
5. Goda exempel och tips	20
6. Sammanfattning från projektets fem egna studier	23
7. Hälsoekonomi.....	30
8. Kön och genus.....	40
9. Mänskliga rättigheter	45
10. Påverkansarbete	49
11. Sammanställning av projektmaterial.....	61

Vill du skriva ut?

För att skriva ut enstaka kapitel ur denna pdf: klicka på knappen (rutan) ”Skriv ut kapitel” till vänster om varje kapitelrubrik. ”Skriv ut kapitel”-knappen syns inte på utskriften.

Vill du skriva ut informationsbroschyrerna som färdig broschyr behöver du en skrivare som kan skriva ut häfte. Välj de sidor som broschyren omfattar (syns i innehållsförteckningen) i utskrifts-menyn. Gå till dina skrivarinställningar för häfte (olika för olika skrivare, till exempel booklet) och skriv ut.

Inledning

Handikappförbundens projekt Hjälpmedel – en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet startade den 1 februari 2008 och avslutas den 31 januari 2011. Projektet har fokus på ett hälsoekonomiskt perspektiv samt ett genusperspektiv. Hjälpmedelsinstitutet är samarbetspart och projektet har finansierats med medel från Arvsfonden.

Syftet med projektet är att skapa förutsättningar för att kvinnor och män med funktionsnedsättning ska få rätt till hjälpmedel utifrån människovärdesprincipen som grund, att bra behovsutredningar ska eftersträvas och att kvinnor och män behandlas likvärdigt oavsett var i landet de bor.

Målet med projektet är att ta fram ett Kunskapsmaterial, vilket ska fungera som en verktygslåda för bland annat förtroendevalda, representanter i olika Handikappråd eller motsvarande. Materialet ska även fungera som underlag i kunskapsspridning till yrkesverksamma inom hjälpmedelsområdet, politiker och beslutsfattare samt till brukare och närstående.

Kunskapsmaterialets innehåll bygger på de önskemål som handikapprörelsens organisationer uttalat att de önskar att materialet ska innehålla för att vara ett stöd i arbetet med hjälpmedelsfrågor. Under tre års tid har uppgifter och erfarenheter samlats in. Förhoppningen är att Kunskapsmaterialet ska kunna bidra till att komma en bit på väg för att uppnå projektets syfte.

Kunskapsmaterialets disposition

Kunskapsmaterialet är tänkt att fungera som en "verktygslåda" med olika "verktyg". Med verktyg avses de olika kapitlen.

- Kapitel 1 är en vägledning till hur materialet kan användas.
- Kapitel 2 till 4 beskriver hur hjälpmedelsområdet ser ut idag 2010, hur det såg ut tidigare och hur det kan komma att se ut i framtiden.
- Kapitel 5 och 6 innehåller information som utgår ifrån projektets insamlade erfarenheter under tre års arbete.
- Kapitel 7 till 9 innehåller utvalda fördjupningsämnen för dig som vill veta mer.
- Kapitel 10 innehåller tips på metoder för hur man kan påverka och förslag på vilka argument man kan använda beroende på situation.
- Avslutningsvis finns informationsmaterial samt fem rapporter.

1. Vägledning – så använder du materialet

Materialet som du håller i din hand är ett arbets- och studiematerial att användas som det passar den situation ni befinner er i. Metod och pedagogik är utformad för arbete i grupp under en 1-2-dagars konferens/seminarium eller för en kort studiecirkel om tre träffar. Det är ni som brukar materialet som bestämmer vad som passar er att diskutera och fördjupa er i. Därför är det också självklart att ni i gruppen själva prioriterar vilka delar av materialet som ni vill lägga fokus på.

Som framgår gång efter annan i Kunskapsmaterialet skiljer sig villkoren för brukarna av hjälpmedel påtagligt mellan olika landsting/regioner och kommuner. Det ena landstinget är sällan det andra likt.

Löpande i materialet möter ni förslag till diskussionsavsnitt och lästips med fakta om hjälpmedelsområdet som ni kan ha som underlag i ert påverkansarbete.

Några tips för grupp- och cirkelarbete

Deltagarna utser en formell eller informell ledare för studierna/grupparbetet med huvuduppgift att hålla samman gruppen, stimulera diskussioner och skapa ett positivt samarbetsklimat. Alla deltagare, inte bara ledaren, har ett ansvar för att samarbetet flyter lugnt och med gott humör: ni träffas för att ni vill, ingen tvingar er, och ni vill ha trevligt. Respekt är nyckelordet.

Men vi är alla olika personligheter, har olika temperament och olika värderingar. Alla har självklart rätt att framföra sin åsikt. Men hur hanterar gruppen och ledaren:

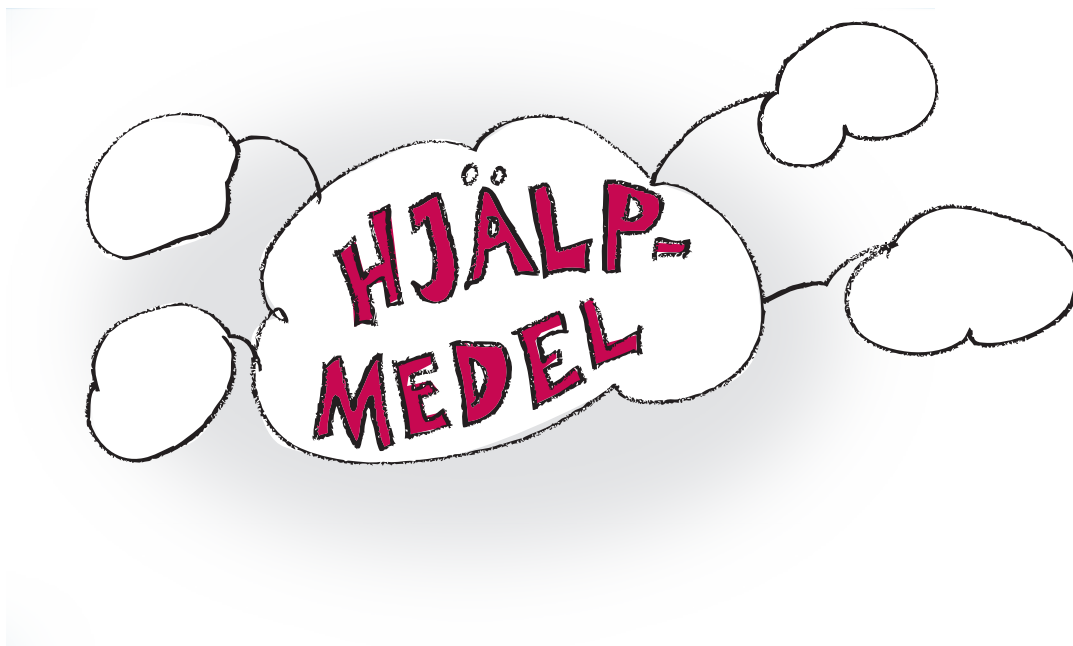
- Den som älskar att prata och ibland gör den blyge tyst och andra irriterade?
- Den som är tyst?
- Den som ofta avbryter?
- Den som framför "orimliga" idéer?

Det är i första hand ledaren som med varlig, fast hand, ska se till att diskussionerna förs på ett bra sätt, där alla känner sig delaktiga och

får möjligheter att uttrycka sig. Men gruppens övriga medlemmar har också ett ansvar för att stämningen är god och att arbetet går åt rätt håll.

Att skapa ett öppet, tillåtande och tryggt klimat i gruppen är A och O för framgång. Den öppenheten och tryggheten grundläggs i en positiv personlig presentation när ni startar gruppens arbete.

2. Hjälpmedelsområdet år 2010



Hjälpmedel för att underlätta det dagliga livet, vård och behandling förskrivs inom hälso- och sjukvården. Men det förskrivs även hjälpmedel för andra syften. Ett exempel är arbetshjälpmedel vilket omfattas av ett annat regelverk och är en fråga för arbetsgivare och Försäkringskassan. Bostadsanpassning och bilstöd är olika stödformer, varav bostadsanpassning är en kommunal angelägenhet och bilstöd är en fråga för Försäkringskassan. Även personlig assistans är en stödform.

Det material som du nu håller i din hand beskriver enbart hjälpmedel som förskrivs till vuxna över 18 år inom hälso- och sjukvården. Det saknas en enhetlig definition på vad som är ett hjälpmedel. En stor del av de produkter som vi vanligtvis tänker på som hjälpmedel, exempelvis en rullstol, kallas för medicintekniska produkter. Det finns också hjälpmedel, exempelvis dator, som inte faller under denna definition.

Hjälpmedel förskrivs inom olika verksamheter i hälso- och sjukvården

Vilka erfarenheter har ni av hjälpmedelsområdet i ert landsting/region: goda och dåliga?

Hjälpmedel kan förskrivas inom exempelvis primärvården, hörcentraller, syncentraller, rehabiliteringsmottagningar, habiliteringsmottagningar och logopedmottagningar. Det beror på vilket eller vilka hjälpmedel som det handlar om. I alla landsting/regioner finns någon typ av hjälpmedelscentral som tillhandahåller en del av de

hjälpmedel som förskrivs. På en hjälpmedelscentral arbetar bland annat ingenjörer, tekniker och hjälpmedelskonsulenter. Vid behov samarbetar personalen inom de olika hjälpmedelsområdena med annan hälso- och sjukvårdspersonal. Hjälpmedelscentralerna kan även samarbeta med förskrivare inom kommunen.

Villkoren för hjälpmedel regleras med hjälp av styrdokument

I varje landsting/region används någon form av styrdokument, regelverk eller riktlinjer för hjälpmedelsområdet. Beslut om vad som ska gälla för olika hjälpmedel fattas oftast på en politisk nivå. Det saknas styrdokument som gäller för hela landet och det innebär att varje landsting, region eller kommun fattar egna beslut om hur de vill utforma sina styrdokument samt vad dokumenten ska innehålla för information. Inget landsting/region är det andra likt.

När förändrades avgifterna på hjälpmedel senast i ert landsting, i vilken riktning gick beslutet och varför?

Ordet styrdokument används ibland som ett samlingsnamn för regelverk, riktlinjer och policy om en sådan finns. Oavsett namn så finns i ett styrdokument beskrivet till exempel vem som ska få tillgång till hjälpmedel, vilka produkter som kan förskrivas och vilka avgifter som gäller för hjälpmedel. Beslut om avgifter på hjälpmedel fattas alltid på politisk nivå. Det är antingen landstingsfullmäktige eller landstingsstyrelsen som fattar beslut i dagens läge.¹

Hjälpmedel ingår i Hälso- och sjukvårdens regelverk

Hälso- och sjukvården omfattas av ett stort regelverk och berör många delar. Den svenska hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innehåller mål för och krav på vården. De mål och principer som gäller omfattar även hjälpmedelsområdet. Enligt HSL paragraf 3 b, skall landstinget erbjuda:

- habilitering och rehabilitering
- hjälpmedel för människor med funktionsnedsättning
- tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade

Planering ska göras tillsammans med den patient som det berör. I planen ska det framgå vilka insatser som planeras och beslutas om.

1 Hjälpmedelsinstitutet (2007), Hjälpmedelscentralerna i Sverige

Enligt HSL paragraf 18 b, står att samma regler ska gälla när kommunen har ansvaret.

Patientnämnden tar emot synpunkter på vården

Landsting och kommun har skyldigheter men det innebär inte att en patient har motsvarande rättigheter. Det går därför inte att överklaga vårdbeslut till domstol.

Men vid problem, frågor eller synpunkter på vården går det att vända sig till Patientnämnden i respektive landsting eller region och framföra synpunkter eller bara rådgöra med en handläggare. Det är kostnadsfritt att vända sig dit med frågor som rör den offentligt finansierade vården. Patientnämnden har tystnadsplikt och arbetar bland annat för att rätta till problem och förbättra vården och patientsäkerheten.

Prova ut hjälpmedel är en process i flera steg (förskrivningsprocess)

Den som förskriver ett hjälpmedel är oftast arbetsterapeut, sjukgymnast, logoped, audionom, sjuksköterska/distriktssjuksköterska eller läkare. Förskrivaren ansvarar för att genomföra en behovsutredning och välja en lämplig produkt. I ansvaret ingår även att bedöma om den som ska använda hjälpmedlet kan hantera det på avsett sätt.

En förskrivningsprocess omfattar följande faser:

- bedöma behov av insatser
- prova ut, anpassa och välja lämpligt hjälpmedel
- specialanpassa hjälpmedel vid behov
- träna och informera om hjälpmedlet
- följa upp och utvärdera funktion och nytta
- dokumentation

Vilka erfarenheter har ni av hjälpmedelsförskrivarnas ansvar för uppföljning?

Beroende på hur behovet ser ut och vilket eller vilka hjälpmedel det är kan faserna vara mer eller mindre omfattande. Förskrivaren har ett helhetsansvar för alla faser men kan också samarbeta med andra. Alla som deltar i processen har ett eget yrkesansvar för de insatser som de gör.

När brukaren använt sitt hjälpmedel en tid behöver funktionen och nyttan av hjälpmedel utvärderas. I samband med uppföljning ska förskrivaren bedöma om hjälpmedelsbehovet kvarstår och ta ställning till om det behövs nya och/eller kompletterande åtgärder. Om

en annan förskrivare övertar behandlings- och därmed uppföljningsansvaret för hjälpmedlet ska förskrivaren rapportera över all viktig information. Användaren ska få information om vem som har det fortsatta uppföljningsansvaret, för att veta vart hon eller han ska vända sig vid frågor.

Skador och olycksfall ska rapporteras vidare

Om ett hjälpmedel går sönder ska förskrivaren rapportera till tillverkaren och Läkemedelsverket.² Vissa olycksfall eller skador ska även rapporteras till Socialstyrelsen.³ Det är vårdgivarens ansvar att upprätta lokala rutiner för hur de ska agera vid skador och olycksfall, vilket även innefattar rutiner för hur ett skadat hjälpmedel tas ur drift.

Ett bra bemötande och delaktighet är en förutsättning

Hur kan de dåliga erfarenheterna vändas till goda: förslag till åtgärder!

Alla brukare ska bemötas värdigt och professionellt. Brukaren ska ha inflytande i förskrivningsprocessen men det är förskrivaren som ansvarar för valet av det specifika hjälpmedlet. Förskrivarens bedömning grundar sig på den behovsutredning som genomförts. Om brukaren inte är nöjd skall hon eller han i första hand vända sig till förskrivaren eller förskrivarens närmaste chef för att försöka hitta en lösning. Brukaren kan dock inte överklaga ett beslut.

Vissa hjälpmedel klassas som förbrukningsartiklar

Lästips:

Mer kunskapsbakgrunder till diskussioner finner ni även under rubriken "Sammanfattning av projektets fem rapporter" och inte minst under rubrikerna "Från dåtid till nutid" och "Från nutid till framtid".

Förbrukningsartiklar är också en form av hjälpmedel som hanteras inom hälso- och sjukvårdens regelverk. En del förbrukningsartiklar omfattas av högkostnadsskydd och andra inte. Förbrukningsartiklar, exempelvis för urininkontinens och tarminkontinens, omfattas av särskilda regler och bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen.⁴ Det finns även särskilda bestämmelser om vem som får förskriva den typen av hjälpmedel⁵ och vad som gäller för högkostnadsskyddet.⁶ Andra förbrukningsartiklar, exempelvis inhalatorer och insulinpumpar, faller inom ramen för Lagen om läkemedelsförmåner.⁷

2 LVFS 2001:8

3 SOSFS 2005:28

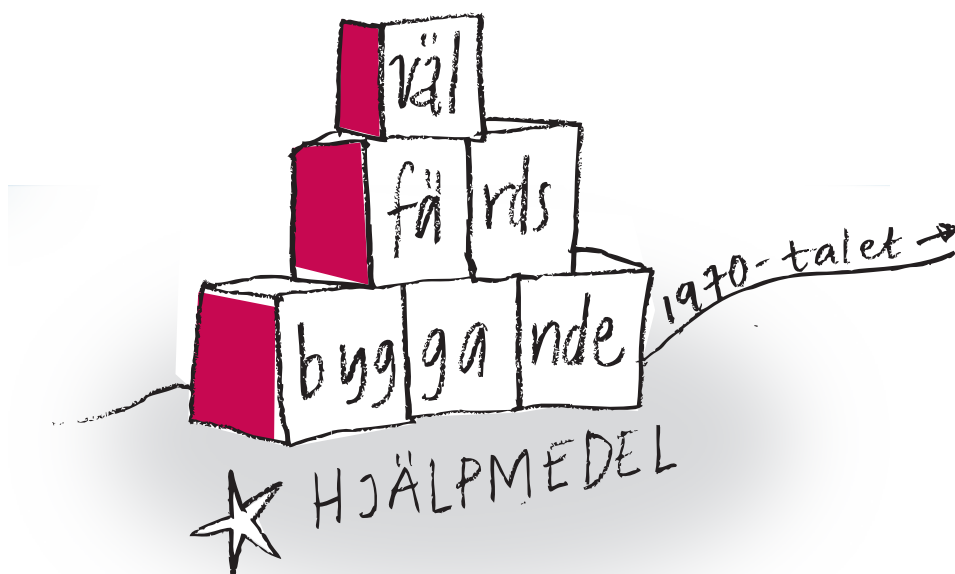
4 HSL 3 d §

5 HSL 18 c §

6 HSL 26 §

7 SFS 2002:160, Lag om läkemedelsförmåner

3. Från dåtid till nutid



Tidigare var staten huvudansvarig för hjälpmedel och Socialstyrelsen ansvarade för en lista över godkända hjälpmedelsprodukter som kunde förskrivas. Handikappinstitutet⁸ som numera heter Hjälpmedelsinstitutet ansvarade för provning av hjälpmedel och upphandling skedde centralt via en statlig instans.⁹

Hjälpmedelsområdet byggs upp under 1970-talet

Utbyggnaden av hjälpmedelsområdet blev en del i det allmänna välfärdsbyggandet under 1970-talet. Nya produktområden tillkom samtidigt som en uppbyggnad av hjälpmedelcentraler, syncentraler, hörcentraler och ortopedverkstäder började ta fart. Det innebar att det skapades behov av upphandlingsavtal för nya produktgrupper för att tillgodose behoven.

Landstingen tog över det ekonomiska ansvaret för hjälpmedelsförsörjningen från staten 1976. Det innebar att sjukvårdshuvudmännen, som då bestod av samtliga landsting och kommunerna Göteborg och Malmö, fick ersättning per invånare för att tillhandahålla hjälpmedel. Landstingsförbundet bildade ett upphandlingsbolag som fick ansvara för den centrala upphandlingen av hjälpmedel.¹⁰

8 Handikappinstitutet bildas år 1968

9 Utrustningsnämnden för Universitet och Högskolor, UHH

10 Sjukvårdshuvudmännens Upphandlingsbolag, SUB

Upphandlingen skedde i samråd med dåvarande Handikappinstitutet. Några år senare gick Landstingsförbundet tillsammans med staten in som huvudman för Handikappinstitutet och övertog den hjälpmedelslista som Socialstyrelsen tidigare haft ansvar för. Det innebar att Handikappinstitutet också ansvarade för regelverk, kvalitetsgranskning, provning av hjälpmedel och utformning av riktlinjer för vem som fick förskriva olika hjälpmedel.

Missnöje över utvecklingen växte fram under 1980-talet

Under 1980-talet utvecklades hjälpmedelsområdet kraftigt. Primärvården byggdes ut och antalet förskrivare blev fler. Samtidigt ökade kunskapen inom området, ny teknik och nya målgrupper tillkom. Parallellt med den snabba utvecklingen började kritik från handikapprörelsen att växa fram. Många uppfattade att huvudmännen blivit sämre på att tillhandahålla hjälpmedel, vilket var anledningen till missnöjet.

I mitten av 1980-talet tillsattes en hjälpmedelsutredning som fick till uppgift att kartlägga och analysera hjälpmedelssituationen.¹¹ Utredningen blev klar 1989. Den visade att en femtedel av handikapporganisationerna på länsnivå tyckte att det blivit försämringar inom hjälpmedelsområdet. En knapp tredjedel tyckte att det blivit svårare att få hjälpmedel och många var även missnöjda med informationen om hjälpmedel. Huvudmännen hade en betydligt mer positiv bild. Merparten av dem ansåg att det blivit förbättringar inom hjälpmedelsområdet.

Olikheterna mellan landstingen ökade under 1990-talet

Kunskapsuppbyggnaden fortsatte inom hjälpmedelsområdet och även villkoren för Handikappinstitutet förändrades. De hade nu inte längre det övergripande ansvaret för hjälpmedel. Av Handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning återstod nu endast en förteckning över hjälpmedel som de bedömde vara bra hjälpmedel. Landstingen blev fria att själva fatta beslut om regelverk och dessa utformades olika beroende på landsting. Människor som behövde och använde hjälpmedel fick anpassa sig till de villkor som gällde i

Under snart 40 år har hjälpmedelsområdet utvecklats och förändrats i olika riktningar. Det ena landstinget/regionen skiljer sig från det andra i prioriteringar och attityder vad gäller brukares behov och avgifter. Skatteväxlingen mellan landsting och kommun medför att kommunerna tar över mer ansvar. Besparingar är en annan. Olikheterna mellan landstingen/regionerna ökar och därmed orättvisorna för brukarna.

11 Hjälpmedelsverksamhetens utveckling - kartläggning och bedömning SOU 1989:39

det egna landstinget. Det medförde att olikheterna ökade och därmed även förutsättningarna för brukarna.

Under 1990-talet fick landsting och kommun möjlighet att börja skatteväxla för hjälpmedel. Det innebar att kommunen kunde ta över visst ansvar för hjälpmedel från landstingen och fick ekonomisk kompensation för det. Skatteväxling mellan landsting och kommun har sedan dess fortsatt.

Två viktiga stora reformer kom under 1990-talet, den första var Ädelreformen som kom 1991 och den andra var Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som kom 1992. Dessa två reformer kom att få stor betydelse. Landstingen skulle nu erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel, vilket skrevs in i Hälso- och sjukvårdslagen.

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården förändrades under 1990-talet mot kortare vårdtider och färre vårdplatser. Patienter fick i stället fortsatt vård i hemmet med hjälp av andra stödinsatser, varav hjälpmedel kunde vara en. Samtidigt började enklare hjälpmedelsprodukter tas bort ur sortimentet, vissa grupper fick inte längre förskrivet hjälpmedel och avgifter infördes på vissa hjälpmedel.

Individens behov i fokus under 2000-talet

Under 2000-talet utforskades nya möjligheter för att hitta en bättre grund för förskrivning och prioritering. Det blev mer fokus på politiska prioriteringar och behovsutredningar av individens behov. Samtidigt sker en expansion av nya hjälpmedel, framförallt inom kognitionsområdet. Det innebar att personer som hade svårigheter med exempelvis koncentration, uppmärksamhet, minne och inläring nu kunde få tillgång till hjälpmedelsprodukter för att underlätta vardagen.

Stora besparingar inom hjälpmedelsområdet och olikheterna och avgifterna fortsatte att öka under 2000-talet. Vissa hjälpmedel började säljas i öppna handeln som vilken produkt som helst. Det medförde att personer kunde nekas ett visst hjälpmedel med motiveringen att hjälpmedlet fanns att köpa i den öppna handeln. En ny Hjälpmedelsutredning kom 2004 och Handikappförbunden lämnade sitt yttrande över den. De övergripande förslag som gavs i utredningen¹² var att:

12 Hjälpmedel, Betänkande av LSS- och hjälpmedelsutredningen SOU 2004:83

- ansvaret för hjälpmedel skulle tydliggöras i hälso- och sjukvårdslagen
- rätt till bedömning av hjälpmedelsbehov skulle skrivas in i hälso- och sjukvårdslagen
- avgifter för hjälpmedel skulle begränsas och kopplas till högkostnadsskyddet

Handikappförbunden tyckte att de förslag som utredningen gav var mycket bra och om de förverkligades skulle förslagen bidra till att nå målen om ett samhälle för alla. Samtidigt återstod en del att göra inom hjälpmedelsområdet och därför efterlystes en ny utredning som skulle ta ett större grepp kring hjälpmedelsfrågorna. Syftet med en ny utredning var att se hur ett lagligt stöd för rätt till hjälpmedel och ett samordnat huvudmannaskap skulle kunna utformas. Dessvärre blev det ingen ny utredning.

Orättvisorna ökade under 2000-talet

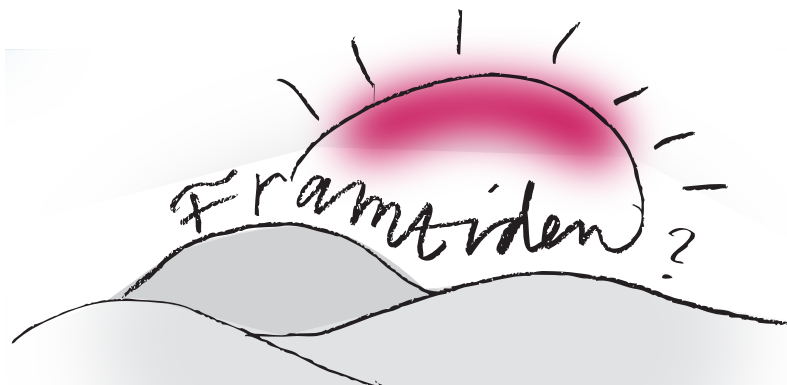
Vilka är de viktigaste orsakerna, enligt er uppfattning, till att orättvisorna ökar: Skatteväxlingen som företeelse? Politiska attityder och prioriteringar hos den styrande majoriteten? Attitydförändringar hos dem som förskriver?

I takt med förändringarna började kommunerna att ta över mer av ansvaret för hjälpmedel. Den centrala upphandlingen upphörde, vilket gav enskilda landsting/regioner möjlighet att teckna egna avtal och upphandla hjälpmedel. Det öppnade upp för ett samarbete mellan landstingen/regionerna som gjorde det möjligt att upphandla hjälpmedel till lägre priser. Olikheterna mellan landstingen/regionerna ökade och med detta ökade även orättvisorna för brukarna.

2007 startade en försöksverksamhet, Fritt Val av hjälpmedel, i Kronoberg, Sörmland och Stockholms län. Projektet avslutades 2009.¹³

13 <http://www.hi.se/sv-se/Arbetsomraden/Projekt/Fritt-val-av-hjalpmedel/>

4. Från nutid till framtid



Två utvecklingstendenser präglar hjälpmedelsområdet i dagsläget, 2010.¹⁴ Den ena visar att det blir vanligare med:

- ett ökat egenansvar
- att hjälpmedelssortimentet begränsas
- ökade avgifter på hjälpmedel

Den andra utvecklingstendensen visar på:

- en ökad öppenhet där behovet styr mer än diagnos
- att nya behovsgrupper tillkommer, exempelvis inom kognitionsområdet
- att avgifter på hjälpmedel tas bort

Båda utvecklingstendenserna följs åt och utvecklingen är både positiv och negativ. En del får det bättre eftersom fler kommer att få tillgång till hjälpmedel medan andra får det sämre i takt med att avgifterna på hjälpmedel ökar.

Men även hjälpmedelssortimentet minskar vilket innebär att många brukare får anpassa sig till hjälpmedlet i stället för tvärtom, hjälpmedlet väljs utifrån brukarens behov. Detta är en konsekvens som försämrar livskvaliteten för många användare.

Rangordna och gör en ekonomisk och social kalkyl för brukaren. Om kalkylen visar minus: vilka åtgärder föreslår ni för att få kalkylen på plus?

Ett ökat egenansvar innebär ökade kostnader för brukaren

Egenansvar är ett mångtydigt ord och begrepp, rent av föräldiskt.

- Gör en värdering och tolkning av hur ni ser på egenansvar: positivt och negativt för brukaren.

Fler och fler hjälpmedel betraktas som ett egenansvar vilket innebär att användaren själv ska bekosta och köpa produkten i öppna handeln, alltså vanliga butiker. Egenansvar är ett begrepp som numera är utbrett inom hela hälso- och sjukvårdsområdet och används i dag i många landsting/regioner för att på ett enkelt sätt ransonera bort hjälpmedel. Med hänvisning till att produkten finns i öppna handeln klassas den som en egenvårdsprodukt och ingår inte längre i sortimentet.

Fler hjälpmedel klassas numera som egenvårdsprodukter

Resonera runt innebörden i och effekterna (för brukaren) av begreppsförskjutningen: från hjälpmedel till egenvårdsprodukter.

Många produkter som i dag säljs i öppna handeln har tidigare klassats som hjälpmedel. Ett exempel är tvätt- och diskmaskin. Nu säljs dessa produkter i vanliga butiker och räknas inte längre som hjälpmedel utan en produkt som finns i de flesta hushåll. Sådana produkter anses vara ett egenansvar. Vill personen ha tvätt- och diskmaskin får de själv bekosta detta. Dator och cykel klassas också numera som ett egenansvar med motiveringen att de finns i de flesta hushåll.

En del egenvårdsprodukter är nya på marknaden. Små och enkla hjälpmedel kan också definieras som egenvårdsprodukter. Till exempel bedömer en del landsting/regioner att alla produkter som kostar under 300 kronor är egenvårdsprodukter. En annan bedömning är, att hjälpmedel som inte kräver hälso- och sjukvårdens kompetens för att provas ut klassas också som egenvårdsprodukter.

Det är stor variation på avgifter inom hjälpmedelsområdet

Avgifter för hjälpmedel förekommer i alla landsting/regioner.¹⁵ Exempel på avgifter är egenavgift, besöksavgift, utprovningsavgift och hyresavgift. Avgifterna i sig varierar mellan de olika lands-

tingen/regionerna och nedan ges ett exempel på variation inom egenavgiftsområdet. Egenavgifter för hjälpmedel:

- kan tas ut för hela hjälpmedlets faktiska kostnad
- kan tas ut för en del av hjälpmedlets faktiska kostnad
- varierar beroende på vilket hjälpmedel det är
- varierar från år till år
- varierar från län till län
- varierar beroende på hur många hjälpmedel av samma slag som brukaren ska ha, det första kan vara gratis, för nummer två tillkommer egenavgift och för nummer tre en högre egenavgift

Egenavgifter är bara ett exempel som visar på att kostnaderna för den enskilde kommer att variera beroende på var i landet hon eller han är bosatt. Utöver variationen på egenavgifter så finns olikheter även när det gäller besöksavgifter, utprovningsavgifter och hyresavgifter med mera.

Flera landsting/regioner har gått över till behovsstyrda regelverk

Hur ser ni på de praktiska skillnaderna för brukaren om regelverket är produkt- och diagnosstyrt respektive behovsstyrt?

Det finns olika synsätt i landstingen/regionen på hur hjälpmedelsystem och regelverk utformas. I vissa finns produkt- och diagnosstyrd regelverk och i andra behovsstyrda regelverk. Utvecklingen går mot att fler landsting/regioner går över till behovsstyrda regelverk eller är på väg att införa sådana.

I ett behovsstyrt system är det omfattningen av brukarens problem som styr vilket eller vilka hjälpmedel som förskrivs. Funktionsnedsättningen i sig är inte avgörande. Det är konsekvenserna som funktionsnedsättningen ger som avgör om en person kommer att få förskrivit hjälpmedel eller inte.

Ansvarsgränserna för hjälpmedel är flytande

Inom landstingen/regionerna sker ständiga förändringar inom hjälpmedelsområdet. En del områden är landstinget huvudman för och andra områden kan vara ett kommunalt ansvar. Gränsdragningen för vem som har ansvar för vad, landstinget/regionen eller kommunen, förändras ständigt.

Ansvaret för ett specifikt hjälpmedelsområde, exempelvis kognitionsområdet, kan ligga i gränslandet mellan landsting/region

och kommun. Via skatteväxling kan området vara på väg att byta huvudman alternativt ha båda parter som huvudman. Ett annat exempel är en hörcentral som till 100 procent kan vara ett landstingsansvar.

Ägarskap och driftsformer varierar

En hjälpmedelscentral kan ägas av landstinget som i sin tur kan hyra ut hjälpmedel till kommunen. Den kan också ägas gemensamt av landsting/region och kommun. Om någon aktör byter leverantör kan det innebära svårigheter att få tag på reservdelar.

Hjälpmedelsverksamheten kan också drivas på entreprenad, vilket förekommer i exempelvis Stockholm. I vissa landsting/regioner finns samarbete med närliggande landsting/region för att enklare kunna genomföra exempelvis upphandlingar av hjälpmedel.

Kostnaderna för hjälpmedel, hjälpmedelsbudgeten, kan ligga centralt inom landstingets budget för hälso- och sjukvård alternativt kan kostnadsansvaret läggas ut där förskrivningen sker.

"Hjälpmedelsområdet är som en snårskogig djungel med en näst intill oöverskådlig struktur". Beskriv i detalj hur den snårskogen påverkar brukaren.

Sammanfattningsvis är hjälpmedelsområdet som en snårskogig djungel med en näst intill oöverskådlig struktur. För den enskilde människan är det ett problem. Det är svårt att veta vem som har ansvar för vad eller mandat att göra vad.

Olikheterna i landet är mångdubbelt fler än likheterna 2010

Projektet har mellan 2008 till 2010 besökt nästan hälften av Samarbetsorganen¹⁶ i länen. Före besöken gjordes research kring hur hjälpmedelsverksamheten var organiserad och villkoren för hjälpmedel i landstinget/regionen. Vid besöken fördes en diskussion med olika tjänstemän inom hjälpmedelsverksamheterna kring vad de uppfattade som bra respektive mindre bra. En liknande diskussion fördes även med organisationer, användare och närstående.

16 Gävleborg, Kalmar, Norrbotten, Värmland, Västerbotten, Västmanland, Västra Götaland, Skåne och Östergötland.

Nedan ges exempel på skillnader som uppmärksammas:

- handikapprörelsens inflytande över beslut inom hjälpmedelsområdet varierar
- vad som klassas som ett hjälpmedel respektive egenvårdsprodukt varierar
- vilka avgifter som tas ut för hjälpmedel varierar
- vilka lånevillkor och möjligheter att få låna hjälpmedel i akuta skeden varierar
- vilka landsting/regioner som har jourverksamhet på kvällar och helger varierar
- rutiner för återanvändning och återlämning av hjälpmedel varierar
- utbildning till förskrivare varierar
- finansiering av, och ägandeformer för hjälpmedelsverksamheten varierar
- organiseringen av upphandling av hjälpmedel varierar
- hur landstingen/regionen valt att organisera hjälpmedelsverksamheten varierar
- benämningen på de verksamheter som förskriver hjälpmedel varierar

Likheterna mellan landsting/region är synen på brukarens behov

Alla ansvariga tjänstemän säger sig sätta brukarens behov i centrum, trots att olikheterna i landet är mångdubbelt fler än likheterna. Hur rimmar denna verklighet med "allas lika värde"? Är denna enighet en läpparnas bekräftelse? Gör en värdering utifrån era olika erfarenheter.

Det som förenar landstingen/regionen är hur tjänstemännen inom de olika verksamheterna resonerar kring behov och kostnader för hjälpmedel. Alla säger sig sätta brukarens behov i centrum, stora behov prioriteras högst och små behov lägst och kostnaderna för hjälpmedel ska helst inte öka. I ett sådant resonemang ställs målgrupper emot varandra framförallt om ett nytt hjälpmedel tas in i sortimentet på bekostnad av att ett annat tas bort.

Missnöjet är störst i Gävleborg

Missnöjet bland de län som besöktes är stort, framförallt i Gävleborg där försämringarna har avlöst varandra. Flera hjälpmedel har tagits bort ur sortimentet. I ett akut skede har en brukare rätt till korttids lån av hjälpmedel men när den akuta fasen klingat av ska brukaren själv betala för sitt hjälpmedel även om behovet är livslångt. Det går fortfarande att få låna hjälpmedel men störst behov har företräde. I Gävleborg har exempelvis cykelhandlare börjat sälja rollatorer.

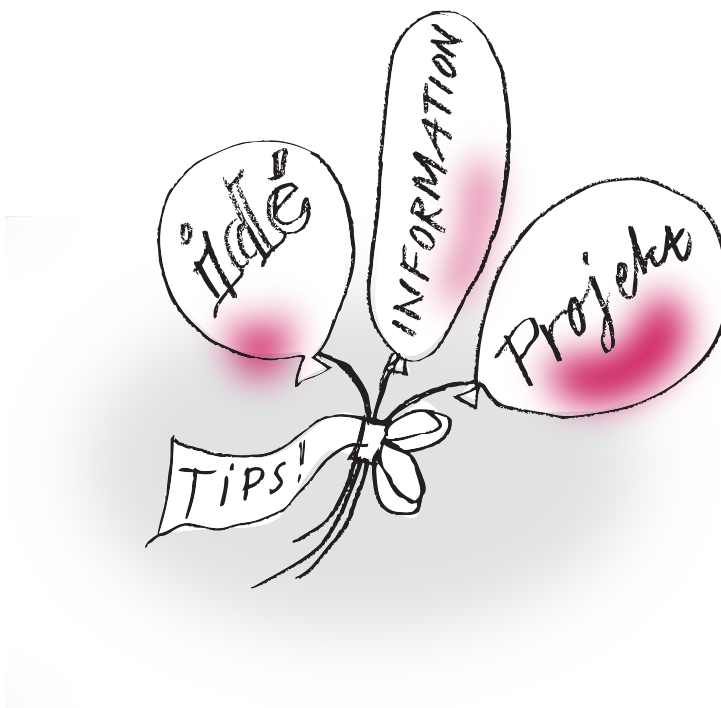
Lästips:

Mer bakgrundskunskaper finner ni under rubrikerna "Sammanfattning från projektets fem egna studier", "Hjälpmedelsområdet 2010" och "Från dåtid till nutid". Läs även avsnittet om "Påverkansarbete", där finns tips på strategier för att åstadkomma förändring.

Ökade kostnader för hjälpmedel är inte hållbart

För många människor med funktionsnedsättning är låg inkomst ett problem. I vissa fall har kostnaderna för hjälpmedel ökat med 100 procent utan att inkomsten ökat i motsvarande grad. Många användare som protesterar mot höjda avgifter kan mötas av argumentet att de kan söka Handikappersättning hos Försäkringskassan för att täcka kostnaderna för hjälpmedel. Det innebär att en annan instans får stå för kostnaderna.

5. Goda exempel och tips



I vilka organ, typ Hjälpmedelsråd och Brukarråd är era organisationer representerade? Hur värderar ni ert inflytande: skenbart eller verkligt, beskriv.

Handikapprörelsen på länsnivå är ofta representerad i hjälpmedelsråd eller brukarråd. De träffas regelbundet ett visst antal gånger per år och har olika stort inflytande över de beslut som fattas av politiker och beslutsfattare. Det förekommer även att representanter från samarbetsorganen är delaktiga i diskussionerna kring upphandling. Vissa länsföreningar kan sitta med i olika grupper för att diskutera specifika hjälpmedelsprodukter, så kallade sortimentgrupper. Inom medlemsförbunden på riksnivå sysslar de främst med stora omfattande frågor och bedriver olika projekt. I en del landsting/regioner och kommuner finns bra exempel på strategier och organisering av hjälpmedelsområdet. Nedan ges några goda exempel:

Finns hjälpmedelsambassadörer i er närhet? Vilka organisationer representerar de och hur effektivt är deras arbete?

Hjälpmedelsambassadörer är en modell som utformats av Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, och Schizofreniförbundet. Ambassadörernas uppgift är att sprida information om hjälpmedel. Många människor med psykiska funktionsnedsättningar känner inte till att det finns hjälpmedel som kan vara till stöd och underlätta vardagen. Ett sätt att öka kunskapen är att människor med egna funktionsnedsättningar blir hjälpmedelsambassadörer och sprider kunskap och information till dem som inte vet. Även Riksförbundet Attention har utbildat hjälpmedelsambassadörer.

I samarbetsorganet i Östergötland använder representanterna som sitter i hjälpmedelsrådet det egna ordförandemötet som en referensgrupp för att diskutera viktiga hjälpmedelsfrågor.

I några län finns en så kallad hjälpmedelsnämnd. I nämnden sker ett samarbete mellan kommuner och landstinget, för att bland annat minska olikheter inom länet. I exempelvis Värmland har de en hjälpmedelsnämnd som alla berörda parter är mycket nöjda med.

I Kalmar län finns en hjälpmedelsstrateg anställd av landstinget. En hjälpmedelsstrateg kan bedriva utvecklingsarbete, ha överblick och arbeta strategiskt. Det ger möjlighet att fånga upp trender och nya behov samtidigt som det skapar förutsättningar att samordna resurser.

I Värmland har de anställt en resursperson inom kognitionsområdet vilken finansieras gemensamt av landstinget och kommunerna. Syftet med resurspersonen är att kunna möta och tillgodose nya gruppers behov samt ansvara för utbildning och kunskapsspridning till forskrivare.

I kommunförbundet i Skåne arbetar en hjälpmedelssamordnare som har en liknande roll som en hjälpmedelsstrateg. Där har de utarbetat ett beslutsstöd för arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Beslutsstödet är tänkt att vara till stöd för yrkesgruppen i deras bedömning av insatser vid funktionsnedsättning.

Vilka ambitioner har ni när det gäller kunskapsspridning och "stödverksamhet", enligt de exempel som ges under rubriken Goda exempel och tips?

I Västerbottens läns landsting finns en permanent hjälpmedelsutställning som drivs av landstinget, HjälpmedelsCentrum Norr. Utställningen har i dag ett fyrtiotal utställare som visar sina produkter. De ger även utbildningar till forskrivare inom hjälpmedelsområdet, anordnar produktvisningar och temadagar med mera. Hjälpmedelsutställningen finns placerad i Umeå och har även en butik där de säljer hjälpmedel. Utställningen är öppen för allmänheten, brukare och närstående och där kan den som vill känna, klämma och prova olika hjälpmedel.

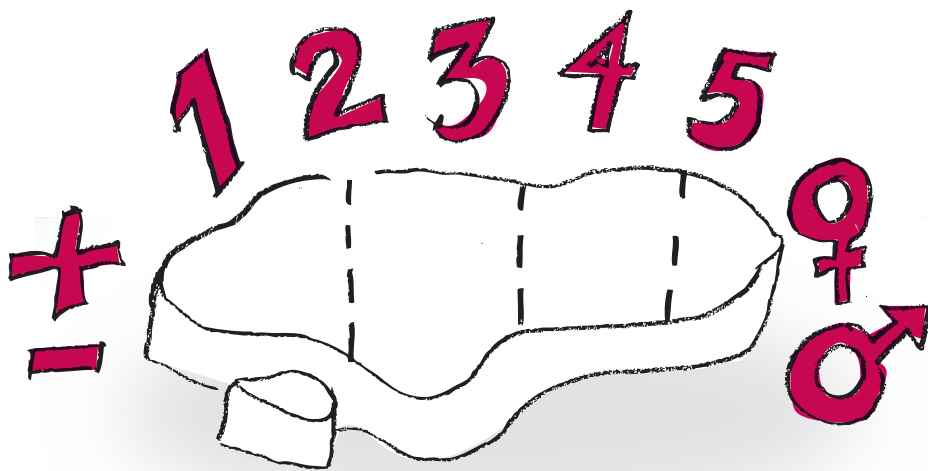
Diskutera förslagen under rubriken Tips på projekt. Vilka förslag är möjliga, och önskvärda, att genomföra i er "hemmiljö", bland era organisationer?

Tips på projekt

Utvecklingen skapar nya behov och väcker nya frågeställningar att förhålla sig till. Nedan ges några exempel på områden och frågeställningar som projektet inte haft möjlighet att fördjupa sig i. Det är områden som kan utforskas vidare i nya projekt inom hjälpmedelsområdet.

- Hur påverkas människors hälsa av vetskapen om att det finns hjälpmedel som skulle kunna vara ett stöd men inte ges tillgång till dem?
- Vem eller vilka kommer att vara framtidens hjälpmedelsutvecklare och leverantörer?
- Vilka insatser krävs från politiker och beslutsfattare för att skapa likvärdiga villkor för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel? Går insatserna att förena med det kommunala självstyret?
- Vilka blir konsekvenserna av att fler och fler hjälpmedelsprodukter klassas som egenvårdsprodukter och säljs i öppna handeln?
- Finns en manlig norm som styr hjälpmedelsutvecklingen?
- Hur långt kan egenansvaret få sträcka sig?
- Hur ser övergången ut från barnhabilitering till vuxenhabilitering för personer mellan 18 och 20 år? Många hamnar i kläm i gränslandet mellan barn- och vuxeninsatser i dagens hjälpmedelssystem?
- Kommer försöksverksamheten Fritt Val av hjälpmedel att förändra hjälpmedelsverksamhetens organisation om politikerna beslutar att försöksverksamheten ska bli permanent?

6. Sammanfattning från projektets fem egna studier



"Det kommunala självstyret ger landsting/region och kommun möjlighet att fatta egna beslut över hjälpmedelsområdet". Denna ordning är basen för vår lokala och regionala demokrati. Den ger stora möjligheter till lobbyverksamhet/intressepolitiska påtryckningar både inom tjänstemannao området och inom den politiska/partipolitiska sfären.

- Hur agerar ni i ert lobbyarbete? Berätta om framgångar och motgångar!

Bakgrunden till projektet var att det från flera håll inom handikapprörelsen uttrycktes att något måste göras inom hjälpmedelsområdet. Olikheter i landet medför ojämlika villkor för brukare och det saknas ett nationellt regelverk. En konsekvens av det är att varje landsting/region har rätt att fatta egna beslut över vilka avgifter som ska tas ut för hjälpmedel och vilka hjälpmedel som ska ingå i sortimentet. Det kommunala självstyret ger landsting/region och kommun möjlighet att fatta egna beslut över hjälpmedelsområdet. Det innebär att enskilda brukares livsvillkor avgörs av vilken funktionsnedsättning de har, var i landet de bor och vilka hjälpmedel som de är i behov av.

Syftet med projektet är att skapa förutsättningar för att kvinnor och män med funktionsnedsättning ska få rätt till hjälpmedel utifrån människovärdesprincipen som grund, att bra behovsutredningar ska eftersträvas och att kvinnor och män behandlas likvärdigt oavsett var i landet de bor.

Projektets mål är att ta fram ett Kunskapsmaterial inom hjälpmedelsområdet vilket ska vara till stöd för de organisationer som arbetar intressepolitiskt med hjälpmedelsfrågor. Projektet har ett genus- och ett hälsoekonomiskt perspektiv. Hjälpmedelsinstitutet är samarbetspart och projektet har finansierats av Arvsfonden.

Projektet har avgränsats till att omfatta hjälpmedel som förskrivs inom ramen för hälso- och sjukvården och vuxna över 18 år.

Under projektperioden 2008 till 2009 genomförde projektet fem egna studier, vilka samtliga mynnade ut i fem rapporter. Resultaten från de fem studierna ska ligga till grund för fortsatt arbete med att öka medvetenheten om nyttan av hjälpmedel inom landsting/region och kommun.

Den första rapporten speglar hjälpmedelsområdet utifrån organisationernas perspektiv. Den andra speglar området utifrån brukarnas perspektiv. Den tredje rapporten har ett hälsoekonomiskt perspektiv. Den fjärde speglar hjälpmedelsområdet utifrån politikernas perspektiv. Den femte och sista rapporten speglar forskrivare och brukares uppfattning utifrån ett genusperspektiv. Samtliga fem rapporter finns att ladda ner på Handikappförbundens webbplats.

RAPPORT 1

En kartläggning av handikapprörelsen arbete med hjälpmedelsfrågor

Syftet med den första studien var att med hjälp av en enkät få en samlad bild av organisationernas (82) arbete med och intresse för hjälpmedelsfrågor. Kartläggningen var tänkt att ligga till grund för utformningen av det fortsatta arbetet och vara vägledande för projektet. I studien deltog medlemsförbund (43), samarbetsorgan i länen (21) och ungdomsorganisationer (18).

Resultaten visar att intresset för hjälpmedelsområdet är stort bland medlemsförbund, samarbetsorgan och ett fåtal ungdomsorganisationer. Alla följer den nationella utvecklingen inom området i varierande grad. Att arbeta med hjälpmedelsfrågor har likvärdig prioritet som andra frågor organisationerna arbetar med. Hur aktiva organisationerna är beror på hur viktig frågan är för de egna medlemmarna.

Många av organisationerna har tagit fram strategidokument som exempelvis egna riktlinjer eller riktlinjer i samarbete med andra, remissvar, debattartiklar. Hjälpmedel kan också vara omnämnt som en del i andra intressepolitiska program eller verksamhetsplaner. Mer än hälften av organisationerna har reagerat på de förändringar som skett inom området och många projekt är i gång.

Information till brukarna har hög prioritet enligt organisationerna, tätt följd av habilitering/rehabilitering.

- Vilka är de angelägnaste insatserna för era organisationer?

Lästips:

Läs rapporten som helhet.

Brukarna markerar att hjälpmedlen har en positiv inverkan på livssituationen. Men många brukare (17 procent) måste avstå från hjälpmedel på grund av brist på pengar.

- Diskutera runt det faktum att tillgången på hjälpmedel tenderar att bli en klassfråga.
- Vilka insatser vill ni göra/ är möjliga att göra för de 17 procenten som inte har råd med hjälpmedel?
- Hur rimmar det med människovärdesprincipen att 17 procent inte får tillgång till hjälpmedel av privat-ekonomiska orsaker?

Lästips:

Läs rapporten som helhet.

Mer än varannan organisation anser att informationen till brukarna är det område som är i störst behov av förändring. Det näst viktigaste området är habilitering/rehabilitering. Det finns små skillnader i uppfattning mellan samarbetsorgan och medlemsförbund.

De mest eftersatta grupperna är människor som är i behov av hjälpmedel inom området kognition och kommunikation, tätt följt av människor med psykiska funktionsnedsättningar och människor med läs- och skrivsvårigheter. Inom hörselområdet kan ålder ha betydelse för om gruppen blir eftersatt eller inte. En del medlemsförbund har lyft fram hela medlemsgruppen som eftersatt.

Brukarrepresentationen är hög på lokal nivå. Så gott som alla samarbetsorgan har representanter i olika samverkansforum utöver Länshandikapprådet. Det kan vara alltifrån olika hjälpmedelsråd till Hälso- och sjukvårdsutskottet. Merparten uppger att hjälpmedelsfrågan har varit uppe på dagordningen i Länshandikapprådet eller motsvarande under de senaste två åren. Avslutningsvis visar resultaten att hjälpmedelsfrågor är viktiga och engagemanget är stort. Samtidigt som området är komplext, resurserna begränsade och behoven varierar så finns det ett flertal områden som förenar organisationerna.

RAPPORT 2

Brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning

Syftet med den andra studien var att ta del av brukarnas erfarenheter och uppfattning av hjälpmedelsområdet. Studien bygger på resultat från två enkäter som besvarats med sex månaders mellanrum, den första under hösten 2008 och den andra under våren 2009. Undersökningen är genomförd i fyra län, Gävleborg, Kalmar, Västerbotten och Västmanland. I studien ingår 351 brukare, 55 procent kvinnor och 45 procent män. Två tredjedelar är över 65 år. Den vanligaste funktionsnedsättningen är rörelsenedsättning och vanligaste orsaken till att brukarna fick utprovat och förskrivit ett hjälpmedel är att de fått en funktionsnedsättning.

De vanligaste hjälpmedlen som förskrivits till brukarna i studien är hörapparat, rollator och manuell rullstol eller elrullstol. Mer än hälften av brukarna har tidigare erfarenhet av att använda hjälpmedel. Nästan alla som fick ett hjälpmedel förskrivit använder det. Hur ofta beror på vilken vardagssituation och vilket hjälpmedel

det är. Alla som fått förskrivet hörapparater och rollatorer använder dem och gör det i hög grad. Merparten vet hur de ska använda sitt hjälpmedel och har fått möjlighet att träna i den omfattning som de behövt. Bemötandet från den personal som ska bedöma behov och informera om hur hjälpmedlen ska användas får högt betyg. Väntetiden på att få sitt hjälpmedel uppfattas som lagom lång.

Den kostnad som hjälpmedel innebär för brukaren får lägst betyg. Bland ett antal olika hjälpmedelsprodukter är det vanligast att brukaren själv får bekosta förbrukningsmaterial, förslitningsdelar och reparationer. En av sju betalar mer än 1 500 kronor för sina hjälpmedel varje år. Nästan en femtedel, 17 procent, har avstått från att köpa hjälpmedel för att de inte har råd. Det är svårast att få hjälp med habilitering/rehabilitering och allra svårast är det för de under 65 år.

Ordet och begreppet "Kostnadseffektivt" kan vara förrädisk. Frågan kan ställas om förskrivning av hjälpmedel är kostnadseffektivt ur ett samhälls-ekonomiskt perspektiv, och så mäts det från olika utgångspunkter. Frågan kan också ställas om kostnadseffektivitet ur brukarens privatekonomiska och socialekonomiska/mänskliga perspektiv, och så mäts detta.

- Diskutera runt begreppet "Kostnadseffektivitet" och dess olika innebörder beroende på vems behov och intressen som sätts först.

Lästips: Läs rapporten som helhet och kapitlet "Hälsoekonomi".

Resultaten visar att de hjälpmedel som brukarna fick förskrivet är till stor nytta för dem och används i hög grad. Nästan alla anser att hjälpmedlen har stor betydelse för trygghet och att hjälpmedlen motsvarar deras behov. Hjälpmedlen har även stor betydelse för umgänge med andra och för vardagliga aktiviteter. Sammantaget har hjälpmedel en positiv påverkan på livssituationen. Det finns få statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män och mellan yngre och äldre när det gäller svaren på frågorna i enkäterna.

RAPPORT 3

Kostnader och effekter vid hjälpmedelsförskrivning

Syftet med den tredje studien var att mäta samhällets kostnader vid nyförskrivning av hjälpmedel och vilka effekter hjälpmedel har för människor med funktionsnedsättning. Studien bygger på resultat från samma urval som i rapport 2.

Studien består av en förstudie (basvärdering) och en efterstudie (uppföljning), där deltagarna fick besvara en enkät vid två tillfällen. Detta för att mäta eventuella skillnader i hälsorelaterad livskvalitet och för att mäta om livskvaliteten förbättras av att de använder förskrivna hjälpmedel. De hjälpmedel som har ingått i studien (kostnadseffektanalysen) är hörapparat, rollator, manuell respektive eldriven rullstol.

Effekterna för individen har mätts med hjälp av det hälsorelaterade livskvalitetsinstrumentet EQ-5D (en förkortning av EuroQol

”Slutsatsen är att hjälpmedel är en liten fråga inom hälso- och sjukvården. I de fall handikappprörelsen har ett starkt inflytande är det lättare att påverka politiker”. Tre givna frågor är:

- När frågan är liten: Varför är avgifts-sättningen så spretig över landet? Varför har nästan var femte hjälpmedelsbehövare inte råd att betala avgifterna?
- I 15 av landets lands-ting/regioner anser politikerna att det är ett problem med skillnader i avgifter och regelverk. De förslag på lösningar som många politiker själva lyfter fram är nationella regelverk/nationell grundsyn. Hur ser ni på det?
- Är era organisationer starka eller svaga i relation till politiker? Om ja, om nej – varför?

Lästips:

Läs rapporten som helhet.

5-dimension). För att mäta i vilken utsträckning problem som orsakas av funktionsnedsättningen påverkar det dagliga livet har instrumentet PIRS (en förkortning av Problem impact rating scale) använts.

Resultatet påvisar inte några statistiskt säkerställda skillnader (signifikanta) mellan basmätningen och uppföljningen. Det kan bero på att deltagarna har olika förutsättningar som i sin tur kan relateras till livskvalitetsinstrumentet i olika utsträckning. Det behövs fler studier på området för att kunna fastställa att det är effekter av hjälpmedlet som mäts. Det behöver också göras kartläggningar av vilka kostnader som är aktuella. Idag skiljer sig detta åt mellan brukare, men även beroende på var i landet hjälpmedlet förskrivs. Studiens slutsats är att det i de flesta fall är kostnadseffektivt att förskriva de hjälpmedel som är aktuella i studien, även vid en liten uppmätt effekt.

RAPPORT 4

Politikers agerande i hjälpmedelsfrågan och deras samarbete med handikappprörelsen

Syftet med den fjärde studien var att undersöka hur beslutsfattare i landstingen/regionen prioriterar inom hjälpmedelsområdet och hur de samverkar med handikappprörelsen. På vilka grunder fattar de beslut? Studien genomfördes i form av telefonintervjuer med en majoritetspolitiker inom hälso- och sjukvården i respektive landsting och/eller region. Totalt genomfördes 21 intervjuer.

Resultatet visar att få politiker gör systematiska prioriteringar inom hjälpmedelsområdet. De känner till att det är stora skillnader i regelverk och avgifter men alla ser inte det som ett problem.

Politikerna med erfarenhet av en gemensam nämnd är mycket nöjda med en sådan. Inget landsting/region har beräknat om prioriteringarna på hjälpmedelsområdet är lönsamma för landstinget/regionen. Alla är eniga om att livskvalitet är en viktig parameter att ta med i beslutsfattandet.

De flesta är nöjda med samarbetet med handikappprörelsen men tycker att handikappprörelsen kan bli mer aktiva och eniga kring prioriterade frågor. Slutsatsen är att hjälpmedel är en liten fråga inom hälso- och sjukvården. I de fall handikappprörelsen har ett starkt inflytande är det lättare att påverka politiker.

RAPPORT 5

Hjälpmedel – regelverk – livskvalitet – kön, en fokusgruppstudie med forskrivare och brukare utifrån ett genusperspektiv

Syftet med denna studie var att undersöka och fördjupa kunskapen om konsekvenserna, för forskrivare och brukare, av de systemförändringar som ägt rum inom hjälpmedelsområdet. Tre områden var i fokus. Hur påverkar gällande regelverk forskrivares möjligheter att förskriva hjälpmedel? Vilken betydelse har hjälpmedel för kvinnliga och manliga brukares delaktighet och livskvalitet? Vilken betydelse har kön i hjälpmedelssammanhang?

Den metod som använts är fokusgruppsintervjuer. Elva fokusgruppsintervjuer, fem med forskrivare och sex med brukare, genomfördes i sex län¹⁷ under hösten 2009.

Systemförändringarna uppfattas av de intervjuade i rapporten som mer negativa än positiva.

- Beskriv med detaljer vilka erfarenheter och uppfattningar ni har om systemförändringarna.

Alla forskrivare i denna studie har erfarenhet av stora systemförändringar vilket påverkat deras möjligheter att förskriva hjälpmedel. Förändringarna uppfattas vara mer av negativ än positiv karaktär. De negativa är att möjligheterna att förskriva hjälpmedel har begränsats. Ibland ger forskrivarna råd till brukarna om vart de kan vända sig för att själv köpa sitt hjälpmedel. De positiva förändringarna är internetbaserade system som underlättar arbetet. Forskrivarna tar hänsyn till hela vård- och behandlingskedjan i samband med behovsutredningar men det finns gråzoner. Gränsdragningen mellan vad som är personalens respektive brukarens behov är inte alltid enkel. Regelverken ser forskrivarna både som ett stöd i arbetet samtidigt som det begränsar handlingsutrymmet. Forskrivarna fattar beslut som brukarna inte alltid är nöjda med vilket innebär att det ibland uppstår intressekonflikter mellan forskrivare och brukare, anhöriga eller personal.

Brukarna i denna studie anser att kvinnor och män har samma behov av hjälpmedel oavsett kön. Hjälpmedel har stor betydelse på ett personligt plan och för livskvaliteten men även yttre faktorer, exempelvis bristande tillgänglighet, kan ha betydelse för hur vardagen fungerar. Ålder och kön påverkar synen på livskvalitet. Några av brukarna har blivit nekade hjälpmedel som de är i behov av. Konsekvenserna av att inte få hjälpmedel är stora och brukarna tycker att det blivit mycket sämre och menar att det beror på lands-

17 Gävleborg, Kalmar, Västerbotten, Västmanland, Stockholm och Östergötland

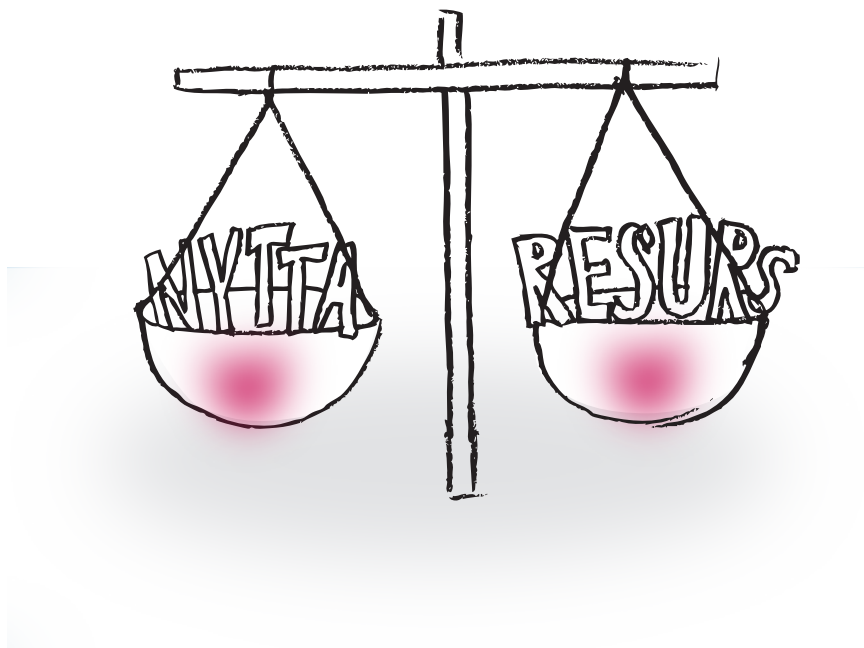
Ett fokusområde i rapporten är: Vilken betydelse har kön i hjälpmedelssammanhang? Diskutera era erfarenheter och uppfattningar och ge förslag till hur genusfrågan ska få så stort utrymme som möjligt.

Lästips: Läs rapporten som helhet och kapitlet "Kön och genus".

tingets dåliga ekonomi. Även uppföljning av hjälpmedlen fungerar dåligt, det är brukarna överens om.

Brukare och förskrivare i studien har olika uppfattning om kön har betydelse i hjälpmedelssammanhang. Under intervjuerna framkommer några exempel på när kön har betydelse. Kvinnor och män värderar till exempel hjälpmedlets funktionalitet och design olika. Kön har också betydelse i mötet mellan förskrivare och brukare. Förskrivarna har olika uppfattning om kvinnliga och manliga brukares behov. Brukarna å sin sida har olika uppfattning om kvinnliga respektive manliga förskrivares kompetens. De kvinnliga förskrivarna reflekterar över kön och sitt eget förhållningssätt. I mötet med manliga brukare tvingas de ibland att förhålla sig till kommentarer som anspelar på sex och till hotfulla situationer på ett sätt som inte männen i studien behöver.

7. Hälsoekonomi



Stöd till hjälpmedel ska ske till en rimlig kostnad enligt artikel 20 i FN-konventionen. Rimlighet är en värdering, inget objektivet mätinstrument. När vi talar om rimlighet i hjälpmedelsperspektiv är det en poäng att:

- Diskutera om beslutsfattarna har ett medborgarperspektiv eller skattebetalarperspektiv när de fattar sina beslut och vad konsekvenserna av det ena och det andra perspektivet blir.

Hälsoekonomi¹⁸

- är en tillämpning av ekonomiska teorier och metoder på området hälsa
- visar hur samhällets resurser används mest effektivt för att "producera hälsa"
- väger kostnader för en behandling mot behandlingens fördelar

Enligt artikel 20 i FN-konventionen ska stöd till hjälpmedel ske till en rimlig kostnad. Det innebär att hälsoekonomi behövs för att avgöra vad som är en rimlig kostnad för samhället. Sverige har en skyldighet enligt FN-konventionen att säkerställa största möjliga oberoende för personer med funktionsnedsättning. I valet mellan hur resurser ska fördelas kan hälsoekonomi vara en metod eftersom hälsoekonomi inkluderar både kostnad och effekt av en insats.

Trots funktionsnedsättning är alla människor i behov av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Det är viktigt att behålla hälsan så länge som möjligt. Med nuvarande finansieringsproblem är det en stor risk att samhället går miste om framtida besparingar och hälsovinster till följd av kortsiktiga prioriteringar. Hälsoekonomiska studier är få men de som finns visar att hälsoekonomi ändå är användbart inom hjälpmedelsområdet.

18 Janlert U. 2000. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och kultur

När vi som intresseorganisation driver våra frågor ur ett rättviseperspektiv måste vi veta vilka grundattityder som råder hos dem som fattar besluten: tjänstemännen och/eller politikerna. Vad gäller i er verklighet?

Att de ekonomiska resurserna är begränsade är en självklarhet, därför handlar beslut om att prioritera. Här möter vi åter ett förrädiskt ord: Nytt! Diskutera begreppet Nytt!

Diskutera Kunskapsmaterialets två missförstånd om kostnadseffektivitet och samhällsekonomiskt perspektiv.

Utgångspunkten i hälsoekonomiska analyser är att alla resurser är begränsade. Den andra utgångspunkten är att resurserna har en alternativ användning. Genom att använda hjälpmedel som en resurs innebär det att någonting annat inom hälso- och sjukvården inte används. Det vill säga hur mycket resurser ska användas till hjälpmedel och hur ska hjälpmedlen användas. En ekonomisk analys innebär att försöka beräkna detta resursanvändande på bästa sätt. Med andra ord, vilket alternativ ger mest nytta utifrån de resurser som krävs. För att underlätta denna process är det viktigt att vid starten av ett projekt påbörja att utvärdera och inte göra det efter att projektet eller insatsen är genomförd.

Hälsoekonomi kan ge svar på följande frågor

- Hur mycket resurser används till hälso- och sjukvården?
- Vad är kostnaden för en viss sjukdom, exempelvis hur stor är kostnaden för diabetes för samhället?
- Vad är det som kostar i omhändertagandet av en sjukdom?
- Är en behandling kostnadseffektiv och är pengarna väl använda?
- Vad får samhället för pengarna?
- Vilka insatser har samhället råd till?

Förekommande missförstånd

Inom hälsoekonomin förekommer missförstånd, exempelvis att en kostnadseffektiv insats är lika med att samhällskostnaderna blir lägre för att insatsen har genomförts. Kostnadseffektiv betyder att kostnader och effekter tillsammans leder till en kostnadseffektiv insats i förhållande till vad som anses vara rimligt. Om däremot en insats är kostnadsbesparande så ger insatsen tillbaka mer pengar än vad den kostar.

Ett annat missförstånd är att ett samhällsekonomiskt perspektiv bara innefattar kommun och landsting. Det omfattar även staten, företag och privatpersoner. Alla kostnader och effekter som går att mäta ska tas hänsyn till. I ett samhällsekonomiskt perspektiv värderas alltså även konsekvenser utanför vårdssituationen, exempelvis patient- och familjerelaterade kostnader (fickpengar, transportkostnader, tid och liknande).

Att känna till olika perspektiv ökar förståelsen för vad som beräknas

- Diskutera sjukvårdsperspektiv och samhällsekonometiskt perspektiv.

Den hälsoekonomiska litteraturen menar att det aldrig kommer att finnas tillräckligt med resurser för att tillfredsställa alla mänskliga behov. På grund av bristande resurser behövs beräkningar så att resurserna används effektivt. Vid valet av ett alternativ, exempelvis ett hjälpmedel, försakas någonting annat.

Det är viktigt att känna till vilket perspektiv som är aktuellt i en hälsoekonomisk analys. Vid analyser bör det framgå vilket perspektiv som studien utgår ifrån. Ett sjukvårdsperspektiv innebär endast de kostnader som uppstår i och med att vårdutförandet inkluderas. Ett samhällsekonometiskt perspektiv innebär att alla kostnader i den hälsoekonomiska analysen ska ingå.

Kostnaden för hjälpmedelsverksamheten har ökat de senaste åren. Med tanke på att det finns en åldrande befolkning är detta inget konstigt, eftersom fler behöver hjälpmedel och många lever längre. I och med att kostnaderna ökar är det viktigt att resurserna används effektivt. Med det menas att resurserna verkligen ska leda till en förbättring för människor med funktionsnedsättning.

På grund av brister i det sätt som kostnader och effekter mäts blir jämförelser mellan olika studier svåra och minskar användbarheten för beslutsfattare.

Det finns olika typer av hälsoekonomiska analyser

- Diskutera Kunskapsmaterialets fyra typer av hälsoekonomiska analyser.

Det finns fyra olika typer av hälsoekonomisk analys, skillnaderna mellan dessa är vilken metod som används och hur resultaten värderas.

Det första alternativet utgår ifrån att effekten (exempelvis ökad rörlighet för en person) är densamma mellan två insatser (två olika hjälpmedel) och analysen gäller vilken insats som ger lägst kostnad. I det andra alternativet mäts effekterna i kronor, det kan dock vara svårt att mäta hälsa i pengar.

I det tredje alternativet mäts effekten av två insatser med samma metod (en enkät). Resultatet blir en rekommendation om vilken av insatserna (hjälpmedlen) som är mest kostnadseffektivt (lägst kostnad i förhållande till ökad rörlighet).

I det fjärde och sista alternativet, vilket liknar det tredje, består effekten av både individens livslängd och deras hälsorelaterade livskvalitet. Detta innebär att resultatet mäts i antal QALYS och därigenom behöver inte hälsoeffekten (ökad rörlighet) vara gemensam mellan de olika insatserna.

Anledningar till att hälsoekonomi används i begränsad omfattning är:

- svårigheter att flytta resurser mellan olika sektorer, kostnader för den egna verksamheten prioriteras
- otillräcklig bakgrundsinformation
- för få studier är gjorda eller enbart utländska studier
- för kort uppföljningsperiod eller fel effektmått har använts
- publikationsfel, endast positiva studier publiceras
- brist på data, för många antaganden vid utvärderingar
- bristfälliga kunskaper i hälsoekonomi, krockar mellan läkare och ekonomer

En hälsoekonomisk analys kan delas in i fyra delar

1.Effekter

Effekter inom hälsoekonomi innebär förbättringar i delaktighet och livskvalitet. Det kan handla om att förebygga skador och sjuklighet, vilka följder hjälpmedel har och vilka följder det medför att inte få hjälpmedel.

För att göra kostnadseffektivitetsstudier behövs kunskap om insatsens nyttor, exempelvis effekter på människors hälsa och livskvalitet samt resursförbrukning. Målet är att fastställa insatsens för- och nackdelar. Detta bör ske genom att en jämförelse görs mellan två olika grupper med människor. Den ena gruppen ska fungera som en kontrollgrupp. Kontrollgrupp innebär att en grupp människor studeras men får inte ta del av själva insatsen. Grupperna ska vara så lika som möjligt för att kunna säkerställa att eventuella skillnader beror på insatsen. Insatsen kan exempelvis vara en behandling, ett hjälpmedel eller ett läkemedel.

Ett annat sätt att mäta effekten av en insats på, är att genomföra en för- och efterstudie. Det innebär att det blir möjligt att följa en grupp människor innan de tar del av en insats och efter att de gjort det. Det är fördelaktigt att följa individer över tid och ha flera mät-

tillfällen. Exempelvis kan effekten av ett hjälpmedel mätas innan personen fått hjälpmedlet. Sedan kan effekten mätas med cirka sex månaders mellanrum minst två gånger men helst under en tvåårsperiod om det är möjligt.

Ytterligare ett alternativ är att göra observationsstudier. Denna typ av studie studerar verkligheten och kan ses som ett komplement till behandlande (kliniska) studier.

2. Kostnader

Exempel på kostnader som ska beräknas i en hälsoekonomisk analys är kostnader för öppenvård, slutenvård och läkemedelskostnader. Andra exempel är kostnader för sjukskrivningar, hjälpmedel eller kontakt med sjukvården eller lön för projektmedarbetare. Huvudpoängen är att alla kostnaderna som belastar landsting/region, kommun, stat, privata företag eller privatpersoner ska inkluderas. Detta bör göras i tre steg:

- a.** I steg ett ska kostnaderna identifieras. Vid beräkning ska hänsyn tas till direkta kostnader och indirekta kostnader och vilka områden som är aktuella kartläggas. Exempelvis hur många sjukhusbesök ska beräknas, eller hur många arbetstimmar inom hälso- och sjukvården ska beräknas för den aktuella insatsen. Direkta kostnader innebär sjukvårdskostnader som slutenvård, öppenvård, läkemedel och tester/procedurer. Andra exempel på direkta kostnader kan vara social service, anhörigvård, anpassningar och transporter. Indirekta kostnader omfattar produktionsbortfall på grund av sjuklighet eller för tidig död. Övriga kostnader, kan vara ett resultat av försämrad livskvalitet, ångest, smärta och funktionsnedsättning.
- b.** I steg två ska kostnaderna värderas för att se vad respektive område kostar. De aktuella områdena värderas. Det kan innebära att beräkna vad ett läkarbesök kostar eller vad en dygnsdos med läkemedel kostar.
- c.** I steg tre ska den totala kostnaden beräknas (kvantifieras). Exempelvis antal timmar och kostnaden per timme summeras. Resultatet innebär att den totala kostnaden för införandet av ett hjälpmedel, en behandling eller ett nytt läkemedel beräknas. En hög kostnad kan signalera att det finns ett stort behov, vilket i sig inte behöver vara någonting konstigt.

Det är viktigt att belysa hur fördelningen av kostnader ser ut för respektive kostnadsbärare. Det vill säga, vem som är ansvarig för

de olika kostnaderna, är det kommunen, landstinget eller staten. Exempel på hur det går att uttrycka mätbara resultat är följande:

- ökat antal läkarbesök
- färre sjukdagar
- minskad användning av medicin

3. Kostnadseffektivitet

För att mäta kostnadseffektiviteten jämförs två olika metoder eller behandlingar av något slag, exempelvis hjälpmedel, läkemedel eller operation, för att se vilket alternativ som bidrar till flest antal kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). QALY är ett värde som anger kvalitetsviktade levnadsår. En QALY är ett år med full hälsa och har värdet 1,0. Alla tillstånd med någon form av ohälsa värderas till en QALY-vikt som är mindre än 1,0. För att få fram QALYs jämförs relationen mellan kostnader och effekter för olika insatser.

4. Känslighetsanalys

En känslighetsanalys bör göras för att hantera osäkerhet i hälsoekonomiska beräkningar. Hälsoekonomiska analyser innehåller uppskattningar om vilka kostnader och effekter som ska ingå i varierande grad. Analyserna bygger till viss del på antaganden eller data med stora skillnader. För att analysera hur förändringar i dessa antaganden skulle förändra slutresultatet görs en känslighetsanalys. Exempelvis om kostnaden för ett hjälpmedel är beräknat till 4 000 kronor görs i känslighetsanalysen även en beräkning på vad som händer om kostnaden skulle vara 2 000 kronor respektive 6 000 kronor. Denna typ av beräkning görs även på effekten, exempelvis förändring av livskvaliteten, med ett högre respektive lägre alternativ.

När ni har diskuterat den hälsoekonomiska analysens fyra delar (effekter, kostnader, kostnadseffektivitet, känslighetsanalys); vilka slutsatser drar ni då om kostnaders rimlighet i förhållande till uppnådda hälsovinster?

I känslighetsanalysen varierar kostnader och effekter inom ett rimligt intervall för att se hur resultatet påverkas om de antaganden som är gjorda skulle förändras.

Framtida studier kräver bra underlag

Det är viktigt att underlag innehåller följande:

- Den tidsperiod där de flesta kostnader och effekter uppstår är den tidsperiod som ska användas som beräkningsunderlag. Exempelvis om hjälpmedlet används i fem år ska kostnaderna beräknas på fem år i förhållande till förbättrad rörlighet.
- Genom att använda ett gemensamt hälsorelaterat livskvalitetsmått är det möjligt att presentera effekten i vunna kvalitetsjusterade levnadsår. Det blir då lättare att jämföra olika studier med varandra.

- Analyser ska baseras på relevanta jämförelsealternativ.
- Ett samhällsekonomiskt perspektiv bör användas i analysen. Alla aktuella kostnader och effekter ska ingå i analysen.
- För att kunna mäta människors funktionsnedsättningar inom ett och samma hjälpmedelsområde behövs ett gemensamt funktionsmått. Då blir det möjligt att jämföra nyttan av hjälpmedel för personer med olika funktionsnedsättningar.

Hälsoekonomiska analyser används ofta inom läkemedelsområdet

Lästips:

Rapport nr 3: "Kostnader och effekter vid hjälpmedelsförskrivning".

En myndighet som använder sig av hälsoekonomiska analyser är Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). De fattar bland annat beslut kring vilka läkemedel som ska ingå i högkostnads-skyddet. De beslutar om hur resurserna används mest effektivt enligt människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen när det gäller nya läkemedel och redan existerande. Enligt TLV ska kostnadseffektivitet bedömas utifrån om kostnaden står i rimlig relation till den uppnådda hälsovinsten. Hälsoekonomiska analyser utgör i allt större utsträckning ett värdefullt beslutsunderlag.¹⁹

Exempel på fler hälsoekonomiska begrepp och mätinstrument

Det finns ett flertal olika instrument för att mäta hälsorelaterad livskvalitet samt för att utföra hälsoekonomiska beräkningar. Nedan presenteras några vanligt förekommande.

DALY används för att beräkna förlusten av friskt liv. Utgångspunkten är att fullt frisk motsvarar 0,0 och död motsvarar 1,0. DALY delas in i förtida död, YLL (Years life lost) och förlust på grund av funktionsnedsättning, YLD (Years Lived with Disability). Den faktiska livslängden jämförs med en antagen "målsättning" avseende livslängd.

SF-36 är ett mått som syftar till att mäta hälsorelaterad livskvalitet. SF-36 Hälsoenkät är ett vetenskapligt utprovat instrument för att mäta självrapporterad fysisk och psykisk hälsa. Hälsoenkäten

kan användas generellt och har stor internationell spridning. SF-36 omfattar såväl funktion som välbefinnande, ofta sammanfattat i begreppet hälsorelaterad livskvalitet (HRQL).

EQ-5D (en förkortning av EuroQol 5-dimensions) är ett mått som syftar till att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Livskvaliteten mäts i fem dimensioner vilka motsvarar fem frågeområden; rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor och besvär. I vissa sammanhang kompletteras EQ-5D med ytterligare två frågeområden, rädsla och nedstämdhet. Graden av begränsning beräknas i tre nivåer inom varje dimension, inga, måttliga eller svåra begränsningar. EQ-5D kan användas för att beräkna kvalitetsjusterade levnadsår (QALY).²⁰

Kostnadseffektanalys beräknar effekter av hjälpinsatser. En kostnadseffektanalys beräknar alltså vilken insats som ger den lägsta samhällsekonomiska kostnaden.²¹

Kostnadseffektivitet är förhållandet mellan kostnad och hälsovinst. Socialstyrelsen anger nivåer för kostnaden per QALY (se förklaring nedan) i sina riktlinjer. Enligt dessa riktlinjer är låg hälsovinst under 100 000 kronor, måttlig mellan 100 000 och 500 000 kronor, hög mellan 500 000 och en miljon kronor. Mycket hög kostnad per QALY är över en miljon kronor.²²

QALY (en förkortning av Quality-adjusted-life-years, översätts till "kvalitetsjusterade levnadsår" på svenska) är ett värde som anger kvalitetsviktade levnadsår. En QALY är ett år med full hälsa och har värdet 1,0. Alla tillstånd med någon form av ohälsa värderas till en QALY-vikt som är mindre än 1,0.²³

20 Rabin R & de Charro F. 2001. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. I: Annals of Medicine 33(5):337-343.

21 Drummond M, Schulpher M, Torrance G, O'Brien B & Stoddart G . 2005. Methods for the economic evaluation of health care programmes (3rd edition). Oxford: Oxford University Press.

22 Samma som ovan.

23 Samma som ovan.

Litteraturtips för dig som vill veta mer om hälsoekonomi

Vill du läsa om:

Hur mäts effekter i hälsoekonomiska analyser

Vad är QALYs hur mäts och beräknas effekter

Hur kan EQ-5D användas?

Källor som använts i projektet

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. 2008. Samhällsekonomisk kostnad och nytta av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter – några illustrativa exempel.

Persson J, Andricht R, van Beekum T, Brodin H, Lorentsen Ö, Wessel R & Witte L. 2002. Preference based assessment of the quality of life of disabled persons. I: Technology and disability 14:199-124.

Dolan P, Gudex C, Kind P et al. 1995. A social tariff for EuroQol: Results from a UK General Population survey. Discussion paper130. York: Centre for Health Economics.

Burström K, Johannesson M & Diderichsen F. 2001. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. I: Quality of life research 10:621-635. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. 2002. Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – en beskrivning av instrumentet EQ-5D. Rapport 2002:1.

Kostnadseffektiva studier inom hjälpmedelsområdet

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Hörapparat för vuxna, nytta och kostnader. 2003. Göteborg.
Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. 2008. Kostnader och effekter vid förskrivning av hörapparater. Rapport 2008:5.

Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. 2007. Kostnader och effekter vid förskrivning av rollatorer. Rapport 2007:3.
Centrum för medicinsk utvärdering av medicinsk teknologi. 2002. Samhällsekonomisk utvärdering av post- och teletjänster för funktionshindrade – modellutveckling och tillämpning. Rapport 2002:2.

Hur man gör ekonomiska utvärderingar

Drummond M, Schulpher M, Torrance G, O'Brien B & Stoddart G . 2005. Methods for the economic evaluation of health care programmes (3rd edition). Oxford: Oxford University Press.

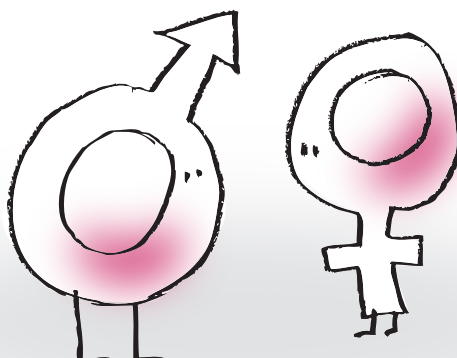
Exempel på kostnader som det kan innebära om insatser inte sätts in i tid

Jönsson L. Rollatorns betydelse för äldre kvinnor i ordinärt boende- en treårig studie. Hjälpmedelsinstitutet 2002.

Effekter av att personer får hjälpmedel istället för hemtjänst

FoU Jämt. 2009. Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig. – En jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser. Rapport 2009:1.

8. Kön och genus



Med kön och genus möter vi en svårhanterlig verklighet. Det handlar om den egna självbilden, om vår uppfostran, om sättet vi lever våra liv: i nära relationer och i samhällsrelationer. Det handlar inte minst om värderingar: egna och andras. Inom hälso- och sjukvården är kön och genus en stor och viktig fråga: den handlar inte minst om makt och respekt.

- Ägna ordentligt med tid åt en diskussion om kön och genus både i detaljer och i generella beskrivningar. Försök att undvika "politiskt korrekta" attityder och undvik inte verkligheten som den är istället för hur den borde vara. Djupdyk i Könsmaktsordningen!

Kön är vårt biologiska kön, det vi föds till. Genus är vårt sociala kön, det skapas i vårt sociala samspel och den kultur och det samhälle vi lever i. Hur vi tänker och handlar beror på hur vi uppfostrats till att vara flicka och pojke eller kvinna och man.

Begreppet genus kommer från det engelska ordet "gender" som började användas i USA i början av 1970-talet. Genusbegreppet infördes för att skilja mellan det biologiska könet och det sociala könet.

Att ha fokus på genus innebär inte att bortse från det biologiska könet. Genus gör det möjligt att se hela det mänskliga och sociala samspelet i ett bredare perspektiv. Eftersom genus är något som konstrueras och skapas så förändras det över tid och det som gällde för hundra år sedan gäller inte idag.

Ett genusperspektiv innebär att relationen och maktbalansen mellan kvinnor och män problematiseras. Genus skapar en ordning i samhället där kvinnor är underordnade och män överordnade. Det medför en ojämlikhet mellan könen inom en rad områden och denna ojämlikhet skapas och återskapas.

Genussystemet bygger på två principer, isärhållning och hierarki. Isärhållning innebär att beteenden och sysslor delas upp i kvinnligt och manligt. Exempelvis att kvinnor är känslosamma och män beslutsamma eller att kvinnor är svaga och män är starka. Hierarki innebär att beteenden och sysslor har olika status. Kvinnliga beteenden och sysslor värderas lägre än manliga. Exempelvis värderas

kvinnodominerade yrken lägre med konsekvensen att både status och lön är lägre. Detta skapar en maktordning i samhället, så kallad genusordning/könsmaktsordning.

Genusordning/könsmaktsordning

Genusordning/könsmaktordning innebär att det på ett strukturellt plan finns en maktordning i samhället där kvinnor är underordnade män. Maktordningen har historiska rötter både vad gäller juridiska, ekonomiska och sociala villkor. Ett exempel är lagar, vilka ur ett historiskt perspektiv har skrivits av män utifrån manligt definierade behov. Även om vi i dagens samhälle är mer jämställda lever gamla strukturer kvar.

Inom genusforskningen analyseras maktstrukturer men forskare använder begreppen lite olika. Det som förenar forskare är att påståenden om kön/genus måste problematiseras och att termen genus är socialt och kulturellt konstruerad av människor.²⁴

Studier genomförda med fokus på kön och genus

”Kvinnor med funktionsnedsättning har sämre livsvillkor än män med funktionsnedsättning.” Diskutera utifrån Kunskapsmaterialets sex kritiska punkter: hälsa, livskvalitet, förankring på arbetsmarknad, tillgång till välfärd, ekonomi, politiskt inflytande. För också diskussionen utifrån medicinska felaktigheter orsakade av medvetet eller omedvetet agerande.

Det finns stora skillnader mellan kvinnor och män inom de flesta livsområden visar studier på området. Kvinnor med funktionsnedsättning har sämre livsvillkor än män med funktionsnedsättning.²⁵

Det gäller inom exempelvis:

- hälsa
- livskvalitet
- förankring på arbetsmarknad
- tillgång till välfärden
- ekonomi
- politiskt inflytande

Studier visar att medicinska felaktigheter förekommer inom både öppen- och slutenvård. Felaktigheterna orsakas av medvetna eller omedvetna föreställningar om kön. Det innebär att både kvinnor och män kan bli feldiagnostiserade och felbehandlade, så kallade

24 Vetenskapsrådet, Genusforskning

25 Folkhälsoinstitutet, Sibus, SOU 1998:138 och CEDAW – nätverket och Sveriges kvinnolobby

genusbias. Eftersom genusbias finns inom medicinen så riskerar både kvinnor och män att bli feldiagnostiserade och felbehandlade. Det är vanligare att kvinnliga patienter i förhållande till manliga drabbas av kvalitetsbrister och problem. Att inte ha fokus på kön och genus inom hälso- och sjukvårdsområdet är en riskfaktor ur ett patientsäkerhetsperspektiv.²⁶

Män har större möjlighet till delaktighet och mer makt och inflytande i samhället än vad kvinnor har. Det hänger samman med gamla strukturer, som bygger på traditionella föreställningar om kvinnligt som underordnat och manligt som överordnat med vissa lokala undantag.²⁷

På grund av förutfattade meningar om vad som är kvinnliga respektive manliga egenskaper och beteenden, bemöts kvinnor och män olika inom hälso- och sjukvården. En studie visar exempelvis att män får längre rehabilitering efter stroke vilket förklaras med att män är mer benägna att ta emot hjälp. Kvinnor anses mer gnälliga. Genom att börja reflektera över könets betydelse har personal kommit fram till att kunskap om genus skapar förutsättningar för ett bättre bemötande.²⁸

Ge förslag till ett bättre bemötande av kvinnor inom sjukvården, inte minst när det gäller förskrivning av hjälpmedel.

Ett genusperspektiv på hjälpmedelsområdet kan synliggöra skillnader

- Kunskapen om hur kön påverkar kvinnor och män inom hjälpmedelsområdet är ett utforskat område. Det är alltför få studier genomförda utifrån ett genusperspektiv. Att förskriva hjälpmedel är ett kvinnodominerat yrke, därför är det viktigt att utforska vilka konsekvenser det ger för kvinnliga respektive manliga hjälpmedelsanvändare.
- Ett genusperspektiv på hjälpmedelsområdet kan synliggöra kvinnors och mäns behov och undvika felbehandling i en vård- och rehabiliteringskedja.
- Förväntningar på kvinnor och män präglas av de könsroller som råder i samhället. Fortfarande tar kvinnor mer ansvar för hem

26 SKL, Goldsmithe (O) jämställd vård

27 Folkhälsoinstitutet

28 Landstingsförbundet & Stockholms läns landsting

och barn och ser det som självklart. Kvinnor med funktionsnedsättning gör likadant. I mötet mellan forskrivare och brukare är förväntningarna på vad kvinnor ska klara av delvis en spegling av de könsroller som råder i samhället i övrigt. Det i sin tur kan göra att det är lättare att få kvinnor att acceptera mindre stöd och hjälp än män.

- Ett genusperspektiv på hjälpmedelsområdet behövs för att synliggöra vad kvinnor och män har för behov av hjälpmedelsprodukter och hur dessa ska se ut. Kvinnor och män värderar hjälpmedelsdesign och funktionalitet olika.
- I samband med offentlig upphandling av hjälpmedel kan fokus på kön och genus ge kunskap om vilka hjälpmedel som säkerställer att både kvinnors och mäns behov tillgodoses.

Det behövs ett genusperspektiv på funktionshinderfrågor

En stor del av den ohälsa som finns bland människor med funktionsnedsättning beror inte på funktionsnedsättningen i sig utan på de många funktionshindren i samhället. Som exempel brist på inflytande, ekonomisk otrygghet, diskriminering och brist på tillgänglighet. Gemensamt för funktionshindren är att de är påverkansbara.

Diskutera effekterna av ett (inbillat) könsneutralt förhållningssätt i fråga om funktionsnedsättning och avhjälpande av funktionshinder.

Vilka är era erfarenheter av kön i hjälpmedelssammanhang?

- Det behövs mer kunskap om genusfrågor för att identifiera ojämlik hälsa. Vid fördelning av välfärdsinsatser kan prioriteringar göras som bättre tillgodoser både kvinnors och mäns behov. Detta är viktigt då resurserna för hjälpinsatser är begränsade.
- Skillnader mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning måste synliggöras. Ett könsneutralt förhållningssätt innebär att skillnader inom gruppen inte blir synliga om människor med funktionsnedsättning bara jämförs med människor utan.
- Ett genusperspektiv kan bidra till ett bättre bemötande, en bättre kvalitet och effektivare vård som tar hänsyn till kvinnors och mäns behov och livsvillkor.

Litteraturtips för dig som vill veta mer om kön och genus

Lästips:

Rapport nr 5: "Hjälpmedel – regelverk – livskvalitet – kön, en fokusgruppstudie med förskrivare och brukare utifrån ett genusperspektiv"

Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv, Arbetsmarknad, maskuliniteter, medikalisering och könsrelaterat våld, Statens folkhälsoinstitut, 2008

Har kön betydelse? – kvalitetsarbete och genusperspektiv, Landstingsförbundet och Stockholms läns landsting, Stockholm 2001

Kvinnor, män och funktionshinder (SOU 1998:138)

Könsuppdelad statistik, Ett instrument för jämställdhet och mainstreaming, Landstingsförbundet 2002

RFV, Riksförsäkringsverket (2004) Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster – en kunskapsöversikt 2004:16, Sjuhäradsbygdens tryckeri

SISUS Kvinnor och män (kapitel 1 i SISUS program)

Smirthwaite Goldina, (O) jämställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt, Sveriges kommuner och Landsting, 2007

9. Mänskliga rättigheter



Alla människor har samma värde och rättigheter. Rättigheterna gäller alla. Ingen får diskrimineras på grund av funktionsnedsättning, kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller ålder. Mänskliga rättigheter är universella. Det innebär att en kränkning är en kränkning oavsett var i världen den äger rum. Det är varje lands regering som ansvarar för att rättigheterna tillgodoses. Det innebär att staten, landstinget, regionen och/eller kommunen ska arbeta för att rättigheterna förverkligas. Det är en skyldighet som inte kan förhandlas bort. De mänskliga rättigheterna reglerar förhållandet mellan statsmakten och den enskilde individen.

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Sedan januari 2009 finns en FN-konvention "Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning". Konventionen består av ett förord och 50 artiklar. I konventionen beskrivs vilka åtgärder som krävs för att kvinnor och män med funktionsnedsättning ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället. FN-konventionen är gratis.²⁹ Konventionen är ett nytt intressepolitiskt

29 FN: Konventionen går att ladda ner från regeringens webbplats www.regeringen.se/sb/d/12235 eller beställa från Handisam, telefon 08-600 84 00, e-post info@handisam.se eller från webbplatsen www.handisam.se (oktober 2010)

redskap för handikappprörelsen. I och med att riksdagen antog konventionen så är den juridiskt bindande.

Konventioner är juridiskt bindande

Många länder i världen har ratificerat FN-konventionen om "rättigheter för personer med funktionsnedsättning", men få lever upp till mer än grunderna i konventionen. Sverige är ett av de länder där samhället (staten, landstingen/regionerna, kommunerna) anstränger sig för att skapa drägliga villkor för människor med funktionsnedsättning. Men mycket återstår att göra för att rättigheterna ska förverkligas.

- Räkna upp fem centrala områden där ni anser att samhället påtagligt måste höja ambitionsnivån. Prioritera insatserna i tid och pengar för staten, landstingen/regionerna och kommunerna!

Konventioner är juridiskt bindande dokument för stater som ratificerar dem, det vill säga undertecknar och åtar sig att följa dem. När en stat ratificerar en konvention har staten åtagit sig att följa konventionen och se till att den införlivas i nationella lagar och regelverk. Det innebär att landets lagstiftning ska stämma överens med de krav som en konvention ställer. Detsamma gäller hur lagarna tillämpas. Staten ska respektera, skydda och främja rättigheterna. Detta kan ske på två olika sätt:

1. En konvention kan införas som nationell lag

Så har Sverige gjort med den Europeiska konventionen angående skyddet av mänskliga rättigheter och grundläggande friheter. Detta innebär att svenska myndigheter och domstolar måste respektera den Europeiska konventionen på samma sätt som andra svenska lagar. En enskild individ kan överklaga fall till svensk domstol och hänvisa direkt till den Europeiska konventionen.

2. Landets lagar kan anpassas efter konventionens innehåll

När det gäller FN:s olika konventioner om mänskliga rättigheter, bland annat konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, har Sverige istället valt att se till att svensk lag överensstämmer med konventionernas innehåll. Konventionerna som sådana kan inte åberopas inför domstol eftersom våra myndigheter och domstolar alltid måste utgå från svensk lag. Men konventionerna kan användas vid tolkningen av de nationella lagarna. Vid kontakt med svenska myndigheter och domstolar måste vi därför i första hand hänvisa till berörd svensk lag. Däremot kan enskilda individer och organisationer indirekt åberopa och hänvisa till konventionernas innehåll.

Detta åtagande innebär bland annat att staten ska främja forskning och utveckling. Staten ska även främja tillgång till och användning av hjälpmedel som är lämpliga för personer med funktionsnedsättning. Den ska tillhandahålla tillgänglig information om hjälpmedel, innefattande ny teknik och andra former av stöd, service och tjänster.

Det finns inga artiklar i FN-konventionen som är specifikt inriktade på hjälpmedel men hjälpmedel bör ses som en av grunderna för att de mänskliga rättigheterna ska fungera.

Nedan följer några exempel på artiklar som berör hjälpmedel

Artikel 4 Allmänna åtaganden

Artikel 4 handlar om en stats viktiga och övergripande åtaganden för att respektera, skydda och främja rättigheterna. I artikel 4 punkt 3 fastslås att människor med funktionsnedsättning har rätt att påverka utvecklingen av viktiga frågor som berör dem och att samhället ska samarbeta med handikapprörelsen. Texten lyder:

”I utformning och genomförande av lagstiftning och riktlinjer för att genomföra denna konvention och i andra beslutsfattande processer angående frågor som berör personer med funktionsnedsättning ska konventionsstaterna nära samråda med och aktivt involvera personer med funktionsnedsättning, däribland barn med funktionsnedsättning, genom de organisationer som företräder dem”.

Artikel 20 Personlig rörlighet

Människor med funktionsnedsättning ska kunna röra sig fritt och så oberoende som möjligt kunna förflytta sig på det sätt och vid den tid som de själva väljer. De ska ha tillgång till bra och användbara hjälpmedel, assistans och personlig service.

Artikel 21 Yttrandefrihet och åsiktsfrihet samt tillgång till information

Staterna ska vidta åtgärder för att människor med funktionsnedsättning ska kunna utöva yttrandefrihet och åsiktsfrihet samt att ta emot och ge information. I offentliga sammanhang ska staten göra det möjligt att använda till exempel teckenspråk och punktskrift liksom alla andra medel, former och format som kan göra kommunikation tillgänglig.

Artikel 26 Habilitering och rehabilitering

Staterna ska vidta åtgärder för att göra det möjligt för människor med funktionsnedsättning att uppnå och behålla största möjliga oberoende, full fysisk, mental, social och yrkesmässig förmåga. Det gäller också full delaktighet och deltagandet i alla situationer i livet. Staterna ska främja tillgång till, kännedom om och användningen av hjälpmedel och teknik.

Artikel 30 Deltagande i kulturliv, rekreation, fritidsverksamhet och idrott

Människor med funktionsnedsättning ska kunna delta i kulturlivet på lika villkor som andra. Lokaler, material och aktiviteter ska vara tillgängliga. Det gäller också rekreation, fritidsverksamhet och

idrottsverksamhet. Människor med funktionsnedsättning ska också få erkännande och stöd för sin särskilda kulturella och språkliga identitet, däribland teckenspråk och dövas kultur.

Artikel 33 Nationellt genomförande och övervakning

Artikel 33 handlar om hur genomförandet av konventionen ska övervakas. Varje stat som antagit konventionen ska inrätta en samordningsmekanism på regeringsnivå för frågor som rör förverkligande av konventionen inom olika sektorer och på olika plan. Det ska också finnas ett oberoende organ som ska övervaka genomförandet och efterlevnaden av konventionen. Det civila samhället ska också vara fullt delaktigt i övervakningsprocessen. Det gäller särskilt människor med funktionsnedsättning och de organisationer som representerar dem.

Litteraturtips för dig som vill veta mer om mänskliga rättigheter:

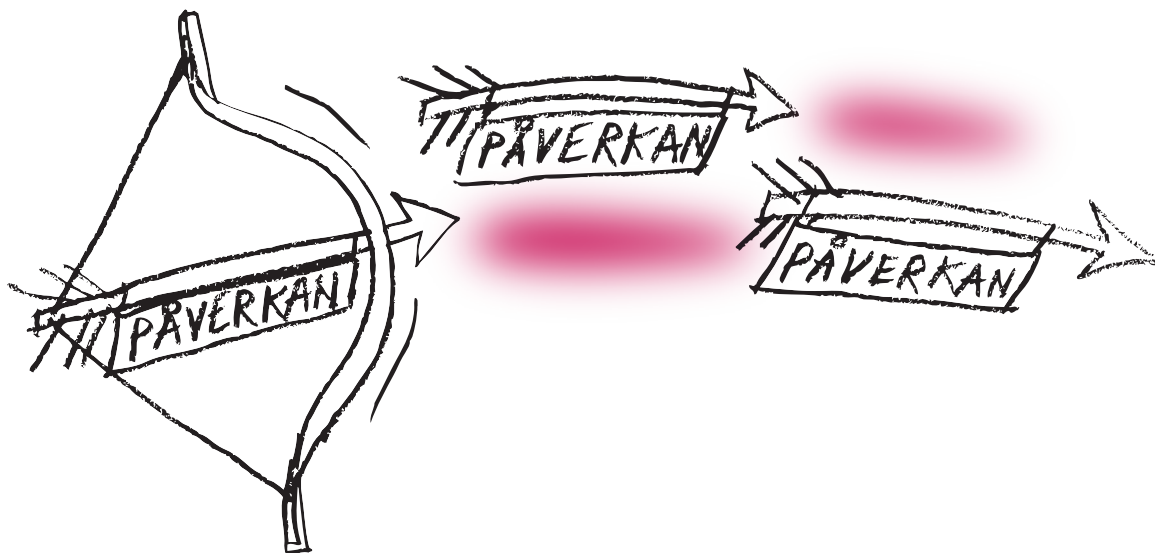
Abiri E & Brodin A & Johansson P, Mänskliga rättigheter...? "Jag vet att dom finns och jag tror att Sverige är bra på dom", Handbok i mänskliga rättigheter på kommunal nivå, Fritzes 2008

Använd FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, förslag till handikappreformen, Handikappförbunden 2009

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, och fakultativt protokoll till konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, Regeringskansliet 2009

Lär känna FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, ett material från projektet Agenda 50 – verktyg för våra rättigheter – om förverkligandet av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, Handikappförbunden 2008

10. Påverkansarbete



Har ni deltagit i någon form av påverkansarbete?

Om ja, Vad gjorde ni?
Hur genomförde ni uppgiften? Vilket resultat fick ni?

Att påverka politiker, tjänstemän och myndigheter är en av handikapprörelsens viktigaste uppgifter. För att nå framgång i påverkansarbete är det bra att ha kunskap om vem eller vilka som ska påverkas. Är det politiker i riksdag och regering, i landsting/region eller i kommunen eller berör frågan alla?

Det finns olika metoder och tillvägagångssätt att bedriva påverkansarbete på. Utöver politiker och beslutsfattare kan påverkansarbete även riktas mot allmänheten för att få stöd i en fråga. Genom att göra frågan till ett allmänintresse kan möjligheten att få gehör hos politiker och beslutsfattare öka. En viktig regel är att all information enträget behöver spridas om och om igen.

Påverkansarbete handlar om att skaffa sig inflytande över hur en fråga utvecklas och behandlas. Inom hjälpmedelsområdet sker förändringar hela tiden och det som gäller i dag gäller inte i morgon. Därför är det viktigt att följa utvecklingen och vara påläst för att vinna förtroende. Politiker och tjänstemän måste påverkas i ett tidigt skede, innan beslut är fattade. Om er organisation har en egen logotyp är det bra att använda den i alla sammanhang då ni bedriver olika former av påverkansarbete.

Det tar tid att åstadkomma förändring

Om ni vill genomföra någon påverkansaktivitet bör ni först diskutera vad det är ni vill göra och uppnå med aktiviteten. Fundera därefter på hur ni vill gå tillväga. Ett exempel på en aktivitet kan vara att stoppa införandet av nya avgifter på hjälpmedel. En viktig tumregel är att det tar tid att åstadkomma en förändring. Ett alternativ är att bygga nätverk med andra som arbetar med hjälpmedelsfrågor. Det spar tid och resurser att dela upp arbetsuppgifterna.

Använd material från hjälpmedelsprojektet i påverkansarbetet

Om ni planerar att genomföra en påverkansaktivitet kring en hjälpmedelsfråga är det bra att börja med att inventera vilken kunskap ni har och vad ni saknar. Det är bra att fokusera på konkreta fakta eller undersökningar. Siffror och statistik är effektivt men var noga med att kontrollera och redovisa källa. Använd gärna det material som Handikappförbundens hjälpmedelsprojekt har tagit fram. Det är gratis och går att ladda ner från Handikappförbundens webbplats.

Tips på metoder för påverkansarbete

Sprid flygblad

Ta reda på när landstingsfullmäktige har ett sammanträde som passar er i tid. Därefter bestämmer ni er för att dela ut ett flygblad med förslag på något som ni vill förändra inom hjälpmedelsområdet. Ni kan be fullmäktiges ordförande om tillstånd att dela ut flygbladet utanför fullmäktiges möteslokal. Begränsa texten till en A4 sida eller använd den informationsbroschyr eller folder som projektet tagit fram.

Bjud själv in till möte

Att själv anordna möten, seminarier eller workshops för att föra ut kunskap och diskutera en fråga är en utmärkt metod för att ligga steget före. Genom att själv ta initiativ kan ni styra dagordningen. Ni styr också under vilka former mötet ska ske samt bestämmer vem som ska bjudas in. Möjligheten att lyckas intressera politiker, tjänstemän och journalister ökar om ni ser till att belysa hjälpmedelsfrågan utifrån flera synvinklar. Engagera gärna personer som är kunniga att prata på mötet och marknadsför dessa redan i inbjudan.

Skriv ett pressmeddelande

Ett pressmeddelande är lämpligt att bygga upp som en artikel. Börja med en inledning där ett par meningar sammanfattar det viktigaste budskapet som ni vill föra fram, exempelvis att fritidshjälpmedel ska tas bort ur sortimentet eller att nya avgifter ska införas på hjälpmedel. Skriv sedan en text där fakta eller nyheten presenteras. Avrunda pressmeddelandet med ett uttalande från exempelvis ordförande i organisationen. Det är viktigt att det framgår att ordförandes uttalande är ett citat eftersom intresserad press då kan citera direkt från pressmeddelandet.

Uppvakta politiker

Skriv brev till politiker. Inled med ort och datum. Därefter vem brevet riktar sig till, exempelvis landstingsfullmäktiges ledamöter och ersättare. Börja brevet med att hitta en slagkraftig rubrik. Skriv några inledande rader som beskriver de brister som ni uppfattar finns inom hjälpmedelsområdet och vilka konsekvenser det ger. Beskriv vad ni tycker att landstinget/regionen skulle kunna förbättra för att underlätta för de som använder hjälpmedel. Avsluta med att skriva att ni välkomnar alla förändringar. Föreslå gärna att ni träffas för att diskutera och bistå med er kunskap kring hjälpmedel. Ni som organisation är bärare av den mest angelägna kunskapen – den egna erfarenheten.

Har ni genomfört någon uppvaktning av politiker och/eller tjänstemän? Om ja: Hur förberedde ni er? Hur blev ni bemötta? Fick ni ordentligt med tid att presentera ert budskap?

Nådde ni fram med ert budskap?

Vad blev resultatet av uppvaktningen?

Att uppvakta ansvariga politiker och tjänstemän är ofta ett viktigt och nödvändigt sätt för att få möjlighet att presentera krav och önskemål på ett korrekt och nyanserat sätt. Det kan finnas anledning att tänka över några inslag i grundläggande psykologi innan ni skrider till verket.

Bemötande är en central fråga. Hur vill ni bli bemötta i en situation som präglas av allvar och personlig integritet? Ni svarar kanske; med respekt, seriöst och med ett öppet sinne.

Med en snabb eftertanke är det givet att den person ni pressar in i ett hörn och tvingar i försvarsställning blir mer angelägen om att klara sig ur knipan än att lyssna på era önskemål och argument. Attackera med respekt, med gott humör, finurligt och kreativt. Det gäller i direkta möten med "makthavare" och det gäller när ni skriver insändare, artiklar och allt däremellan. Ni har rätt att kräva samma bemötande tillbaka.

Glöm inte att vara kompromissvilliga. Ha en konstruktiv ton så att ni inte skapar en låsning i förhållandet mellan er och kommunens/landstingets/regionens företrädare. Att kompromissa är inte det samma som att stå med mössan i handen. Det är sällan man kan få allt man begär. Låt inte det bästa bli det möjligas fiende.

Makthavare är vanliga medborgare så naturligtvis gäller samma regler som i annat anständigt umgänge människor emellan. Men eftersom vi har ett partsförhållande är det på sin plats ge akt på några grundregler.

Om en organisation vill nå framgång med sina önskemål eller krav hos sin kommun eller sitt landsting/sin region, då måste organisationens företrädare lära sig ordentligt hur den aktuella delen av kommunen/landstinget/regionen fungerar. Hur fattas besluten? Hur förbereds besluten? I vilket skede kan påverkan vara mest framgångsrik? Hur ser ekonomin i just denna sektor ut? Kostar ert förslag pengar, eller kräver det "bara" andra prioriteringar? En hel del förslag kräver bara kunskap och förändringsvilja hos dem som beslutar och verkställer.

Att alltid vara påläst och väl förberedd är naturligtvis A och O i påverkansarbete. Lästips här är kapitlen "Hjälpmedelsområdet 2010" och "Från nutid till framtid".

Innehållet i en speciell påverkansaktivitet och vem/vilka den riktar sig till styr naturligtvis förberedelserna. En genomtänkt "strategi" är nödvändig för framgång: Vem/vilka vänder vi oss till och hur? Hur arbetar förvaltningen? Vilka personer beslutar och vilka verkställer?

Ta gärna avstamp i något eller några av de sex perspektiven som beskrivs i Kunskapsmaterialet, när ni förbereder argumentationen.

Aktivitet – Uppvaktnig: Det kan finnas en poäng i att ägna en stund åt att skriva samman en strategi för en uppvaktnig till landstingsansvariga/regionansvariga mot orimliga kostnader för hjälpmedel. En argumentationsmodell om sex teman finns i Kunskapsmaterialet. Formulera strategin så att den kan anpassas till de speciella ekonomiska avgifter, den verklighet och de politiska förhållanden som finns i respektive landsting/region hos gruppens medlemmar.

Skriv insändare eller debattartiklar i aktuella ämnen

Skriv debattartiklar eller insändare i aktuella ämnen och försök att få dem publicerade i dagstidningar eller facktidskrifter. Det är viktigt att tänka på att budskapet som ska framföras är tydligt, exempelvis stoppa införandet av nya avgifter på hjälpmedel.

Aktivitet – Att skriva insändare: Tidningarnas insändarsidor tillhör det som folk läser mest. Insändarsidorna är ofta en demokratisk ventil för medborgarna.

När ni skriver en insändare är det viktigt att hitta en fyndig och slagkraftig rubrik. Det gäller ju att fånga läsarens intresse och nyfikenhet. Budskapet må vara hur viktigt som helst, men det når inte fram om inte läsarens ögon fastnar på rubriken.

Inled gärna med 2-3 rader som får läsaren att höja ögonbrynen. Skriv så rakt och slagkraftigt som möjligt. Det gäller att hålla kvar läsaren de första sekunderna. Lyckas ni med det så får ni troligen henne eller honom att läsa hela insändaren. När inledningen är klar beskriver ni sakfrågan och de brister/problem/missförhållanden ni vill påtala/uppmärksamma.

Skriv inte för långa texter. Läsvärdet ökar sällan med mängden text. Försök att koncentrera texten. För fram budskapet tydligt utan alltför många utvecklingar. Var gärna provocerande och ironisk, men undvik att vara spydig.

Avsluta insändaren med ett tydligt önskemål eller krav till mottagaren. Skriv sedan under med namn på de personer som står bakom texten och använd i lämpliga fall organisationens namn.

Tips på argument utifrån sex olika perspektiv

Att argumentera för sin sak är, precis som information, något som måste nötas in om och om igen. Det kan vara bra att ta avspark i något perspektiv, framförallt om påverkan ska ske skriftligt. Det kan även vara bra i muntliga sammanhang. Nedan ges sex förslag på olika perspektiv som kan användas att bygga argumentationen kring. En del argument går i varandra. Ett annat tips är att utgå ifrån Handikappförbundens Plattform om hjälpmedel. I den finns formulerat handikapprörelsens ståndpunkter kring hjälpmedel.

1. Argumentera utifrån ett jämlikhetsperspektiv

Sätt fokus på jämlikhet. Enligt människovärdesprincipen ska alla människor ha lika värde. Det innebär att människor med funktionsnedsättning ska ha samma rätt som andra medborgare att vara delaktiga i samhället på lika villkor och mötas med respekt, oavsett funktionsförmåga. För många är hjälpmedel en förutsättning för delaktighet eftersom hjälpmedel kan kompensera för de svårigheter som en människa har. I ett jämlikt samhälle borde alla, oavsett funktionsförmåga, kunna leva och delta i alla miljöer och situationer i det dagliga livet. Att inte ha fokus på jämlikhet och likaberättigande är diskriminering.

2. Argumentera utifrån ett medborgarperspektiv

Sätt fokus på de handikappolitiska målen att gå "Från patient till medborgare". Att vara medborgare innebär samma rättigheter och skyldigheter som alla andra i samhället. Det ställer krav på samhället att skapa förutsättningar för att alla medborgare ska kunna vara delaktiga. Människor med funktionsnedsättning behöver mer av rättigheterna för att uppfylla skyldigheterna om ekvationen ska gå ihop. Många har en sämre ekonomi och merkostnader på grund av sin funktionsnedsättning. Tillgång till hjälpmedel är en förutsättning för att vara medborgare. Att tvingas betala för sina hjälpmedel är inte acceptabelt utifrån ett medborgarperspektiv. Begränsning av hjälpmedel kan skapa utanförskap.

3. Argumentera utifrån ett folkhälsoperspektiv

Sätt fokus på alla människors rätt till bästa möjliga hälsa. Sverige har identifierat elva målområden som behöver åtgärdas för att skapa förutsättningar för en god folkhälsa. Särskilt angeläget är det att hälsan förbättras för de grupper som är utsatta för ohälsa, varav människor med funktionsnedsättning är en sådan grupp. Målområde 1 säger att alla människor ska ha möjlighet till delaktighet och inflytande. Målområde 2 att alla ska ha ekonomisk och social trygghet och målområde 9 att fysisk aktivitet är en förutsättning för

en god hälsoutveckling. Begränsningen av tillgång till fritidshjälpmedel strider exempelvis mot folkhälsomålen.

4. Argumentera utifrån ett mänskliga rättighets-perspektiv

Sätt fokus på att "Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter". Så står det i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948. Sedan januari 2009 finns en FN-konvention "Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning". Referera konsekvent till mänskliga rättigheter och formulera frågor till politiker om hur de tänker leva upp till de mänskliga rättigheterna för människor med funktionsnedsättning. Efterfråga om de har någon kort- eller långsiktig plan för hur de tänker använda FN-konventionen som utgångspunkt. Hänvisa till lämpliga artiklar i konventionen som berör habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Klargör vilka rättigheter som stödjer just era frågor och sortera aktuella frågor under respektive artikel. Det är varje lands regering som har ansvar för att rättigheterna tillgodoses. Det innebär att staten, landstinget, regionen och kommunen ska arbeta för att rättigheterna förverkligas. Det är en skyldighet som inte kan förhandlas bort.

5. Argumentera utifrån ett genusperspektiv

Sätt fokus på ett genusperspektiv. Inom de flesta livsområden finns stora könsskillnader och det är troligt att anta att skillnader även förekommer inom hjälpmedelsområdet. Kvinnor med funktionsnedsättning har exempelvis sämre livsvillkor än män med funktionsnedsättning inom hälsa, livskvalitet, tillgång till välfärden, ekonomi och politiskt inflytande. Skillnader mellan kvinnor och män måste synliggöras. Ett könsneutralt förhållningssätt innebär att skillnader inom gruppen inte blir synliga om människor med funktionsnedsättning bara jämförs med människor utan. Att ha fokus på genus vid upphandling, prioriteringar, hjälpmedel är ett måste för att säkerställa att både kvinnors och mäns behov tillgodoses. Det är viktigt då resurserna är begränsade.

6. Argumentera utifrån ett hälsoekonomiskt perspektiv

Sätt fokus på ett hälsoekonomiskt perspektiv. Kortsiktiga prioriteringar innebär att landsting/region och kommun går miste om framtida besparingar och hälsovinster. När politiker och beslutsfattare motiverar besparingar inom hjälpmedelsområdet med att kostnaderna är för höga så argumentera emot. Politiker och beslutsfattare använder sig sällan av hälsoekonomiska beräkningar då de fattar beslut. Det gör att underlagen för de beslut som fattas ofta inte bygger på långsiktighet och relevanta fakta. Hänvisa till ett

samhällsekonomiskt perspektiv, vilket inbegriper alla kostnader, inte bara för kommun och landsting/region utan även stat, företag, privatpersoner och kostnader för konsekvenser som blir utanför vårdsituationen. Ett sjukvårdsperspektiv innebär endast de kostnader som uppstår i och med vårdutförandet. Eftersom resurserna är begränsade är det viktigt att de används effektivt.

Synsätt och attityder måste förändras

Den utveckling som pågår är oroväckande och resurserna för hjälpmedel kommer med största sannolikhet inte att öka inom den närmaste framtiden. Politiker letar argument för att spara pengar och tar gärna avspark i själva hjälpmedelsprodukten och ökade kostnader. Argumenten för besparingar har avlöst varandra. Många hjälpmedel som är vanligt förekommande i hemmet klassas numera som standardprodukter eller egenvårdsprodukter och förskrivs därför inte, exempelvis datorer. Det är en stor utmaning för handikapprörelsen att förändra både synsätt och attityd hos politiker och beslutsfattare. Nedan ges några exempel som syftar till att lyfta diskussionerna inom hjälpmedelsområdet till en högre nivå i politiken. Använd gärna dessa i påverkansarbetet.

För en relationsdiskussion vad hjälpmedel ska få kosta? Ett exempel på relationsdiskussion är att utgå ifrån en person som får en stroke. När hon eller han kommer in på sjukhus blir kostnaderna höga i det akuta skedet. Eftersom patienter numera ganska snabbt skrivs ut från slutenvården till öppenvården så minskas kostnaderna hos den ena instansen men tillkommer eller ökar hos den andra exempelvis om patienten är i behov av hjälpmedel eller andra insatser. Politiker och beslutsfattare argumenterar ofta för att kostnaderna för hjälpmedel är för höga och ser sällan helheten. Fokus på diskussionen borde vara relationen mellan landsting/region och kommun och/eller slutenvård och öppenvård. Om till exempel hjälpmedelskostnaderna för en strokepatient varierar mellan en till två procent så är den kostnaden liten i relation till kostnader för hela vårdkedjan.

För en konsekvensdiskussion som omfattar hela hälso- och sjukvårdens organisation. Ett helhetstänk måste in i diskussionen som omfattar hela vårdkedjan i sig och rehabiliteringskostnaderna. Det går inte att bara titta på kostnaderna för hjälpmedel. När fler och fler vårdas eller skrivs ut från slutenvården så blir konsekvensen att fler och fler behöver hjälpmedel. Därför är det självklart att kostna-

derna för hjälpmedel ökar. De kan ju inte förväntas att minska. Det är en logisk slutsats.

För en diskussion om egenansvaret vilket i dagsläget används av många landsting/regioner för att på ett enkelt sätt ransonera bort hjälpmedel genom att hänvisa till att produkten finns i öppna handeln. Detta argument borde inte fungera som underlag för beslut, snart kan nästan alla hjälpmedel inhandlas i öppna handeln. Vid beslut om egenansvar måste utgångsläget vara vilket som är individens behov. Det måste finnas utrymme för en individuell behovsutredning och möjlighet att förskriva även standardprodukter. Om egenansvaret istället kopplas till person och inte produkt, då skulle produkter kunna förskrivas till den som har specifika behov medan den som inte har specifika behov får betala själv. Så är det med vissa läkemedel som exempelvis Alvedon. Den som har ett medicinskt behov kan få Alvedon förskrivet på recept, medan den som bara använder Alvedon tillfälligt får betala själv och omfattas inte av högkostnadsskyddet.

För en diskussion om samverkan mellan olika huvudmän för att insatser för habilitering och rehabilitering ska resultera i bästa möjliga funktionsförmåga och välbefinnande för den enskilde. En grundförutsättning för detta är en samsyn hos olika huvudmän. Det saknas idag. Det gäller allt ifrån att utforma regelverk, göra behovsutredningar och ge stöd och möjlighet till inflytande och delaktighet. I dagens samhälle tvingas individen att anpassa sitt liv efter hur huvudmännen har organiserat sina system när det i stället borde vara tvärtom, huvudmännen borde samordna sina insatser utifrån brukarens livssituation i centrum.

För en diskussion kring upphandling och lyft fram fördelar med att handikapprörelsen är med i diskussioner kring offentlig upphandling. Den som använder hjälpmedel vet oftast bäst vilka kvalitetskrav som bör ställas på en bra produkt. Exempelvis kan kvalitén säkras om provning av produkten är genomförd och godkänd av Hjälpmedelsinstitutet. Det är viktigt vid offentlig upphandling att inte bara följa de riktlinjer som finns kring medicintekniska produkter inom EU. Kräv miljöanpassad produktutveckling av hjälpmedel. Vid offentlig upphandling av hjälpmedel kan fokus på kön och genus ge kunskap om vilka hjälpmedel som säkerställer att både kvinnors och mäns behov tillgodoses.

Att vara företrädare

Handikappförbunden vill att samhället ska byggas med insikten att alla människor är lika mycket värda och att alla ska behandlas med samma respekt. Politiska beslut och fördelning av resurser i lands-ting/region och kommun får viktiga och långsiktiga konsekvenser för kvinnor och män med funktionsnedsättningar. Den som företräder handikappförbunden eller samarbetsorganen i viktiga politiska beslut har ett ansvar för att alla gruppers behov blir synliga, inte bara det egna medlemsförbundets. För det krävs kunskap om olika funktionsnedsättningar, både synliga och osynliga.

En funktionsnedsättning kan påverka kvinnor och män mer eller mindre under olika tidsperioder i livet. Funktionsnedsättningar kan vara synliga eller osynliga. En och samma person kan ha flera olika funktionsnedsättningar, varav en kan vara synlig och en annan osynlig. Det betyder att behoven inte alltid är synliga i betraktarens öga.

Synliga funktionsnedsättningar är något som omgivningen ser, exempelvis rörelsenedsättning eller synnedsättning. Synliga funktionsnedsättningar är också mer lättförståeliga till skillnad mot osynliga.

Osynliga funktionsnedsättningar är oftast just osynliga för omgivningen. Det kan påverka möjligheterna att få hjälp. Exempel på osynliga funktionsnedsättningar är:

- läs- och skrivsvårigheter
- medicinska funktionsnedsättningar (exempelvis diabetes eller inkontinens)
- psykiska och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- stamning
- elöverkänslighet
- kognitiva funktionsnedsättningar (kan innebära svårigheter med koncentration, uppmärksamhet, minne, inlärning och planering)
- kommunikativa funktionsnedsättningar (kan innebära svårigheter med att kunna tala med andra)

För att skapa förutsättningar till en god livskvalitet för människor med funktionsnedsättning måste både synliga och osynliga behov identifieras och uppmärksammas. Först då kan kvinnors och mäns och flickors och pojkars behov tillgodoses fullt ut.³⁰

Att vara företrädare

Den som är företrädare för handikappförbunden eller samarbetsorganen har ett ansvar för att alla gruppers behov blir synliga. Det är en rimlig och nästan självklar princip, men det är inte alltid lätt för företrädaren att ikläda sig den breda rollen: att företräda alla, som person har jag min främsta hemhörighet i min moderorganisation.

- Revirbevakning och intressekonflikter är vanliga organisationer emellan. Vilka erfarenheter har ni av brist på samarbetsvilja mellan organisationer i er kommun, i ert landsting/ i er region? Hur agerar ni för att överbrygga de verkliga eller inbillade motsättningarna?
- Att vara företrädare är ett förtroendeuppdrag, och hedersuppdrag, som kräver engagemang och breda kunskaper. Diskutera hur ni ser på uppdraget som företrädare och hur ni skaffar er en trygg kunskapsbas som gör att ni på ett kvalificerat sätt kan företräda medlemmar med synliga såväl som osynliga funktionsnedsättningar.

Säg inte "handikappad"

Socialstyrelsen rekommenderar att vi ska gå ifrån användningen av ordet "handikapp". Använd hellre uttrycket "människor med funktionsnedsättning". En funktionsnedsättning innebär att en kvinna eller man har en nedsättning av sin fysiska, psykiska och/eller intellektuella förmåga. Funktionsnedsättningen kan vara medfödd eller uppstå i vuxen ålder till följd av sjukdom eller skada.

Med ordet funktionshinder menas den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. Det handlar framförallt om bristande tillgänglighet i omgivningen som medför att personen inte kan vara delaktig fullt ut.³¹

Hjälpmedel är ett sätt att kompensera för hinder. Det har ingen betydelse hur tillgänglig och hinderfri vår omgivning är om människor som har behov av hjälpmedel inte får dessa. Exempelvis kan en person som har hörselnedsättning inte ta del av kulturutbud, fast det finns fungerande hörslingor, om personen inte får den hörapparat som hon eller han behöver.

31 Socialstyrelsens termbank

Tips för dig som vill veta mer om påverkansarbete

På Handikappförbunden finns material om påverkansarbete, vilka tagits fram inom ramen för olika projekt. Materialen går att beställa alternativt att ladda ner från Handikappförbundens webbplats.

Redskap: Den informationsfolder om hjälpmedel och broschyrerna som projektet tagit fram innehåller nyttiga kunskaper och sammanfattningar och är praktiska verktyg i förberedelser och att dela med sig av vid en uppvaktning av politiker och/eller tjänstemän:

- Till dig som är politiker eller beslutsfattare inom hjälpmedelsområdet.
- Informationsfolder.

Ett annat tips är att anordna informationsträffar med förskrivare och i samband med det ge information om vad de som är yrkesverksamma inom hjälpmedelsområdet bör tänka på i mötet med brukare. Använd broschyren:

- Till dig som är yrkesverksam inom hjälpmedelsområdet.

Sprid även information direkt till era enskilda medlemmar som är i behov av eller använder hjälpmedel att det finns en broschyr med information om hjälpmedelsområdet. Använd broschyren:

- Till dig som är i behov av eller använder hjälpmedel.

Dessa broschyrer och informationsfoldern kan beställas gratis från Handikappförbunden och de kan även laddas ner gratis från webbplatsen.

11. Sammanställning av projektmaterial

Förutom Kunskapsmaterialet hör följande material till projektet:

En kartläggning av Handikapprörelsens arbete med hjälpmedelsfrågor

Rapport 1

Brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning

Rapport 2

Kostnader och effekter vid hjälpmedelsförskrivning

Rapport 3

Politikers agerande i hjälpmedelsfrågan och deras samarbete med handikapprörelsen

Rapport 4

Hjälpmedel – regelverk – livskvalitet – kön, en fokusgruppsstudie med förskrivare och brukare utifrån ett genusperspektiv

Rapport 5

Vill du skriva ut informationsbroschyerna?

Vill du skriva ut informationsbroschyerna som färdig broschyr behöver du en skrivare som kan skriva ut häfte. Välj de sidor som broschyren omfattar (syns i innehållsförteckningen) i utskriftsmenyn. Gå till dina skrivarinställningar för häfte (olika för olika skrivare, till exempel booklet) och skriv ut.

Informationsbroschyrer

Till dig som är yrkesverksam inom hjälpmedelsområdet

Till dig som är i behov av eller använder hjälpmedel

Till dig som är politiker eller beslutsfattare inom hjälpmedelsområdet.

Informationsfolder

Hjälpmedel en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet

Övrigt material

Plattform Hjälpmedel

Handikappförbundens medlemsförbund har på ordförandemötet i december 2009 enats om en plattform som ska ligga till grund för ett fortsatt intressepolitiskt arbete kring hjälpmedel, "Handikappförbundens plattform för Hjälpmedel".

D-uppsats i psykologi

Inom ramen för hjälpmedelsprojektet har en student skrivit en D-uppsats som belyser situationen för en av de osynliga grupperna som inte får tillgång till hjälpmedel, människor med stamning. D-uppsatsen heter "Skam, undvikande beteende och delaktighet hos personer med stamning som funktionsnedsättning".

Av Sara Nilsson, Luleå Tekniska Universitet, Institutionen för Arbetsvetenskap, Avdelningen för Teknisk psykologi, 2010

Båda materialen finns att ladda ner på Handikappförbundens webbplats, www.handikappforbunden.se

Handikappförbunden

Handikappförbunden är den samlande aktören som på bred bas representerar människor med funktionsnedsättning. Vi består av flertalet rikstäckande handikapporganisationer med sammanlagt nära en halv miljon medlemmar. Våra medlemsförbund är bärare av den mest angelägna kunskapen – den egna erfarenheten. Vår uppgift är att påverka och förändra samhället så det blir lättillgängligt för alla. Vi gör det genom politiskt påverkansarbete, och vi är partipolitiskt och religiöst obundna.

Handikapprörelsen har även bildat samarbetsorgan på kommunal och regional nivå. Dessa har inga organisatoriska band med Handikappförbunden, även om det finns ett nära samarbete.

ABF

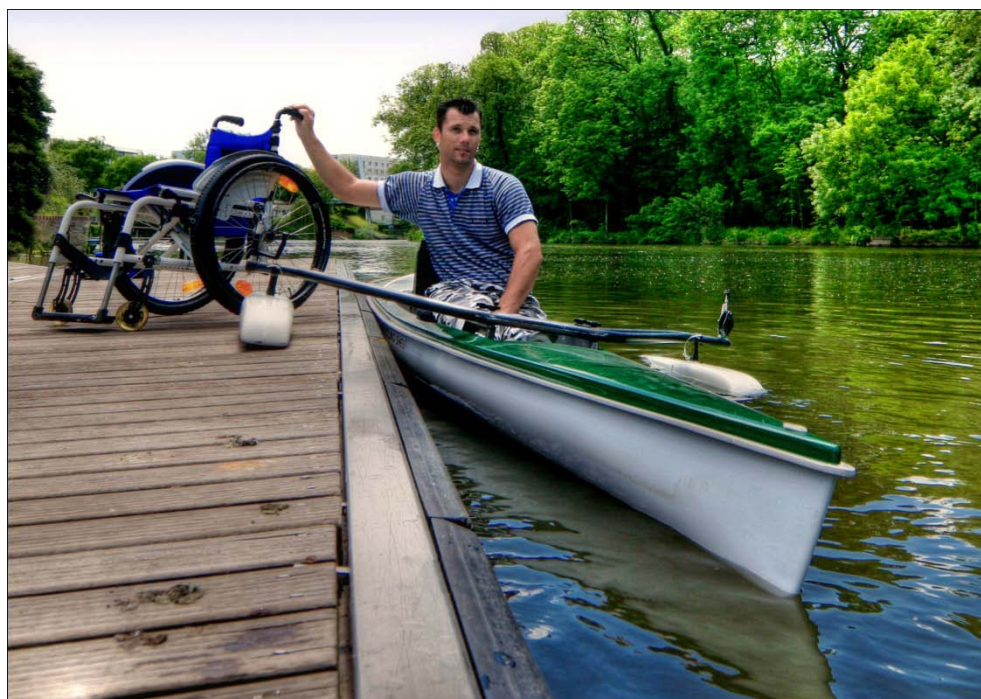
Arbetarnas Bildningsförbund består av en mångfald av folk-rörelser och medlemsorganisationer som förenas av gemensamma värderingar om alla människors lika och unika värde. ABF är både en samorganisation för medlemsorganisationer och en idérörelse för folkbildning, utbildning och kultur. ABF:s målsättning är att förstärka och fördjupa demokratin på samhällslivets alla områden.

Ett projekt finansierat av Arvsfonden



En kartläggning av handikapprörelsens arbete med hjälpmedelsfrågor

Rapport 1 av 5



En rapport från Handikappförbunden

Projektet Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet

Text/författare: Karin Andersson

Diagram: Caroline Lund

Formgivning: Marre Ahlsén

Foto: Matton bildbyrå

Utgivningsår: 2010

ISBN-nummer 978-91-86151-07-2

© Handikappförbunden

Innehåll

FÖRORD	4
SAMMANFATTNING	6
BAKGRUND TILL STUDIEN	8
Syftet med kartläggningen	9
Enkätundersökningen	9
HUR ARBETAR ORGANISATIONERNA MED HJÄLPMEDELSFRÅGOR?	11
Frågor riktade till alla organisationer	11
Organisationernas intresse och engagemang	11
Områden i behov av förändring och utveckling	15
Arbete och engagemang hos Samarbetsorganen i länen	19
Brukarrepresentation i länen	22
AVSLUTNING OCH DISKUSSION	24
Bilaga 1	26

Förord

Handikappförbunden är den samlande aktören som på bred bas representerar människor med funktionsnedsättning. Vi består av flertalet rikstäckande handikapporganisationer med sammanlagt nära en halv miljon medlemmar. Våra medlemsförbund är bärare av den mest angelägna kunskapen – den egna erfarenheten. Vår uppgift är att påverka och förändra samhället så det blir tillgängligt för alla. Vi gör det genom politiskt påverkansarbete, och vi är partipolitiskt och religiöst obundna.

Handikapprörelsen har även bildat samarbetsorgan på kommunal och regional nivå. Dessa har inga organisatoriska band med Handikappförbunden, även om det finns nära samarbete.

Den här studien är en av fem inom ramen för ett treårigt projekt inom Handikappförbunden, kallat "Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet". Resultaten från de fem studierna ska ligga till grund för fortsatt arbete med att öka medvetenheten om nyttan av hjälpmedel inom landsting/region och kommun. En styrgrupp och en referensgrupp är knutna till projektet.

Vi som arbetar i projektet - Karin Andersson, projektledare och Caroline Lund, hälsoekonom - vill varmt tacka vår styrgrupp och vår referensgrupp. Med sina kunskaper och erfarenheter har de varit ett viktigt bollplank och stöd för projektet. Vi vill även framföra ett stort tack till de personer som genom sitt deltagande gjort det möjligt att genomföra studien.

Följande personer har ingått i styrgruppen:

Tommy Fröberg, Handikappförbundens kansli

Pelle Kölhed, Personskadeförbundet RTP

Elisabeth Nilsson, HSO Västerbotten

Elisabeth Wallenius, Handikappförbundens styrelse

Följande personer har ingått i referensgruppen:

Yvonne Björkman, DHR- Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Håkan Brodin, Statens Folkhälsoinstitut

Bengt Fernström, HSO Västra Götaland

Birgit Fredriksson, Riksförbundet Attention

Jonas Gumbel, Sveriges Kommuner och Landsting

Susanne Gärtner, Unga Hörsel

Helene Hjertman, Svenska audionomförbundet (Svaf)

Peter Lorentzon, Hjälpmedelsinstitutet

Christina Lundqvist, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Kerstin Westin Andersson, HSO Gävleborg

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att få en samlad bild av organisationernas arbete (82) med och intresse för hjälpmedelsfrågor. Kartläggningen är tänkt att ligga till grund för utformningen av det fortsatta arbetet och vara vägledande för vilka områden som projektet ska fokusera på.

Intresset för hjälpmedelsområdet är stort bland medlemsförbund, samarbetsorgan och ett fåtal ungdomsorganisationer. Samtliga följer den nationella utvecklingen inom området i varierande grad. Att arbeta med hjälpmedelsfrågor har likvärdig prioritet som andra frågor organisationerna arbetar med. Hur aktiv organisationerna är beror på hur viktig frågan är för de egna medlemmarna.

Många av organisationerna har tagit fram strategidokument som exempelvis egna riktlinjer, riktlinjer i samarbete med andra, remissvar och debattartiklar. Hjälpmedel kan också vara omnämnt som en del i andra intressepolitiska program eller verksamhetsplaner. Mer än hälften av organisationerna har reagerat på de förändringar som skett inom området och många projekt är i gång.

Mer än varannan organisation anser att informationen till brukarna är det område som är i störst behov av förändring. Det näst viktigaste området är habilitering/rehabilitering. Det finns små skillnader i uppfattning mellan samarbetsorgan och medlemsförbund.

De mest eftersatta grupperna är människor som är i behov av hjälpmedel inom området kognition och kommunikation, tätt följt av de med psykiska funktionsnedsättningar och de med läs- och skrivsvårigheter. Inom hörselområdet kan ålder ha betydelse för om gruppen blir eftersatt eller inte. En del medlemsförbund har lyft fram hela medlemsgruppen som eftersatt.

Brukarrepresentationen är hög på lokal nivå. Så gott som alla samarbetsorgan har representanter i olika samverkansforum utöver Länshandikapprådet. Det kan vara alltifrån olika hjälpmedelsråd till Hälso- och sjukvårdsutskottet. Merparten uppger att hjälpmedelsfrågan har varit uppe på dagordningen i Länshandikapprådet under de senaste två åren. Avslutningsvis visar

resultaten att hjälpmedelsfrågor är viktiga och engagemanget är stort. Samtidigt som området är komplext, resurserna begränsade och behoven varierar så finns det ett flertal områden som förenar organisationerna. Detta oavsett vilken eller vilka funktionsnedsättningar medlemmarna har.

Bakgrund till studien

I den första artikeln av FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna fastslås att alla människor är födda fria och lika i värde. Sverige har satt som mål och ambition att alla människor ska ha lika värde. Ett viktigt handikappolitiskt redskap i detta arbete är FN:s standardregler från år 1993. Standardreglerna ska tillförsäkra människor med funktionsnedsättningar delaktighet och jämlikhet. De ligger också till grund för den nationella handlingsplanen för handikappolitiken "Från Patient till medborgare" (prop. 1999/2000:79).

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ges i portalparagrafen, 2 §, uttryck för samma människosyn. Det innebär att människor med funktionsnedsättning ska ha rätt till habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för att uppnå likvärdiga villkor och förutsättningar som människor utan funktionsnedsättning, men så är det inte. Alltför många människor med funktionsnedsättning, medfödd eller förvärvad, får inte tillgång till rehabilitering och hjälpmedel i den omfattning som borde vara en självklarhet. Detta trots att hjälpmedel för många är en nödvändig förutsättning för god livskvalitet och delaktighet. Utan hjälpmedel blir det svårt för den enskilde att få vardagen att fungera. Olika sortiment och begränsning av hjälpmedel och distributionsformer i landstingen strider mot intentionerna bakom nuvarande lagstiftning – lika vård i hela landet.

Att projektet kom till beror på att det, från flera håll inom handikapprörelsen, uttrycktes att något borde göras inom hjälpmedelsområdet. Åsikterna var många om vilka orättvisor som fanns. Det var till stor del de signalerna som utgjorde grunden till själva projektet. Då projektidéerna började ta form stod det klart att behoven var komplexa och problemen av olika slag. Utgångspunkten blev att hjälpmedelsområdet berör både medlemsförbund och ungdomsorganisationer och samarbetsorgan.

Denna sammanställning är det första steget i projektets arbete. Resultaten är tänkt att ligga till grund för utformningen av det fortsatta arbetet och vara vägledande för vilka områden som projektet ska fokusera på.

I det Samverkansprojekt (2003-2005) som Handikappförbunden genomförde tillsammans med Hjälpmedelsinstitutet lyftes fram

viktiga framtida uppgifter för brukarorganisationer inom hälso- och sjukvårdsområdet. En sådan uppgift var att bli "duktiga" på att föra diskussioner kring hjälpmedel och bevaka att hjälpmedelsfrågor kommer upp på dagordningen i de prioriteringsdiskussioner som pågår i landstingen.

Vidare låg även erfarenheterna från Handikappförbundens Prioriteringsprojekt (2004-2007) där det uttrycktes att det finns mycket arbete som behöver göras när det gäller prioriteringar, varav hjälpmedel kan ses som en del. Det fanns också en enighet om att det är viktigt att mötas tidigt i den arbetsprocessen och i rätt politiskt forum.

Projektet genomförs i samarbete med Hjälpmedelsinstitutet och med stöd från Arvsfonden. Fokus ligger på hjälpmedel som förskrivs inom hälso- och sjukvården. Projektet är treårigt och startade den 1 februari 2008 och beräknas pågå fram till den 31 januari 2011.

Syftet med projektet är att skapa förutsättningar för att kvinnor och män med funktionsnedsättning ska få rätt till hjälpmedel enligt människovärdesprincipen, att bra behovsbedömningar ska eftersträvas och att kvinnor och män behandlas likvärdigt oavsett var i landet de bor.

Projektets mål är att ta fram ett Kunskapsmaterial inom hjälpmedelsområdet. Det ska vara ett stöd för de organisationer som arbetar intressepolitiskt med hjälpmedelsfrågor.

Syftet med kartläggningen

Syftet med kartläggningen var att få en samlad bild av arbete med och intresse för hjälpmedelsfrågor bland medlemsförbund, ungdomsorganisationer och samarbetsorgan i länen. Vilka områden anser de vara i behov av förändring och utveckling?

Enkätundersökningen

Arbetet med att ta fram enkäten påbörjades under våren 2008. Synpunkter på utformning och frågeställningar diskuterades i projektets styrgrupp och referensgrupp. Enkäten skickades ut i maj 2008 både via vanlig post och via e-post med möjlighet att besvara den elektroniskt. Två påminnelser gick ut.

Totalt skickades 82 enkäter ut till 43 medlemsförbund, 18 ungdomsorganisationer och 21 samarbetsorgan. Utav dessa inkom 59, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 72 procent. Samtliga samarbetsorgan i länen besvarade enkäten men inte alla medlemsförbund och ungdomsorganisationer. Enkät svar saknas från nio medlemsförbund¹ och från 14 ungdomsorganisationer². Det motsvarar ett externt bortfall på 28 procent. Det interna bortfallet, alltså frågor i enkäten som inte besvarats, är litet. Om det interna bortfallet på någon fråga överstiger fem procent, cirka tre enkäter, så kommenteras detta i texten. Då urvalet är ganska litet redovisas antal i stället för procentandelar.

Enkätfrågorna var standardiserade, alltså frågor med färdiga svarsalternativ, men det fanns också möjlighet till ett öppet svar eller att kommentera frågan. Merparten av de som besvarat enkäten har både kommenterat och kompletterat sina svar. De frågor som har ett numeriskt värde har kodats och bearbetas i SPSS - statistikprogram och kommentarerna och de öppna svaren har kodats och analyserats i samma program.

Enkäten riktar sig enbart till organisationerna, medlemsförbund, ungdomsorganisationer och samarbetsorgan i länen. Alla organisationer fick besvara ett antal frågeställningar och därutöver fick samarbetsorganen besvara ytterligare några frågor som berörde förhållandena inom det egna länet/regionen.

¹Medlemsförbund som inte besvarat enkäten är Riksförbundet för döva, hörselskadade och språkstörda barn (DHB), FUB För unga och vuxna med utvecklingsstörning, Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund, ParkinsonFörbundet, Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och ungdomar (RBU), Hiv-Sverige, Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft, Svenska Celiakiförbundet (SCF) och Mun och Halscancerförbundet (MHCF).

² Ungdomsorganisationer som inte besvarat enkäten är Förbundet Unga Rörelsehindrade, Ung med psoriasis (PSO-Ung), Riksorganisationen Unga Reumatiker, Sveriges Dövas Ungdomsförbund (SDU), Svenska Celiakiungdomsförbundet (SCUF), Ung Diabetes, UngILCO, Unga Allergiker, Unga Hjärtslag, Unga Mag- och Tarmsjuka, Svenska Epilepsiförbundet (SEF), De unga med Neurologiska funktionshinder i Sverige (DUNS), Unga Ananke, Riksorganisationen Unga Synskadade

Hur arbetar organisationerna med hjälpmedelsfrågor?

Frågor riktade till alla organisationer

- I vilken utsträckning följer medlemsförbund, ungdomsorganisationer och samarbetsorgan utvecklingen på nationell nivå inom hjälpmedelsområdet?
- Vilken prioritet har hjälpmedelsfrågor i förhållande till andra frågor?
- Vilka dokument har tagits fram inom hjälpmedelsområdet?
- Vilka dokument har distrikt och länsföreningar tagit fram?
- Har organisationerna reagerat på utvecklingen inom hjälpmedelsområdet exempelvis via skrivelser, uppvaktningar med mera?
- Hur många har egna pågående projekt just nu och/eller projekt i samarbete med andra?
- Vilka hjälpmedelsområden är i störst behov av förändringar på en nationell nivå?
- Finns det eftersatta brukargrupper, om och i så fall, vilka är de?

Organisationernas intresse och engagemang

Samtliga följer utvecklingen inom hjälpmedelsområdet

Intresset för hjälpmedelsområdet är utbrett. Alla svarande följer den nationella utvecklingen inom hjälpmedelsområdet när det gäller lagar, utredningar, förordningar, föreskrifter med mera, i varierande grad. Fem samarbetsorgan och 13 medlemsförbund följer det som händer i stor utsträckning.

Flera har kommenterat att de skulle vilja kunna avsätta mer tid och resurser för att arbeta med hjälpmedelsfrågor. Andra att de gör det när situationen kräver det, exempelvis när nya utredningar aktualiseras ökas aktiviteten. Några har lyft fram att de följer utvecklingen inom området framförallt i första hand i frågor som berör de egna medlemmarnas behov. Resursbrist eller att

medlemmarna inte har så stort behov av hjälpmedel anges exempelvis som skäl för att följa utvecklingen i liten utsträckning.

Hjälpmedelsfrågor är ett högt prioriterat område

Drygt hälften prioriterar arbetet med hjälpmedelsfrågor likvärdigt som andra intressepolitiska frågor som man arbetar med. En fjärdedel prioriterar hjälpmedelsfrågor högt på dagordningen i sitt intressepolitiska arbete. Om man ser till att medlemsförbunden är fler än samarbetsorganen så är det procentuellt sett ungefär lika högt prioriterat både bland medlemsförbunden och bland samarbetsorganen.

Bland de som prioriterar hjälpmedelsfrågor högt har många även kommenterat varför. Bland kommentarerna anges bland annat att det är en av de högst prioriterade frågorna fram till år 2010. En del prioriterar högt när det gäller hjälpmedel som är aktuella för den egna målgruppen. Andra menar att hjälpmedel är en del av vardagen och borde vara en självklarhet vid kognitiva funktionsnedsättningar eller att hjälpmedel är livsviktiga för den egna medlemsgruppen. Medlemmarnas behov av hjälpmedel är också en förklaring till hur prioriterad frågan blir. Avslutningsvis kan prioritering av hjälpmedelsfrågor ingå som en del av övriga hälso- och sjukvårdsfrågor som organisationerna arbetar med.

Variationen på dokument som tagits fram är stor

Elva medlemsförbund och två samarbetsorgan har tagit fram egna riktlinjer/policyer inom hjälpmedelsområdet. Utöver det håller ytterligare två medlemsförbund och ett samarbetsorgan på att utarbeta riktlinjer/policyer. Det stora flertalet har inte tagit fram egna riktlinjer specifikt för hjälpmedelsområdet. Ett alternativ till egen policy är att arbetet med hjälpmedelsfrågor ingår som en del i andra strategidokument, intressepolitiska program eller i verksamhetsplaner.

Ordningen blir omvänd när det gäller antalet svarande som har tagit fram riktlinjer i samarbete med andra, 12 samarbetsorgan och två medlemsförbund. Det är ungefär lika många, drygt var femte organisation, som har tagit fram dokument, som remissvar och skrivelser. Därutöver har dokument i form av debattartiklar och

skrivelser tagits fram. En annan metod är uppvaktningar. Andra har varit engagerade i projekt och i samband med det tagit fram dokument. Ett medlemsförbund håller på att ta fram dokument. Intresset för Hjälpmedelsutredningen (SOU 2004:83) var stort. Några av organisationerna som tagit fram dokument eller arbetat i projekt har bifogat dem.

Alla borde ha rätt till de hjälpmedel de behöver

Bland medlemsförbunden har exempelvis Riksförbundet Attention ett intressepolitiskt handlingsprogram 2006-2010 där hjälpmedel ingår. Schizofreniförbundet har ett policyprogram som följer FN:s standardregler där man tar upp rätten till en målinriktad rehabilitering. I policyprogrammen står uttryckt vad som krävs för att individer ska uppnå full delaktighet, hög livskvalitet och självständighet. Schizofreniförbundet har också tillsammans med Riksförbundet för Social och Mental hälsa (RSMH) och Hjälpmedelsinstitutet (HI) tagit fram policyer/riktlinjer.

Föreningen Sveriges Dövblinda (FSDB) tar i sin verksamhetsplan upp tillgänglighet, rätten till tolk och habilitering samt rehabilitering. Unga Hörsel har i sitt intressepolitiska program tagit upp vad de kräver för unga i behov av hjälpmedel, exempelvis att hjälpmedel ska följa personen och att alla ska få de hjälpmedel de behöver. Svenska diabetesförbundet har skrivit en debattartikel. Den handlar om att landstingets upphandling av hjälpmedel innebär att patienter inte får tillgång till de hjälpmedel som de har laglig rätt till.

Rörelsehinderförbunden³ samarbetar i det som kallas nätverket Rhos kring frågor som berör människor med rörelsenedsättningar. De har tillsammans lämnat ett gemensamt yttrande på Hjälpmedelsutredningen. För Dyslexiförbundet FMLS kommer hjälpmedel vara temat för den Europeiska Dyslexiveckan i oktober 2008 med mera.

³ DHR - Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder, Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR), Personskadeförbundet (RTP), Reumatikerförbundet, Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (RBU).

Vanligt med samverkan i länen kring riktlinjer/policy

På länsnivå är det vanligt att samarbetsorganet tagit fram riktlinjer/policy tillsammans med landstingen och/eller kommunerna. Ett annat alternativ är att de sitter med i olika nämnder, råd eller samverkansforum och gemensamt arbetar fram dokument kring hjälpmedel. Ett exempel är att delta vid utformandet av en hjälpmedelshandbok vars syfte är att ge anvisningar om hur policyn ska tillämpas av de som förskriver hjälpmedel.

Kunskapen hos medlemsförbund och samarbetsorgan om huruvida deras länsföreningar och/eller distrikt har tagit fram några dokument är liten. Bland de svar som lämnats förekommer exempelvis att länsförbunden och/eller distrikten följer riksförbundets riktlinjer. Ett annat alternativ är att låta länsföreningarna själva avgöra vad de vill göra utifrån de lokala förutsättningarna som finns. Sju organisationer har inte besvarat frågan.

Mer än hälften har reagerat på utvecklingen inom hjälpmedelsområdet

Bland organisationerna har 22 av medlemsförbunden och 13 av samarbetsorganen reagerat på den nationella utvecklingen inom området. Aktiviteterna varierar. Några har svarat att de reagerat med uppvaktningar eller lyft hjälpmedelsfrågor i samband med uppvaktningar kring andra frågor.

Variationen på aktiviteter är stor. Någon har spridit information, en annan har påtalat brister och en tredje har anordnat konferenser och/eller seminarium. Att skriva artiklar har också förekommit liksom att redovisa förhållandena i årsrapporter. Ett annat exempel är att försöka få in produkter i det befintliga hjälpmedelssortimentet eller att organisationen är på väg att börja aktivera sig. Exempelvis uppvaktar Tandvårdsskadeförbundet ständigt berörda parter om att taga beslut om rehabilitering och vård ska efterlevas.

Många projekt är i gång

Det är tolv medlemsförbund, två ungdomsorganisationer och tre samarbetsorgan som har projekt som pågår. Exempel på pågående projekt är Dyslexiförbundet FMLS som har skickat ut en enkät till

landstingen om förskrivning av hjälpmedel enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Hörselskadades Riksförbund (HRF) har startat en förstudie med syftet att undersöka förutsättningar och möjligheter att bygga upp en kommunikationscentral. IICO, Riksförbundet för stomi- och reservoaropererade har tillsammans med Riksförbundet för Mag- och Tarmsjuka (RMT) ett gemensamt projekt kring stomihjälpmedel.

Ytterligare exempel på pågående projekt är Svenska OCD-förbundet Ananke som har ett projekt kring strukturerade stödgrupper och bemötandebildning för kommunens boendestödjare tillsammans med Barn och ungdomspsykiatri (BUP) i Uppsala och Ångestprogrammet på Karolinska sjukhuset. Riksförbundet för Social och Mental hälsa (RSMH) har ett projekt som handlar om att sprida kunskap om möjligheterna att med stöd av hjälpmedel kompensera en del av funktionsnedsättningen. Projektet ska i förlängningen skapa beredskap för framtida intressepolitiskt arbete inom förbundet. Schizofreniförbundet har tre projekt på gång, Nordiska NUH- projektet, Leva lättare och Humanteknik.

Stamningsmedlemsförbundet letar efter samarbetspartner men behöver få landstinget med sig. Dövsblind ungdom (DBU) har tillsammans med Föreningen Sveriges Dövsblinda ett projekt kring bättre tolkning för dövsblinda. Tandvårdsskadeförbundet har tillsammans med Elöverkänsligas förbund nyligen avslutat ett projekt, HET-projektet. Avslutningsvis kan nämnas att samarbetsorganet i Blekinge sedan 13 år tillbaka anordnar en Hjälpmedelsmessa och prova-på-dag där besökarna får "känna och klämma" på olika hjälpmedel. Fyra organisationer har inte besvarat frågan.

Områden i behov av förändring och utveckling

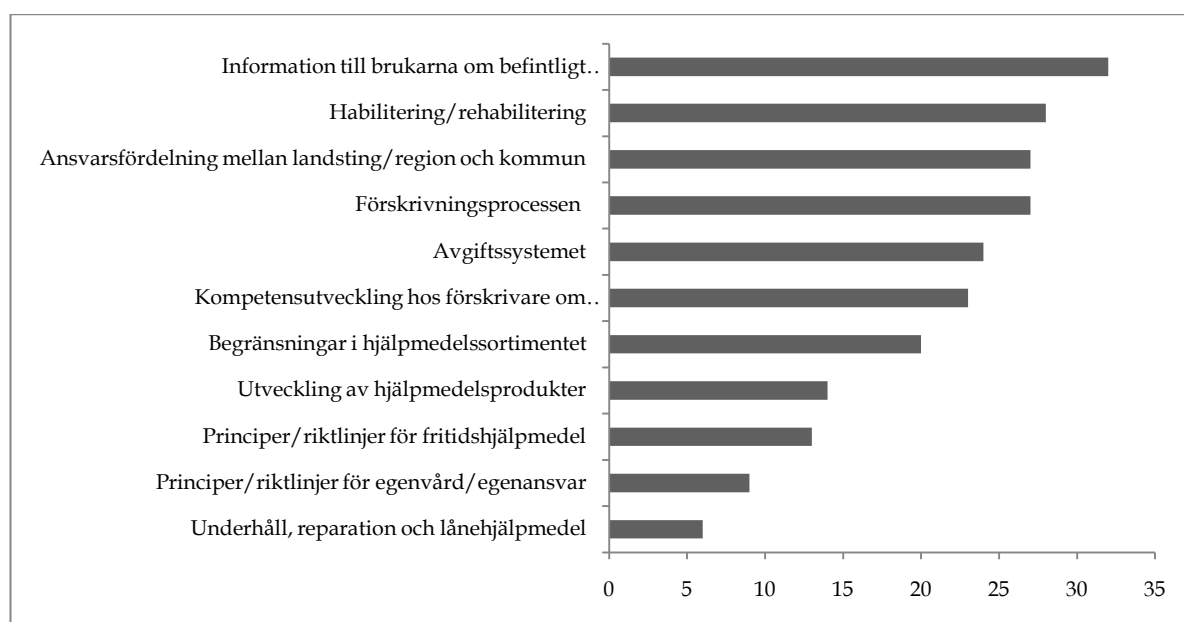
Informationen till brukare viktigaste området att förändra

För att få veta vilka områden som är viktigast att förändra på nationell nivå ringades några tänkbara områden in. Både medlemsförbund, ungdomsorganisationer och samarbetsorgan fick besvara frågan. Elva olika områden fastställdes och därutöver fanns möjlighet att själv komplettera med egna områden eller synpunkter som inte enkäten berört. De svarande fick välja de områden som de ansåg vara i störst behov av förändring. Det fanns ingen begränsning

i hur många områden som kunde väljas. Antalet som valt ett visst område har summerats ihop. Därefter har områdena rangordnats utifrån det som flest har valt.

Mer än hälften av de svarande, 32, har valt området "Informationen till brukare om befintligt hjälpmedelssortiment" som det viktigaste området att förändra på nationell nivå (se diagram 1). Därefter kommer habilitering/rehabilitering och som tredje kommer dels ansvarsfördelningen mellan landsting/region och kommun och dels förskrivningsprocessen (bedöma behov, prova ut, anpassa, träna, följa upp och utvärdera funktion och nytta).

Diagram 1. Hjälpmedelsområden i störst behov av förändring på nationell nivå



Små skillnader mellan organisationerna

För att få svar på om det finns skillnader mellan medlemsförbund, ungdomsorganisationer och samarbetsorgan har respektive organisationsform studerats var för sig (se bilaga 1).

Tillvägagångssättet var på samma sätt, antalet som valt ett visst område har summerats ihop och vid sammanställning rangordnats utifrån det som flest har valt. Resultaten visar på små skillnader.

Bland medlemsförbunden har flest angett ansvarsfördelningen mellan landsting/region och kommun samt kompetensutvecklingen

hos förskrivarna om hjälpmedelssortiment. Därefter kommer habilitering/rehabilitering och förskrivningsprocessen.

Bland samarbetsorganen har flest angett avgiftssystemet, förskrivningsprocessen samt habilitering/rehabilitering som de viktigaste områdena att förändra. Därefter kommer ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun samt principer/riktlinjer för fritidshjälpmedel.

Bland ungdomsorganisationerna har tre av de fyra som besvarat enkäten svarat ansvarsfördelningen mellan landsting/region och kommun som det område som är i störst behov av förändring. Två av fyra har även markerat habilitering/rehabilitering, avgiftssystemet, kompetensutvecklingen hos förskrivarna och begränsningar i hjälpmedelssortiment. Ingen ungdomsorganisation anser att utveckling av hjälpmedelsprodukter och principer/riktlinjer för egenvård/egenansvar och fritidshjälpmedel är områden som är i behov av förändring.

Hjälpmedel borde vara en lagstadgad rättighet

I de öppna svaren har många lyft fram andra viktiga aspekter och kompletterande synpunkter på områden som de anser är i behov av förändringar. Som exempel framförs åsikter om att hjälpmedel borde vara en lagstadgad rättighet. Det borde finnas en nationell hjälpmedelsgaranti i form av en rättighetslag.

Ett annat exempel är att behovet ska styra, hjälpmedel måste vara en självklarhet för att alla ska kunna ha möjlighet att vara delaktiga medborgare.

Några har pekat på att det behövs utbildning om hjälpmedel för alla som är berörda av hjälpmedelsfrågor, alltifrån anhöriga till politiker. Specialistutbildade arbetsterapeuter kan exempelvis inte det psykiatriska området tillfredställande. Andra synpunkter är svårigheter med att få bildtelefoni som tekniskt hjälpmedel på grund av okunskap hos förskrivare och dålig ekonomi hos landstingen.

Andra har pekat på problem som kan härledas till landstingsnivå. Exempelvis att hjälpmedel skrivs ut från många håll och att förskrivarna i landstingen inte får skriva ut hjälpmedel utifrån de behov som finns. Förskrivningen är begränsad på grund av dålig ekonomi. Ett annat problem på landstingsnivå är att landstingen

upphandlar och byter ut hjälpmedel vartannat år med den konsekvensen att brukare måste träna och lära sig på nytt hur de ska använda sitt hjälpmedel. Det i sin tur innebär resursslöseri eftersom personalresurser måste avsättas för det. Pris och egenavgifter bör vara på nationell basis och inte på regional. I dag finns stora skillnader mellan regioner, landsbygd och stad. Vilka hjälpmedel brukare får beror på var i landet de bor. Ytterligare synpunkter är att arbeta för en helhetssyn och att "avgiftsträsket" måste bort. Utbud, pris och egenavgifter borde ligga på nationell basis och inte på regional.

Avslutningsvis har nämnts att det finns för få hjälpmedel att tillgå eller att det saknas helt. Det saknas exempelvis hjälpmedel som bidrar till att få struktur på vardagen. Ett annat önskemål är jourverksamhet på helger och kvällar. Ett lite "udda" problem är de vars medlemmar är i behov av korsett. Där handlar det om att det råder brist på yrkesgruppen som tillverkar korsetter.

Endast någon enstaka har skrivit att deras medlemmar inte är i något stort behov av hjälpmedel alternativt att det fungerar bra.

Personer med "osynliga" funktionsnedsättningar mest eftersatta

Nästan två tredjedelar av de svarande anser att det finns eftersatta grupper när det gäller hjälpmedel, varav merparten har beskrivit på vilket sätt och vilka det gäller. Sju svar saknas men det går ändå att få en övergripande bild. Endast ett fåtal har svarat att de inte ser några eftersatta grupper och några vet inte.

Oavsett vem som besvarat enkäten framträder tydligt tre eftersatta grupper. Den första är människor som är i behov av hjälpmedel inom kognition och kommunikationsområdet. Därefter kommer gruppen med psykiska funktionsnedsättningar och personer med läs- och skrivsvårigheter.

Trots att medlemsförbund, ungdomsorganisationer och samarbetsorgan företräder olika målgrupper framträder samma bild. Medlemsförbund och ungdomsorganisationer är riksorganisationer. De arbetar på riksnivå och driver frågor på en nationell nivå för sina medlemmar. Samarbetsorganen arbetar på länsnivå där de företräder riksorganisationernas länsföreningar och/eller distriktsavdelningar.

Olika diagnoser innebär specifika behov

Flera medlemsförbund och ungdomsorganisationer har tagit upp problem och behov som är specifika för den egna medlemskåren. Det har då exempelvis handlat om att det finns en okunskap om diagnoser eller att brukarna får vänta på utredning därför att ingen vill stå för kostnader och ansvara för att utredningen blir genomförd. Framförallt gäller det personer med olika neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Andra förbundsspecifika grupper som är eftersatta är exempelvis personer med elöverkänslighet, överkänslighet mot amalgam, titan och guld samt unga med fosterpåverkan. Med fosterpåverkan menas det amalgam som modern har i tänderna och som övergår till barnet under fosterstadiet. Andra exempel är människor som är i behov av hjälpmedel för näringstillförsel och stomipatienter med korttarmsyndrom.

Personer som är smärtekänsliga är också omnämnda som en eftersatt grupp. Inom hörselområdet är många grupper eftersatta och där har åldern en viss betydelse. För unga med hörselskada är hela gruppen som lämnar gymnasieskolan i princip eftersatt och för gruppen dövblinda finns tecken på att personer över 65 år är eftersatta. Hjälpmedel för fritiden finns knappt att tillgå alls för personer med hörselnedsättning.

Andra synpunkter är brister i själva systemen, exempelvis brist på samordning skapar eftersatta grupper. Okunskap kring diagnoser skapar också godtycke kring individens behov. En grupp kan bli utsatt på grund av att de inte själva vet vart de ska vända sig för att få stöd och hjälpmedel. När det gäller människor med sällsynta diagnoser är det svårt att uttala sig eftersom den gruppen innefattar så många olika funktionsnedsättningar.

Arbete och engagemang hos Samarbetsorganen i länen

Frågor som ställdes enbart till samarbetsorganen

Som tidigare nämnts fick samarbetsorganen besvara några kompletterande frågor som gällde förhållandena inom det egna länet.

- I vilken utsträckning följer samarbetsorganet utvecklingen inom hjälpmedelsområdet i det egna länet?

- Vilka områden inom det egna länet anser samarbetsorganet vara i störst behov av förändring?
- Är samarbetsorganet representerat i något/några samverkansforum på landsting-/regionnivå utöver Länshandikapprådet?
- Har hjälpmedelsområdet varit uppe på dagordningen någon gång under de senaste två åren?

Samtliga följer hjälpmedelsutvecklingen inom det egna länet

Alla samarbetsorgan följer, mer eller mindre, utvecklingen inom hjälpmedelsområdet när det gäller policy, riktlinjer, regelverk, upphandling med mera. Det är 13 av 21 som har svarat att de följer utvecklingen i stor utsträckning. Utav dessa 13 följer fem även utvecklingen när det gäller lagar, utredningar, förordningar, föreskrifter i stor utsträckning på nationell nivå. De fem är Halland, Norrbotten, Uppsala, Västra Götaland och Handikappsamverkan i Jämtland.

Reaktioner på hjälpmedelsutvecklingen är stor

Det är 13 av 21 samarbetsorgan som har reagerat på utvecklingen inom det egna länet och/eller regionen i form av skrivelser, uppvaktningar, artiklar och/eller kampanjer med mera.

Som exempel på aktiviteter har samarbetsorganet i Stockholms län reagerat på förslaget att avgiftsbelägga rullstolar och i samband med budgetarbetet för 2008 lyftes behoven inom hjälpmedelsområdet fram. I Örebro län har de protesterat mot försämringen av hjälpmedelsutbudet. I Västerbotten har de skickat en skrivelse till Landstingsstyrelsen med anledning av förslag till nya avgifter inom hjälpmedelsområdet. Uppsala har lämnat in skrivelser och även yttrat sig över befintliga riktlinjer inom landstinget.

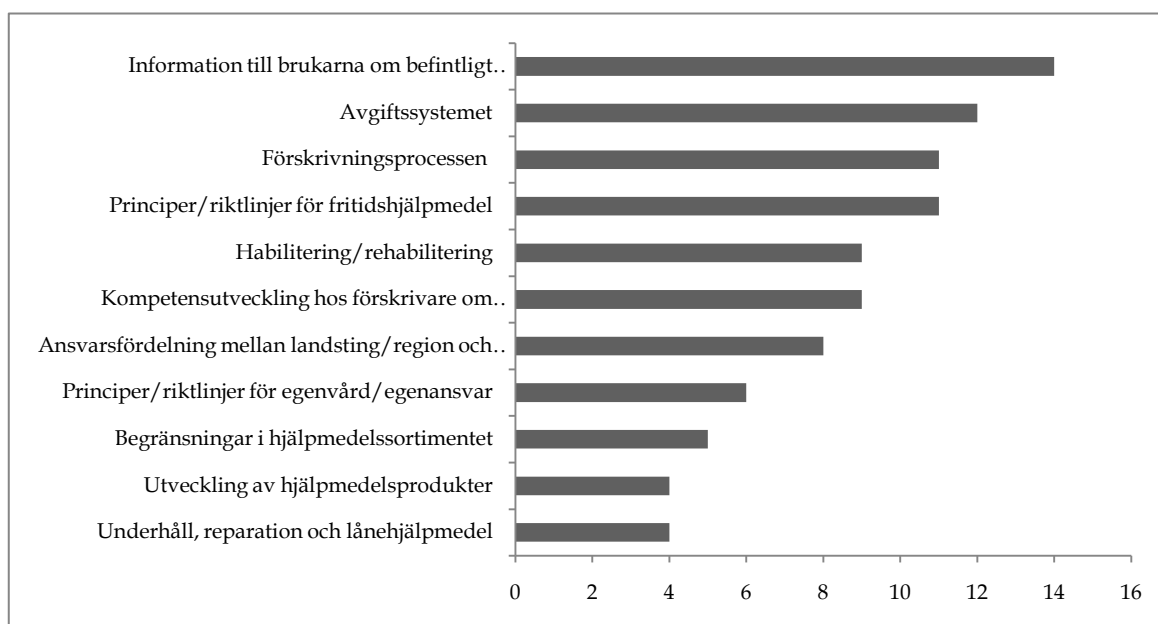
Informationen till brukare lika viktigt att förändra på länsnivå

Tillvägagångssättet för att ta reda på vilka områden som är i störst behov av förändring inom det egna länet gick till på samma sätt som på nationell nivå. Antalet som valt ett visst område har summerats ihop. Därefter har områdena rangordnats utifrån det som flest har

valt. Även på frågorna som avsåg förhållandena på länsnivå fanns möjlighet att komplettera med egna områden eller lyfta fram synpunkter som inte enkäten berört.

Som tidigare nämnts är information till brukarna om befintligt hjälpmedelssortiment det område som är i störst behov av förändring på nationell nivå. Samma uppfattning har samarbetsorganet om förhållandena i det egna länet. Två tredjedelar anser att informationen är det viktigaste området att förändra även på länsnivå. Som näst viktigast är avgiftssystemet och därefter förskrivningsprocessen respektive principerna för fritidshjälpmedel.

Diagram 2. Hjälpmedelsområden i störst behov av förändring på länsnivå



De områden som följer därefter är habilitering/rehabilitering och kompetensutvecklingen hos förskrivare om hjälpmedelssortiment. De områden som anses vara i minst behov av förändring är underhåll, reparation och tillgång till lånehjälpmedel samt utvecklingen av hjälpmedelsprodukter.

Samarbetsorganens uppfattning om vilka områden som är i behov av förändring på nationell nivå är ganska likvärdig den uppfattning de har om det egna länet. Två områden, kompetensutvecklingen hos förskrivarna samt principer/riktlinjer för fritidshjälpmedel är något viktigare på länsnivå än på nationell nivå.

Några samarbetsorgan har valt att komplettera med egna synpunkter. Som exempel nämns att det är svårt att välja ut några hjälpmedelsområden för alla är lika viktiga. Ett samarbetsorgan menar att behoven kan variera beroende på vilken förening som tillfrågas. Någon uttrycker att det generellt brister i stödet att träna in och använda förskrivet hjälpmedel. En annan kommentar är att de arbetat hårt för att få en mer flexibel tolkning av begreppet fritidshjälpmedel så att även hjälpmedel för fritid ska kunna förskrivas efter behovsbedömning. Dock utan resultat. En annan synpunkt är att problem kan uppstå om hjälpmedel ses som en del i en vårdprocess. Om vården ligger inom landstinget och förskrivningsansvaret ligger på en kommunal nivå kan det bli svåra gränsdragningar.

Brukarrepresentation i länen

Brukarrepresentationen är hög på länsnivå

Så gott som alla samarbetsorgan har representanter i ett eller flera samverkansforum inom hjälpmedelsområdet i det egna länet och/eller regionen utöver Länshandikapprådet. Tilläggas kan att inte alla län har ett Länshandikappråd. Men där finns då andra forum där hjälpmedelsfrågor avhandlas och/eller diskuteras. Endast två har svarat att de inte är representerade i något forum alls.

Merparten har representanter inom flera olika samverkansforum. Ett exempel är brukarforum och brukarråd. Några har representanter i olika former av samverkansråd och/eller hjälpmedelsråd. Det kan vara alltifrån grupper som arbetar med sortiment, upphandling, kravspecifiering till policyfrågor. Ytterligare exempel är representanter i referensgrupper, samverkansgrupper, Hjälpmedelskommittéer eller Försäkringskasseråd. Några samarbetar även i utarbetandet av policyprogram inom hjälpmedelsområdet.

I västra Götaland sitter representanter från samarbetsorganet med i Hälso- och sjukvårdsutskottet och i Hälso- och sjukvårdsnämnderna. Uppsala har ett samverkansavtal med landstinget och sitter med i olika samverkansgrupper inom landstingsberedningarna i Nord-Uppland, Uppsala-Knivsta och Enköping-Håbo.

Även Stockholms län saknar ett Länshandikappråd. I stället har samarbetsorganet en överenskommelse med Stockholms Läns Landsting om samverkan med förvaltningar till olika facknämnder och styrelser och med landstingspolitiker i Landstingsstyrelsen. Inom Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning finns ett sådant samverkansråd. Enkäten ger inte svar på möjligheten till inflytande eller påverkan i de samverkansforum som omnämnts.

Hjälpmedelsfrågor på dagordningen i Länshandikapprådet

Hjälpmedelsfrågor har varit uppe på dagordningen i Länshandikapprådet hos 15 av samarbetsorganen någon gång under de senaste två åren. Tre har svarat nej på den frågan och för två var den inte aktuell.

I vilket sammanhang hjälpmedelsfrågor aktualiseras varierar. Det kan gälla förändringar, avgifter alternativt egenansvar eller prioriteringar. Hjälpmedel är en stående punkt på mötena i en del Länshandikappråd. Ett ytterligare exempel på att frågan varit uppe på dagordningen har varit i samband med begränsningar exempelvis när det gäller dubbelförskrivning. Även service och underhåll har diskuterats. Hjälpmedelsfrågan har också varit uppe på dagordningen i samband med implementeringen av ett nytt policyprogram.

Länshandikapprådet har också varit ett forum för information om andra projekt. Ett samarbetsorgan anger att frågan varit uppe i samband med försöksverksamheten Fritt Val och i samband med förskrivningskön vid hörcentralen. I en del län är hjälpmedelsfrågor något som ofta diskuteras i andra samverkansråd som exempelvis Hjälpmedelsråd.

Avslutning och diskussion

Målsättningen med enkäten var att få veta mer om intresset och engagemanget för hjälpmedelsfrågor bland medlemsförbund, ungdomsorganisationer och samarbetsorgan. Projektet ville också få svar på vilka områden organisationerna tycker är viktigast att förändra samt få kunskap om villkoren för olika grupper i behov av hjälpmedel. Denna sammanställning är tänkt att vara vägledande för projektets framtida arbete. Förhoppningsvis kan resultaten även vara till nytta för medlemsförbund, ungdomsorganisationer och samarbetsorgan i arbetet med hjälpmedelsfrågor.

Mycket tid och resurser läggs ner på det intressepolitiska arbetet med hjälpmedelsfrågor bland organisationerna. På länsnivå är brukarrepresentationen hög i olika samverksforum. Det är bra eftersom det bidrar till en ökad samlad kunskap om olika gruppers behov, samverkan ökar också förutsättningarna att få till stånd förändringar. Det bidrar till att diskussioner och processer hålls levande och aktualiseras på dagordningen utifrån ett brukarperspektiv.

Som nämnts i inledningen fanns ingen tydlig problembild då projektet startade. Omfattningen av problem var delvis okänd men att problemen var komplexa var tydligt uttryckta från dem som var berörda. Det var alltifrån orättvisa avgifter till begränsningar av hjälpmedelssortiment. Resultaten från denna undersökning förstärker den komplexa problembilden och uppfattningen är ganska likvärdig bland organisationerna.

Alla behov kommer inte kunna tillgodoses inom ramen för projektet. Det finns behov som alltid kommer att vara specifika för olika grupper och därmed en fråga för enskilda medlemsförbund och ungdomsorganisationer att arbeta med. Projektet kan sätta fokus på och lyfta fram situationen för olika grupper utifrån ett helhetsperspektiv.

Att engagemang och intresse finns rådet det ingen tveksamhet om. Resultaten visar på att mycket arbete har lagts ned, och läggs ner, på att bevaka hjälpmedelsområdet och att reagera på utvecklingen. Det ligger också i linje med vad tidigare projekt kommit fram till.

Erfarenheterna från Samverkansprojektet (2003-2005) och Prioriteringsprojektet (2004-2007) visar att det är viktigt att mötas tidigt i processer och i rätt politiskt forum. Det som skiljer organisationernas intresse och engagemang kan vara en fråga om resurser. Det kan också handla om hur omfattande behovet av hjälpmedel är för den egna organisationens medlemmar.

Det är viktigt att fokusera på framtiden. Projektets syfte är att skapa förutsättningar för att människor med funktionsnedsättning får rätt till hjälpmedel och att kvinnor och män behandlas likvärdigt oavsett var i landet de bor. Enkäten ger inte svar på brukarnas uppfattning. Men genom att ta sikte på de områden som är eftersatta och de områden som flest anser vara viktiga att förändra är det möjligt att komma en bit på väg. Förhoppningsvis kan resultaten ge upphov till idéer till andra projekt inom området.

Bilaga 1

Fördelningen av organisationernas uppfattning om vilka hjälpmedelsområden som de anser vara i störst behov av förändring på nationell nivå.

Område	Medlems- förbund	Ungdoms- organisation	Samarbets- organ i län	Total
Information till brukarna om befintligt hjälpmedelssortiment	18	1	13	32
Habilitering/rehabilitering	15	2	11	28
Ansvarsfördelning mellan landsting/region och kommun	16	3	8	27
Förskrivningsprocessen (bedöma behov, prova ut, anpassa, träna, följa upp och utvärdera funktion och nytta)	15	1	11	27
Avgiftssystemet	11	2	11	24
Kompetensutveckling hos förskrivare om hjälpmedelssortiment	16	2	5	23
Begränsningar i hjälpmedelssortimentet	12	2	6	20
Utveckling av hjälpmedelsprodukter	11	0	3	14
Principer/riktlinjer för fritidshjälpmedel	5	0	8	13
Principer/riktlinjer för egenvård/egenansvar	5	0	4	9

**Läs mer om projektet Hjälpmedel på
Handikappförbundens webbplats**

Ett projekt med finansiering
från Allmänna Arvsfonden



Handikappförbunden, Box 1386, 172 27 Sundbyberg
www.handikappforbunden.se

Brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskriv- ning

Rapport 2 av 5



En rapport från Handikappförbunden

Projektet Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet

Text/författare: Karin Andersson

Formgivning: Marre Ahlsén

Foto: Johan Svanestrand

Utgivningsår: 2010

ISBN-nummer 978-91-86151-08-9

© Handikappförbunden

Innehåll

FÖRORD.....	4
SAMMANFATTNING.....	6
BAKGRUND TILL STUDIEN.....	7
Syftet med studien	8
Enkätundersökningen	9
HUR SER BRUKARNA PÅ SINA HJÄLPMEDEL?.....	12
Hjälpmedel	15
Uppfattningar om förskrivningstillfället	16
Hjälpmedelsprodukter och kostnader	19
Uppfattningen om möjligheten att få hjälp i olika situationer.....	22
Användningen av hjälpmedel.....	24
Nytan och betydelsen av hjälpmedel	27
AVSLUTNING OCH DISKUSSION	34
Uppföljning	35
Skillnader mellan länen.....	36
Slutsats.....	37
Bilaga 1	38

Förord

Handikappförbunden är den samlande aktören som på bred bas representerar människor med funktionsnedsättning. Vi består av flertalet rikstäckande handikapporganisationer med sammanlagt nära en halv miljon medlemmar. Våra medlemsförbund är bärare av den mest angelägna kunskapen – den egna erfarenheten. Vår uppgift är att påverka och förändra samhället så det blir tillgängligt för alla. Vi gör det genom politiskt påverkansarbete, och vi är partipolitiskt och religiöst obundna.

Handikapprörelsen har även bildat samarbetsorgan på kommunal och regional nivå. Dessa har inga organisatoriska band med Handikappförbunden, även om det finns nära samarbete.

Den här studien är en av fem inom ramen för ett treårigt projekt inom Handikappförbunden kallat "Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet". Resultaten från de fem studierna ska ligga till grund för fortsatt arbete med att öka medvetenheten om nyttan av hjälpmedel inom landsting/region och kommun. En styrgrupp och en referensgrupp är knutna till projektet.

Vi som arbetar i projektet - Karin Andersson, projektledare och Caroline Lund, hälsoekonom - vill tacka vår styrgrupp och vår referensgrupp. Med sina kunskaper och erfarenheter har de varit ett viktigt bollplank och stöd för projektet. Vi vill även framföra ett stort tack till de personer som genom sitt deltagande gjort det möjligt att genomföra studien.

Följande personer har ingått i styrgruppen:

Tommy Fröberg, Handikappförbundens kansli

Pelle Kölhed, Personskadeförbundet RTP

Elisabeth Nilsson, HSO Västerbotten

Elisabeth Wallenius, Handikappförbundens styrelse

Följande personer har ingått i referensgruppen:

Yvonne Björkman, DHR- Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Håkan Brodin, Statens Folkhälsoinstitut

Bengt Fernström, HSO Västra Götaland

Birgit Fredriksson, Riksförbundet Attention

Jonas Gumbel, Sveriges Kommuner och Landsting

Susanne Gärtner, Unga Hörsel

Helene Hjertman, Svenska audionomförbundet (Svaf)

Peter Lorentzon, Hjälpmedelsinstitutet

Christina Lundqvist, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Kerstin Westin Andersson, HSO Gävleborg

Sammanfattning

Syftet med studien är att ta del av brukares erfarenheter och uppfattning om hjälpmedelsområdet. Studien bygger på resultat från två enkäter som besvarats med sex månaders mellanrum, den första under hösten 2008 och den andra under våren 2009. Underökningen är genomförd i fyra län, Gävleborg, Kalmar, Västerbotten och Västmanland. I studien ingår 351 brukare, 55 procent kvinnor och 45 procent män. Två tredjedelar är över 65 år. Den vanligaste funktionsnedsättningen är rörelsenedsättning och vanligaste orsaken till att brukarna fått utprovat och förskrivit ett hjälpmedel är att de har fått en funktionsnedsättning.

De vanligaste hjälpmedlen som förskrivits är hörapparat, rollator och manuell rullstol och elrullstol. Mer än hälften av brukarna har tidigare erfarenhet av att använda hjälpmedel. Nästan alla som fick ett hjälpmedel förskrivet använder det. Hur ofta beror på vilken vardagssituation och vilket hjälpmedel det är. Alla som fått förskrivit hörapparater och rollatorer använder dem och gör det i hög grad. Merparten vet hur de ska använda sitt hjälpmedel och har fått möjlighet att träna i den omfattning som de behövt. Bemötandet från den personal som ska bedöma behov och informera om hur hjälpmedlen ska användas får högt betyg. Väntetiden på att få sitt hjälpmedel uppfattas som lagom lång.

Den kostnad som hjälpmedel innebär för brukaren får lägst betyg. Bland ett antal olika hjälpmedelsprodukter är det vanligast att brukaren själv får bekosta förbrukningsmaterial, förslitningsdelar och reparationer. En av sju betalar mer än 1 500 kronor för sina hjälpmedel varje år. Nästan en femtedel, 17 procent, har avstått från att köpa hjälpmedel för att de inte har råd. Det är svårast att få hjälp med habilitering/rehabilitering och allra svårast är det för de under 65 år.

Resultaten visar att de hjälpmedel som brukarna fick förskrivit är till stor nytta och används i hög grad. Nästan alla anser att hjälpmedlen har stor betydelse för trygghet och att de motsvarar deras behov. Hjälpmedlen har även stor betydelse för umgänge med andra och för vardagliga aktiviteter. Sammantaget har hjälpmedel en positiv påverkan på livssituationen. Det finns få statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män och mellan yngre och äldre när det gäller svaren på frågorna i enkäterna.

Bakgrund till studien

I den första artikeln av FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna fastslås att alla människor är födda fria och lika i värde. Sverige har satt som mål och ambition att alla människor ska ha lika värde. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ges i portalparagrafen, 2 §, uttryck för samma människosyn. Det innebär att människor med funktionsnedsättning borde ha rätt till habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för att uppnå likvärdiga villkor och förutsättningar som människor utan funktionsnedsättning.

Stora olikheter i landet inom hjälpmedelsområdet har medfört ojämlika villkor för brukare. Det är delvis ett resultat av det kommunala självstyret som ger landsting och kommun möjlighet att fatta egna beslut över hjälpmedelsområdet. Olikheterna omfattar bland annat skillnader i regelverk och avgifter mellan landsting/regioner och kommuner. Även nedskärningar, besparingar och införandet av egenavgifter på hjälpmedel har slagit hårt mot de som redan har en ansträngd ekonomi på grund av sin funktionsnedsättning.

Den tekniska utvecklingen i samhället har ökat möjligheterna för nya grupper att få tillgång till hjälpmedel. Det finns idag ett större utbud av produkter som kan vara till hjälp i vardagen. Samtidigt så släpar möjligheterna att få hjälpmedel efter för vissa brukargrupper. Hjälpmedelsområdet uppfattas som svårtillgängligt. Brukare får inte tillräcklig information om vilka hjälpmedel som finns att välja på. En del får inte tillgång till några hjälpmedel överhuvudtaget.

Det är till stor del ovanstående olikheter och orättvisor som var anledningen till att projektet startade. Från flera håll inom handikapprörelsen uttrycktes det att något borde göras inom hjälpmedelsområdet. Funktionsnedsättning, var i landet brukaren bor och vilket hjälpmedel hon eller han är i behov av, blir avgörande för livsvillkoren. Handikappförbunden anser inte att det är acceptabelt. I ett samhälle för alla är rätten till hjälpmedel ytterst en fråga om människovärde.

Handikappförbundens projekt, "Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet", genomförs i samarbete med Hjälpmedelsinstitutet och med stöd från Arvsfonden. Fokus ligger på hjälpmedel som förskrivs inom hälso- och sjukvården. Projektet är treårigt och startade den 1 februari 2008 och beräknas pågå fram till den 31 januari 2011.

Syftet med projektet är att skapa förutsättningar för att människor med funktionsnedsättning ska få rätt till hjälpmedel enligt mänskovärdesprincipen, att bra behovsbedömningar ska eftersträvas och att kvinnor och män ska behandlas likvärdigt oavsett var i landet de bor.

Projektets mål är att ta fram ett Kunskapsmaterial inom hjälpmedelsområdet som ska vara ett stöd för de organisationer som arbetar intressepolitiskt med hjälpmedelsfrågor.

Syftet med studien

Syftet med studien är att ta reda på hur brukare uppfattar förskrivningen av hjälpmedel och ta del av deras erfarenheter inom hjälpmedelsområdet. Finns det skillnader mellan kvinnor och män och mellan yngre och äldre? Resultaten kommer att ligga till grund för det fortsatta arbetet i projektet.

Frågeställningar

- Vilken/vilka hjälpmedel har förskrivits, till vem och varför?
- Hur uppfattar brukarna förskrivningen av hjälpmedel?
- Vilken åsikt har brukarna om möjligheten att få hjälp i olika situationer?
- Medför hjälpmedel kostnader för brukaren?
- Vilken nytta har hjälpmedel och hur påverkar det livssituationen?

Enkätundersökningen

Arbetet med att genomföra brukarstudien påbörjades under våren 2008. Målsättningen var att med hjälp av förskrivare (= arbetsterapeuter, sjukgymnaster, distriktssköterskor, logopedier och audionomer) nå ut till 1 000 personer. För att få ett representativt urval för landet valdes länen utifrån geografisk spridning. I samråd med Hjälpmedelsinstitutet valdes Gävleborg, Kalmar, Västerbotten och Västmanland.

Enkäternas utformning och distribution

Två enkäter togs fram i samarbete med projektets referensgrupp och styrgrupp. Statistiska Centralbyrån, SCB, anlätades för att ge synpunkter på frågeställningarna. Målgruppen för enkäten var brukare som fyllt 18 år samt att det förskrivna hjälpmedlet skulle kompensera en funktionsnedsättning som var förvärvad eller medfödd. Förskrivaren skulle överlämna enkäten i samband med att förskrivningen var klar och/eller att brukaren fått sitt hjälpmedel. De skulle samtidigt informera brukaren om att undersökningen omfattade två enkäter. De som besvarade enkäten fick välja om de ville delta och dessutom besvara en uppföljningsenkät sex månader senare. Ett företag, WSP Analys & Strategi, anlätades för att ta emot enkäterna, mata in uppgifterna och upprätta ett adressregister. De ansvarade också för att skicka ut den andra enkäten sex månader senare till de brukare som valt att delta i uppföljningen.

För att säkerställa att det var möjligt att nå ut med enkäterna genomfördes en inventering av antalet förskrivare (arbetsterapeuter, sjukgymnaster, audionomer och logopedier) som arbetade i respektive län. Därefter skickades ett informationsbrev till den politiskt ansvarige i länet. Projektet ville dels informera om studien och dels få deras godkännande till att ta direktkontakt med ansvariga verksamhetschefer. Chefernas medverkan var nödvändigt för att komma i kontakt med förskrivare eftersom det var de som skulle dela ut enkäterna till brukare. De öppenvårdsverksamheter som valdes ut var hörselvård, primärvård, habiliterings och rehabiliteringsverksamheter. Ganska snabbt fick projektet ge upp tanken på att få med logopedier eftersom det var sällan de skrev ut hjälpmedel.

Efter att projektet etablerat kontakt med verksamhetschefer och fått klartecken skickades 1 000 enkäter ut till olika verksamheter i de fyra

länen. Cirka en femtedel gick till hörselvården och resterande till övriga verksamheter, steg ett (se tabell 1). Enhetschefer och/eller avdelningschefer tog emot dem och vidarebefordrade enkäterna till förskrivare, steg två. Förskrivarna i sin tur ansvarade för att dela ut dem till brukare, steg tre. WSP Analys & Strategi tog emot svarsenkäterna, steg fyra.

Den tid som var avsatt för att dela ut enkäterna var fyra veckor. Det visade sig vara svårt att nå ut till brukarna. En orsak var att förskrivarna inte kom i kontakt med tillräckligt många personer. Tiden fick därför förlängas med ytterligare två veckor. Trots det gick det inte att få ut mer än drygt hälften, svårast var det i Gävleborg, delvis till följd av att det tog lång tid att få kontakt med ansvariga chefer på grund av omorganisation inom landstinget. Totalt delades 525 enkäter ut och 351 brukare besvarade den första enkäten. Det motsvarar en svarsfrekvens på 67 procent.

Den andra enkäten skickades till brukarna via vanlig post till de som gett sitt godkännande att delta i uppföljningen. Det var 316 brukare som valde att besvara enkät nummer två. 284 svar inkom vilket motsvarar en svarsfrekvens på 90 procent.

WSP Analys & Strategi, som var anlitat för att ta emot de båda enkäterna levererade sedan hela materialet i en datafil. Projektet ansvarar för analys och sammanställning av resultat.

Alla har inte svarat på samtliga frågor i enkäten. Det kallas i rapporten för internt bortfall. Om bortfallet överstiger tio procent så kommenteras det i texten. Endast skillnader som är statistiskt säkerställda redovisas, vilket i rapporten benämns som signifikant resultat.

Tabell 1. Tillvägagångssätt

Län	Steg 1. Enkäter skickas ut till verksamheterna	Steg 2. Chefer vidarebefordrar enkäter till forskrivare	Steg 3. Förskrivare delar ut enkäter till brukare	Steg 4. Enkäter inkommer till WSP
Gävleborg	Hörselvård, Primärvård, Habilitering/rehabilitering	230 ¹	60	52
Kalmar	Hörselvård, Primärvård, Habilitering/rehabilitering	250	125	76
Västerbotten	Hörselvård, Primärvård, Habilitering/rehabilitering	250	166	93
Västmanland	Hörselvård, Primärvård, Habilitering/rehabilitering	250	174	127
Totalt		980	525	348²

¹ I Gävleborg blev det inte möjligt att få ut 250 enkäter

² Tre personer har inte uppgivit län

Hur ser brukarna på sina hjälpmedel?

Av de 351 brukare som besvarat enkäten är 55 procent kvinnor och 45 procent män. Den yngsta är född 1992 och den äldsta är född 1910. Två tredjedelar är över 65 år, benämns i rapporten som de äldre, och en tredjedel är under 65, benämns i rapporten som de yngre. Medelåldern är 70 år, lika för kvinnor och män.

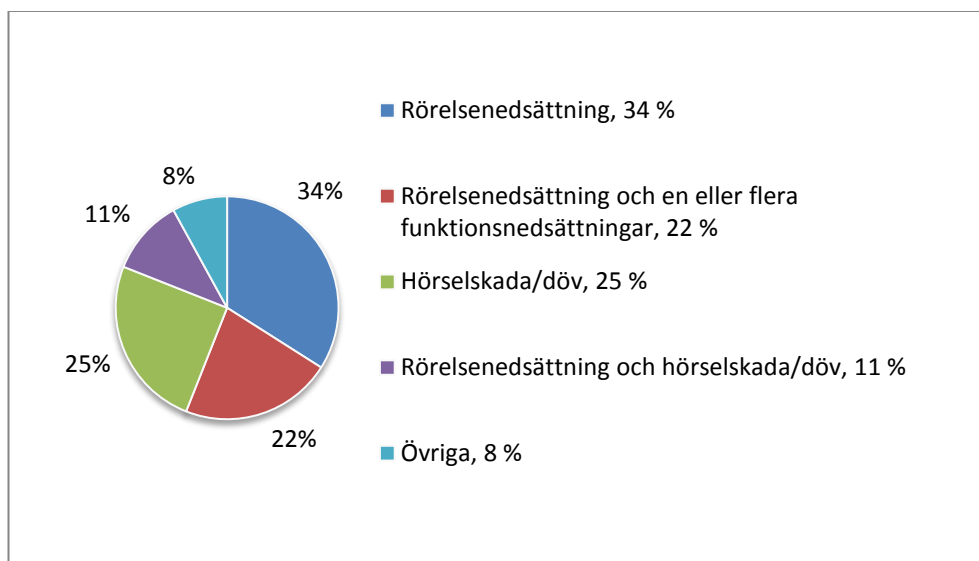
Rörelsenedsättning är den vanligaste funktionsnedsättningen bland brukarna

I samband med förskrivning, då brukaren besvarade den första enkäten, efterfrågades vilken eller vilka funktionsnedsättningar som de har. Det fanns sju alternativ att välja mellan:

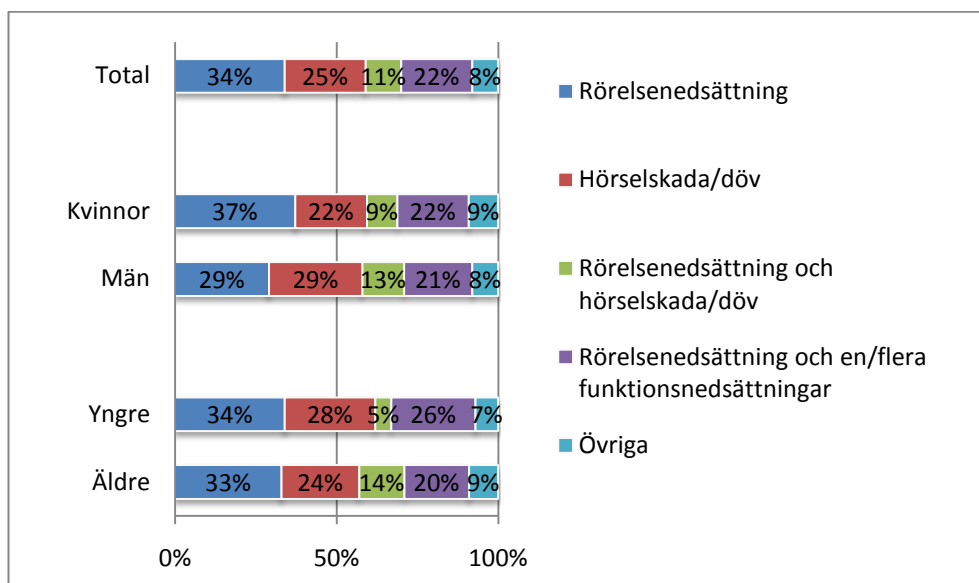
- hörselskada/döv
- kognitiv
- kommunikativ
- medicinsk
- psykisk
- rörelsenedsättning
- synskada/blind.

Rörelsenedsättning är den vanligaste typen av funktionsnedsättning, 34 procent. Det är 22 procent som har en rörelsenedsättning och ytterligare en eller flera av ovanstående funktionsnedsättningar. Det är elva procent som har både en rörelsenedsättning och en hörselskada/döv. Av resterande har 25 procent enbart en hörselskada/döv och övriga åtta procent har en eller flera av ovanstående funktionsnedsättningar. Enligt en kartläggning som projektet genomfört tidigare bland organisationerna framkom att brukare med osynliga funktionsnedsättningar, är mest eftersatta när det gäller hjälpmedel. Resultaten från denna studie visar att ytterst få brukare har svarat att de enbart har en kognitiv, kommunikativ eller en psykisk funktionsnedsättning.

Figur 1. Funktionsnedsättning bland brukarna



Figur 2. Funktionsnedsättning utifrån kön och ålder



Vanligaste orsaken till förskrivningen är att ha fått en funktionsnedsättning

För att det ska bli aktuellt med ett hjälpmedel måste det finnas ett behov. Något i en människas vardagsliv fungerar inte tillfredsställande och behöver åtgärdas på något sätt. Det kan handla om att personen har fått en funktionsnedsättning, blivit sämre i sin funktionsnedsättning eller förändrat sin boendesituation. Det är brukaren själv som uppmärksammat behovet eller någon annan närstående

eller personal inom exempelvis hemtjänst som tar kontakt med någon ansvarig i kommunen eller hälso- och sjukvården.

Nästa steg blir att en förskrivare ska göra en bedömning av vad som kan och behöver åtgärdas. Brukarna som besvarade enkäten fick uppge vilken eller vilka orsaker som gjorde att de behövde hjälpmedel just nu.

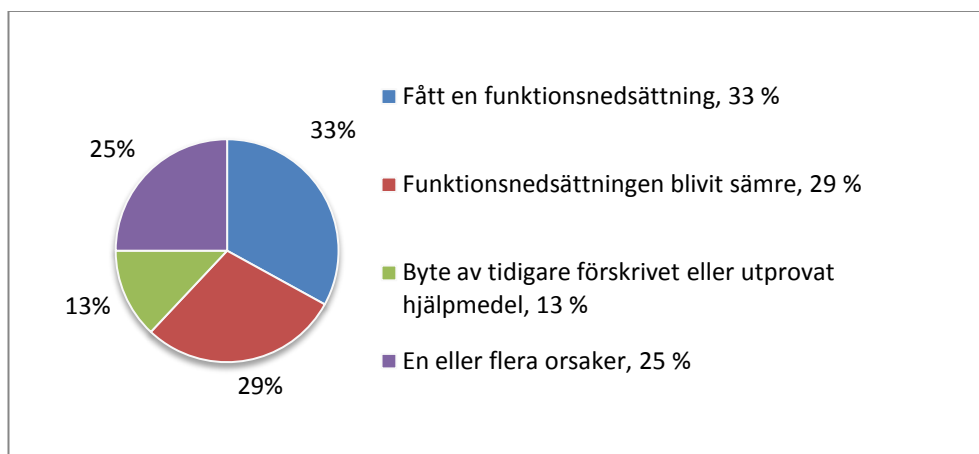
I enkäten fanns sex alternativ att välja mellan enligt nedan:

- fått en funktionsnedsättning
- funktionsnedsättningen har blivit sämre
- ny kunskap och teknikutveckling har gjort att det nu finns fler/bättre hjälpmedel
- byte av tidigare förskrivet eller utprovat hjälpmedel
- bostadssituationen/boendemiljön har förändrats
- brukaren vet inte varför hjälpmedel förskrivits nu

Det vanligaste är att brukarna³ uppgivit endast en orsak. Det är 33 procent som svarat att de fått en funktionsnedsättning och 29 procent har svarat att funktionsnedsättningen har blivit sämre. Därutöver har 25 procent uppgivit en/flera av ovanstående orsaker exempelvis att bostadssituationen förändrats, att ny teknik har medfört att det finns nyare och bättre hjälpmedel nu som de fått tillgång till. De övriga, 13 procent, har bytt ut ett hjälpmedel. Två brukare har svarat att de inte vet varför hjälpmedel har förskrivits. Det finns en signifikant skillnad mellan yngre och äldre. Det är en högre andel äldre som uppgivit som orsak att de fått en funktionsnedsättning.

³ Internt bortfall 15 procent

Figur 3. Orsaker till att brukarna träffat en förskrivare



Hjälpmedel

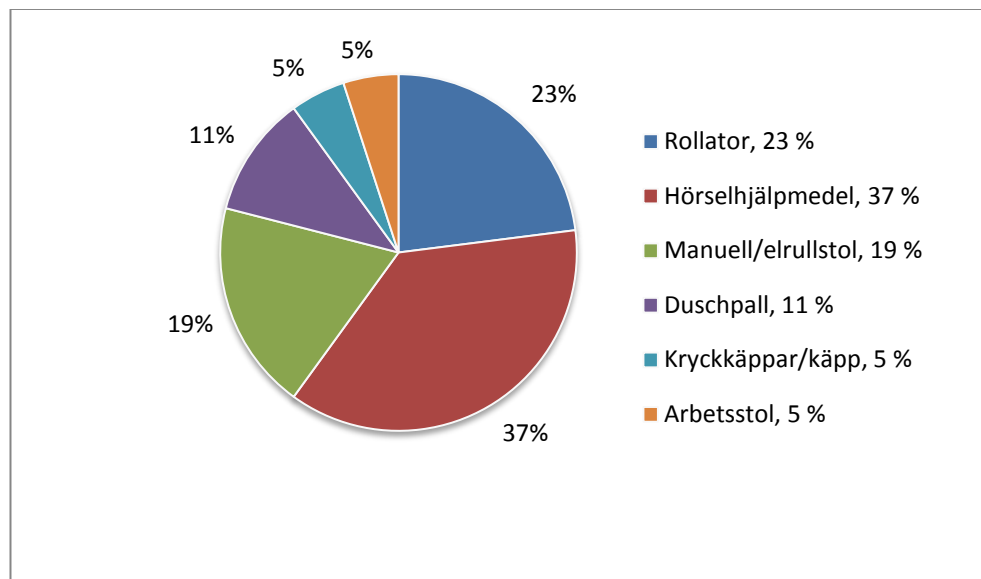
Antalet hjälpmedel och vilka som förskrivs beror delvis på vilket behov brukaren har och vilka möjligheter som finns att tillfredsställa behovet. Ibland kan ett hjälpmedel vara lösningen ibland kan det behövas flera hjälpmedel för att det ska fungera.

Det är cirka två tredjedelar av brukarna som fick ett hjälpmedel förskrivet, de övriga fick två eller flera. Alla har inte uppgivit vilket eller vilka hjälpmedel som de fick⁴. Möjliga orsaker kan vara att de inte vill, inte vet säkert vilket hjälpmedel det var, eller att de har tyckt att det varit besvärligt att redogöra för detta. Framförallt kan det gälla om brukaren fick flera hjälpmedel förskrivna vid det tillfälle då de träffade förskrivaren. En annan förklaring kan vara att de inte fick något hjälpmedel alls förskrivet.

Det var 37 procent som fick ett hörselhjälpmedel förskrivet, 23 procent fick rollatorer och 19 procent fick manuell eller elrullstol. Restande elva procent fick en duschpall, fem procent fick käpp eller kryckkäppar och fem procent fick en arbetsstol. (se fördelning över län i bilaga 1)

⁴ Internt bortfall 16 procent

Figur 4. De sex vanligaste hjälpmedlen som förskrivits



Exempel på hjälpmedel som också förekommer är griptänger, strumppådragare, sängar, dynor, lyft, handledsskydd, toalettförhöjning med mera.

Uppfattningar om förskrivningstillfället

Bemötandet från förskrivare får högt betyg

I samband med förskrivningstillfället fick brukarna besvara sex frågor⁵ som hade anknytning till just det aktuella förskrivningstillfället. De frågor som ställdes var hur nöjd respektive missnöjd brukaren var med nedanstående:

- förskrivarens bemötande
- information om hur hjälpmedlet ska användas
- förskrivarens bedömning av behov
- information om vilka alternativa hjälpmedel som fanns
- handläggningstiden
- den kostnad som förskrivningen innebar

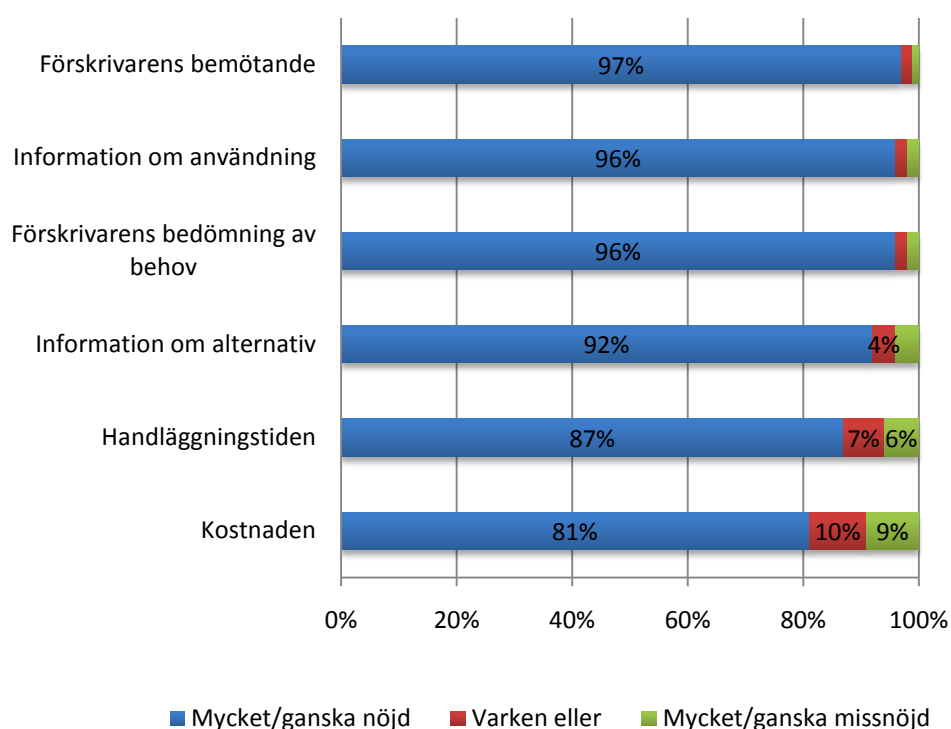
⁵ Internt bortfall som varierar mellan 8 till 14 procent på de sex frågorna.

Svarsalternativen bestod av en femgradig skala från mycket nöjd till mycket missnöjd. Ett svarsalternativ var vet inte/inte aktuellt. I redovisningen ingår bara de som valt något alternativ från mycket nöjd till mycket missnöjd. I tabellen är svarsalternativen sammanslagna till mycket/ganska nöjd, varken eller och ganska missnöjd/mycket missnöjd.

Överlag är de flesta nöjda men det varierar lite beroende på vilken frågeställning det gäller. Mest nöjda är brukarna med förskrivarens bemötande, 97 procent. Därefter är 96 procent nöjda med informationen om hur hjälpmedlet ska användas och förskrivarens bedömning av behoven. Minst nöjda är brukare med den kostnad hjälpmedelsförskrivningen innebar för dem.

Det finns en signifikant skillnad mellan yngre och äldre när det gäller handläggningstiden. Yngre är mer missnöjda än äldre. En nämnvärd skillnad, som dock inte är statistisk säkerställd, är att brukarna i Gävleborg är mest missnöjda med kostnaden. Det kan jämföras med Västerbotten där ingen har svarat att de är missnöjda med kostnaden, de är däremot mest missnöjda när det gäller handläggningstiden.

Figur 5. Brukarnas uppfattning om nöjdhet gällande förskrivningen



Bland de synpunkter som brukarna själv har skrivit ger många uttryck för att de är mycket nöjda med bemötandet. Några brukare uttrycker sig så här:

”Bara jag frågade min arbetsterapeut och sjukgymnast om hjälpmedel så fick jag inom en vecka tid för att prova ut arbetshjälpmedel och rollator. Mycket väl godkänd, MVG, till sjukvården och personalens bemötande”.

Kvinna

”Det som är negativt är att det tar lång tid att få en tid för att få hjälp. Det är lång väntetid. Bemötandet är alltid bra”.

Kvinna

”Det har varit både kunnigt, vänligt och snabbt bemötande. Jag är mycket nöjd med den hjälp jag fått både tekniskt och socialt”.

Man

"Jag tycker att det är dålig information om vad det är för hjälpmedel som finns, få vardagen, med allt vad den innebär, blir lättare. Önskar det fanns en katalog att få titta i. Det är som att gå blind på IKEA".

Man

Mer än hälften har tidigare erfarenhet av förskrivning

Av de brukare som träffade en förskrivare är det över hälften, 56 procent, som har tidigare erfarenhet av förskrivning och hjälpmedel. I enkäten fanns några frågor som bara riktade sig till de med erfarenhet. Nedanstående resultat omfattar bara brukare med tidigare erfarenhet.

Hjälpmedelsprodukter och kostnader

Förbrukningsmaterial och reparationer är vanligast att bekosta själv

Många landsting och kommuner har infört egenvårdsavgifter på vissa hjälpmedel. Det innebär att brukaren får bekosta hjälpmedlet själv. I enkäten ställdes två frågor som berörde kostnader för brukaren. Den ena handlade om vilka hjälpmedelsprodukter brukaren själv fått betala för och den andra hur mycket de uppskattar att de betalar för hjälpmedel varje år.

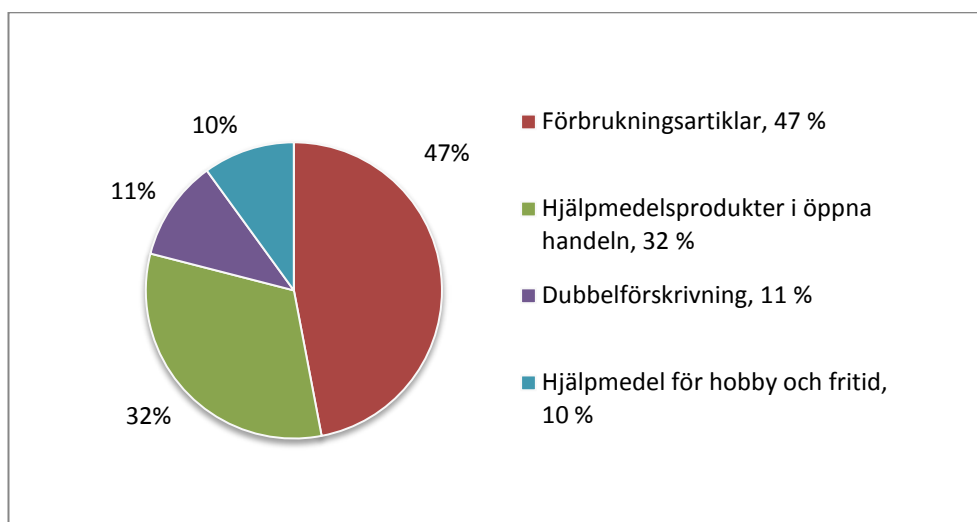
De olika produkter som fanns att välja mellan var följande:

- hjälpmedel för hobby och fritidsverksamhet, exempelvis cykel eller pulka.
- hjälpmedelsprodukter som finns att köpa i öppna handeln, exempelvis dator, handdator eller köksredskap.
- förbrukningsartiklar, förslitningsdelar och reparationer, exempelvis batterier, däck eller slang.
- dubbelförskrivning, exempelvis hjälpmedel som behöver finnas på plats i mer än en bostad.

I figuren nedan redovisas svaren på fördelningen av hjälpmedelsprodukterna. En och samma brukare kan ha valt mer än ett alternativ.

Det vanligaste svaret är att betala för förbrukningsartiklar, förslitningsdelar och reparation, 47 procent. Därefter kommer hjälpmedel som finns att köpa i öppna handeln exempelvis dator eller handdator, 32 procent. Dubbelförskrivning, kan exempelvis vara då brukaren även har ett fritidshus där hon eller han också vistas under delar av året. Det är elva procent som själva har betalat för dubbelförskrivning och tio procent för hjälpmedel på fritiden.

Figur 6. Fördelning av svaren på frågan om hjälpmedelsprodukter

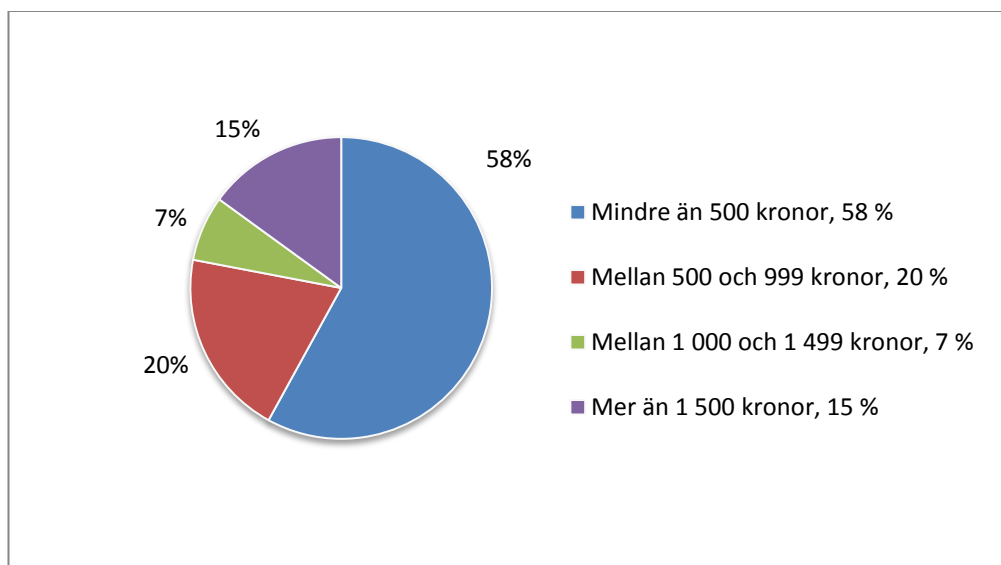


En av sju brukare betalar mer än 1 500 kronor per år för sina hjälpmedel

Det är 58 procent som uppskattar att de betalar mindre än 500 kronor per år för sina hjälpmedel och 15 procent betalar mer än 1 500 kronor varje år. Det finns signifikanta skillnader mellan yngre och äldre. Det är vanligare att yngre betalar mer än äldre. Det är många som inte besvarat denna fråga⁶.

⁶ Internt bortfall på 26 procent

Figur 7. Brukarnas hjälpmedelskostnader per år



Exempel på synpunkter gällande kostnader:

"De hjälpmedel som man kan få är högst elementära. Jag lägger ut flera tusentals kronor per år för hjälpmedel. Jag behöver många hjälpmedel med kort livslängd samt behov av vissa hjälpmedel under vissa perioder i mitt liv..."

Kvinna

"Har haft ständigt ökande behov i flera år. Tvingades att köpa krycka, senare även rollator för inne- och utomhusbruk, toasits med armstöd, duschpall, begagnad elrullstol. Tvingades till bilbyte på egen bekostnad och inköp av begagnad utrustning för bilanpassning".

Man

"Jag är sjukpensionär med låg inkomst. Jag har manuell rullstol och elrullstol. Det fungerar bra även förskrivning av hjälpmedel, men jag och alla andra med låg inkomst som har behov av hjälpmedel borde få dem kostnadsfritt. Jag hade handikappersättning tidigare".

Kvinna

"Tycker att alla län bör ha samma regler vad gällande hjälpmedel. I mitt fall har jag fått betala hyra för vad jag tycker är livskvalitet - en bra säng, vilket jag senare köpte ut. Samma sak gäller elrullstol som jag själv fått bekosta...."

Man

Uppfattningen om möjligheten att få hjälp i olika situationer

Brukarna tycker det är svårast att få hjälp med habilitering/rehabilitering

De som har erfarenhet av hjälpmedel har också erfarenhet av hur lätt eller svårt det är att få hjälp i olika situationer. Brukarna fick bedöma tio olika situationer enligt nedan:

- habilitering/rehabilitering
- möjlighet till dubbelförskrivning
- hjälpmedel för fritiden
- hjälp vid klagomål
- underhåll och reparation
- tillgång till lånehjälpmedel
- uppföljning av funktionalitet och nytta av hjälpmedel
- rådgivning inom hjälpmedelsområdet
- utprovning och anpassning
- träning i att använda hjälpmedel

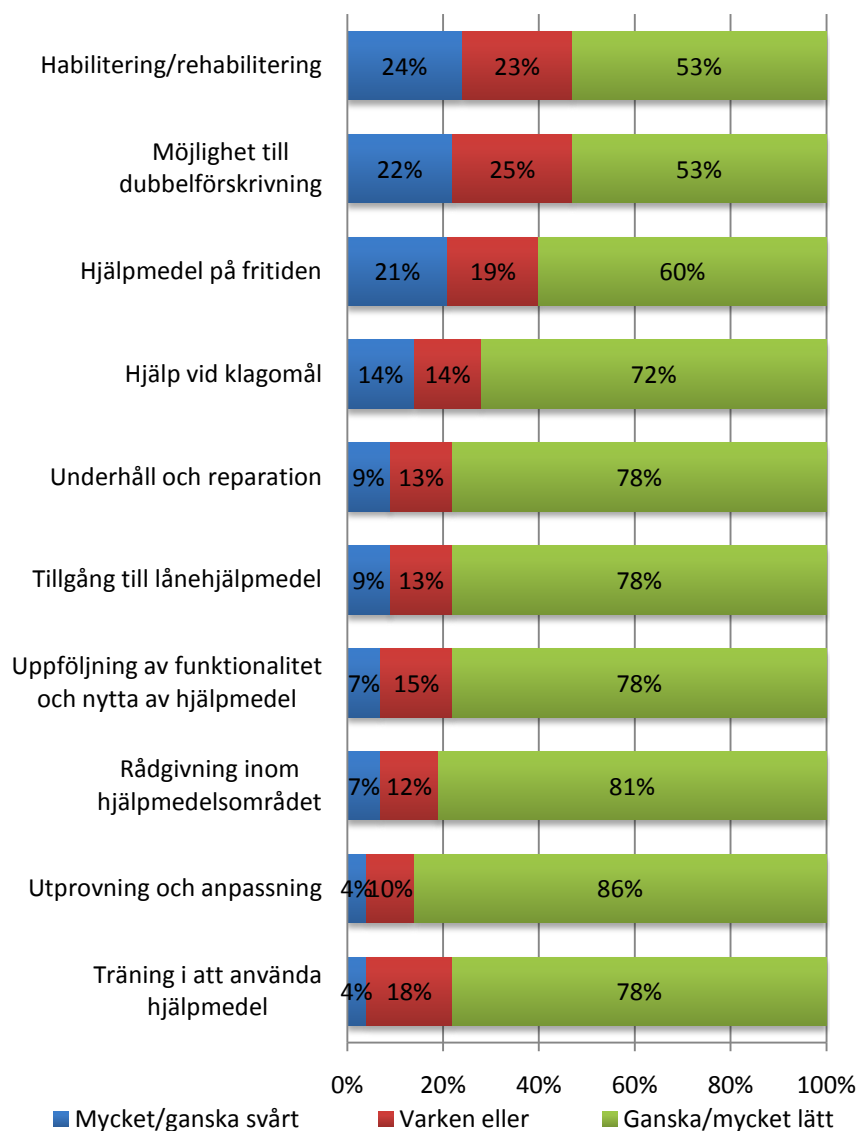
Svarsalternativen bestod av en femgradig skala från mycket svårt till mycket lätt att få hjälp. Utöver den femgradiga skalan fanns ett svarsalternativ vet inte/inte varit aktuellt. I redovisningen ingår bara de som valt alternativ från mycket svårt till mycket lätt. I tabellen är svarsalternativen sammanslagna till mycket/ganska svårt, varken eller och ganska/mycket lätt.

Svårast är att få hjälp med habilitering/rehabilitering, 24 procent, möjlighet till dubbelförskrivning, 22 procent och hjälpmedel för fritiden, 21 procent. Det är 14 procent som tycker det är svårt att få hjälp vid klagomål. Att få hjälp med utprovning och anpassning och träning i att använda hjälpmedel uppfattas inte lika svårt.

Det finns signifikanta skillnader i uppfattning mellan yngre och äldre när det gäller habilitering/rehabilitering. Yngre tycker att det är

svårare att få hjälp än äldre. En nämnvärd skillnad, dock inte statistisk säkerställd, är om man jämför olika funktionsnedsättningsgrupper. Det är framförallt brukare med rörelsenedsättning som tycker det är svårt att få hjälp med habilitering/rehabilitering.

Figur 8. Brukarnas uppfattning om möjligheterna att få hjälp inom nedanstående områden



Exempel på svårigheter:

"Det var bättre förr. När arbetsterapeuterna, på mottagningarna, till exempel provade ut och skrev ut hjälpmedel och alla slags hjälpmedel fanns samlat på ett ställe. När man genom landstinget fick sina hjälpmedel även de man fick betala för. Det är väldigt svårt som det

är nu, när man måste leta både här och där för att hitta det man behöver och när man slutligen hittat det man söker, så passar det kanske inte riktigt för att man inte fått prova innan. Det är svårt att skicka efter sådant som till exempel ortoser”.

Yngre

”Sökt stöd för bidrag till hjälpmedel många gånger, men får aldrig återkoppling. Vi får tjata, men ingen kommer med något svar eller hjälp vad vi skall göra”.

Man

Användningen av hjälpmedel

Vid uppföljningen sex månader senare skickades 316 enkäter ut. Det var endast de brukare som gett sitt medgivande till att delta i uppföljningen som fick en enkät hemskickad till sig. Av dessa inkom 284 enkäter. Brukarna fick då åter frågan vilket eller vilka hjälpmedel de fick förskrivet sex månader tidigare. Det fanns sju färdiga svarsalternativ att välja på enligt nedan:

- rollator
- duschpall
- hörapparat/hörapparater
- rullstol/elrullstol
- arbetsstol
- kryckkäppar/käpp
- övriga hjälpmedel, ange vad

Antalet rollatorer, duschpallar, arbetsstolar och kryckkäppar/käpp som uppges i samband med uppföljningen överensstämmer inte med antalet uppgivna hjälpmedel som förskrivits sex månader tidigare. Den troligaste orsaken till det är att brukaren inte minns hur det var sex månader tidigare.

I tabellen nedan redovisas antal förskrivna hjälpmedel. En och samma person kan ha fått ett eller flera hjälpmedel. Som exempel på övriga hjälpmedel nämns griptänger, strumppådragare, sängar, dynor, lyft, handledsskydd, toalettförhöjning med mera. I enkäten fanns en fråga som avsåg om brukaren hade fått något ytterligare hjälpmedel under tidsperioden på sex månader. Bland de som svarade har ett fåtal uppgivit antingen rollator, hörapparat duschpall eller rullstol.

Tabell 2. De sex vanligaste hjälpmedlen som förskrivits.

Hjälpmedel	Enkät 1 hösten 2008	Enkät 2 våren 2009	Ytterligare hjälpmedel tidsperioden mellan enkät 1 och 2
Rollator	70	86	3
Duschpall	34	63	2
Hörapparat/hörapparater	109	108	3
Rullstol/elrullstol	55	53	1
Arbetsstol	14	25	0
Kryckkäppar/käpp	15	38	1

En del brukare har kommenterat sina hjälpmedel. Exempelvis har en brukare köpt en egen rollator för att kunna gå ut och promenera och en annan har svarat att hon är beroende av rollatorn då hon går till affären och att även maken har viss nytta av den.

Hur ofta hjälpmedlen används varierar beroende på situation

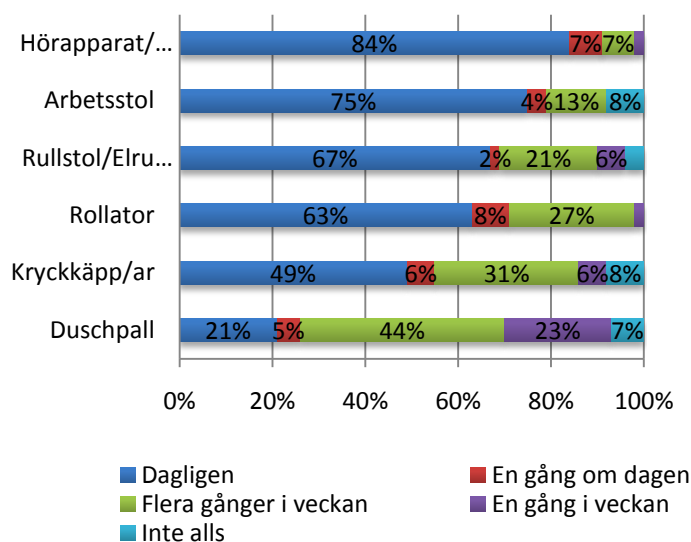
Hur ofta en brukare använder sig av sitt eller sina hjälpmedel varierar beroende på vilket eller vilka hjälpmedel det handlar om. Olika hjälpmedel fyller olika funktion i vardagen. En duschpall används troligtvis bara då brukaren ska duscha till skillnad från en hörapparat som brukaren kan förväntas ha i örat större delen av den vakna tiden på dygnet eller då de umgås med andra. När det gäller hjälp-

medel som används vid förflyttning, såsom rollator, rullstol eller kryckkäppar, så används de olika mycket beroende på vad brukaren gör under sin vakna tid på dygnet. De svarsalternativ som fanns att välja på när det gäller användningen var enligt nedan:

- dagligen
- en gång om dagen
- flera gånger i veckan
- en gång i veckan
- inte alls
- vet inte/inte aktuellt.

I tabellen nedan redovisas hur ofta de hjälpmedel som förskrivits används. En och samma brukare kan ha fått mer än ett hjälpmedel och uttalat sig om flera hjälpmedel. I figuren redovisas de som valt något av alternativen från att använda sitt hjälpmedel dagligen till att inte använda det alls.

Figur 9. I vilken omfattning används de förskrivna hjälpmedlen?



Alla som fått förskrivet hörapparater och rollatorer använder dem och gör det i hög grad. Så gott som alla använder övriga hjälpmedel.

Det är endast tre procent som svarat att de inte alls använder något av ovanstående sex hjälpmedel.

Nästan en femtedel avstår från att köpa hjälpmedel för att de inte har råd

Även i samband med uppföljningen fick brukarna besvara frågor som handlade om kostnader för hjälpmedel, inte bara kostnader som avsåg förskrivningstillfället. 17 procent har avstått från att köpa hjälpmedel för att de inte har råd. Som exempel på hjälpmedel som brukare betalat för själv, nämns köksredskap, hörselhjälpmedel, anpassad bil, elrullstol, dator/datatillbehör och rollator med mera. Det finns en signifikant skillnad mellan yngre och äldre. Det är vanligare att yngre har avstått för att de inte har råd.

En del har haft åsikter om ekonomi, exempelvis:

"Har fått ny hörapparat - funkar ganska bra. Även FM-sändare funkar också ganska bra, men skulle behöva mer hjälpmedel såsom larm till brandvarnare. Skulle inte höra om det larmar på natten. Är ofta ensam, men på hörcentralen sägs att man får bekosta det själv - har inte ekonomi till det"

Yngre

"Pengarna räcker inte till"

Yngre

Nyttan och betydelsen av hjälpmedel

Nästan alla tycker att hjälpmedel har stor betydelse för tryggheten

För brukare som är i behov av och får tillgång till hjälpmedel ökar förutsättningar att kunna leva ett liv med god livskvalitet. Hjälpmedel ger möjlighet till delaktighet och inflytande i samhället.

I enkäten fanns fem frågor som handlade om vad de hjälpmedel som brukarna fick förskrivet betyder för dem⁷. Svarsalternativen var på en skala från ett till tre; ja mycket, ja ganska mycket, ja men bara lite. Därutöver fanns alternativen, nej och vet inte/inte varit aktuellt. Re-

⁷ Internt bortfall på mellan 12 till 19 procent på de fem frågorna.

sultaten avser bara de som valt något ja alternativ respektive nej. I tabellen är svarsalternativen sammanslagna till ja mycket/ganska mycket, ja men bara lite och nej. Frågorna om vad hjälpmedlen betyder för brukaren var enligt nedan:

- för tryggheten
- om det motsvarar behovet
- om det ökar arbetsförmågan
- underlättar vardagliga aktiviteter
- underlättar umgänget med andra

När det gäller hjälpmedlens betydelse för ökad arbetsförmåga och att umgås med andra ingår rollator, hörapparat, rullstol/elrullstol, arbetsstol och kryckkäpp men inte duschpall i analysen eftersom det inte är relevant för arbetsförmåga och umgänge.

Resultaten visar att hjälpmedel har stor betydelse för hur trygg brukaren känner sig. Det är 89 procent som har svarat ja, mycket/ganska mycket och åtta procent har svarat bara lite på frågan om trygghet. Resterande tre procent har svarat nej. Av de som svarat nej är samtliga kvinnor. Skillnaden är inte signifikant och det rör sig om alltför få brukare för att dra några slutsatser om vad det kan bero på.

Som tidigare nämnts var så gott som alla nöjda med förskrivarens bedömning av behovet. Det får stöd även i samband med uppföljningen då 88 procent tycker att de hjälpmedel som de fick förskrivet motsvarar behovet. Nio procent har svarat bara lite och tre procent har svarat nej.

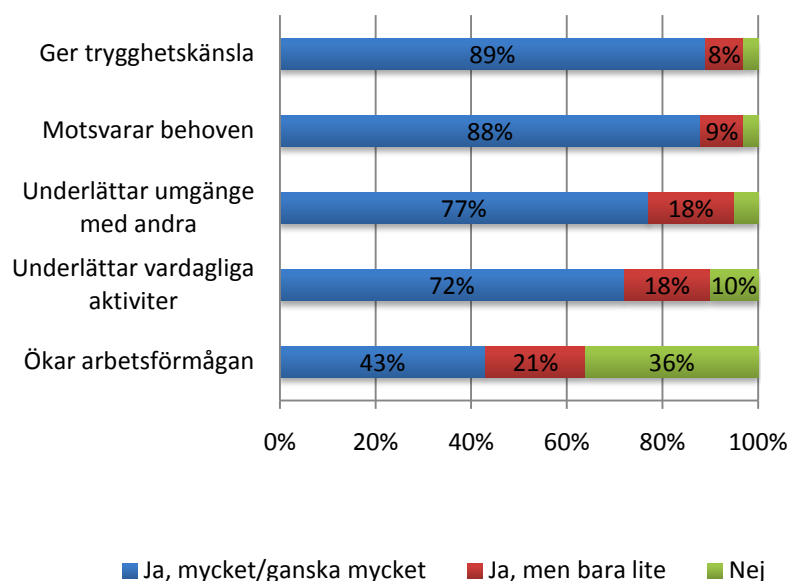
När det gäller brukarens uppfattning om de hjälpmedel som de fick underlättar umgänge har 77 procent svarat att hjälpmedel underlättar umgänge mycket/ganska mycket. Det är något färre än på de två ovanstående frågorna. En viss betydelse för hur brukarna svarar är det sociala sammanhang där de befinner sig i och behovet av att umgås med andra människor. 18 procent har svarat ja men bara lite och fem procent har svarat nej.

Det är 72 procent av brukarna som anser att de hjälpmedel som de fick underlättar vardagliga aktiviteter. 18 procent har svarat bara lite och resten, tio procent har svarat nej.

På frågan om hjälpmedlet ökar arbetsförmåga har 43 procent svarat ja, mycket/ganska mycket, 21 procent har svarat ja men bara lite och 36 procent har svarat nej. Det finns ingen skillnad i hur de som är under respektive över 65 år har svarat. Men det är fler, än på de övriga frågorna, som valt svarsalternativet, vet inte/frågan är inte aktuellt och det interna bortfallet är också störst på denna fråga. Det kan vara en förklaring till att det är en lägre andel som anser att hjälpmedlet har betydelse för att öka arbetsförmågan, då inte ålder förklarar skillnaden.

Det finns inga signifikanta skillnader mellan ålder eller funktionsnedsättning på någon av frågeställningarna men mellan kvinnor och män. Kvinnor uppfattar inte att hjälpmedel underlättar arbetsförmågan i samma utsträckning som män.

Figur 10. Betydelsen av hjälpmedel för brukarna



De synpunkter som brukarna lyfter fram i de öppna svaren handlar framförallt om nyttan av de hjälpmedel som de fick. De har även synpunkter på bemötandet, svårigheter, ekonomi och behov.

Exempel på synpunkter gällande nyttan av hjälpmedel:

"Hjälpmedlen betydde oerhört mycket för mig under den tid jag behövde dem. Jag hade varit hjälplös utan dem. Jag fick låna både rullstol och arbetsstol och hade stor glädje av båda. Dock hade jag klarat mig med enklare modeller/utföranden och hellre fått dem snabbare. En annan "patient" hade dock kanske gjort helt andra erfarenheter".

Yngre

"Förutsättningen för mig att kunna vistas hemma i bostaden, är att jag har mina hjälpmedel. Kan komma ut och träffa folk, vara med på olika aktiviteter. Rollator och elrullstol är ovärderliga i närområdet. Jag har inte varit på någon längre resa och haft elrullstolen med ännu".

Man

"Har blivit mycket bättre. Hjälpmedlen har varit till stor hjälp. Vill behålla dem. Kan bli sämre".

Äldre

"Jag har mina hörapparater. De ger mig livskvalitet. Jag fungerar bra med dem..."

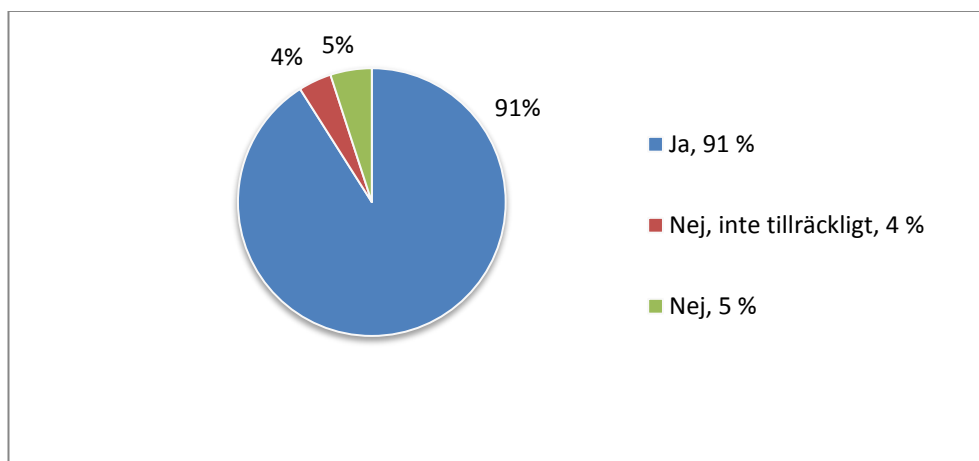
Kvinna

Användning, träning och leveranstid av hjälpmedlet

När en brukare har fått sitt eller sina hjälpmedel är det viktigt att de vet och förstår hur hjälpmedlen ska användas så att de kommer till nytta. Det är oftast förskrivaren som ger den instruktionen. Ibland behövs träning och olika hjälpmedel kan vara olika svåra att hantera. Brukarna fick även uttala sig om de vet hur de ska använda sitt/sina hjälpmedel, om de fick träna tillräckligt och hur de uppfattade väntetiden från utprovning till leverans.

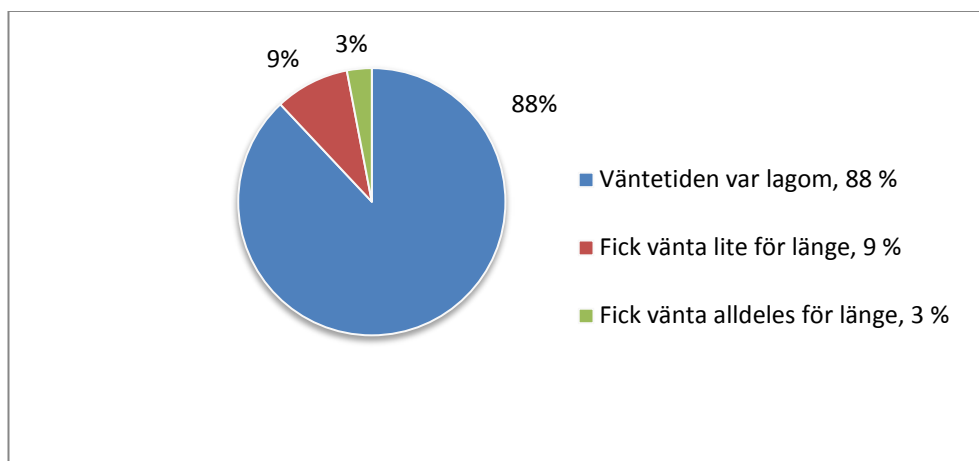
Det är 99 procent som har svarat att de vet hur de ska använda sitt eller sina hjälpmedel. Utöver det har 91 procent fått möjlighet att träna med sitt hjälpmedel i den omfattning de önskat. De övriga har inte fått träna tillräckligt, fyra procent. Fem procent har inte fått träna alls.

Figur 11. Möjlighet att träna tillräckligt med sitt eller sina hjälpmedel



Beroende på vilket eller vilka hjälpmedel som förskrivs kan det bli aktuellt att göra olika anpassningar av hjälpmedlet för att det ska passa den som ska använda sig av det. Det kan innebära att brukare får vänta innan de får sitt hjälpmedel. Det är 88 procent som anser att väntetiden från utprovning till leverans varit lagom lång. Resterande nio procent anser att de fick vänta lite för länge och tre procent tycker att de fick vänta alldeles för länge.

Figur 12. Väntetiden från utprovning till leverans av hjälpmedel/hjälpmödeln



Exempel på synpunkter:

”Jag utprovar för närvarande möjligt kommunikationshjälpmedel, men det tar väldigt lång tid. Startade i september 2008, men har ännu inte fått/hittat något lämpligt! Under tiden försämras min förmåga att handskas med eventuella hjälpmedel, bland annat på grund av brist på adekvat träning”.

Äldre

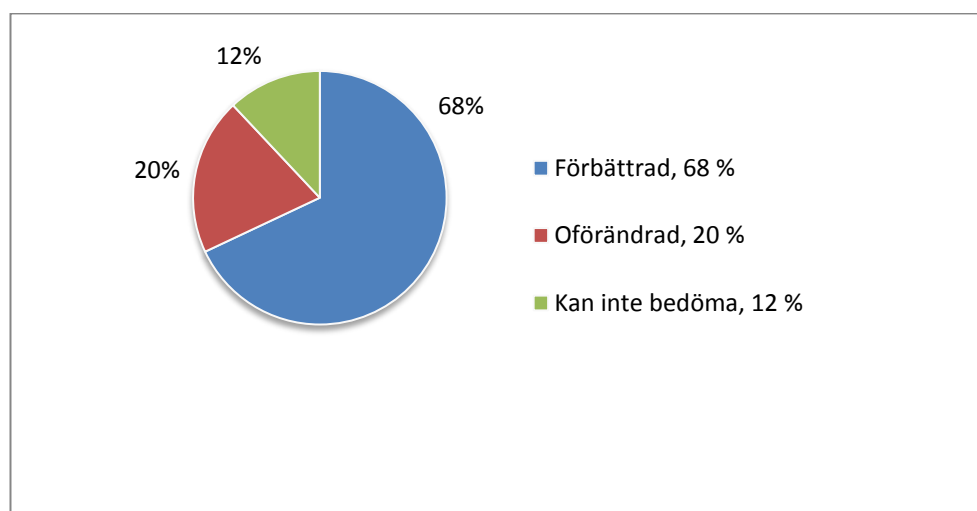
”Svårigheter att få en personligt anpassad rullstol utprovad. Väntetiden efter besök av arbetsterapeut till dess hjälpmedlet är till förfogande för mottagaren är alldeles för lång. Väntetiden kan vara upp till två månader”.

Man

Hjälpmedel har en positiv påverkan på livssituationen

Det är 68 procent av brukarna som tycker att de fått en förbättrad livssituation sedan de fick sitt hjälpmedel för sex månader sedan. Resterande 20 procent tycker att livssituationen är oförändrad och tolv procent kan inte bedöma om hjälpmedlet påverkat livssituationen. Det finns inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män eller yngre och äldre.

Figur 13. Hjälpmedels påverkan på livssituationen



Avslutande synpunkter:

"Jag tycker det är bra att få ett hjälpmedel när man behöver det. Min rullator är jag väldigt glad för att ha när det inte riktigt fungerar att gå riktigt. Tack"

Kvinna

"Jag är MS-sjuk sedan 20 år tillbaka. Jag har allt sedan jag började få lov att använda hjälpmedel fått mycket bra information och hjälp av terapeuten i Västerås. Jag lever ett bra liv, trots mitt handikapp. Är utåtriktad och glad och nöjd".

Kvinna

Avslutning och diskussion

Brukarna som ingår i denna studie kommer från olika verksamheter i fyra län och resultaten bygger på de erfarenheter som de har av besök inom hörselvård, primärvård och habilitering/rehabilitering. Vilka är då brukarna i denna undersökning?

Det är framförallt brukare med rörelsenedsättning eller hörselskada/döv. De vanligaste hjälpmedel som brukarna fick förskrivet är hörapparat, rollator, manuell/elrullstol, duschpall, kryckkäppar/käpp och arbetsstol. Orsakerna till att de träffade en förskrivare var att de fått en funktionsnedsättning eller att deras funktionsnedsättning blivit värre. Om man ser till brukarnas funktionsnedsättningar så kan man anta att de hjälpmedel som förskrivits till stor del täckt in deras behov. Resultaten visar att 96 procent är nöjda med förskrivarens bedömning av deras behov och 88 procent anser att de hjälpmedel som de fick förskrivet motsvarar behovet.

Enligt Hjälpmedelsinstitutet har den allmänna teknikutvecklingen i samhället medfört en produktutveckling inom hjälpmedelsområdet. Tillsammans med ny kunskap och metodutveckling har det medfört nya möjligheter att tillhandahålla hjälpmedel för nya brukargrupper.

I den kartläggning som projektet tidigare genomfört bland Handikappförbundens organisationer identifierades brukargrupper som är eftersatta när det gäller hjälpmedel. De eftersatta brukargrupperna är de med "osynliga" funktionsnedsättningar, såsom kognitiva, kommunikativa eller psykiska funktionsnedsättningar. Andra är brukare med läs- och skrivsvårigheter, stamning och elöverkänslighet med mera. Denna studie visar på att det är ovanligt att förskrivare har kommit i kontakt med brukare med den typen av funktionsnedsättningar. Information och utbildning av förskrivare är nödvändigt för att de ska få kunskap om de nyare hjälpmedlen som finns. Om inte detta sker blir konsekvensen att när de nya grupperna möter en förskrivare så kommer brukaren inte att få hjälp.

Handikappförbunden ser positivt på produktutvecklingen och möjligheterna för fler att få tillgång till hjälpmedel men anser att det återstår mycket innan alla brukargrupperns behov kan tillfredställas.

Att ha behov av hjälpmedel innebär kontakter med kommun och landsting. För den som är "hjälpssökande" är bemötande från hälso- och sjukvårdens personal av oerhörd stor betydelse. Bemötande handlar mycket om personalens förmåga till inlevelse och att de visar respekt för den person som de möter. Hur det mänskliga mötet mellan förskrivare och brukare blir är en viktig faktor för hur brukaren kommer att uppleva förskrivningssituationen. Överlag är brukarna nöjda med både bemötande, information om användning, bedömning av behov och information om alternativa hjälpmedel och förskrivarna får högt betyg.

Uppföljning

Ett område som ligger inom förskrivarens ansvar är uppföljning av funktionalitet och nytta av hjälpmedel. Det är i samband med det som eventuella hjälpmedel som inte används skulle kunna tas tillbaka och återanvändas. För att återlämning av hjälpmedel ska fungera måste det finnas rutiner och riktlinjer inom kommuner, landsting/regioner. Det kan inte vara brukarens ansvar att se till att det finns rutiner för detta. I de personliga möten som projektet haft med brukare uttrycks ofta att de inte vet var de ska lämna tillbaka sina hjälpmedel och att ingen verkar bry sig.

De brukare som besvarat enkäten har gett förskrivarna högt betyg men är däremot inte lika nöjda med kostnaden och handläggningstiden. Det är 15 procent av brukarna i studien som har kostnader på mer än 1 500 kronor per år. Det är bekymmersamt med tanke på att många redan har merkostnader på grund av sin eller sina funktionsnedsättningar. Kostnader är en politisk fråga. Handikappförbunden anser att ingen ska behöva ha merkostnader för hjälpmedel.

Att inte lika stor andel är nöjda med handläggningstiden kan bero på att det är flera aktörer som är inblandade och att det därför kan dra ut på tiden när fler ska samarbeta eller flera insatser samordnas. De yngre är mer missnöjda med handläggningstiden och kostnaderna. De yngre svarande har också högre kostnader vilket är en trolig förklaring till missnöjet.

Andra områden som brukarna uppfattar som svårt att få hjälp med är habilitering/rehabilitering, dubbelförskrivning och hjälpmedel för fritiden. Handikappförbundens åsikt är att människor med funk-

tionsnedsättning ska ha samma rätt och möjligheter som andra att delta i kultur- och fritidsaktiviteter.

För att habilitering/rehabilitering ska fungera krävs ett helhetsperspektiv på brukarens livssituation. Område habilitering/rehabilitering innebär ofta att olika enheter och huvudmän ska samverka. De erfarenheter som projektet tagit del av, i andra sammanhang, är att helhetsperspektivet saknas. Hjälpmedel ses som en produkt, vilken som helst, och inte som en del i en vård- och rehabiliterings kedja. Det är något som politiker måste bli mer uppmärksamma på för att det ska bli en förändring i synsätt.

Skillnader mellan länen

Den utveckling som sker inom hjälpmedelsområdet i Sverige visar att en del län har blivit mer restriktiva när det gäller hjälpmedel. En del hjälpmedel förskrivs inte längre och det har blivit svårare att få tillgång till hjälpmedel för fritidsaktiviteter och dubbelförskrivning. Det innebär att boendeort och vilken slags hjälpmedel brukaren behöver blir avgörande för hennes eller hans livssituation. Resultaten i denna studie visar att det finns skillnader mellan antalet olika hjälpmedel som förskrivits i de fyra länen men det är svårt att dra slutsatser utifrån detta material. Det skulle behövas fler och fördjupade studier för att ge en rättvis bild. Så länge det kommunala självstyret ger politiker rätten att fatta egna lokala beslut över hjälpmedelsområdet så kommer den utvecklingen troligtvis att fortsätta.

Flera av resultaten styrker att hjälpmedel har en positiv påverkan på brukarnas livssituation. Det är positivt och ligger i linje med Handikappförbundens åsikt att människor med funktionsnedsättning ska ha rätt till samma möjligheter att leva ett liv med god livskvalitet. Det innebär att vara delaktig och ha inflytande i samhället och över sitt eget liv. Hjälpmedel är för många det som skapar förutsättningar för att uppnå detta. Resultaten från denna studie visar att nyttan av hjälpmedel är stor. De flesta brukare anser att hjälpmedel motsvarar behovet och känner sig trygga med sitt hjälpmedel. De vet hur det ska användas och använder sig av det i hög grad.

Som nämnts ovan har denna studie inte fångat in alla brukargrupper som är i behov av hjälpmedel. I en framtida utveckling är det Handikappförbundens förhoppning att alla ska få tillgång till hjälpmedel utifrån sina behov. Om alla brukargrupper vore representerade i

studien skulle nyttan av hjälpmedel med största sannolikhet ge samma resultat.

Om studien hade omfattat fler brukare hade ytterligare åldersindelningar kunnat analyseras. Ålder har betydelse för de erfarenheter och åsikter en brukare har. Att klassificera brukare som yngre och äldre är en grov indelning eftersom respektive åldersgrupp i sig även innebär olika livsfaser. Inom respektive åldersgrupp skulle också eventuella skillnader mellan kvinnor och män kunna identifierats.

Slutsats

Slutsatsen är att de hjälpmedel som brukarna har fått förskrivna är till stor nytta, används i hög grad och uppfyller de behov som finns. Missnöjet handlar om kostnader, om att hjälpmedel inte förskrivs och svårigheter att få hjälp i vissa situationer. Att komma tillrätta med det och få en förändring till stånd kräver andra politiska beslut och prioriteringar. Om den negativa trenden fortsätter så strider det emot principen för mänskliga rättigheter, där fastslås att alla människors behov är lika viktiga. Den principen ska ligga till grund för hur ett samhälle utformas.

Bilaga 1

Förskrivna hjälpmedel utifrån län

Län	Hörsel hjälpmedel	Rolla- tor	Manu- ell/elrul lstol	Dusch- pall	Kryckkäp- par/käpp	Arbets- stol
Gävleborg	29	3	9	1	4	1
Kalmar	22	23	8	7	6	1
Västerbotten	27	17	15	16	1	6
Västmanland	31	26	23	10	4	6
Total	109	69	55	34	15	14

**Läs mer om projektet Hjälpmedel på
Handikappförbundens webbplats**

Ett projekt med finansiering
från Allmänna Arvsfonden



Handikappförbunden, Box 1386, 172 27 Sundbyberg
www.handikappforbunden.se

Kostnader och effekter vid hjälpmedelsförskrivning

Rapport 3 av 5



En rapport från Handikappförbunden

Projektet Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet

Ett projekt med finansiering
från Allmänna Arvsfonden



Text/författare: Caroline Lund

Formgivning: Marre Ahlsén

Foto: Claes Herrlander

Utgivningsår: 2010

ISBN-nummer 978-91-86151-09-6

© Handikappförbunden

Handikappförbunden, Box 1386, 172 27 Sundbyberg
www.handikappforbunden.se

Innehåll

FÖRORD	4
SAMMANFATTNING	6
DEFINITIONER	7
BAKGRUND TILL STUDIEN	9
Handikappförbundens hjälpmedelsprojekt	10
Syftet med studien	13
Enkätundersökningen	13
HUR UPPFATTAR BRUKARNA SIN LIVSKVALITET OCH VAD BLIR KOSTNADEN?	16
Vilka hjälpinsatser finns?	16
Hälsorelaterad livskvalitet	17
Problem i det vardagliga livet	23
Hur hjälpmedel kan påverka livssituationen	24
Kostnader och kostnadseffektivitet	25
AVSLUTNING OCH DISKUSSION	29
Effekter av hjälpmedel	29
Perspektiv på studien	31
Fortsatta studier	33
Slutsats	34
FIGURFÖRTECKNING	35
REFERENSER	36

Förord

Handikappförbunden är den samlande aktören som på bred bas representerar kvinnor och män med funktionsnedsättning. Vi består av flertalet rikstäckande handikapporganisationer med sammanlagt nära en halv miljon medlemmar. Våra medlemsförbund är bärare av den mest angelägna kunskapen – den egna erfarenheten. Vår uppgift är att påverka och förändra samhället så det blir tillgängligt för alla. Vi gör det genom politiskt påverkansarbete, och vi är partipolitiskt och religiöst obundna.

Handikapprörelsen har även bildat samarbetsorgan på kommunal och regional nivå. Dessa har inga organisatoriska band med Handikappförbunden, även om det finns nära samarbete.

Den här studien är en av fem inom ramen för ett treårigt projekt inom Handikappförbunden kallat "Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet". Resultaten från de fem studierna ska ligga till grund för fortsatt arbete med att öka medvetenheten om nyttan av hjälpmedel inom landsting/region och kommun. En styrgrupp och en referensgrupp är knutna till projektet.

Vi som arbetar i projektet - Karin Andersson, projektledare och Caroline Lund, hälsoekonom - vill ge ett varmt tack till styrgrupp och referensgrupp. Med sina kunskaper och erfarenheter har de varit ett viktigt bollplank och stöd för projektet. Vi vill även framföra ett stort tack till de personer som genom sitt deltagande gjort det möjligt att genomföra studien.

Följande personer har ingått i styrgruppen:

Tommy Fröberg, Handikappförbundens kansli

Pelle Kölhed, Personskadeförbundet RTP

Elisabeth Nilsson, HSO Västerbotten

Elisabeth Wallenius, Handikappförbundens styrelse

Följande personer har ingått i referensgruppen:

Yvonne Björkman, DHR- Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Håkan Brodin, Statens Folkhälsoinstitut

Bengt Fernström, HSO Västra Götaland

Birgit Fredriksson, Riksförbundet Attention

Jonas Gumbel, Sveriges Kommuner och Landsting

Susanne Gärtner, Unga Hörsel

Helene Hjertman, Svenska audionomförbundet (Svaf)

Peter Lorentzon, Hjälpmedelsinstitutet

Christina Lundqvist, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Kerstin Westin Andersson, HSO Gävleborg

Sammanfattning

Syftet med studien har varit att mäta samhällets kostnader vid nyförskrivning av hjälpmedel och vilka effekter hjälpmedel har för människor med funktionsnedsättning.

Studien består av en förstudie och en efterstudie, där en grupp informanter har fått svara på enkäter vid två tillfällen. Detta för att det ska vara möjligt att mäta eventuella skillnader i hälsorelaterad livskvalitet och för att mäta om livskvaliteten förbättras av att de använder förskrivna hjälpmedel. De hjälpmedel som har ingått i kostnadseffektanalysen är hörapparat, rollator, manuell respektive eldriven rullstol.

Effekterna för individen har mätts med hjälp av det hälsorelaterade livskvalitetsinstrumentet EuroQol 5-dimensions (förkortas EQ-5D). För att mäta i vilken utsträckning problem som orsakas av funktionsnedsättningen påverkar det dagliga livet har instrumentet Problem impact rating scale (förkortas PIRS) använts.

Resultatet påvisar inte några signifikanta skillnader mellan basmätningen och uppföljningen. Detta beror på att informanterna har olika förutsättningar som i sin tur relateras till livskvalitetsinstrumentet i olika utsträckning. Det behövs fler studier på området för att kunna fastställa att det är effekter av hjälpmedlet som mäts. Det behöver också göras kartläggningar av vilka kostnader som är aktuella. Idag skiljer sig detta åt mellan brukare, men även beroende på var i landet hjälpmedlet förskrivs.

Studiens slutsats är att det i de flesta fall är kostnadseffektivt att förskriva de hjälpmedel som är aktuella i denna studie, även vid en liten uppmätt effekt.

Definitioner

Basmätning. Basmätningen sker i denna studie när informanterna svarar på den första enkäten. Basmätningen utgör en förstudie.

Effekter. Effekter syftar i denna rapport på hälsovinster (förbättringar i livskvalitet), utifrån mätningar som är gjorda med hjälp av enkätinstrument.

EuroQol 5-dimensions (förkortas EQ-5D). EQ-5D är ett mått som syftar till att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Livskvaliteten mäts i fem dimensioner vilka motsvarar fem frågeområden: Rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor och besvär samt rädsla och nedstämdhet. Graden av begränsning beräknas i tre nivåer i varje dimension: Inga, måttliga eller svåra begränsningar¹. EQ-5D kan användas för att generera Quality-adjusted life-years (QALY).

Hälsoekonomi. Hälsoekonomi tillämpar frågeställningar inom hälso- och sjukvården med hjälp av metoder och verktyg från den ekonomiska vetenskapen. Frågeställningarna och den ekonomiska analysen används för att mäta förhållanden med anknytning till människors hälsa².

Kostnadseffektanalys. Kostnadseffektanalys beräknar effekter av hjälpinsatser. En kostnadseffektanalys beräknar alltså vilken insats som ger den lägsta samhällsekonomiska kostnaden³.

Kostnadseffektivitet. Kostnadseffektivitet är förhållandet mellan kostnad och hälsovinst³. Socialstyrelsen anger nivåer för kostnaden per Quality-adjusted life-years (förkortas QALY, se förklaring nedan) i sina riktlinjer. Enligt dessa riktlinjer är låg under 100 000 kronor, måttlig mellan 100 000 och 500 000 kronor, hög mellan 500 000 och en miljon kronor. Mycket hög kostnad per QALY är över en miljon kronor.

Känslighetsanalys. Känslighetsanalys innebär i denna rapport en prövning av hur nya värden för kostnader och effekter påverkar kostnadseffektiviteten.

Medianvärde. Medianvärdet är det mellersta värdet i en grupp av värden.

Problem impact rating scale (förkortas PIRS). PIRS är en skala som anger i vilken utsträckning problem som orsakas av en

funktionsnedsättning påverkar det dagliga livet. Skalan är en så kallad VAS-skala (se förklaring nedan), där värdet är mellan 0 och 100. Värdet 100 anger att problem som orsakas av funktionsnedsättningen påverkar det dagliga livet till 100 procent. Vid värdet 0 påverkar inte problem som orsakas av funktionsnedsättningen det dagliga livet alls⁴.

Quality-adjusted life-years (förkortas QALY). QALY är ett värde som anger kvalitetsviktade levnadsår. En QALY är ett år med full hälsa och har värdet 1,0. Alla tillstånd med någon form av ohälsa värderas till en QALY-vikt som är mindre än 1,0. Quality-adjusted life-years översätts till "kvalitetsjusterade levnadsår" på svenska³.

Signifikanstestning. Signifikanstestning innebär en testning av hur stor risken är att skillnaderna i resultatet beror på slumpen.

Uppföljning. Uppföljning sker i denna studie när informanterna svarar på den andra enkäten sex månader efter den första enkäten. Uppföljningen utgör en efterstudie.

Visuell analog skala (förkortas VAS-skala). En VAS-skala är en termometerskala med värden mellan 0 och 100, som kan användas för att mäta olika saker. Skalan används bland annat till självuppskattning av hälsa, där en person själv uppskattar sin hälsa till ett värde mellan 0 och 100. Värdet 0 innebär då maximalt dålig hälsa, och värdet 100 innebär full hälsa³. VAS-skalan PIRS (se förklaring ovan) mäter exempelvis hur mycket en funktionsnedsättning påverkar det dagliga livet.

Bakgrund till studien

I den första artikeln av FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna fastslås att alla människor är födda fria och lika i värde. Sverige har satt som mål och ambition att alla människor ska ha lika värde. Ett viktigt handikappolitiskt redskap i detta arbete är FN:s standardregler från år 1993. Standardreglerna ska tillförsäkra människor med funktionsnedsättningar delaktighet och jämlikhet. De ligger också till grund för den nationella handlingsplanen för handikappolitiken "Från Patient till medborgare" ⁵.

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ges i portalparagrafen, 2§⁶, uttryck för samma människosyn som i FN:s allmänna förklaringar om de mänskliga rättigheterna. Det innebär att människor med funktionsnedsättning ska ha rätt till habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för att uppnå likvärdiga villkor och förutsättningar som människor utan funktionsnedsättning, men så är det inte. Alltför många människor med funktionsnedsättning, medfödd eller förvärvad, får inte tillgång till rehabilitering och hjälpmedel i den omfattning som borde vara en självklarhet. Detta trots att hjälpmedel för många är en nödvändig förutsättning för god livskvalitet och delaktighet. Utan hjälpmedel blir det svårt för den enskilde att få vardagen att fungera. Olika sortiment och begränsning av hjälpmedel och distributionsformer i landstingen strider mot intentionerna bakom nuvarande lagstiftning – lika vård i hela landet.

Människor i Sverige med någon typ av funktionsnedsättning.

I Sveriges beräknas 1,2 miljoner människor ha någon typ av bestående funktionsnedsättning. Cirka tio procent av Sveriges befolkning använder hjälpmedel för att kompensera sina funktionsnedsättningar⁷.

Nästan en miljon människor har nedsatt hörsel. Vilket motsvarar 14 procent av Sveriges befolkning. Statens beredning för medicinsk utvärdering anger att cirka 560 000 personer beräknas ha så stor hörselnedsättning att de kan ha nytta av en hörapparat. Ungefär 270 000 har hörapparat, varav mer än hälften använder den regelbundet⁸.

Enligt hjälpmedelsutredningen⁷ har ungefär 600 000 personer någon form av rörelsehinder. Av dem är 75 procent över 65 år. Mer än

200 000 personer behöver hjälp att förflytta sig. Personer som är rullstolsanvändare beräknas vara 130 000 personer och 800 000 har reumatism. Av dessa 800 000 har ungefär 250 000 en kronisk reumatisk sjukdom, som till 90 procent medför handproblem. I Sverige finns ungefär 40 000 personer med utvecklingsstörning. Utvecklingsstörning innebär en medfödd eller tidigt uppkommen skada i begåvningsutvecklingen. Funktionsnedsättningarna kan kompenseras med begåvningsstödande hjälpmedel och personligt stöd. Personer med psykiska funktionsnedsättningar beräknas vara 233 000 personer. Dessa personer har betydande sociala och känslomässiga problem. Exempelvis svåra besvär av ångslan oro eller ångest. Gruppen med tal och språkstörningar kan ha fått sin funktionsnedsättning på grund av en skada i talsystemet eller på delar av nervsystemet. Svåra skador beräknas 40 000 personer ha och omkring 80 000 personer beräknas ha stamning. Läs och skrivsvårigheter anses 20 procent ha. Men det saknas vedertagna definitioner och diagnoskriterierna kan variera. Därför är det svårt att ange exakta siffror.

Elöverkänsliga beräknas vara 27 000 personer i Stockholms län enligt en undersökning gjord 1998⁹. Det skulle motsvara 130 000 i hela Sverige. För dessa personer finns hjälpmedel som skyddar mot strålning och även elsanering av exempelvis bostäder är aktuellt för vissa.

Medicinska funktionsnedsättningar är ett samlingsnamn för många kroniska och andra långvariga sjukdomstillstånd⁷. De som till följd av en kirurgisk behandling fått en funktionsnedsättning räknas till denna grupp, exempelvis 15 000 stomiopererade personer.

Andra exempel på funktionsnedsättningar (antal personer skrivs inom parentes) som inkluderas i denna grupp är personer med astma (470 000), diabetes (200 000), psoriasis (200 000) epilepsi (100 000), urininkontinens (500 000), njursjuka (1 300), blödarsjuka (1 000) och 300 personer har cystisk fibros. Det finns ungefär 120 000 barn och ungdomar med neuropsykiska funktionsnedsättningar exempelvis DAMP och ADHD.

Handikappförbundens hjälpmedelsprojekt

I ett samhälle som är till för alla är rätten till hjälpmedel en självklarhet. Tyvärr ser inte verkligheten ut så för människor som

behöver hjälpmedel. Möjligheten att få de hjälpmedel som behövs styrs av var i landet en människa bor, vilken funktionsnedsättning den har och vilket hjälpmedel den är i behov av.

Stora olikheter inom landet innebär ojämlika villkor för den enskilde. Det kommunala självstyret ger landsting och kommuner möjlighet att fatta egna beslut på hjälpmedelsområdet. Avgifter och regelverk ser olika ut i olika landsting, regioner och kommuner. Samtidigt har nedskärningar, besparingar och införandet av egenavgifter på hjälpmedel slagit hårt mot de som redan har en ansträngd ekonomi på grund av sin funktionsnedsättning.

Den tekniska utvecklingen i samhället har skapat nya möjligheter för människor att få tillgång till hjälpmedel. Det finns idag ett stort utbud av produkter som kan vara till hjälp i vardagen, trots detta är det svårt för nya grupper att få hjälpmedel.

Hjälpmedelsområdet är svårtillgängligt. Många brukare får inte tillräckligt mycket information om vilka hjälpmedel det finns att välja mellan, och en del har inte tillgång till några hjälpmedel över huvud taget.

Handikappförbundens projekt "Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet" genomförs i samarbete med Hjälpmedelsinstitutet och med stöd från Arvsfonden. Fokus är på hjälpmedel som förskrivs inom hälso- och sjukvården. Projektet är treårigt och startade i februari 2008 och beräknas pågå fram till den 31 januari 2011. Syftet med projektet är att skapa förutsättningar för att kvinnor och män med funktionsnedsättning ska få rätt till hjälpmedel utifrån människovärdes principen som grund, att bra behovsbedömningar ska eftersträvas och att kvinnor och män behandlas likvärdigt oavsett var i landet de bor. Projektet mål är att ta fram ett Kunskapsmaterial inom hjälpmedelsområdet vilket ska vara till stöd för de organisationer som arbetar intressepolitiskt med hjälpmedelsfrågor. Denna rapport är ett underlag till Kunskapsmaterialet.

Tidigare hjälpmedelsprojekt och hjälpmedelsstudier

"Fritt val av hjälpmedel" är ett försöksprojekt som bedrevs i landstingen i Kronoberg, Sörmland och Stockholm mellan år 2007 och 2009. Syftet med projektet var att ta fram och prova idéer om hur

ett friare val av hjälpmedel kan gå till i praktiken. Målet med projektet var att öka brukarnas inflytande vid val av hjälpmedel. Målet var också att underlagen för framtida beslut ska bli så allsidiga som möjligt.

En studie av kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län visar på att behovet av hemtjänst för att tvätta sig minskar med hjälp av arbetsterapeutiska insatser. I de fall som undersöktes minskade kostnaderna för hemtjänst med två tredjedelar¹⁰.

”Rörelsehinderprojektet” genomfördes 2003 och syftade till att undersöka om brukare får de hjälpmedel de behöver. Slutsatserna var bland annat att information om hjälpmedel måste förbättras, att hjälpmedelsförteckningen ska vara behovsstyrd och att avgifter på hjälpmedel bör tas bort¹¹.

Hälsoekonomiska utvärderingar av hjälpmedel

Enligt en studie gjord av Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) vid Linköpings universitet har hörapparatförskrivning en hög kostnadseffektivitet¹². CMT undersökte kostnadseffektiviteten och effekterna vid nyförskrivning av hörapparater. Med fritt val av hörapparat (antingen analog eller digital) gav förskrivningens kostnadseffektivitet en kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) på 80 000 kronor, mätt med instrumentet EQ-5D. Hörapparaten gav en höjning i livskvalitet som uppskattades stå sig i fem år.

CMT har även gjort en studie av kostnadseffektiviteten och effekterna vid nyförskrivning av rollatorer. Arbetet skedde i samverkan med Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län. Studien genomfördes som en för- och efterstudie med tre månader mellan undersökningstillfällena. Resultatet gav en kostnad per QALY på 24 000 kronor mätt med EQ-5D¹³.

En annan beräkning från 2001 visar att om rollatorer minskar antalet fallolyckor med bara en halv procent skulle det motsvara den totala samhällskostnaden för rollatorer varje år¹⁴.

Syftet med studien

Studiens syfte har varit att mäta samhällets kostnader vid nyförskrivning av hjälpmedel och effekterna av hjälpmedel för människor med funktionsnedsättning.

Frågeställningar

De frågor som har legat till grund för studien är:

- Har hjälpmedel någon effekt på brukares livskvalitet?
- I vilken utsträckning påverkas brukare av sin funktionsnedsättning?
- Vilken kostnad innebär det att förskriva olika hjälpmedel?
- Är det kostnadseffektivt att förskriva hjälpmedel?

Enkätundersökningen

Arbetet med studien påbörjades under våren 2008. Målsättningen var att med hjälp av forskrivare nå ut till 1 000 personer som ville ställa upp som informanter. Exempel på yrken där förskrivning av hjälpmedel förekommer är arbetsterapeut, sjukgymnast, distriktssköterska och audionom.

I samråd med Hjälpmedelsinstitutet valdes fyra län ut för studien: Gävleborgs län, Västerbottens län, Västmanlands län och Kalmar län. Länen valdes ut för att få en geografisk spridning och variation i befolkningsstorlek.

Målgruppen för studien var personer över 18 år som får hjälpmedel förskrivet för att kompensera en förvärvad eller medfödd funktionsnedsättning.

Enkäternas utformning och distribution

De två enkäterna i studien togs fram i samarbete med projektets styrgrupp och referensgrupp. Statistiska centralbyrån (SCB) gav sedan synpunkter på frågorna.

EQ-5D är det mått som vanligtvis används i Europa vid bedömning av kostnadseffektivitet. Efter en diskussion med styrgruppen och referensgruppen beslutades att två tilläggsfrågor skulle användas för att bättre få svar på frågor kring rörlighet och delaktighet.

För att säkerställa möjligheten att nå ut med tillräckligt många enkäter gjordes en inventering av hur många förskrivare som arbetade i respektive län. Därefter skickades ett informationsbrev till den politiskt ansvarige i respektive län. Brevet innehöll information om studien och en förfrågan om att få ta kontakt med ansvariga verksamhetschefer. Verksamhetschefernas medverkan var nödvändig för att vidare komma i kontakt med förskrivare, som i sin tur kunde dela ut enkäter till informanterna.

Distributionen av enkäterna planerades så att förskrivaren skulle överlämna basmätningenkäten till informanten när förskrivningen var klar, eller i samband med att informanten fick sitt eller sina hjälpmedel. Förskrivaren skulle informera brukaren om att undersökningen omfattade två enkäter. De som besvarade basmätningenkäten fick välja om de sedan också ville besvara uppföljningsenkäten sex månader senare. Uppföljningsenkäterna skickades direkt till informanterna med post.

Fyra veckor avsattes för att dela ut enkäterna. Det visade sig dock vara svårt att få ut enkäterna i tid, bland annat för att förskrivarna inte kom i kontakt med tillräckligt många personer. Tiden förlängdes då med ytterligare två veckor. Trots detta gick det inte att få ut mer än drygt hälften av enkäterna. Allra svårast var det i Gävleborgs län, där en omorganisering i landstinget gjorde det svårt att komma i kontakt med ansvariga chefer. Dessutom pågick en annan studie i Gävleborg vilket gjorde att många förskrivare redan var upptagna och inte kunde delta. Förskrivarna delade ut 525 av 980 basmätningenkäter. För mer information se Hjälpmedelsprojektets rapport, Brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning¹⁵.

Verktyg för analys

Företaget WSP Analys & Strategi ansvarade för adressregister, distribution av uppföljningsenkäten, datainsamling och upprättandet av materialet i en datafil.

I denna studie har två typer av mått för att mäta effekter använts, EuroQol 5-dimensions (EQ-5D) och Problem impact rating scale (PIRS)⁵.

EQ-5D mäter hälsorelaterad livskvalitet¹⁶. Resultatet i EQ-5D räknas fram och redovisas som en genomsnittssiffra med ett värde mellan 0

och 1. Värdet 1 är bästa möjliga livskvalitet och värdet 0 är sämsta möjliga livskvalitet. Värdet räknas fram utifrån uppskattningar av hälsotillstånd. Uppskattningarna kommer från en brittisk befolkningsstudie som genomfördes 1993¹⁷. EQ-5D-formuläret består av fem frågeområden (så kallade dimensioner): Rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor och besvär samt oro och nedstämdhet. För just denna studie har instrumentet dessutom kompletterats med två tilläggsfrågor gällande förflyttning och sociala relationer, vilka ska fungera som komplement till EQ-5D-dimensionerna "rörlighet" och "huvudsakliga aktiviteter". EQ-5D kan användas för att generera Quality-adjusted life-years (QALY). PIRS mäter i hur stor utsträckning problem som orsakas av funktionsnedsättningen påverkar det dagliga livet. Instrumentet är en termometerskala, som är graderad från 0 till 100. Informanten markerar själv på skalan i vilken utsträckning det dagliga livet påverkas vid tidpunkten för undersökningen^{18, 19}. Skalvärdet 0 (noll) motsvarar "ingen påverkan alls" och skalvärdet 100 motsvarar "total påverkan".

Alla resultat är signifikantstestade. Signifikantstestning innebär en testning av hur stor risken är att skillnaderna i resultatet beror på slumpen. Skillnaderna var inte signifikanta och därför redovisas inte detta ytterligare.

Beräkning av kostnadseffektivitet

Kostnaderna för hjälpmedel är beräknade utifrån resursförbrukningen under ett år. En genomsnittlig inköpskostnad för ett hjälpmedel och vad det kostar för landstinget eller kommunen att förskriva hjälpmedel har beräknats. Inköpspriset för hjälpmedlen är utslaget på fem år för hörapparater och rollatorer respektive nio år för rullstolar, liksom i tidigare studier^{13, 20}. Övriga kostnader som hör ihop med hjälpmedlet (till exempel lagerhållning, reparationer och underhåll) har inte beräknats i denna studie. Se avsnittet Diskussion för anledningen till detta.

Kostnadseffektiviteten beräknas under ett år. Nyttan av hjälpmedlet och resursförbrukningen är inkluderad, vilket motsvarar livskvalitetsvinsten och förskrivningskostnaden i likhet med andra studier^{12, 13}.

Hur uppfattar brukarna sin livskvalitet och vad blir kostnaden?

Informanterna består av totalt 269 personer från Gävleborgs län, Västerbottens län, Västmanlands län och Kalmar län. Samtliga informanter har fått ett eller flera hjälpmedel förskrivna, och har sedan fått besvara två enkäter med sex månaders mellanrum. Den första enkäten som delades ut är en förstudie som kallas för basmätningen, och den andra enkäten är en efterstudie som kallas för uppföljningen. Utöver bortfallet av informanter mellan basmätningen och uppföljningen förekommer ett internt bortfall på enstaka frågor i enkäten.

De 269 informanterna kallas i fortsättningen för "hela gruppen". Av dessa är 147 informanter kvinnor och 120 är män. Medelåldern för hela gruppen är 70 år för kvinnor och 72 år för män. Medianåldern är 74 år för kvinnor och 73 år för män. Den yngsta informanten är 28 år och den äldsta är 92 år.

Hela gruppen delas sedan in i fyra undergrupper:

"Erfarenhetsgruppen", "förstagångsgruppen", "rörelsegruppen" och "hörselgruppen". Erfarenhetsgruppen är den grupp informanter som har tidigare erfarenhet av förskrivning av något hjälpmedel, medan förstagångsgruppen är den grupp informanter som **inte** har tidigare erfarenhet av förskrivning, rörelsegruppen är den grupp informanter som har fått rörelsehjälpmedel (till exempel rollator eller rullstol), och hörselgruppen är den grupp informanter som har fått hörselhjälpmedel (till exempel hörapparat). Dessa fyra grupper analyseras sedan var för sig.

Studiepopulationen är dessvärre för liten för att det ska gå att analysera statistiska skillnader **inom** grupperna. Fokus i detta material ligger istället på skillnader **mellan** grupperna, exempelvis mellan hörselgruppen (med medelåldern 69 år) och rörelsegruppen (med medelåldern 72 år). Grupperna som har fått övriga hjälpmedel, till exempel duschpall och arbetsstol, analyseras inte specifikt i denna rapport.

Vilka hjälpinsatser finns?

Enkäten efterfrågar vilka olika typer av hjälpinsatser informanterna har, exempelvis färdtjänst, hemtjänst och obetald hjälp. Obetald hjälp

innebär ideell hjälp av närstående, det vill säga av släktingar eller vänner. För att det ska vara möjligt att mäta en eventuell förändring av mängden hjälpinsatser måste informanterna besvara frågan i både basmätnings- och uppföljningsenkäten.

I förstagångsgruppen är det få som har angett att de har hjälpinsatser. Enbart 13 informanter har angett att de har färdtjänst, och av dem har bara åtta angett hur ofta de använder tjänsten. Endast tre informanter har angett att de har mindre färdtjänst (antal gånger per månad) och fem har angett att de har mer färdtjänst i uppföljningsenkäten. Liknande resultat gäller frågan om hemtjänst, där två informanter har angett att de har fått mindre hemtjänst och fyra har fått mer hemtjänst vid uppföljningen.

Sammanlagt 19 informanter har angett att de har obetald hjälp, och av dem har sju fått mindre hjälp och fem mer hjälp vid uppföljningen. Tre informanter har angett att de har obetald hjälp dagligen.

Några slutsatser om huruvida det förskrivna hjälpmedlet har haft betydelse för en minskning i behovet av hjälp eller inte går dessvärre inte att se utifrån dessa svar.

Hälsorelaterad livskvalitet

Sammanlagt svarade 316 informanter på EQ-5D-formuläret vid basmätningen, och av dessa besvarade 269 personer EQ-5D-formuläret vid uppföljningsenkäten som skickades ut efter sex månader. Utöver bortfallet av informanter mellan basmätningen och uppföljningen förekommer ett internt bortfall på enstaka frågor i enkäten. Detta gör att antalet observationer skiljer sig åt mellan figurerna. I figur 6-18 anges därför hur många som besvarat just den frågan, där variabeln "n" anger antal observationer.

Figurerna nedan baseras på resultatet av basmätningen och uppföljningen, alltså på de 269 informanter som har besvarat båda EQ-5D-formulären. Dessutom analyseras de fyra grupperna (erfarenhetsgruppen, förstagångsgruppen, rörelsegruppen och hörselgruppen).

Figur 1 till 3 visar hur den hälsorelaterade livskvaliteten mäts i de olika grupperna enligt EQ-5D-formuläret. Livskvaliteten anges på

skalan 0-1, där ett ökat värde innebär förbättrad livskvalitet. Samtliga resultat baseras på informanternas egna uppskattningar.

Figur 1. Den hälsorelaterade livskvaliteten för hela gruppen (de 269 informanter som besvarade båda enkäterna).

	Basmätning	Uppföljning	Skillnad
Kvinnor (n=147)	0,54	0,55	0,01
Män (n=120)	0,56	0,56	0
Alla (n=269)	0,55	0,56	0,01

Figur 2. Den hälsorelaterade livskvaliteten för förstagångsgruppen och erfarenhetsgruppen.

	Basmätning	Uppföljning	Skillnad
Förstagångsgruppen (n=104)	0,66	0,65	-0,01
Erfarenhetsgruppen (n=150)	0,46	0,47	0,01

Figur 3. Den hälsorelaterade livskvaliteten för rörelsegruppen och hörselgruppen.

	Basmätning	Uppföljning	Skillnad
rörelsegruppen (n=103)	0,41	0,43	0,02
hörselgruppen (n=94)	0,78	0,77	- 0,01

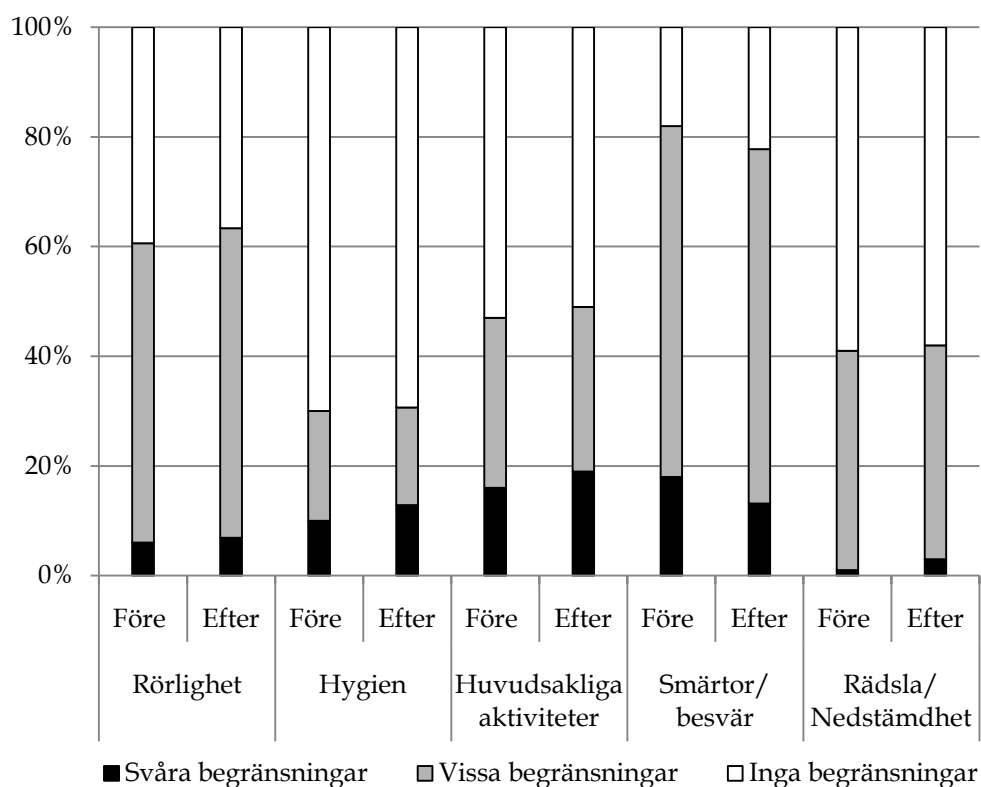
Figurerna visar att skillnaderna inom grupperna är mycket små, men att det för hela gruppen har skett en liten förbättring i livskvalitet. För förstagångsgruppen och erfarenhetsgruppen är skillnaden obetydlig, där erfarenhetsgruppen har en lägre uppmätt livskvalitet (0,47) än förstagångsgruppen (0,65). Detta kan bero på att informanterna i erfarenhetsgruppen eventuellt har en mer omfattande funktionsnedsättning som påverkar EQ-5D instrumentets dimensioner i större utsträckning.

Skillnaden mellan rörelsegruppen (0,43) och hörselgruppen (0,77) är tydligare. En anledning till detta kan vara att värdet i EQ-5D-instrumentet är relativt okänsligt och inte passar in på de situationer som är aktuella för informanterna i hörselgruppen.

De tre svarsalternativen i EQ-5D-instrumentet och förändringen mellan basmätningen och uppföljningen presenteras i figurerna 4-6.

Figur 4 visar att skillnaden mellan basmätningen och uppföljningen är relativt liten inom hela gruppen, och att skillnaden beror på att få informanter har upplevt en förändring (varken positiv eller negativ). Få informanter har svåra begränsningar inom EQ-5D-dimensionen "rädsla och nedstämdhet". "Smärtor och besvär" är däremot den dimension som flest informanter har begränsningar inom, vilket också är den dimension där det tydligast har skett en förbättring vid den andra mätningen (uppföljningen).

Figur 4. De tre svarsalternativen vid basmätningen och uppföljningen för de fem dimensionerna i EQ-5D. Antal observationer i hela gruppen (n=269) anges i procent.

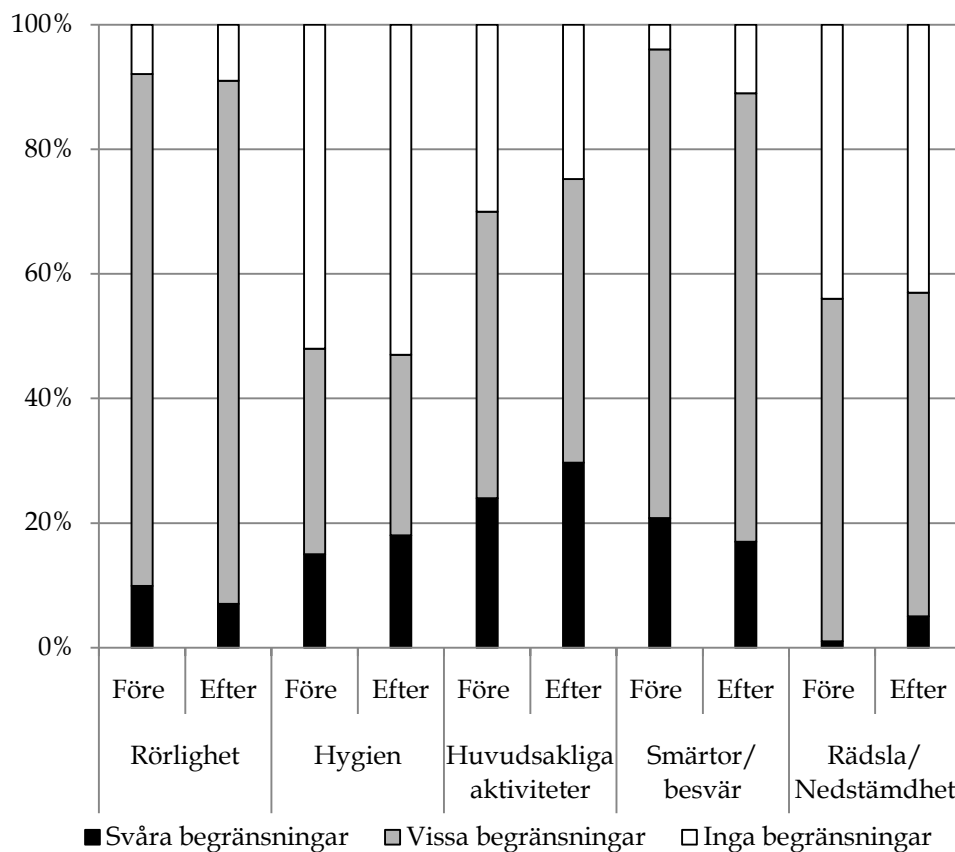


Skillnaden mellan förstagångsgruppen och erfarenhetsgruppen är inte särskilt stor. Erfarenhetsgruppen har dock större begränsningar än förstagångsgruppen inom samtliga dimensioner.

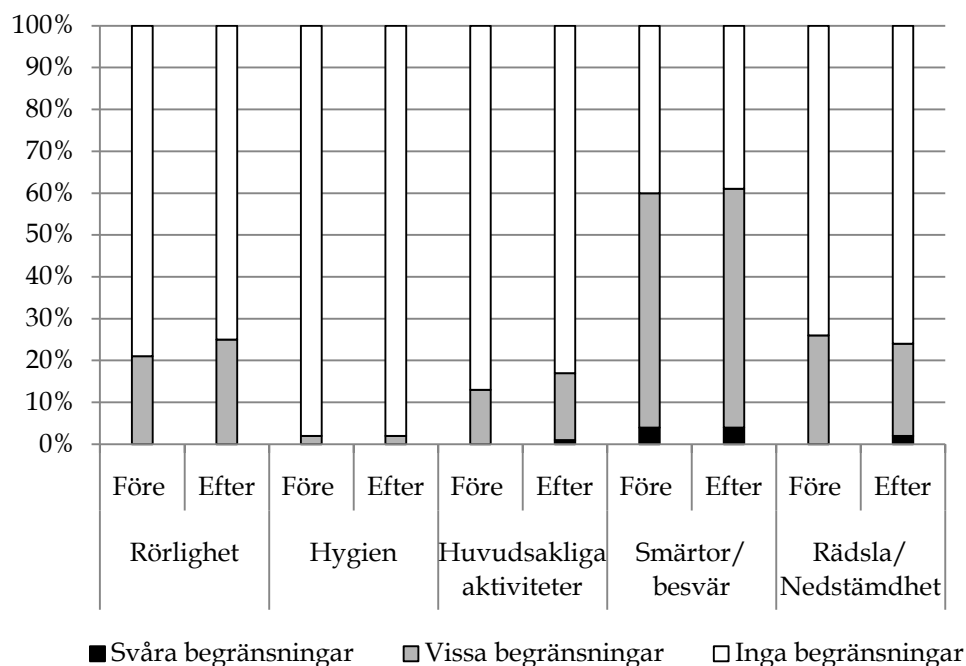
Skillnaden mellan rörelsegruppen och hörselgruppen är desto större, vilket visas i figur 5 och 6. Rörelsegruppen har större begränsningar än hörselgruppen inom alla områden. Smärtor och besvär är den

dimension som båda grupperna har störst begränsningar inom, och där det vid uppföljningen tydligast har skett en förbättring för rörelsegruppen.

Figur 5. De tre svarsalternativen vid basmätningen och uppföljningen för de fem dimensionerna i EQ-5D. Antal observationer rörelsegruppen (n=103) anges i procent.



Figur 6. De tre svarsalternativen vid basmätningen och uppföljningen för de fem dimensionerna i EQ-5D. Antal observationer i hörselgruppen (n=94) anges i procent.

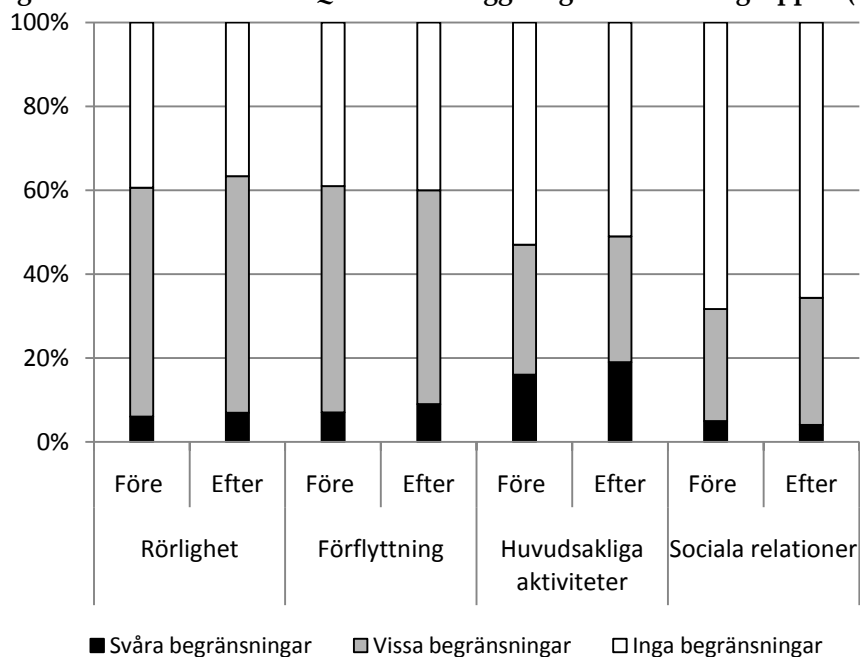


De två tillägsfrågorna i enkäten, "förflyttning" och "sociala relationer", ska fungera som komplement till EQ-5D-dimensionerna "rörlighet" och "huvudsakliga aktiviteter".

Figur 7 visar att svaren på frågan om förflyttning inte skiljer sig särskilt mycket från svaren på rörlighet för hela gruppen. Skillnaden mellan huvudsakliga aktiviteter och sociala relationer är däremot större. Informanterna har angett att de har större begränsningar i dimensionen "huvudsakliga aktiviteter" än i dimensionen "sociala relationer".

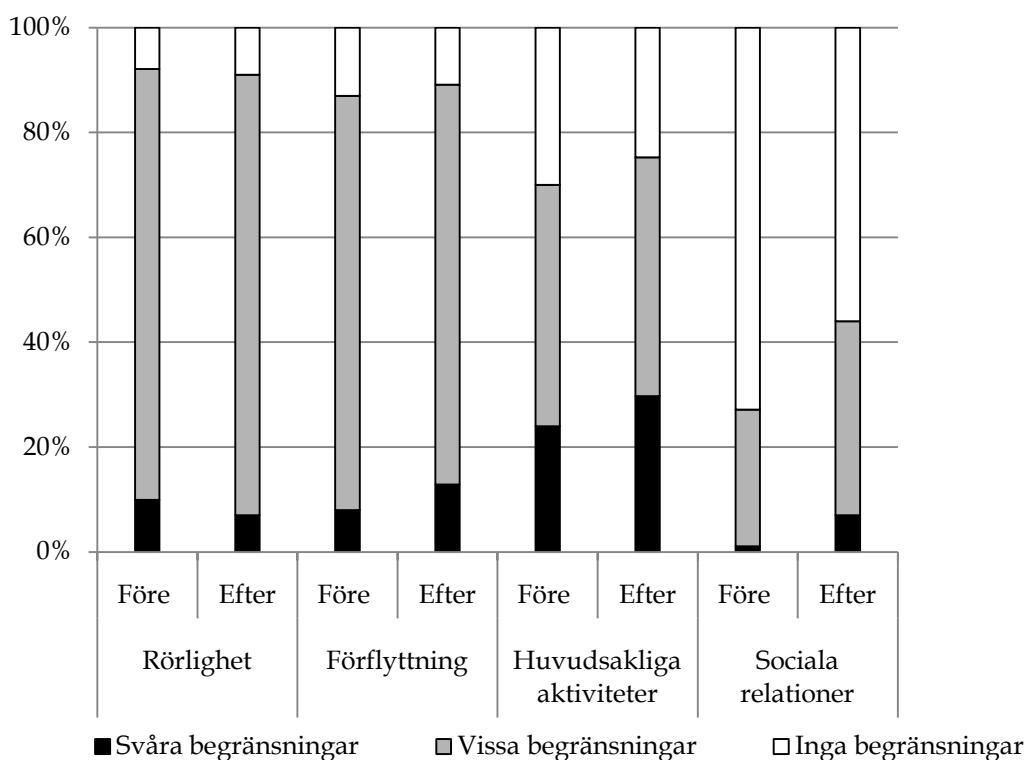
Erfarenhetsgruppen har större begränsningar än förstagångsgruppen i samtliga dimensioner.

Figur 7. Skillnad mellan EQ-5D och tillägsfrågorna för hela gruppen (n=269).

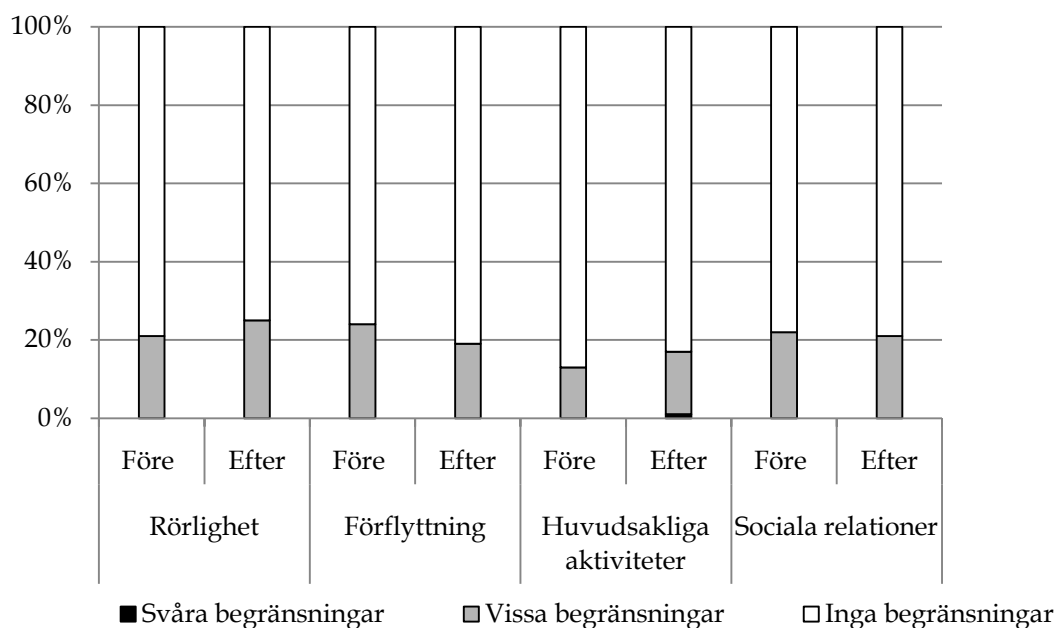


Figur 8 och 9 åskådliggör den markanta skillnaden mellan hörselgruppen och rörelsegruppen. Hörselgruppen påvisar knappt några begränsningar, medan rörelsegruppen har stora begränsningar i samtliga dimensioner.

Figur 8. Skillnad mellan EQ-5D och tillägsfrågorna för rörelsegruppen (n=103).



Figur 9. Skillnad mellan EQ-5D och tilläggsfrågorna för hörselgruppen (n=94).



Problem i det vardagliga livet

För att mäta i hur stor utsträckning problem som orsakas av en funktionsnedsättning påverkar informanternas dagliga liv har det standardiserade instrumentet Problem impact rating scale (PIRS) använts i denna studie. Värdet anges på en skala mellan 0 och 100, där värdet 100 innebär att problem som orsakas av funktionsnedsättningen påverkar det dagliga livet till 100 procent och värdet 0 innebär att problem orsakade av funktionsnedsättningen inte påverkar det dagliga livet alls. Ett minskat värde innebär således en minskad andel problem som orsakas av funktionsnedsättningen i det dagliga livet.

Figur 10 visar att skillnaden mellan män och kvinnor är liten men att det går att se en liten förbättring på hela gruppen. För förstagångsgruppen har en förbättring skett vid uppföljningen. För erfarenhetsgruppen har det däremot skett en liten försämring (figur 11).

Figur 10. PIRS - värdet för hela gruppen.

	Basmätning	Uppföljning	Skillnad
Kvinnor (n=127)	52,94	50,63	2,31
Män (n=105)	49,55	48,69	0,86
Alla (n=234)	51,35	49,67	1,68

Figur 11. PIRS - värdet för förstagångsgruppen och erfarenhetsgruppen.

	Basmätning	Uppföljning	Skillnad
Förstagångsgruppen (n=86)	42,26	36,93	5,33
Erfarenhetsgruppen (n=137)	58,89	60,01	-1,12

Figur 12 visar att det vid uppföljningen har skett en förbättring för hörselgruppen, men en liten försämring för rörelsegruppen. Rörelsegruppen har angett att problem orsakade av funktionsnedsättningen påverkar det dagliga livet mer än dubbelt så mycket som hörselgruppen, vilket också stämmer överrens med resultatet från livskvalitetsmätningen med EQ-5D .

Figur 12. PIRS - värdet för rörelsegruppen och hörselgruppen.

	Basmätning	Uppföljning	Skillnad
Rörelsegruppen (n=92)	63,75	66,11	-2,36
Hörselgruppen (n=80)	31,56	26,65	4,91

Hur hjälpmedel kan påverka livssituationen

En enkätfråga handlade om hur hjälpmedlet har påverkat informanternas livssituation. Figur 13 visar att mer än hälften av informanterna anser att de fått en förbättrad livssituation tack vare sitt eller sina hjälpmedel. Procenttalet representerar de informanter som har angett att de har fått en förbättrad livssituation, medan resterande informanter har valt andra svarsalternativ, antingen "Nej, min livssituation är oförändrad", "Jag kan inte bedöma hur det

påverkat min livssituation", "Jag har inte använt mitt/mina hjälpmedel" eller "Vet ej/frågan är inte aktuell".

Figur 13. Antal informanter som har fått en förbättrad livssituation tack vare hjälpmedel.

Kvinnor	58 % (82 av 141)
Män	72 % (81 av 113)
Förstagångsgruppen	70 % (67 av 96)
Erfarenhetsgruppen	59 % (85 av 145)
Rörelsegruppen	61 % (58 av 95)
Hörselgruppen	78 % (74 av 95)

Kostnader och kostnadseffektivitet

Nedan redovisas de genomsnittskostnader som har uppskattats i denna studie. Dessa kostnader kan beräknas på olika sätt men detta uppskattas vara det mest rimliga utifrån de bristfälliga fakta som fanns tillgängligt. Inköpskostnaden innebär kostnaden som landstinget eller kommunen har vid inköp av respektive hjälpmedel. Gällande rullstolar och hörapparater skiljer sig priset åt beroende på modell och tillbehör, varvid ett genomsnittpris har beräknats. Kostnaden för förskrivningen innebär vad det kostar för landstinget vid olika vårdkontakter med exempelvis arbetsterapeuter eller sjuksköterskor. Kostnaderna anges i 2009 års värde.

Kostnader vid förskrivning av hjälpmedel

Landstingets kostnad för vårdkontakter är 788 kronor för ett besök hos arbetsterapeut²¹. Kostnaden för ett besök hos audionom beräknas vara 352 kronor, alltså samma kostnad som vid besök hos sjuksköterska²¹. Vid en hörapparatförskrivning krävs i snitt fyra besök hos en audionom, vilket innebär en kostnad på cirka 1 409 kronor (352 kronor multiplicerat med 4)¹³. Något läkarbesök är inte inkluderat i denna uträkning eftersom de flesta patienter inte

behöver besöka en läkare utan enbart träffar en audionom. Antalet besök hos en arbetsterapeut för en rollator är uppskattat till två besök i genomsnitt, respektive tre besök för en manuell rullstol. För en elrullstol är uppskattningen sex besök, varav fyra av besöken är för utprovning och två besök är för träning i användning^{22, 23}.

Styckpris för en rollator är cirka 1 500 kronor²⁴, en bakhjulsdriven rullstol cirka 10 300²⁰, och en elrullstol kostar 52 530 kronor²⁰. Hörapparater kostar cirka 3 200 kronor för två stycken, men priset varierar från 1 200 till 2 000 kronor styck²⁵. Tillverkning av en hörapparatsinsats uppskattas till 600 kronor (mellan 300-700 kronor)²⁶. Figur 14 sammanfattar kostnaderna ovan.

Figur 14. Kostnader vid förskrivning av hjälpmedel.

	Hörapparater	Rollator	Rullstol	Elrullstol
Genomsnitt				
styckpris	3 200	1 500	10 300	52 530
Utprovning kostnad	1 409	1 576	2364	4 590
Tillverkning	600			
Totalt	5 209	3 076	12 664	57 120

Kostnadseffektivitet

Kostnadseffektiviteten har konstaterats genom en kostnadseffektanalys som beskriver hur stor kostnaden är per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY). Figur 15 visar kostnaden för hjälpmedlen. Kostnaden för hjälpmedlet divideras med förbättringen i livskvalitet (effekten) för att räkna ut QALY. Effekten 0,02 är en uppskattad förbättring i livskvalitet. Detta antagna värde är för att visa vad en liten effekt har för påverkan på kostnadseffektiviteten gällande de hjälpmedel som fokuserats på i denna analys. Inga signifikanta skillnader i effekt kunde uppvisas i denna studie därför används 0,02 i figur 15 och 16.

Effekten (0,02) och användningstiden för hjälpmedlen rollator och hörapparat antas stå sig i drygt fem år¹². Användningstiden för manuell respektive elrullstol antas stå sig i nio år²⁰. Detta innebär att kostnaden för hjälpmedlet och även effekten beräknas sträcka sig

över en viss tidsperiod, i detta fall fem respektive nio år.
 Uträkningen för QALY gällande till exempel hörapparater ser följaktligen ut så här: $(5\,209 \div 0,02) \div 5 = 52\,090$. I figur 15 analyseras kostnaden per QALY räknat på de fem respektive nio första åren.

Figur 15. Kostnadseffektanalys.

	kostnader	effekt	kostnad per QALY på fem och nio år
hörapparat	5 209	0,02	52 090
rollator	3 076	0,02	30 759
rullstol	12 664	0,02	70 355
elrullstol	57 120	0,02	317 333

Kostnadseffektanalysen ovan visar att hjälpmedlen i studien är kostnadseffektiva att förskriva, även om en effekt på 0,02 anses vara liten. En nivå som ligger kring 500 000 kronor per QALY kan användas som ett riktmärke för vad som anses vara en rimlig kostnadseffektivitet i Sverige. Detta är för att kunna förhålla sig till hög respektive låg kostnadseffektivitet, där kostnaden per QALY ska vara så låg som möjligt.

Känslighetsanalys

En känslighetsanalys beskriver hur kostnaden per QALY förändras i samband med att kostnader eller effekter förändras. I denna känslighetsanalys har en förändring i kostnad med 20 procent använts, där kostnaden för hjälpmedlen antas minska respektive öka med 20 procent, vilket redovisas i figur 16.

Förändringarna i effekt är tagna från andra studier, 0.07¹² respektive 0.04¹³. Kostnad per QALY är ett basalternativ som sedan förändras i och med att kostnader och effekter ändras.

Figur 16. Känslighetsanalys som anger förändring i kostnaden per QALY.

Känslighetsanalys (förändring i kostnad per QALY)

	kostnad per QALY	kostnader -20%	Kostnader +20%	effekt 0,04	effekt 0,07
hörapparat	52 090	47 923	56 257	26 045	14 883
rollator	30 759	28 298	33 220	15 380	8 788
rullstol	70 355	64 726	75 983	35 177	20 101
elrullstol	317 333	291 947	342 720	158 667	90 667

Vid förändringar i kostnad eller effekt infinner sig kostnaden per QALY inom rimlig nivå (500 000 per QALY). Kostnaden per QALY ligger inom vad som anses vara kostnadseffektivt. Om effekten ökar till nivåer som är uppmätta i andra studier blir resultatet av förskrivningen av hjälpmedel ännu mer kostnadseffektiv. Rollatorn kan ses som mycket kostnadseffektiv att förskriva i denna studie. Elrullstolen ligger också inom vad som anses vara kostnadseffektivt, vid en låg effekt (0,02).

Avslutning och diskussion

Det är många äldre som får hjälpmedel vilket speglar resultatet i denna studie där medelåldern är hög. Detta är även resultatet i de två andra hälsoekonomiska studierna som är gjorda inomhjälpmedelsområdet^{12,13}. I förstagångsgruppen är medelåldern för hörselgruppen lägre än för rörelsegruppen. En anledning till detta är att människor vid högre ålder oftare får problem med hörseln innan de får problem med att röra sig eller exempelvis synproblem²⁷. Informanternas utgångsläge är osäkert, men det är intressant om de hade haft sämre livskvalitet om de inte hade haft tillgång till hjälpmedel.

Effekter av hjälpmedel

Effekter av hjälpmedel kan förändras över tid. I början, innan en person vant sig vid hjälpmedlet, kan effekten vara något lägre för att sedan öka. Därför är det viktigt att följa informanterna över en längre tid, så att det går att fastställa vad som kan göras för att bibehålla en effekt så länge som möjligt. Ju längre effekten håller i sig, desto mer kostnadseffektiv blir insatsen (särskilt om kostnaden är beräknad som en engångskostnad). På grund av att antalet enkäter från respektive län blev få går det dessvärre inte att mäta skillnader i kostnadseffektivitet mellan länen.

Hälsoekonomiska studier behöver alltså pågå under en längre tid för det ska gå att säkerställa effekt. En uppföljning efter ett år hade varit önskvärt i denna studie, men tid och resurser saknades för att detta skulle vara genomförbart.

Det är en stor skillnad i livskvalitet mellan hörselgruppen och rörelsegruppen, men det är det även i andra studier gjorda inom hjälpmedelsområdet^{12,13}. En orsak till detta kan vara att EQ-5D-måttet inte berör situationer som är aktuella för en person som får hörapparat. I hörselgruppen är besvären i alla dimensioner lägre än i rörelsegruppen. En orsak till detta kan vara att en hörapparat inte påverkar rörelseförmågan i samma utsträckning som en rullstol eller rollator kan göra.

Bland den genomsnittliga befolkningen varierar den hälsorelaterade livskvaliteten runt 0,91 för en person i 20-årsåldern och 0,74 för en

person i 80-årsåldern²⁸. Utifrån dessa värden ligger hörselgruppen ungefär i linje med den generella befolkningen (0,77) medan rörelsegruppen ligger under den nivån (0,43).

EQ-5D är det mått som vanligtvis används i Europa vid bedömning av kostnadseffektivitet. Efter en diskussion med involverade i Handikappförbundens hjälpmedelsprojekt beslutades att två tilläggsfrågor gällande förflyttning och sociala relationer skulle användas för att få bättre insikt i dessa områden. Samma tilläggsfrågor har använts i andra studier⁴.

Studien använde alltså ett standardiserat instrument med två tilläggsfrågor, dels för att det ska gå att jämföra denna studie med andra studier inom hjälpmedelsområdet, och dels för att se hur EQ-5D-formuläret kan utvecklas i framtida studier. Målet är att kunna omfatta fler informanter med ett flertal olika typer av funktionsnedsättningar som tidigare har haft svårigheter med att besvara enkäten.

På frågan om livssituationen har förbättrats har en övervägande del av informanterna svarat ja. I hörselgruppen har 78 procent svarat att livssituationen har förbättrats. Bland de övriga effektmåtten som används i studien har knappt någon förbättring skett inom hörselgruppen. Frågan "Har livssituationen förbättrats" är dock generell och mäter snarare en helhetsuppfattning, till skillnad från EQ-5D-formuläret som mäter olika dimensioner med fler frågor vid ett flertal olika tillfällen. Många informanter har dock svarat att livssituationen har förbättrats tack vare hjälpmedlen, vilket tyder på att en del saker har förbättrats trots att det inte märks i EQ-5D-instrumentet.

Nyttjandet av hjälpinsatser, exempelvis färdtjänst och obetald hjälp, har ökat något vid uppföljningen. Detta kan förklaras med att informanterna har fått en försämrad rörelseförmåga, och i samband med den försämringen har förflyttningshjälpmedel och färdtjänst beviljats.

Både inköpskostnader för hjälpmedel och kostnader för vårdkontakter har inkluderats i studien. Övriga kostnader, exempelvis produktionsbortfall, är inte aktuella eftersom de flesta i studiepopulationen består av ålderspensionärer. Kostnader för exempelvis hemtjänst, restid för informanter eller reparationer och underhåll av hjälpmedel har inte beräknats i tidigare rapporter^{12, 13}

och beräknas därför inte heller i denna studie. Det är svårt att hitta uppgifter för att uppskatta dessa kostnader när det handlar om användning av hjälpmedel under en så kort tidsperiod. Kostnaderna för ett hjälpmedel fördelas över de antal år som en människa beräknas att använda hjälpmedlet. Studien har antagit fem år som genomsnittlig användningstid för rollatorer och hörapparater samt nio år för rullstolar, precis som tidigare studier inom hjälpmedelsområdet^{12, 13, 20}. Detta antagande och antagandet gällande antal vårdkontakter går att göra på olika sätt. Det finns olika referenser där författare behandlat detta på andra sätt. Med hjälp av tidigare studier och samtal med förskrivare har denna studie ansett att dessa antaganden är mest rimliga utifrån den aktuella gruppen informanter.

Perspektiv på studien

Landstingen i de län som valdes ut är organiserade på olika sätt internt, vilket ledde till svårigheter med att komma i kontakt med förskrivarna som arbetar inom de olika länen. I Kalmar län har man nyligen flyttat delar av hjälpmedelsverksamheten från landstinget till kommunerna. I Gävleborgs län var förskrivarna upptagna med en annan studie, vilket innebar att få förskrivare hade möjlighet att delta, och att de som deltog inte hade så många tillfällen där de skrev ut hjälpmedel. Detta har lett till en ojämn fördelning av enkäter mellan länen.

Projektet har inte haft tillräckligt med resurser för att kunna besöka förskrivarna i respektive län, vilket hade gjort det möjligt att exempelvis förankra målet med och tillvägagångssättet för studien. Detta har dessutom gjort det svårt att kommunicera med förskrivarna vid eventuella frågor, trots att regelbunden kontakt via telefon med förskrivarna löste en del problem.

Bortfall av informanter

Det har varit svårt att få till ett stort antal informanter eftersom det inte har varit möjligt att nå ut direkt till utvalda informanter. Antalet deltagare är dock ungefär lika många som antalet deltagare i andra studier inom hjälpmedelsområdet^{12, 13}

För att kunna mäta en förändring i livskvalitet krävs minst två mätningar. Detta har gjort att enbart de informanter som har besvarat båda enkäterna (basmätningen och uppföljningen) och dessutom besvarat EQ-5D-instrumentet i båda enkäterna har analyserats. Denna grupp (som vi i studien kallar "hela gruppen") omfattar 269 informanter. Utifrån denna grupp har sedan en djupare analys gjorts av fyra undergrupper (erfarenhetsgruppen, förstagångsgruppen, rörelsegruppen och hörselgruppen). Detta för att påvisa skillnader inom materialet.

För att kunna hantera det interna bortfallet i EQ-5D-formuläret har en uppskattning gjorts för vad sannolikheten är att en informant skulle ha svarat på just den frågan. Detta för att slippa ta bort informanterna som inte svarat på en eller två av de fem frågorna i de två enkäterna, då antalet informanter hade halverats. Genom att inte göra någonting åt bortfallet hade resultatet blivit detsamma som om informanten skulle ha svarat en etta på frågorna i EQ-5D formuläret. Det är dock inte rimligt att anta att alla som inte svarat på en fråga inte har några begränsningar. Därför har ett antal svar på respektive fråga sammanställts och utifrån det är en sannolikhet beräknad för hur många av de interna bortfallen som sannolikt skulle vara en etta, två eller trea på frågorna i EQ-5D formuläret. Detta har lett till en höjning av medelvärdet för hela gruppen medan skillnaden i värde mellan basmätning och uppföljning är oförändrat.

Tolkningsproblem med enkäterna

Innan enkäterna delades ut var det svårt att veta vilka hjälpmedel som skulle bli aktuella i studien. Därför var det inte möjligt att mäta effekter av specifika hjälpmedel. Vid vilken tidpunkt informanterna fick sitt eller sina förskrivna hjälpmedel har inte heller registrerats. Det framgår därför inte om väntetiden var lång eller om hjälpmedlet används fullt ut under de aktuella sex månaderna som efterfrågas i enkäterna.

En av frågorna i uppföljningsenkäten handlade om informanterna använder de hjälpmedel de fått för sex månader sedan och i sådant fall hur ofta eller inte alls. Svarsalternativen var bland annat: "Jag använder mitt hjälpmedel dagligen", "Jag har inte använt mitt/mina hjälpmedel". På denna fråga har sju informanter angett att de inte har använt det hjälpmedel de fått förskrivet. De har därför plockats

bort ur materialet, medan de 13 informanter som svarat "Vet ej/frågan är inte aktuell" inkluderas i materialet eftersom det är oklart om dessa informanter har använt sina respektive hjälpmedel eller inte.

Alternativa analysmetoder

Studien har använt VAS-skalan Problem impact rating scale (PIRS), som är anpassad för människor med funktionsnedsättning. En fördel med PIRS är att den är lättare att relatera till för människor med funktionsnedsättning än vad EQ-5D är, eftersom PIRS är ett känsligare mått än EQ-5D:s VAS-skala är¹². Däremot har inte PIRS några vikter som gör det möjligt att relatera PIRS till EQ-5D. Om istället EQ-5D:s VAS-skala hade använts, som är viktad, hade vikterna kunnat relateras till livskvalitetsfrågorna i EQ-5D.

Andra instrument som kunde ha använts i denna studie är funktions- och sjukdomsspecifika mått, som till exempel Individually Prioritised Problems Rating Scale (IPPA)^{13, 29} eller Health Utility Index (HUI)^{13, 30}. Användningen av funktions- och sjukdomsspecifika mått baseras på informanternas funktionsnedsättningar. Jämfört med EQ-5D har dessa mått en större känslighet när det gäller förändringar i en funktionsnedsättning.

Tidigare studier har visat att HUI är ett bättre för att mäta effekter vid användningen av hörapparater än vad EQ-5D är¹², men eftersom informanterna inte valdes utifrån sina förskrivna hjälpmedel var dessa mått inte lämpliga för denna studie. HUI-måttet hade också gjort enkäterna för omfattande och förhindrat en jämförelse med andra hälsoekonomiska studier på hjälpmedelområdet, eftersom det inte går att räkna ut QALY med instrumentet HUI.

Fortsatta studier

Fortsatta studier behövs för att kartlägga hjälpmedelsanvändare som denna studie inte har kunnat inkludera, särskilt människor med osynliga funktionsnedsättningar. Likaså för de vars hjälpmedel inte ingår i hjälpmedelssortimentet, exempelvis människor med elöverkänslighet, stamning eller olika typer av tandvårdsskador. Här behövs fortsatta studier och etnografiska kartläggningar.

Kostnaderna för förskrivning av hjälpmedel är idag svårt att uppskatta. Hur många besök som behövs vid förskrivning av hjälpmedel skiljer sig åt beroende på vilket behov brukaren har och vilka resurser som finns tillgängliga. Vilka kostnader som landstinget har för hjälpmedel är också olika. Många hjälpmedel återanvänds och repareras vilket gör att det är svårt att beräkna användningstiden. Detta gör det också svårt att uppskatta under hur många år inköpskostnaden ska beräknas. Får en brukare en begagnad rullstol som redan använts i sju år är det inte säkert att landstinget fortfarande bär några kostnader för detta hjälpmedel. För att inte överskatta kostnaderna i denna typ av kostnadseffektiva studier skulle en kartläggning av hur situationen ser ut behövas inför fortsatta studier.

En intressant fråga är hur hälsorelaterade livskvalitetsinstrument ska kunna utvecklas för att anpassas till människor med funktionsnedsättning. I dagens läge påverkas oftast EQ-5D-dimensionen "smärtor och besvär", vilket gör att måttet inte är tillräckligt känsligt. Ett exempel på detta är om en person har hörapparat, där rörligheten inte är en faktor, så påverkas inte svaret i dimensionerna "rörlighet" eller "hygien", medan "huvudsakliga aktiviteter" och "sociala relationer" påverkas märkbart. Detta bör leda till att ett känsligare mått utvecklas, som med fördel är tvärvetenskapligt och går att jämföra över områden samt över tid. Det skulle också vara intressant att studera de grupper som inte får hjälpmedel och vilka konsekvenser det får för individen och samhället.

Slutsats

Det är kostnadseffektivt att förskriva de hjälpmedel som är aktuella i denna studie, även vid en liten uppmätt effekt.

Det behövs ett funktionsspecifikt mått för att kunna avgöra vilka effekter olika hjälpmedel har på livskvaliteten hos människor med funktionsnedsättning.

Det saknas uppgifter på vilka kostnader som hjälpmedel innebär för kommuner och landsting.

Figurförteckning

Figur 1. Den hälsorelaterade livskvaliteten för hela gruppen (de 269 informanter som besvarade båda enkäterna).	18
Figur 2. Den hälsorelaterade livskvaliteten för förstagångsgruppen och erfarenhetsgruppen.	18
Figur 3. Den hälsorelaterade livskvaliteten för rörelsegruppen och hörselgruppen.	18
Figur 4. De tre svarsalternativen vid basmätningen och uppföljningen för de fem dimensionerna i EQ-5D. Antal observationer i hela gruppen (n=269) anges i procent.	19
Figur 5. De tre svarsalternativen vid basmätningen och uppföljningen för de fem dimensionerna i EQ-5D. Antal observationer rörelsegruppen (n=103) anges i procent.	20
Figur 6. De tre svarsalternativen vid basmätningen och uppföljningen för de fem dimensionerna i EQ-5D. Antal observationer i hörselgruppen (n=94) anges i procent.	21
Figur 7. Skillnad mellan EQ-5D och tilläggsfrågorna för hela gruppen (n=269).	22
Figur 8. Skillnad mellan EQ-5D och tilläggsfrågorna för rörelsegruppen (n=103).	22
Figur 9. Skillnad mellan EQ-5D och tilläggsfrågorna för hörselgruppen (n=94).	23
Figur 10. PIRS- värdet för hela gruppen.	24
Figur 11. PIRS- värdet för förstagångsgruppen och erfarenhetsgruppen.	24
Figur 12. PIRS- värdet för rörelsegruppen och hörselgruppen.	24
Figur 13. Antal informanter som har fått en förbättrad livssituation tack vare hjälpmedel.	25
Figur 14. Kostnader vid förskrivning av hjälpmedel.	26
Figur 15. Kostnadseffektanalys.	27

Figur 16. Känslighetsanalys som anger förändring i kostnaden per QALY.

28

Referenser

¹ Rabin R & de Charro F. 2001. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. I: *Annals of Medicine* 33(5):337-343.

² Janlert U. 2000. *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur.

³ Drummond M, Schulpher M, Torrance G, O'Brien B & Stoddart G . 2005. *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (3rd edition). Oxford: Oxford University Press.

⁴ Centrum för medicinsk utvärdering av medicinsk teknologi. 2002. *Samhällsekonomisk utvärdering av post- och teletjänster för funktionshindrade – modellutveckling och tillämpning*. Rapport 2002:2.

⁵ Regeringens proposition Från patient till medborgare - en nationell handlingsplan för handikappolitiken (1999/2000:79).

⁶ Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) 2§ Stockholm: Socialdepartementet.

⁷ Statens offentliga Utredningar (SOU) Hjälpmiddelsutredningen. Stockholm: Fritzes (SOU:2004:83).

⁸ Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Hörapparat för vuxna, nytta och kostnader. 2003. Göteborg.

⁹ Lidmark A. Är de verkligen sjuka? Beskrivning av elöverkänsliga och tandvårdsskadade i samhället. 2008. Stockholm.

¹⁰ FoU Jämt. 2009. Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig. – En jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser. Rapport 2009:1.

¹¹ Håkanson R m fl. 2003. Rörelsehinderförbundens hjälpmedelsprojekt.

¹² Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. 2008. *Kostnader och effekter vid förskrivning av hörapparater*. Rapport 2008:5.

¹³ Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. 2007. *Kostnader och effekter vid förskrivning av rollatorer*. Rapport 2007:3.

-
- ¹⁴ Jönsson L. Rollatorns betydelse för äldre kvinnor i ordinärt boende- en treårig studie.
- ¹⁵ Handikappförbunden, 2010. Brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning. Rapport två av fem.
- ¹⁶ Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. 2002. Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – en beskrivning av instrumentet EQ-5D. Rapport 2002:1.
- ¹⁷ Dolan P, Gudex C, Kind P et al. 1995. A social tariff for EuroQol: Results from a UK General Population survey. Discussion paper130. York: Centre for Health Economics.
- ¹⁸ Persson J, Andricht R, van Beekum T, Brodin H, Lorentsen Ö, Wessel R & Witte L. 2002. Preference based assessment of the quality of life of disabled persons. I: Technology and disability 14:199-124.
- ¹⁹ Persson J & Hellbom G. 2003. Balancing societal costs and users' quality of life – priority setting of interventions for the hard-of-hearing. I: International Journal of Audiology 42 (Suppl 2):9-12.
- ²⁰ Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. 2008. Samhällsekonomisk kostnad och nytta av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter – några illustrativa exempel.
- ²¹ Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). 2007. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007.
- ²² Detta enligt Arbetsterapeuternas Primärvårdsutskott.
- ²³ Detta enligt ett telefonsamtal med Västmanland läns landsting den 1 november 2009.
- ²⁴ Detta enligt ett telefonsamtal med Västerbottens läns landsting den 1 november 2009.
- ²⁵ Detta enligt ett telefonsamtal med hörcentralen i Linköping den 16 november 2009.
- ²⁶ www.hrf.se/upload/pdf/avgiftsblad2009.pdf (hämtad 2009-11-20).
- ²⁷ Statistiska centralbyrån (SCB). Rapport 97: Funktionshindrade 1988-1999.
- ²⁸ Burström K, Johannesson M & Diderichsen F. 2001. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. I: Quality of life research 10:621-635.

²⁹ Wessels R, deWitte L, Andrich R, Ferrario M, Persson J, Oberg B, Oortwijn W, VanBeekum T & Lorentsen O. 2000. IPPA, a user-centered approach to assess effectiveness of Assistive Technology provision. I: Technology and Disability 13:105-115.

³⁰ Feeny D, Furlong W, Torrence GW, Goldsmith CH, Zhu Z, DePauw S, Denton M & Boyle M. 2002. Multi-attribute and single-attribute utility functions for the health utilities index mark 3 system. I: Medical care 40(2):113-128.

Politikers agerande i hjälpmedelsfrågan och deras samverkan med handikapprörelsen

Rapport 4 av 5



En rapport från Handikappförbunden

Projektet Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet

Text/författare: Caroline Lund

Formgivning: Marre Ahlsén

Foto: Walter Hirsch

Utgivningsår: 2010

ISBN-nummer 978-91-86151-10-2

© Handikappförbunden

Innehåll

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING	5
BAKGRUND TILL STUDIEN	6
Undersökningen	7
HUR AGERAR POLITIKER I HJÄLPMEDELSFRÅGAN?	8
Prioriteringsdiskussioner inom hjälpmedelsområdet	8
Ekonomiska aspekter på prioriteringar inom hjälpmedelsområdet	9
Skillnader i avgifter och i regelverk över landet	11
Hjälpmedlets påverkan på livskvalitet	12
Samverkan med handikapprörelsen	13
DISKUSSION	16
Slutsats	22
REFERENSER	23
Bilaga 1	24
Bilaga 2	25
Bilaga 3	27

Förord

Handikappförbunden är den samlande aktören som på bred bas representerar kvinnor och män med funktionsnedsättning. Vi består av flertalet rikstäckande handikapporganisationer med sammanlagt nära en halv miljon medlemmar. Våra medlemsförbund är bärare av den mest angelägna kunskapen – den egna erfarenheten. Vår uppgift är att påverka och förändra samhället så det blir tillgängligt för alla. Vi gör det genom politiskt påverkansarbete, och vi är partipolitiskt och religiöst obundna.

Handikapprörelsen har även bildat samarbetsorgan på kommunal och regional nivå. Dessa har inga organisatoriska band med Handikappförbunden, även om det finns nära samarbete.

Den här studien är en av fem inom ramen för ett treårigt projekt kallat "Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet". Resultaten från de fem studierna ska ligga till grund för fortsatt arbete med att öka medvetenheten om nyttan av hjälpmedel inom landsting/region och kommun. En styrgrupp och en referensgrupp är knutna till projektet.

Vi som arbetar i projektet - Karin Andersson, projektledare och Caroline Lund, hälsoekonom - vill ge ett varmt tack till styrgrupp och referensgrupp. Med sina kunskaper och erfarenheter har de varit ett viktigt bollplank och stöd för projektet. Vi vill även framföra ett stort tack till de personer som genom sitt deltagande gjort det möjligt att genomföra studien.

Följande personer har ingått i styrgruppen:

Tommy Fröberg, Handikappförbundens kansli

Pelle Kölhed, Personskadeförbundet RTP

Elisabeth Nilsson, HSO Västerbotten

Elisabeth Wallenius, Handikappförbundens styrelse

Följande personer har ingått i referensgruppen:

Yvonne Björkman, DHR- Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Håkan Brodin, Statens Folkhälsoinstitut

Bengt Fernström, HSO Västra Götaland

Birgit Fredriksson, Riksförbundet Attention

Jonas Gumbel, Sveriges Kommuner och Landsting

Susanne Gärtner, Unga Hörsel

Helene Hjertman, Svenska audionomförbundet (Svaf)

Peter Lorentzon, Hjälpmedelsinstitutet

Christina Lundqvist, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Kerstin Westin Andersson, HSO Gävleborg

Sammanfattning

Målsättningen med denna studie var att få veta hur politiker genomför prioriteringar inom hjälpmedelsområdet och vad som ligger till grund för deras beslut. Syftet var att undersöka hur beslutsfattare i landstingen agerar inom hjälpmedelsområdet och hur de samverkar med handikapprörelsen. Kartläggningen genomfördes i form av telefonintervjuer med en majoritetspolitiker inom hälso- och sjukvården i respektive landsting och region. Totalt genomfördes 21 intervjuer. Resultatet visar att få politiker gör systematiska prioriteringar inom hjälpmedelsområdet. De känner till att det är stora skillnader i regelverk och avgifter men alla ser det inte som ett problem.

Politikerna med erfarenhet av en gemensam nämnd är mycket nöjda med en sådan. Inget landsting har beräknat om prioriteringarna på hjälpmedelsområdet är lönsamma för landstinget. Alla är eniga om att livskvalitet är en viktig parameter att ta med i beslutsfattandet.

De flesta är nöjda med samarbetet med handikapprörelsen men tycker att handikapprörelsen kan bli mer aktiva och eniga kring prioriterade frågor. Slutsatsen är att hjälpmedel är en liten fråga inom hälso- och sjukvården. I de fall handikapprörelsen har ett starkt inflytande är det lättare att påverka politiker.

Bakgrund till studien

Denna studie är gjord inom ramen för Handikappförbundens projekt "Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet". Studien är en av fem i arbetet med att ta fram ett kunskapsmaterial för handikapprörelsen.

Att projektet kom till berodde på att det, från flera håll inom handikapprörelsen, uttrycktes att något borde göras inom hjälpmedelsområdet. Åsikterna var många om vilka orättvisor som fanns. Det var till stor del de signalerna som utgjorde grunden för projektet. Utgångspunkten för projektet blev att hjälpmedelsområdet berör både medlemsförbund, ungdomsorganisationer och samarbetsorgan.

Grunden till den här rapporten är telefonintervjuer som genomfördes under hösten 2009 med en majoritetspolitiker inom hälso- och sjukvården i respektive landsting och region. Tanken var att materialet ska vara till stöd för handikapprörelsens arbete gentemot politiker. Rapporten ska ge en bild av hur politiker hanterar hjälpmedelsfrågan och hur de fattar beslut. Denna rapport inkluderar även hur samverkan sker inom de olika landstingen mellan politiker och handikapprörelsen.

Projektet genomförs i samarbete med Hjälpmedelsinstitutet och med stöd från Arvsfonden. Fokus är på hjälpmedel som förskrivs inom hälso- och sjukvården. Projektet är treårigt och startade 1 februari 2008 och beräknas pågå fram till 31 januari 2011.

Syftet med projektet är att skapa förutsättningar för att kvinnor och män med funktionsnedsättning ska få rätt till hjälpmedel, att bra behovsbedömningar ska eftersträvas och att kvinnor och män behandlas likvärdigt oavsett var i landet de bor.

Projektets mål är att ta fram ett Kunskapsmaterial inom hjälpmedelsområdet vilket ska vara till stöd för de organisationer som arbetar intressepolitiskt med hjälpmedelsfrågor.

Undersökningen

Den första kontakten togs via e-post i juni 2009 med ordförandena i hälso- och sjukvårdsnämnderna i alla 21 landsting och regioner i Sverige. Detta för att lokalisera vilken beslutsfattare som var bäst lämpad att svara på frågor om prioriteringar inom hjälpmedelsområdet i respektive län. De flesta politiker svarade och bokade en tid för intervjun. Tre politiker vidarebefordrade till en annan politiker som var mer lämpad att svara på frågorna. I juni och under augusti bokades intervjuer med dessa politiker. Intervjuerna var planerade att genomföras under vecka 37 och 39. Några intervjuer genomfördes också under vecka 36 och även vecka 41.

Två veckor innan intervjuerna startade skickades ett informationsbrev med e-post till alla som medgivit att de ville delta. I brevet beskrevs de områden som skulle diskuteras under intervjun och en sammanställning av de inbokade tiderna för intervjun (se bilaga 1).

Majoritetspolitiker från hälso- och sjukvårdsområdet intervjuades. En från varje län intervjuades via telefon. I Stockholms län önskade två politiker att bli intervjuade på plats. Därför genomfördes intervjun i landstingshuset i Stockholm med de två politiker som ansåg sig vara involverade i hjälpmedelsområdet. Intervjuerna pågick i 30-60 minuter.

En intervjuguide användes (se bilaga 2). Intervjun spelades in och svaren på frågeställningarna skrevs ner efter att respektive intervju var klar. Efter det kategoriserades svaren i grupper och sammanställdes i denna rapport.

Hur agerar politiker i hjälpmedelsfrågan?

Svaren på frågorna från politikerna har sammanställts utifrån de fem huvudfrågorna:

Hur diskuteras prioriteringar?

Har lönsamhet inkluderats i utvärderingar?

Känner de till de stora skillnaderna i avgifter och regelverk över landet och anses det i sådant fall som ett problem?

I vilken mån känner de till studier kring livskvalitet och arbetar de själva utifrån ett hälsoekonomiskt perspektiv?

Slutligen, hur samverkar de med handikapprörelsen och vad anser de att handikapprörelsen kan göra bättre?

En sammanställning av svaren på vissa frågor utifrån ett länsperspektiv finns i bilaga 3.

Prioriteringsdiskussioner inom hjälpmedelsområdet

Definitionen för vad prioriteringar är skiftar mellan politikerna. De flesta anser dock att de inte gör systematiska prioriteringar inom hjälpmedelsområdet. Vid prioriteringsdiskussioner gäller det hela hälso- och sjukvården i länet. Inga hälsoekonomiska analyser har gjorts utifrån prioriteringsbeslut men idéer är på väg in i ett par landsting. En politiker berättade bland annat att de haft ett internat och där bjudit in en hälsostrateg för att diskutera prioriteringar.

Det finns olika anledningar till varför hjälpmedelsfrågan kommit upp på dagordningen. Argumenten var antingen att politikerna varit tvungna att göra besparingar eller att nya hjälpmedel skulle föras in. Tolv politiker svarar att de gjort förändringar på grund av att kostnaderna skenade. Detta innebar att de infört nya avgifter den senaste mandatperioden. I Dalarna fick de ta tillbaka beslutet för att det slog för hårt mot de individer som var i behov av flera hjälpmedel. I Västerbotten har de behövt göra akuta besparingar, som de inte var nöjda med.

Nio politiker svarar att de inte bara på grund av besparingskrav ser över hjälpmedelssystemet. Anledningarna är också att det behöver vara lika i länet eller att systemet inte setts över på tio år. Införandet av försöksverksamheten "Fritt Val av hjälpmedel", hjälpmedelsguider och införandet av ett behovsstyrt system är andra anledningar till att landstingen har tagit nya beslut inom hjälpmedelsområdet. Införandet av en ny handbok/regelverk eller förändringar i huvudmannaskap, är ytterligare anledningar till att nya beslut tagits gällande hjälpmedel.

I Halland använder de sig av en hjälpmedelssnurra vilket innebär att hjälpmedelsortimentet ses över varje år och ett beslut tas i november varje år. De flesta svarar att de inte gjort några konsekvensanalyser. Två politiker svarar att det ska ske en utvärdering när det nya regelverket är infört. En politiker svarar att det är mycket viktigt att det sker utvärderingar.

"Det är inte alltid resultatet av ett beslut som inte slagit väl ut når politikerna igen för att omvärderas"

"Inga konsekvensbeskrivningar är gjorda, men avgifterna anses skäliga"

"Sortimentet begränsades för att budgeten skenade och nya hjälpmedel skulle in"

Två politiker svarade att hjälpmedel inte är en högprioriterad fråga. Några andra säger att de inte vill vara med och peta i detaljfrågor som tjänstemännen kan fatta beslut om.

"Hjälpmedel är en liten fråga som kan skötas utan politiker"

De flesta landstingen har fått reaktioner på sina beslut. Inga politiker är förvånade över att de fått reaktioner. I en del fall hade de förväntat sig mer reaktioner från handikapprörelsen och andra organisationer.

Ekonomiska aspekter på prioriteringar inom hjälpmedelsområdet

Inget landsting har genomfört systematiska beräkningar av vilka konsekvenser förändringar i regelverk och avgifter har haft för landstingets ekonomi. Det är bara politikern i Västmanland som

svarat att de tittat på kostnadseffektiva studier och gjort en egen studie om effekten av höftskyddsbyxor.

Utmaningarna inför framtiden kan summeras utifrån politikernas svar i fyra kategorier: ansvarsområde, hjälpmedel, hälsoekonomi och uppföljning.

1. Var kostnadsansvaret ligger behöver fastställas, vad är egenansvar och vad är hälso- och sjukvårdens ansvar?
2. Vad är definitionen av hjälpmedel? Vad ska räknas som arbetstekniska hjälpmedel, vad kostar det att inte få hjälpmedel? Det är viktigt att tänka mer på rehabiliteringskedjan och inte bara se produkter. Öppna diskussioner behövs också så att alla berörda parter förstår processen. Hjälpmedel måste bli mer tillgängligt så att det blir lätt att få tag på, titta på och känna på.
3. Hälsoekonomi är nödvändigt i framtiden men det är svårt att se det hälsoekonomiska perspektivet och inte bara den organisatoriska lönsamheten. Bli bättre på statistik i framtiden, forskning om effekter behövs och bättre rutiner behöver införas i verksamheten. Det är svårt att få en total kostnadsbild över området när det finns flera huvudmän.
4. Västerbotten, som infört en behovstrappa, ska göra en utvärdering men det tar tid med dessa förändringar därför är ännu inte allting klart. Några landsting har kontakt med Hjälpmedelsinstitutet, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi och liknande aktörer där de bjudit in föreläsare för att få mer information.

”Vi försöker att se helheten i budgeten, därför är alla förvaltningschefer med i diskussionerna för att få en samlad bild”

”Utmaningen är att nya och dyra hjälpmedel kommer och var går gränsen för egenansvaret”

”Hälsoekonomi är viktigt för långsiktiga beslut som kan visa på kostnadseffektivitet”

Drygt hälften (13) av politikerna anser inte att deras budget är begränsad. De anser att det finns möjligheter att ta in nya hjälpmedel

utan att andra behöver plockas bort. I sex landsting har de behövt göra nedskärningar för att kostnaderna har skenat iväg.

Skillnader i avgifter och i regelverk över landet

Alla politikerna känner till att det är stora skillnader i avgifter och regelverk över landet.

Antalet politiker som inte tycker det är ett problem eller är osäkra på om det är ett problem är sex stycken. Övriga tycker det är ett problem och vissa uttrycker att problemet är enormt. De som är mer tveksamma till om det är ett problem hänvisar till det kommunala självstyret och menar att det finns skillnader inom alla områden.

”Kommunerna kan profilera sig när inte allt är lika”.

”Skillnaderna är en konsekvens av det kommunala självstyret”.

”Överdriven problembild kring hjälpmedel, olika avgifter finns gällande det mesta. Det är inget speciellt för hjälpmedel”.

Det är upp till varje län att själva bestämma hur de vill ha sina avgifter och regelverk. Flertalet betonar hur viktigt det kommunala självstyret är. Åtta stycken tycker att det är viktigare att det är lika mellan närliggande län än att det är lika på nationell nivå.

Majoriteten av de som tycker att det är ett problem med skillnader i avgifter och regelverk tycker också att en nationell grundsyn är viktig

”Det är varken jämlikt eller rättvist”.

”Skillnaderna är enorma och vi arbetar med Sveriges Kommuner och Landsting för att få till ett nationellt regelverk”.

”Vissa län har speciella behov därför kan det bli svårt med ett nationellt regelverk”.

Ett nationellt högkostnadsskydd är fyra politiker positiva till. Några politiker är tveksamma till om det ens går att införa med tanke på att situationen för personer med funktionsnedsättning ser så olika ut. Lyssna på handikapprörelsen och ta reda på vilka behov som finns menade en politiker.

De tre landsting som ingår i försöksverksamheten Fritt Val var positiva till försöket och kunde inte i dagsläget påtala några negativa konsekvenser som försöket medfört. Politikern i Kronoberg var dock lite tveksam till hur ersättningen av reparationer och reservdelar skulle finansieras efter att garantitiden gått ut på de hjälpmedel som individerna själva fått välja. Ytterligare ett par landsting har diskuterat försöksverksamheten Fritt Val och är intresserade om försöket faller väl ut. Flera politiker är också positiva till Sveriges Kommuner och Landstings arbete med "Öppna jämförelser", de vill inte ligga sämst till i jämförelserna.

En kommentar kring problemen med avgifter och ersättningar var följande:

"Skyddet bör stärkas för dem som tidigt förvärvat en funktionsnedsättning och aldrig haft möjligheten att jobba och då har mycket svårt att kvalificera sig för de skyddssystem vi har i Sverige, för dessa bör skyddet stärkas"

Hjälpmedlets påverkan på livskvalitet

Frågan politikerna fick gällande livskvalitet berörde politikernas kunskaper om studier kring förbättrad livskvalitet bland brukare som fått hjälpmedel. Dessa studier kände få av politikerna till. Fem politiker betonar att det är svårt att mäta livskvalitet. Sju politiker har inte diskuterat frågan även om de tycker att den är viktigt. Två politiker känner inte till om ämnet har diskuterats i länshandikapprådet. Däremot ansåg alla politiker att god livskvalitet bland personer med funktionsnedsättning har betydelse för landstingets ekonomi.

"En beredning träffar handikapprörelsen där tas frågan upp"

"Handikapprörelsen och andra organisationer, behöver ha mer på fötterna för att kunna påverka politiker"

Den information som finns sprids via hjälpmedelsråd om det diskuteras över huvudtaget. I ett landsting har en handläggare ansvar för att sprida information. Några politiker har sett rapporter i olika hjälpmedelssammanhang. Vissa landsting har kontakt med aktörer exempelvis Hjälpmedelsinstitutet, Folkhälsoinstitutet,

Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi eller universitet och högskolor och får information därifrån.

”Vi arbetar med att effektivisera verksamheten”

De flesta politiker är överens om att måttet livskvalitet är en viktig parameter vid beslutsfattande även om de inte vet hur det ska gå till i praktiken.

”Det bör finnas med i beslutsunderlag”.

”Vi har diskuterat detta och livskvalitet bör styra förskrivningen av hjälpmedel”

Västmanland har gjort en egen studie gällande höftskyddsbyxor. Den visade på en 50-80 procent effekt i minskat benbrott vid fall. Tack vare studien har politikerna bestämt att höftskyddsbyxor ska ingå i hjälpmedelssortimentet.

Politikerna är eniga om att en god livskvalitet är viktigt. Samtidigt ger några politiker uttryck för att det är svårt att få en överblick av om hjälpmedel används och/eller lämnas tillbaka när behoven av dem upphört. På grund av det har en del landsting infört avgifter i form av hyresavgift. Landstingen hoppas därmed att de hjälpmedel som inte används lämnas tillbaka.

Det är svårt att mäta hjälpmedels effekt på brukares livskvalitet. Då skulle behövas regelbundna uppföljningar och utvärderingar om hjälpmedels betydelse. Det skulle även behövas rutiner för registrering av vilka hjälpmedel som respektive brukare får förskrivet.

I och med att detta saknas är det inte möjligt att följa individer över tid och mäta vilka effekter hjälpmedel har och då går det inte heller att mäta individernas livskvalitet.

Samverkan med handikapprörelsen

Alla politiker förutom tre tycker att de har en bra samverkan med handikapprörelsen. De anser att handikapprörelsen är expert på sina frågor och är viktig att föra dialog med. De politiker som inte tycker att samverkan fungerar bra menar att båda parter måste arbeta mer på att stärka den. En politiker berättade att interna problem inom handikapprörelsen har påverkat deras samarbete. Politikern i

Värmland berättade att de har ett avtal mellan handikapprörelsen och landstingstyrelsen där det står inskrivet att dialog ska föras i alla frågor och det ska finnas möjlighet för handikapprörelsen att tycka till när beslut fattas.

De flesta tycker dock att samarbetet kan förbättras. Åtta politiker anser att handikapprörelsen bör vara mer aktiva i sitt arbete. Andra ord som nämns är proaktiva, delaktiga och konstruktiva. Flera landsting har försökt att strukturera upp arbetet med handikapprörelsen. Många anser att diskussioner måste föras i god tid om man ska kunna ta hänsyn till olika förslag i god tid innan beslut fattas. I samband med dessa diskussioner har därför några landsting gått från att ha sporadiska möten till att ha möten tre till fyra gånger om året. De flesta landsting har någon typ av länshandikappråd som träffas allt ifrån från två gånger per år till en gång i månaden. Sju politiker anser att handikapprörelsen bör agera som en enad rörelse och aktivt komma med lösningar. Ett par politiker nämner också att de önskar få in fler personer från de olika föreningarna, det är oftast samma personer som är aktiva och företräder organisationen i alla frågor.

"Vissa hörs mer än andra, de behöver arbeta mer tillsammans och vara mer enade".

Informationsutbytet med handikapprörelsen är viktigt men dialogen kan stärkas. I många fall menar politikerna att det är mer envägskommunikation än dialog vid möten. Ett par politiker tycker också att handikapprörelsen bör vara mer forskningsinriktad, granska rapporter och statistik för att kunna påverka politiker. Ett exempel är att granska statistik från Sveriges Kommuner och Landstings "Öppna jämförelser".

"Det kan vara svårt att förbättra sig som politiker om ingen säger till vad som är fel"

"Det behövs bättre information om olika grupper, exempelvis statistik och beskrivningar om olika funktionsnedsättningar"

Tre politiker svarar att diskussioner förs kring ersättningen till handikapprörelsen. Diskussionen gäller att en motprestation ska krävas för att få bidrag. I Kronoberg har de infört att handikapprörelsen får skicka in en ansökan för att få pengar till sina verksamheter. Detta ledde till att några föreningar inte kunde

specificera vad de skulle ha sina pengar till. De fick inget bidrag, de som skickade in en ansökan fick i gengäld ett högre bidrag. Den kunskap man önskar få från handikapprörelsen är information om olika grupper och information om vilka studier som finns och hjälp med prioriteringar inför framtiden. Där handikapprörelsen definierar vilka grupper som är viktigast. De menar att det är viktigt att få information från handikapprörelsen som kan området.

"HSO har inte själva haft fokus på hjälpmedel"

"Det får inte bli för mycket policys och sådant utan dialog och aktivt arbete är viktigast"

Diskussion

Inför intervjuerna fungerade kontakten med politikerna bra. Endast ett par av de tider som bokades in ändrades. De flesta politiker som kontaktades tackade ja till att delta men tre personer vidarebefordrade till någon som var mer lämplig att besvara frågorna. Tiden för intervjuerna var bra anpassad. Ett par intervjuer tog 60 min, de flesta varade i 45 minuter. Två intervjuer varade i knappt 30 minuter och berodde på att dessa politiker inte kunde utveckla sina svar och inte hade mycket att tillägga. Det enda problemen var att en person glömde bort telefontiden så den bokades om, en person sköt upp intervjun en timme och en person pratade i mobiltelefon. Samtalet bröts många gånger så det var svårt att hålla uppe en bra diskussion.

Politikerna var generellt bra pålästa. E-posten med information och Hjälpmedelsinstitutets rapport, Förändringar i avgifter och regelverk (Lund, A) som skickades ut två veckor innan intervjuerna, kommenterades av flera politiker vilket tyder på att de hade förberett sig. Hjälpmedelsinstitutets rapporter Förändringar i avgifter och regelverk (Lund, A) och Hjälpmedelscentralerna i Sverige (Blomquist, m fl.), fungerade som ett bra underlag inför intervjuerna för att få en bild av hur verksamheterna ser ut.

Prioriteringsdiskussioner inom hjälpmedelsområdet

De län som har en gemensam nämnd mellan landsting och kommun förordar denna typ av organisation. De anser att många gråzoner därmed byggs bort och regler och avgifter blir mer lika inom länet. En del politiker anser att de försökt lösa problemen med olikheter genom att ge kommunerna ansvaret för hjälpmedel. "Innan var det svårt att ta beslut, det blev för många gråzoner".

Hjälpmedelsprojektet tar inte ställning till om en gemensam nämnd passar alla län men tycker det är viktigt att påpeka att de som är berörda är nöjda med en sådan organisation.

Två län nämnde att en svårighet är att landstinget eller kommunen inte tjänar något på att "spara pengar" åt någon annan. Därför är exempelvis landstinget inte så benägna att spara pengar åt kommunen eller staten. Landstingets organisation är av betydelse för hur hjälpmedelsfrågor diskuteras och prioriteras. I de fall där

politiker inte vet hur problem ska hanteras kan goda exempel från andra vara av betydelse, exempelvis från de län där förändringar lett till förbättringar. Det är viktigt att goda exempel sprids på ett sätt så de kan bli användbara för fler. Vissa av politikerna i denna studie efterfrågade också goda exempel på arbetssätt och studier inom hjälpmedelsområdet från andra delar av landet.

De intervjuade ser både för- och nackdelar med sin organisation. I flera fall anser politikerna att hjälpmedel inte är en högprioriterad fråga. Detta stämmer också överens med resultaten från rörelsehinderförbundens hjälpmedelsprojekt (Håkanson R m fl.). Det blir också svårt för handikapprörelsen att få till förändringar om politiker inte prioriterar hjälpmedelsfrågan.

Fler resultat som stämmer överens mellan de båda studierna är att i de län där de har en gemensam nämnd är politikerna mycket nöjda. De har svarat att de nu pratar samma språk och samverkan blir bättre. Brukare hamnar i mindre utsträckning mellan stolarna och färre policydokument minskar osäkerheten gällande vilka direktiv som gäller.

Några politiker tog själva upp problematiken kring att vissa grupper inte kommer ifråga när det gäller hjälpmedelssortimentet. Det gäller till exempel de med osynliga funktionsnedsättningar.

Detta är en fråga som inte alla politiker och beslutsfattare känner till. Detta gör att vissa gruppers behov inte tillgodoses. Detta trots att behovet ska vara det som styr vid förskrivning av hjälpmedel i de flesta länen. En studie om politikernas uppfattningar om hjälpmedel vid psykiska funktionsnedsättningar av Novus Opinion har genomförts på uppdrag av Hjälpmedelsinstitutet (Modig A, Wemminger V, 2009). Det var politiker och beslutsfattare inom socialförvaltningen som intervjuades. 201 telefonintervjuer genomfördes och resultaten presenterades i oktober 2009. Frågor om psykiska funktionsnedsättningar och kognitiva hjälpmedel ställdes till dessa personer. Resultaten visar att informationen bör bli mer tillgänglig, individer och närstående bör få mer direkt information. Fler material på internet och i form av broschyrer bör också tas fram.

Stammingshjälpmedel och hjälpmedel till elöverkänsliga och även individer som tillhör tandvårdsskadeförbunden har ingen eller mycket liten tillgång till hjälpmedel och endast i vissa delar av landet (Andersson K, 2008).

Ekonomiska aspekter på prioriteringar inom hjälpmedelsområdet

Endast ett par av politikerna anser att de gör prioriteringar systematiskt gällande hjälpmedel. Ingen politiker anser att de har gjort någon utvärdering om prioriteringar varit lönsamma för landstinget eller regionen.

Enligt den erfarenhet som hjälpmedelsprojektet har skulle det vara önskvärt att det gjordes fler utvärderingar om vilken betydelse hjälpmedel har. Det skulle ge ett bättre underlag för politiker att kunna göra rätt prioriteringar. Det är viktigt vid prioriteringar och vid besparingar att veta vilka förändringar som är mest effektiva. Den kunskapen saknas idag i stor utsträckning.

En politiker berättade att de fick ta tillbaka sitt beslut om avgifter för att det slog olika mot brukare. I den här situationen kunde beslutet blivit annorlunda om handikapprörelsen fått tycka till i början av beslutsprocessen. I Västernorrland fanns ett förslag på högkostnadsskydd men politikerna ansåg att för få brukare hade användning av det så det togs bort. Politikerna anser att uppföljning och utveckling är viktigt men däremot är det få som kan peka på att det verkligen genomförs i praktiken.

Varifrån politiker inhämtar fakta om huruvida hjälpmedel används eller inte diskuterades inte under intervjun. Men en del politiker ser svårigheter med att de inte vet om hjälpmedel används. Vissa landsting har försökt att lösa detta genom införande av avgifter. Några politiker berättar att många hjälpmedel lämnats tillbaka i och med att avgifter har införts, i vissa fall till och med i öppnade förpackningar. De tolkar återlämningen som likvärdigt med att det inte finns ett behov eller att behovet upphört. Men anledningen till varför brukare lämnar tillbaka hjälpmedel när landstingen infört avgifter kan ju ha flera orsaker exempelvis att brukaren inte anser sig ha råd, enligt hjälpmedelsprojektet. Det slår dessutom hårt mot brukare som i många fall redan har högre kostnader till följd av funktionsnedsättningen.

I och med förändringar i form av att nya hjälpmedel introduceras och att befintliga hjälpmedel med hjälp av teknikutvecklingen förnyas, behöver denna verksamhet utvärderas. Det är dock få av politikerna som svarar att de gör utvärderingar. Utan utvärdering vet ingen om resurserna används på bästa sätt. Det finns frågor att

lösa men hjälpmedelsfrågan är inte högprioriterad och diskuteras därför sällan bland politiker.

Det viktiga är också att försöka starta en process kring hur hjälpmedel kan bli en fråga som sätts på dagordningen. Det arbete som är startat inom vissa regioner behöver spridas. Fungerande exempel bör anpassas beroende på hur förutsättningarna ser ut och därefter införas på fler platser.

Skillnaderna i avgifter och i regelverk över landet

I de län där politiker anser att hjälpmedel är en liten del av hälso- och sjukvården alternativt anser att det inte är viktigt att se över verksamheten kan brukare få en ojämlig hjälpmedelssituation. Det är av stor betydelse att diskutera gråzoner för att lösa problem med att brukare hamnar mellan stolarna.

Resultaten visar också att olika åsikter när det gäller avgifter till viss del beror på geografiska skillnader och om länet är stort eller litet. I vissa fall har ett län med stort antal invånare mer resurser att fördela insatser. De län som har en glesbygdsproblematik har inte möjlighet att starta hjälpmedelsbutiker och liknande där alla kan ta del av insatser på nära håll.

Vissa politiker är insatta i hjälpmedelsfrågan vilket också stämmer överrens med resultaten i rörelsehinderförbundens hjälpmedelsprojekt (Håkanson R m fl. 2003). De flesta politiker hade dock mer generella uppgifter om hjälpmedelsområdet.

Hjälpmedlets påverkan på livskvalitet

Politikerna anser att det än så länge är för svårt och komplicerat att använda sig av hälsoekonomiska beräkningar i sitt arbete. Eftersom hjälpmedel är en liten post inom hälso- och sjukvården behövs nyckeltal eller jämförelsemått för att kunna se vilken nytta det är med hjälpmedel. Det blir annars svårt att motivera utvecklingen av hjälpmedelsområdet. Många är överens om att en definition av hjälpmedel behövs. Detta för att tydliggöra vem som bör ha ansvaret. Även vilka hjälpmedel som ska ingå i någon typ av grundutbud bör tydliggöras så att skillnaderna över landet minskar. Detta utan att påverka det kommunala självstyret. I rörelsehinderprojektet uttryckte några av de intervjuade att Landstings- och Kommunförbunden

borde ta initiativ till hälsoekonomisk forskning för att i siffror kunna peka på vad olika typer av vård kostar i relation till hjälpmedel.

Flera politiker anser att hälsoekonomi är viktigt men att det är svårt. Många inom handikapprörelsen efterfrågar hur hälsoekonomiska resultat skulle kunna användas. En viktig fråga för framtiden är hur hälsoekonomi ska göras användbart för politiker och ansvariga myndigheter och aktörer. En annan fråga inför fortsättningen är huruvida det går att införa hälsoekonomiska nyckeltal i "öppna jämförelser" av Sveriges kommuner och landsting. Fler och fler hjälpmedelscentraler har idag ett likvärdigt datasystem för registrering av vilka hjälpmedel som köps in och lånas ut eller säljs. Detta är ett steg i rätt riktning för att kunna jämföra över landet. Men verksamheterna ser mycket olika ut vilket också försvårar arbetet med jämförelser.

Samverkan med handikapprörelsen

Hjälpmedelsprojektet har fått in synpunkter från flera inom handikapprörelsen som påpekar att det är svårt att tidigt vara med i beslutsprocessen och presentera sina åsikter. Politikerna tycker att handikapprörelsen ska vara mer proaktiva istället för att vara reaktiva och arbeta emot vad man inte vill ska hända. Det måste finnas utrymme för att komma in tidigare i processen. Politiker efterfrågar att få med sig dem det berör i beslutsprocessen, men då bör politiker också skapa förutsättningar för att kunna göra handikapprörelsen mer aktiv och delaktig.

Handikapprörelsen har olika inflytande i hjälpmedelsfrågorna beroende på vart i landet de arbetar. Ibland finns bara ett läns-handikappråd, ibland sitter handikapprörelsen med i nämnder och i Värmland har handikapprörelsen till och med ett avtal med landstingsstyrelsen, gällande att de ska få tycka till vid beslut. Frågan är vad som behöver ändras eftersom politiker och handikapprörelsen i vissa län har olika åsikter om hur bra deras samarbete fungerar.

Handikappförbundens projekt "Prioriteringar inom hälso- och sjukvården" genomförde politikerintervjuer 2003. I rapporten diskuterades svårigheter när representanter från handikapprörelsen har olika roller, vilket kan vara svårt att hantera. Rollerna kan vara: åhörare, bevakare, budbärare, förhandlare, kreativ deltagare. Det är

något som representanter från landsting och kommun kan ha i åtanke när de efterfrågar en aktivare handikappprörelse. Både politiker och handikappprörelsen bör ha en bra vetskap om varandras situation.

Inom det fleråriga "Samverkansprojektet", som drevs av Handikappförbunden och Hjälpmedelsinstitutet tillsammans, sammanfattades ett antal förutsättningar som bör uppfyllas för att få tillstånd en god samverkan mellan handikappprörelsen och sjukvårdshuvudmännen. Ett utbildningsmaterial för samverkan togs också fram som har använts av länshandikappråd och handikapporganisationer runt om i landet (Rörby C m fl. 2005).

Information till brukare om hjälpmedel anses vara en svår fråga vilket också Handikappförbundens hjälpmedelsprojekt fått indikatorer på i flertalet olika sammanhang. Fler möjligheter till att synliggöra hjälpmedel har diskuterats. Detta kan göras på olika sätt, exempelvis genom hjälpmedelutställningar, butiker eller mässor. Politiker anser att det är viktigt att involvera brukare och handikappprörelsen. I denna fråga behövs goda exempel på hur ett bra samarbete kan fungera. Exempelvis kan en ändring av gamla mötestraditioner och/eller vilket arbetssätt organisationen har leda till förändringar. Möjligheten till inflytande varierar. Medvetenhet om hur det ser ut i andra län kan vara en lärdom för att se hur verksamheten kan utvecklas.

Det bör diskuteras vad Handikappförbunden kan göra utifrån denna sammanställning på önskemål från politikerna. De flesta intervjuade i denna studie men även från övriga studier som omnämns i denna rapport, är överens om att hjälpmedel bör ses som en del i ett större sammanhang. I båda rapporterna är de intervjuade till stor del överens om att det är behovet som ska styra vad som förskrivs.

En knäckfråga inför framtiden är hur ett nationellt regelverk av något slag, för att få bort vissa olikheter som drabbar brukare, ska kunna genomföras när politikerna samtidigt vill behålla det kommunala självstyret.

Slutsats

- Hjälpmedelsfrågan är inte högprioriterad.
- Det förekommer inga beräkningar på vad prioriteringar av hjälpmedel kan ge för vinster för landstingen.
- Politikerna tycker att hälsoekonomi är viktigt men det finns inte tillräckligt med varken resurser eller kunskap.
- Politikerna tycker att handikapprörelsen är en viktig samverkanspart som dock kan bli mer enad och proaktiv.

Referenser

Andersson K. En kartläggning av handikapprörelsens arbete med hjälpmedelsfrågor. Rapport 1 av 5. 2010. Stockholm.

Blomquist U-B, Brundell S, Estreen M. Hjälpmedelscentralerna I Sverige. 2007. Stockholm.

Håkanson R m fl. Rörelsehindrades syn på hjälpmedel, - en utredning om ansvar, bemötande och pengar. 2003. Stockholm.

Lund A. Förändringar av landstingens och kommunernas regelverk och förskrivning av hjälpmedel mellan åren 2006-2008, - en kartläggning genomförd hösten 2008. 2008. Stockholm.

Modig A, Wemminger V. Hjälpmedel vid psykiska funktionshinder - en undersökning bland beslutsfattare. [citerad 18 november 2009]
<http://www.hi.se/sv-se/Arbetsomraden/Projekt/hjalpmedelifokus/Rapporter/>

Rågeland L, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. 2003. Stockholm.

Rörby C, m fl. Samverkan gör skillnad - ett rådsutbildningsmaterial. 2005. Stockholm

Steinar K. Den kvalitativa forskningsintervjun - andra upplagan. 2009. Stockholm

Bilaga 1

Informationsbrev till politiker



2009-08-24

Detta brev går till alla er som tackat ja till att delta i de telefonintervjuer som genomförs under hösten av Handikappförbundens projekt "Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet".

Syftet med intervjuerna är att undersöka hur ni resonerar kring prioriteringar inom hjälpmedelsområdet. Följande områden kommer intervjun innehålla:

- Diskussioner kring prioriteringar inom hjälpmedelsområdet
- Bakgrunden till beslut inom hjälpmedelsområdet
- Betydelsen av hälsoekonomiska beräkningar vid prioriteringar
- Betydelsen av livskvalitet vid prioriteringar
- Samarbetar med handikapprörelsen

Listan med inbokade tider bifogas (se nedan), kontakta mig om någon ändring av tid är aktuell.

Hjälpmedelsinstitutet har genomfört en kartläggning av förändringar av landstingens och kommunernas regelverk och förskrivning av hjälpmedel mellan åren 2006-2008. Denna rapport har använts som underlag inför intervjuerna och bifogas i detta mail.

Även information om Hjälpmedelsprojektet och dess senaste nyhetsbrev bifogas.

Ta kontakt med mig om du har några frågor.

Tack på förhand,

Caroline Lund, Hälsoekonom.

tel: 08-546 404 36

e-post: caroline.lund@hso.se

Bilaga 2

Frågebatteri

- Har ni fört diskussioner kring prioriteringar inom hjälpmedelsområdet?
 - Har några beslut tagits och när togs de, vilka var argumenten?
 - Har det gjorts några konsekvensbeskrivningar, HE?
 - Besparingar eller utveckling, har ni fått reaktioner på dessa?
 - Tjänstemannabeslut problem?
1. Har ni studerat huruvida prioriteringar inom hjälpmedelsområdet lönar sig ekonomiskt för landstinget?
 - Om ja, hur gjorde ni?
 - Om nej, har det diskuteras och vad kan ni göra i framtiden,
 - Vilka är utmaningarna?
 - Hur är budgeten för hjälpmedel fördelad i relation till övrig budget/andra områden?
 2. Känner ni till de stora skillnaderna i avgifter och i regelverk över landet?
 - Vad tycker ni om det, är det ett problem, (exempel flytt över kommungränser inom länet, stora kostnader, får förskrivet där man arbetar men inte där man bor)?
 - Bör avgifter och/eller regelverk harmonieras?
 - Hur skulle det gå till, har ni några praktiska förslag?
 - Är ett alternativ högkostnadsskydd eller liknade? Om nej, inte relevant?
 3. Har ni i ert landsting tagit del av någon information kring hur hjälpmedel påverkar livskvalitet?
 - Vad anser ni att god livskvalitet bland personer med funktionsnedsättningar kan betyda för landstingets ekonomi?
 - Hur ska ni ta hänsyn till det, hur kan det förenas med nedskärningar i budget?
 4. Hur samverkar ni med handikapprörelsen/övriga inom hjälpmedelsområdet?

- Vad innebär ett bra samarbete?
- Hur ska handikapprörelsen agera? (de känner sig inte delaktiga, politikerna lyssnar inte)
- Vilka underlag/uppgifter skulle ni behöva från handikapprörelsen när ni fattar beslut?
- Vägledning i hur prioriteringar bäst kan göras?
- Hur kan man minska skadeverkningar?
- Vad är till mest nytta?

Bilaga 3

Sammanfattning av politikernas svar.

Tabell 1. Utdrag från politikernas svar ur ett länsperspektiv.

	Senast beslut fattades inom hjälpmedelsområdet	Problem med skillnader i avgifter och regelverk	Förslag till förändring	Förslag på vad kan handikapprörelsen göra bättre
Östergötland	För ett par år sedan	nej		Viktigt med information från experter
Gotland	2002-2003	nej		Vara aktiv, säga till i god tid
Jämtland	10 år sedan	ja	nationell grundsyn	Förbättra informationsutbyte
Dalarna	2005	ja	nationellt regelverk	Har ej fokus på hjälpmedel
Uppsala	2007	ja	lika inom regioner	Bättre dialog mer aktiva
Skåne	2009 juni	ja	nationell grundsyn	Bättre påläst mer aktiva
Värmland	2009 juni	osäker	lika inom länet	Mer aktiva nya förslag och idéer
Kalmar	2009 januari	ja	nationellt regelverk	Bättre dialog
Halland	2006	ja	nationell grundsyn	Mer proaktiv
Västmanland	Varje år tas beslut	ja	lika inom regioner	Behöver mer forskningsinriktade rapporter
Västerbotten	2006	ja	nationellt regelverk	Fånga upp frågor bättre
Blekinge	2006	nej		Bli mer konstruktiva
Västernorrland	2008	ja	nationellt regelverk	Arbeta mer tillsammans
Stockholm	2006	ja	nationellt regelverk	Mer enad och aktiv
Västra Götaland	2006	till viss del		Arbeta mer tillsammans
Sörmland	2007	ja	nationell grundsyn	Bredare kontakt behövs med fler involverade
Jönköping	2009 juni	ja	lika inom regioner	Bättre dialog
Örebro	2005-2006	till viss del	lika inom regioner	Bättre på prioriteringsdiskussioner
Kronoberg	2007	ja	lika inom länet	Mer enad
Gävleborg	2007	ja	nationell grundsyn	Finns olikheter måste HSO stå på sig
Norrbotten	2009	ja	lika inom regioner	Plocka upp andra frågor än bara sjukvårdsfrågor

**Läs mer om projektet Hjälpmedel på
Handikappförbundens webbplats**

Ett projekt med finansiering
från Allmänna Arvsfonden



Handikappförbunden, Box 1386, 172 27 Sundbyberg
www.handikappforbunden.se

Hjälpmedel - regelverk – livskvalitet – kön

En fokusgruppstudie med förskrivare och brukare
utifrån ett genusperspektiv

Rapport 5 av 5



En rapport från Handikappförbunden

Projektet Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god
livskvalitet

Text/författare: Karin Andersson

Diagram: Caroline Lund

Formgivning: Marre Ahlsén

Foto: Matton bildbyrå

Utgivningsår: 2010

ISBN-nummer 978-91-86151-11-9

© Handikappförbunden

Tack till er som medverkat i

fokusgruppsintervjuer under hösten 2009

Jag och min kollega vill tacka alla deltagare för att ni så öppet delat med er av era personliga erfarenheter.

Karin Andersson, projektledare

Anders Nordholm, projektmedarbetare

Innehåll

FÖRORD	5
SAMMANFATTNING	7
BAKGRUND TILL STUDIEN	8
Handikappförbundens projekt	9
Kön och genus	10
Resultat från andra studier med fokus på kön	10
SYFTET MED STUDIEN	12
Genomförande	12
FRÅGORNA SOM DISKUTERADES	17
RESULTAT FÖR FÖRSKRIVARNA	17
Förskrivarnas erfarenheter av systemförändringar inom hjälpmedelsområdet	18
Förskrivarnas möjligheter att tillgodose brukarens behov	26
Förskrivarens eget kön har betydelse i mötet med kvinnor och män	30
RESULTAT FÖR BRUKARNA	35
Kvinnor och män har samma behov av hjälpmedel	35
Uppföljning av hjälpmedlen fungerar inte	39
Hjälpmedels betydelse för livskvalitet	41
Att bli nekad hjälpmedel trots att det finns ett behov	46
RESULTAT FRÅN ENKÄTEN	48
METODDISKUSSION	52
RESULTATDISKUSSION	53
REFERENSER	56
Bilaga 1	57

Förord

Handikappförbunden är den samlande aktören som på bred bas representerar kvinnor och män med funktionsnedsättning. Vi består av flertalet rikstäckande handikapporganisationer med sammanlagt nära en halv miljon medlemmar. Våra medlemsförbund är bärare av den mest angelägna kunskapen – den egna erfarenheten. Vår uppgift är att påverka och förändra samhället så det blir tillgängligt för alla. Vi gör det genom politiskt påverkansarbete, och vi är partipolitiskt och religiöst obundna.

Handikapprörelsen har även bildat samarbetsorgan på kommunal och regional nivå. Dessa har inga organisatoriska band med Handikappförbunden, även om det finns nära samarbete.

Den här studien är en av fem inom ramen för ett treårigt projekt, inom Handikappförbunden, kallat "Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet". Resultaten från de fem studierna ska ligga till grund för fortsatt arbete med att öka medvetenheten om nyttan av hjälpmedel inom landsting/region och kommun. En styrgrupp och en referensgrupp är knutna till projektet.

Vi som arbetar i projektet - Karin Andersson, projektledare och Caroline Lund, hälsoekonom - vill ge ett varmt tack till styrgrupp och referensgrupp. Med sina kunskaper och erfarenheter har de varit ett viktigt bollplank och till stöd för projektet. Vi vill även framföra ett stort tack till de personer som genom sitt deltagande gjort det möjligt att genomföra studien.

Följande personer har ingått i styrgruppen:

Tommy Fröberg, Handikappförbundens kansli

Pelle Kölhed, Personskadeförbundet RTP

Elisabeth Nilsson, HSO Västerbotten

Elisabeth Wallenius, Handikappförbundens styrelse

Följande personer har ingått i referensgruppen:

Yvonne Björkman, DHR- Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Håkan Brodin, Statens Folkhälsoinstitut

Bengt Fernström, HSO Västra Götaland

Birgit Fredriksson, Riksförbundet Attention

Jonas Gumbel, Sveriges Kommuner och Landsting

Susanne Gärtner, Unga Hörsel

Helene Hjertman, Svenska audionomförbundet (Svaf)

Peter Lorentzon, Hjälpmedelsinstitutet

Christina Lundqvist, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Kerstin Westin Andersson, HSO Gävleborg

Sammanfattning

Stora förändringar har skett inom hjälpmedelsområdet i Sverige. Det har medfört olikheter i avgifter och regelverk i landet och därmed olika villkor för brukarna. Syftet med denna studie var att undersöka vilka konsekvenser det har medfört. Tre områden var i fokus. Hur påverkar gällande regelverk förskrivares möjligheter att förskriva hjälpmedel? Vilken betydelse har hjälpmedel för kvinnliga och manliga brukares delaktighet och livskvalitet? Vilken betydelse har kön i hjälpmedelssammanhang?

Den metod som har använts är fokusgruppsintervjuer. Elva fokusgruppsintervjuer, fem med förskrivare och sex med brukare, genomfördes i sex län under hösten 2009.

Alla förskrivare i denna studie har erfarenhet av stora systemförändringar som påverkar deras möjligheter att förskriva hjälpmedel. Förändringarna är av mer negativ än positiv karaktär. Möjligheterna att förskriva hjälpmedel har begränsats. Förskrivarna brukar ge råd till brukarna om vart de kan vända sig för att själv köpa sitt hjälpmedel. De positiva förändringarna är internetbaserade system som underlättar arbetet. Vid förskrivning tas hänsyn till hela vård- och behandlingskedjan men det finns gråzoner, i form av gränsdragningar mellan vad som är personalen respektive brukarens behov. Regelverken ser förskrivarna både som ett stöd i arbetet samtidigt som det begränsar handlingsutrymmet. Förskrivarna fattar besluten och brukarna har litet inflytande över de beslut som fattas och ibland uppstår intressekonflikter mellan förskrivare och brukare, anhöriga eller personal.

Brukarna i denna studie anser att kvinnor och män har samma behov av hjälpmedel. Hjälpmedel har stor betydelse på ett personligt plan och för livskvalitet men även yttre faktorer kan ha betydelse hur vardagen fungerar. Ålder och kön påverkar synen på livskvalitet. Några av brukarna har blivit nekade hjälpmedel som de är i behov av. Konsekvenserna av att inte få hjälpmedel blir stora och brukarna tycker att det blivit mycket sämre och menar att det beror på landstingets dåliga ekonomi. Brukarna är även överens om att uppföljning av hjälpmedlen fungerar dåligt.

Det råder delade meningar om könets betydelse i hjälpmedelssammanhang, både bland brukare och bland förskrivare som deltagit i studien. Bland de exempel som ges där kön har betydelse är i valet

av hjälpmedel, kvinnor och män värderar hjälpmedlets funktionalitet och formgivning olika.

Kön har också betydelse i mötet mellan förskrivare och brukare. Förskrivarna har olika uppfattning om kvinnliga och manliga brukares behov. Brukarna har olika uppfattning om förskrivares kompetens beroende på om förskrivaren är kvinna eller man. Dessutom reflekterar kvinnliga förskrivare i högre grad än manliga över kön och sitt eget förhållningssätt i mötet med manliga brukare.

Bakgrund till studien

I den första artikeln av FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna fastslås att alla människor är födda fria och lika i värde. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ges i portalparagrafen, 2 §, uttryck för samma människosyn. Det innebär att kvinnor och män med funktionsnedsättning borde ha rätt till habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för att uppnå likvärdiga villkor och förutsättningar som människor utan funktionsnedsättning. Idag har de inte det.

Stora olikheter i landet inom hjälpmedelsområdet har medfört ojämlika villkor för brukare. Delvis är det ett resultat av det kommunala självstyret som ger landsting/region och kommun möjlighet att fatta egna beslut över hjälpmedelsområdet. Olikheterna omfattar bland annat skillnader i regelverk och avgifter mellan landsting/regioner och kommuner. Även nedskärningar, besparingar och införandet av egenavgifter på hjälpmedel har slagit hårt mot kvinnor och män som redan har en ansträngd ekonomi på grund av sin funktionsnedsättning.

Samtidigt har den tekniska utvecklingen i samhället skapat nya möjligheter för nya grupper att få tillgång till hjälpmedel. Det finns idag ett större utbud av produkter som kan vara till hjälp i vardagen. Men för vissa brukargrupper släpar möjligheterna att få hjälpmedel efter och de får inte information om vilka hjälpmedel som finns att välja på. Några grupper får inte tillgång till hjälpmedel alls. Hjälpmedelsutredningen (SOU 2004:83) har identifierat flera områden som borde åtgärdas men efter utredningen har ingenting hänt.

Det var ovanstående olikheter och orättvisor som resulterade i att projektet startade. Från flera håll inom handikapprörelsen, uttrycktes

att något borde göras inom hjälpmedelsområdet. Avgörande för brukarnas livsvillkor blir vilken funktionsnedsättning de har, var i landet de bor och vilka hjälpmedel de är i behov av. Det borde inte vara så. I ett samhälle för alla är rätten till hjälpmedel ytterst en fråga om människovärde.

Handikappförbundens projekt

Denna studie är en av fem inom ramen för Handikappförbunds projekt, "Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet". Projektet genomförs i samarbete med Hjälpmedelsinstitutet och med stöd från Arvsfonden. Fokus är på hjälpmedel som förskrivs inom hälso- och sjukvården. Projektet är treårigt och startade den 1 februari 2008 och beräknas pågå fram till den 31 januari 2011.

Syftet med projektet är att skapa förutsättningar för att kvinnor och män med funktionsnedsättning ska få rätt till hjälpmedel utifrån människovärdesprincipen som grund, att bra behovsbedömningar ska eftersträvas och att kvinnor och män behandlas likvärdigt oavsett var i landet de bor.

Projektet mål är att ta fram ett Kunskapsmaterial inom hjälpmedelsområdet vilket ska vara till stöd för de organisationer som arbetar intressepolitiskt med hjälpmedelsfrågor.

Denna studie bygger på fokusgruppsintervjuer med förskrivare (arbetsterapeuter, sjukgymnaster och audionomer) och med brukare som har erfarenhet av och använder hjälpmedel.

I studier som projektet har tagit del av framkommer att det finns skillnader mellan kvinnor och män när det gäller exempelvis hälsa, ekonomi, behandling, vård, bemötande och livskvalitet. Det var anledningen till att fokusera på könets betydelse i hjälpmedelssammanhang för att se om det även i de sammanhangen finns skillnader¹.

¹ I Handikappförbundens projekt har vi valt att ha fokus på kvinnor och män och ingen annan sexuell läggning eller könsöverskridande identitet.

Kön och genus

Kön och genus är två viktiga analyskategorier för att beskriva livsvillkor, hur vi tänker och agerar. Med kön avses vårt biologiska kön, kvinna eller man. Genus beskriver det sociala könet, vad det innebär att vara flicka, kvinna, pojke eller man. Det är något som konstrueras och skapas i vårt sociala samspel. Det är ett föränderligt tillstånd. Hur vi tänker och handlar beror på hur vi uppfostras och införlivar vad det innebär att vara i någon av rollerna. Det är våra egna och samhällets normer och värderingar som avgör hur vi tänker och handlar. (Smirtwaite 2007, Öhman 2009)

Resultat från andra studier med fokus på kön

Ett exempel på skillnad mellan kvinnor och män är att kvinnor sjukskrivs oftare än män och att skillnaderna ökar kontinuerligt. Forskning om könsskillnader och sjukskrivningsmönster hos kvinnor och män är begränsad. Ett annat exempel är att Försäkringskassans insatser vid arbetsinriktad rehabilitering är bättre anpassad till mäns behov. Urvalet av lämpliga rehabiliteringsåtgärder är mer begränsat för kvinnor och kvinnors egna förslag på åtgärder godtas inte lika ofta som männens. (RFV 2004:16, RFV, Smirthwaite SKL 2007)

Flera studier visar att kvinnor får rehabiliteringspenning under kortare period än män. Fler män än kvinnor får beviljat handikappersättning. Det är också vanligare att männen får det högsta beloppet. Kvinnor känner sig oftare sämre bemötta än män. Bemötande är en faktor som påverkar självkänslan och som har samband med återgång i arbete. Medelålders män gynnas mest av nya teknologier och läkare väljer oftare dyrare läkemedel till män och billigare till kvinnor. (Smirthwaite, SKL 2007)

En intervjustudie, utifrån ett genusperspektiv, av äldres erfarenheter av omvårdnad efter en stroke visar att det finns tydliga skillnader i kvinnors och mäns erfarenheter när det gäller viljan att återta kroppens förmåga som den var före stroke. Både kvinnor och män har en stark vilja att själv bidra till läkningen genom att aktivt delta i rehabiliteringen och i egna träningsprogram, men på olika sätt. Det som skiljer är deras målsättning. Kvinnorna har som mål att själv klara av att sköta hela hemmet till skillnad från männen vars mål är fokuserat på aktiviteter utanför hemmet som exempelvis återta fritidsaktiviteter, köra bil eller sköta sommarstugan.

Samma studie visar på skillnad mellan kvinnor och mäns förhållningssätt till att vilja vara delaktiga eller överlämna ansvaret för sin vård och behandling till professionen, personalen med yrkesmässig kompetens. Kvinnorna tenderar att acceptera de beslut som tas om vilken vård och behandling de ska ha och motiverar med att de själva saknar kunskap och information om vad som kan vara bäst. Männen däremot agerar för att få inflytande över sin vård med olika taktik. Exempelvis genom att skaffa sig kunskap om sin sjukdom eller att diskutera och ifrågasätta vårdbeslut om de inte är överens med professionen. (Andersson 2007)

Enligt Hjälpmedelsinstitutet har stora systemförändringar under senare år ägt rum inom hjälpmedelsområdet. Egenavgifter, har införts, sortimentet har begränsats, upphandlingar har blivit striktare och möjligheterna att förskriva hjälpmedel utanför sortimentet har begränsats. Vilka konsekvenser ger sådana förändringar på förskrivarnas arbetssituation?

I en studie om kvinnliga arbetsterapeuters erfarenheter av arbetsrelaterad stress framkommer att stress orsakas när arbetsuppgifter ändras, när arbetstiden inte räcker till och när arbetet inte respekteras. Resultaten visar också att ständiga förändringar medför att arbetsterapeuter tvingas att göra omprioriteringar, växla mellan arbetsuppgifter och hitta nya eller andra lösningar. Mycket av arbetsterapeuternas arbete är att göra "brandkårsuttryckningar". Det finns också krav på att de ska ha bred kunskap inom många områden. Andra yrkeskategorier respekterar inte alltid deras kompetens. Klienter och närstående kräver ibland åtgärder som de inte har möjlighet att tillgodose. (Berglund 2007)

I vårt samhälle är de flesta offentliganställda, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor kvinnor. Vad innebär det för bemötandet? Fortfarande tar kvinnor mer ansvar för hem och barn utöver sitt yrkesarbete och ser det som självklart. Kvinnor med funktionsnedsättning gör likadant. När en förskrivare möter en brukare är förväntningarna på vad kvinnor respektive män har för behov delvis en spegling av de könsroller som råder i samhället i övrigt. Det i sin tur kan göra att det är lättare att få kvinnor att acceptera mindre stöd och hjälp än män. För att förbättra bemötandet är det viktigt att medvetandegöra de offentliganställdas syn på könsroller. Detta är viktigt då resurserna för hjälpinsatser har begränsats. (SOU 1998:138)

En studie om genus betydelse för kvalitetsarbetet inom sjukvården visar att ett genusperspektiv kan bidra till en bättre kvalitet och effektivare vård som tar hänsyn till kvinnors och mäns behov och livsvillkor. I studien framkom skillnader i personalens bemötande av kvinnor och män. Orsaken till skillnader förklarades med patientens ålder alternativt förutfattade meningar om vad som är kvinnliga respektive manliga egenskaper och beteenden. Som exempel förklarades männens längre rehabilitering efter stroke med att män är mer benägna att ta emot hjälp. En annan uppfattning var att kvinnor ansågs som mer gnälliga. Genom att börja reflektera över könets betydelse kom personalen fram till att kunskap om genus skapar förutsättningar för ett bättre bemötande och att omedvetna tolkningar om skillnader mellan kön som uppfattas som självklara inte alltid är det. (Landstingsförbundet & Stockholms läns landsting)

Syftet med studien

Syftet är att utforska tre områden:

- Hur regelverken påverkar förskrivares (arbetsterapeuter, sjukgymnaster och audionomer) möjligheter att förskriva hjälpmedel.
- Vilken betydelse hjälpmedel har för kvinnliga och manliga brukares delaktighet och livskvalitet.
- Könets betydelse i hjälpmedelssammanhang.

Genomförande

För att genomföra studien användes fokusgrupper som metod. En fokusgruppsintervju är en form av gruppintervju där deltagarna ges möjlighet att diskutera med varandra kring ett eller flera teman. Det som framkommer i en fokusgruppsintervju går inte att generalisera till att gälla alla förskrivare och brukare. I denna studie genomfördes fokusgruppsintervjuerna med förskrivare och brukare var för sig i olika grupper. Målsättningen var att ha tre män och tre kvinnor i varje fokusgrupp, vilket inte visade sig möjligt när det gällde förskrivarna. Det kan till stor del förklaras med att det är ett kvinnodominerat yrke.

De flesta som förskriver hjälpmedel är legitimerade arbetsterapeuter. Av den anledningen bestämdes det att skapa tre grupper med legitimerade arbetsterapeuter, en med legitimerade sjukgymnaster och en med legitimerade audionomer. Intervjuerna med förskrivare genomfördes med respektive yrkesgrupp var för sig.

För att få en uppfattning om hjälpmedels betydelse för brukare i olika livsfaser konstruerades åldersindelade grupper med tre kvinnor och tre män med olika funktionsnedsättningar i varje grupp. En grupp i åldern 18-30 år, en i 31-40 år, en i 40-54 år, en i 55-64 år och en grupp med brukare 65 år och äldre. I respektive grupp var målsättningen att ha med brukare med olika funktionsnedsättningar, hörselskada/döv, kognitiv-, kommunikativ-, medicinsk-, psykisk- och rörelsenedsättning.

Fem län valdes ut, Västerbotten, Gävleborg, Västmanland, Kalmar och Östergötland. I fyra av länen hade projektet genomfört en brukarstudie och där fanns redan kontaktvägar upparbetade vilket underlättade genomförandet. Planering och upplägg av fokusgruppsstudien påbörjades under våren 2009 i samarbete med projektets styrgrupp och referensgrupp.

Rekrytering av deltagare

För att rekrytera deltagare till intervjuerna skickades ett informationsbrev ut om syftet med studien till olika verksamheter och till samarbetsorganen i de län där fokusgruppsintervjuerna skulle genomföras. Det genomfördes dessutom en pilotintervju i Stockholms län i juni 2009. Sex brukare, tre kvinnor och tre män, i varierande ålder fick testa frågeguiden och ge sina synpunkter på upplägget. Pilotintervjun ingår också i analysen.

För att rekrytera förskrivare till fokusgruppsintervjuerna vände sig projektet till chefer eller samordnare inom landstingets eller kommunens verksamheter. I de flesta fall var det de som bistod med namn på förskrivare som skulle delta. Varje deltagare fick sedan personlig information om syftet med studien direkt från projektet.

Tabell 1. Förskrivare som deltog i fokusgruppsintervjuerna

Län	Antal deltagare		Förskrivarna yrkesverksamma, antal år		Nuvarande arbetsplats inom..
	Kvinnor	Män	Nuvarande arbetsplats	Totalt i yrket	
Gävleborg	6	0	>2-17 år	>3-25 år	Kommun, primärvård och äldreomsorg
Kalmar	5	1	>0,5-10 år	>0,5-13 år	Kommun, hemrehabilitering
Västmanland	5	1	>2-13 år	>9-21 år	Primärvård, rehabilitering, arbetsterapi
Östergötland	2	4	>2-10 år	>2-16 år	Hörselvården
Västerbotten	4	0	>1,5-23 år	>9-30 år	Primärvård
Total	22	6			

För att rekrytera brukare till intervjuerna vände sig projektet till handikappförbundens samarbetsorgan, HSO, i länen. Först kontaktades kansliansvarig via telefon och informerades. Därefter skickades ett informationsbrev ut som samarbetsorganen kunde sprida till sina länsföreningar och distrikt. I de flesta fall rekryterades brukarna med hjälp från Samarbetsorganen.

Tabell 2. Brukare som deltog i fokusgruppsintervjuerna

Fokusgrupp	Antal brukare		Ålder på dem som deltog
	Kvinnor	Män	
Stockholm ²	2	3	37 – 68 år
Gävleborg ³	1	4	64 – 67 år
Kalmar	3	3	48 – 65 år
Västman-land ⁴	3	2	40 – 59 år
Västerbotten	3	1	30 – 51 år
Östergöt-land ⁵	1	2	20 – 36 år
Total	13	15	

Intervjuerna kompletteras med insamlade uppgifter

Fokusgruppsintervjuerna kompletterades med en enkät till brukarna. Enkäten skickades hem till brukaren innan intervjun. Förskrivarna fick besvara några frågor om erfarenhet av att förskriva hjälpmedel, vilka skickades till dem via e-post. Inför intervjun fick alla deltagare en kort informationstext som syftade till att få deltagarna att reflektera över tre områden: hälso- och sjukvårdens tre etiska principer för hur vårdens resurser ska prioriteras, om kvinnligt och manligt i vården samt tre av svenska statens folkhälsomål (se bilaga 1).

² En närstående representerade en brukare med psykisk funktionsnedsättning

³ Det gick inte att få kontakt med någon person med psykisk funktionsnedsättning som ville delta

⁴ Personen med psykisk funktionsnedsättning kom inte till intervjun. En brukare hade anhörig och assistent med som förde dennes talan.

⁵ Två personer lämnade återbud i sista stund.

En frågeguide till stöd under intervjuerna

I alla grupper användes en frågeguide, en för forskrivare och en för brukare. Frågeguiden bestod av en introduktionsfråga för att introducera ämnet, tre nyckelfrågor och en avslutande fråga. Det fanns även fördjupningsfrågor att ta till vid behov om samtalet skulle gå trögt. Könets betydelse fanns med i vissa frågeställningar, dels deltagarnas allmänna uppfattning och dels utifrån egna erfarenheter som kvinna respektive man. När intervjun startade uppmanades deltagarna att i första hand reflektera över de ämnen som skulle diskuteras och att diskutera med varandra. I samband med detta informerades om att det inte fanns några rätt eller fel och att allas åsikter var lika viktiga. Efter att frågeguiden till brukarna först testats på pilotgruppen gjordes en del mindre justeringar.

Samtliga fokusgruppsintervjuer genomfördes på plats i de län som valts ut. Projektledaren var moderator under intervjuerna och en assistent dokumenterade. Varje intervju spelades in på band. I samband med dokumentationen noterades kön på den som uttalade sig. Efter varje intervju gjordes en kort gemensam reflektion mellan projektledaren och assistenten. Därefter avlyssnades banden av assistenten och dokumentationen kompletterades.

Analys

Diskussionen från forskrivarna respektive brukarna bearbetades var för sig. I första steget skrevs dokumentationen från varje intervju ut och lästes igenom. I steg två kategoriserades materialet samman under respektive frågeställning. I steg tre sorterades materialet upp i tre grupper: kvinnors uppfattning, mäns uppfattning och samstämmig uppfattning. Därefter analyserades materialet. Rapporten inleds med resultaten från intervjuerna med forskrivare och därefter med brukarna. De resultat som redovisas från forskrivarna bygger på intervjuer med främst kvinnliga forskrivare. Då yrket till stor del är kvinnodominerat fanns inte möjlighet att få med fler män. När det gäller brukarna är fördelningen av kvinnor och män någorlunda likvärdig. Under diskussionsavsnittet diskuteras gemensamma beröringspunkter från forskrivarna och brukarna. Av hänsyn till deltagarnas integritet redovisas inte vem som har sagt vad i respektive län.

Frågorna som diskuterades

Frågeguide till förskrivare:

- Vilka styrdokument gäller i ert län vid förskrivning av hjälpmedel?
- Vilka stora systemförändringar har ni upplevt när det gäller hjälpmedelsområdet?
- Behov varierar beroende på individ (ålder, kön och funktionsnedsättning), går brukarens behov att förena med gällande styrdokument/regelverk?
- Vilken betydelse kan ert eget kön ha när ni möter en kvinna respektive man?

Frågeguide till brukare

- Har kvinnor och män samma behov av hjälpmedel?
- Vilken betydelse har hjälpmedel för er på ett personligt plan?
- Vilken betydelse har hjälpmedel för er livskvalitet?
- Har ni blivit nekade hjälpmedel som ni anser er ha behov av?

Resultat för förskrivarna

Styrdokument för hjälpmedelsförskrivning i länen

I varje län används någon form av styrdokument, regelverk eller riktlinjer inom hjälpmedelsområdet. Inget län är det andra likt och innehållet i dokumenten varierar.

Styrdokument, Regelverk och Riktlinjer är synonyma begrepp

Begreppet styrdokument kan vara ett samlingsnamn på regelverk, riktlinjer och även policys om sådana finns. Olika landsting använder olika ord och kan kalla regelverket för riktlinjer, anvisningar eller något annat. Oavsett namn så beskriver dokumenten till exempel vilka målgrupper som ska få tillgång till hjälpmedel, vilka produkter som kan förskrivas och vilka avgifter som gäller för hjälpmedel. Det

saknas nationella riktlinjer och regelverk för hjälpmedel i Sverige. Det innebär att varje landsting, region eller kommun fattar sina egna beslut om hur de vill utforma sina styrdokument.

Olika styrdokument, men arbetet går på rutin

Arbetsgången bland förskrivarna i denna studie är att först ta reda på vilka behov som brukaren har. Därefter ser de om behoven är möjliga att tillgodose utifrån gällande styrdokument. Arbetet går mycket på rutin och man frågar oftast en kollega om råd eller hjälp om man är osäker. Det är inte så vanligt att förskrivarna använder sig av, och tittar i, styrdokumentet i det dagliga arbetet. Styrdokumentet använder förskrivarna när de ställs inför en ovanlig situation.

Exempel på styrdokument som omnämns är Hjälpmedelshandboken, Hälso- och sjukvårdslagen, Landstingets förskrivningsanvisningar och olika avtal som finns mellan landsting och kommun.

Förskrivarnas erfarenheter av systemförändringar inom hjälpmedelsområdet

Enligt Hjälpmedelsinstitutet har det skett stora systemförändringar inom hjälpmedelsområdet under senare år. De stora systemförändringar förskrivarna i denna studie har erfarenhet av kan sammanfattas enligt nedan:

- Kommunerna har tagit över mer av ansvaret för hjälpmedel, exempelvis hjälpmedel i ordinärt boende.
- Privata aktörer har etablerat sig inom hjälpmedelsområdet.
- Från pappersbaserat system till internetbaserat system.
- Avgifter på hjälpmedel har införts, vissa hjälpmedel definieras som egenvårdsprodukter och brukaren får bekosta dem själv.
- Bidragsreglerna är förändrade, exempelvis endast bidrag för hörapparat till ett öra.
- Hjälpmedelssortiment och möjligheter att förskriva utanför standardsortimentet är begränsat.

- Från diagnosstyrt till behovsstyrt regelverk.
- Upphandlingsrutinerna har förändrats.
- Kostnaderna för hjälpmedel har lagts över på den egna mottagningen/verksamheten.

En kvinnlig förskrivare ger exempel på en förändring:

”Tidigare hade man färdiga ”kit”. Hade en patient genomgått en operation så fick personen ett antal produkter för att underlätta rehabiliteringen men nu tänker man mer på vad personen egentligen behöver och de som verkligen behöver ska få. Man tänker mer på prioriteringar och man har blivit mer kostnadsmedveten. Det sortiment som finns bygger på vad landsting eller kommunen har upphandlat.”

Systemförändringarna har medfört fler negativa än positiva konsekvenser

Under intervjuerna dominerar de negativa konsekvenserna diskussionen. Förskrivarna är överens om att brukarens behov inte alltid går att tillgodose numera. Vissa specifika hjälpmedel har tagits bort ur sortimentet, då kan inte brukaren få det trots att förskrivaren vet att det skulle vara bra för brukaren att få just det hjälpmedlet. De flesta av förskrivarna har lång yrkeserfarenhet och därmed stor kunskap om hur det var förr. En kvinnlig förskrivare ger ett exempel:

”Det har ofta varit stora organisationsförändringar. Exempelvis inom hemsjukvård och det fria vårdvalet. Man hinner inte komma in i rutinerna innan det är dags att omorganisera igen. Det finns ingen tid för eftertanke eftersom det förändras hela tiden. Det påverkar arbetsituationen mycket”.

Inte längre möjligt att förskriva hjälpmedel för fritiden

En konsekvens av systemförändringarna är att förskrivarna inte längre kan förskriva hjälpmedel för fritiden eller dubbel uppsättning av något eller några hjälpmedel. Exempel på fritidshjälpmedel är cyklar, trehjulingar och fyrehjulingar. Det innebär att brukare som skulle kunna ha ett aktivt liv inte längre kan ha det. En kvinnlig förskrivare berättar:

”Ett exempel är en diskbrockspatient som önskade en el-cykel. Den skulle underlätta enormt men den gick inte att förskriva eftersom den inte fanns i sortimentet. Det löste sig med att hennes arbetskamrater skramlade till den. Vi får inte förskriva cyklar alls”.

Egenvårdsprodukter kan bli kostsamt för dem som tvingas betala

Några av förskrivarna tycker att det är svårt med hjälpmedel för brukare som lider av smärta. Det finns inte många hjälpmedel mot smärta. Ett exempel på smärthjälpmedel är plattor som fästs på kroppen för att lindra smärta. Plattorna betraktas numera som en egenvårdsprodukt och brukaren måste själv betala för dem. En förskrivare berättar att hon lämnar ut plattor ändå fast det säkert är fel. Ramarna för vad som gäller rörande plattor är inte helt tydliga. Förskrivarna i denna studie berättar att en del brukare använder gamla plattor trots att de är uttjänta. Smärtproblematik är vanligare hos kvinnor och de riskerar därför att drabbas hårdare. En annan konsekvens av systemförändringarna som slagit hårt mot framförallt kvinnor är att småhjälpmedel tagits bort ur sortimentet och förlorarna är kvinnor med reumatism.

Dålig ekonomi i landsting och kommun ett hinder

I alla grupper diskuteras den försämrade ekonomin i landsting och kommun som orsak till begränsade möjligheter att förskriva hjälpmedel i samma omfattning som tidigare. Deltagarna i en av fokusgrupperna upplever sig ständigt ifrågasatta av sina chefer om hjälpmedlet verkligen är nödvändigt. En konsekvens av dålig ekonomi är att flera landsting går ihop och genomför gemensam upphandling av hjälpmedel. Det gör att den billigaste leverantören vinner upphandlingen.

Sämre kvalitet på produkterna på grund av besparingar

Flera av förskrivarna har erfarenheter av att kvalitén på produkterna är sämre nu än tidigare. Det tolkar förskrivarna som en konsekvens av att ekonomin i landsting och kommun är dålig och att de därför gjort åtstramningar när det gäller hjälpmedel. Ett exempel är rollatorer med dåliga hjul som ger dålig balans. När kvalitén blir sämre går hjälpmedlen sönder och det kräver resurser eftersom tekniker måste

gå in och reparera. Det gör att totalkostnaden kan bli högre i slutändan. Förskrivarna nämner också att en del produkter som tidigare fanns färdigmonterade ska de själva montera nu, vilket kan ta mycket tid i anspråk. Två förskrivare ger exempel:

”Det nya sortimentet med hygienhjälpmedel är bedrövligt. Kvalitén är sämre och det tar enormt lång tid att montera ihop. Duschpallarna är inte längre färdigmonterade. Idag ska förskrivaren göra detta själv och det tar en kvart att skruva ihop pallen. Synd att bara prislappen ska styra”.

”Vissa hjälpmedel blir man förvånad över. Det är samma hjälpmedel och samma tillverkare men kvalitén har blivit sämre. Strumppådragare till exempel, de går sönder alltid numera. Fyra av 20 i en förpackning går sönder. Det händer aldrig innan”.

Nya behovsgrupper får inte hjälpmedel trots att det finns

I några grupper diskuteras nya behovsgrupper som tillkommit. Den snabba utvecklingen av hjälpmedelsprodukter skulle kunna passa för de brukarna men de får inte tillgång till de nya produkterna trots att de finns. En del förskrivare uppfattar att det fortfarande är kvinnor och män med rörelsenedsättning som är den dominerande målgruppen för hjälpmedel. De anser att den bilden behöver ändras och perspektivet breddas för att tillgodose nya gruppers behov. En kvinnlig förskrivare hänvisar till regelverket som släpar efter:

”Ett exempel är datorer. Det får man enbart förskriva som ett kommunikationshjälpmedel om brukaren exempelvis inte kan hantera en penna men däremot hantera ett tangentbord”.....”men en dator kan ju ge brukaren möjlighet att chatta. Är inte det en form av kommunikation för den som inte kan prata med andra på vanligt sätt, är inte det en hjälp? Där passar inte reglerna in. Även mobiler och sms-meddelanden kan fungera som hjälpmedel men där släpar reglerna efter”.

Krångliga rutiner ett hinder i arbetet

Krångliga rutiner försvårar för både förskrivare och brukare. Ett exempel är Gerda, 85 år, som får förskrivet en duschpall. När Gerda blivit lite bättre ska duschpallen enligt regelverket tas tillbaka. Gerda som har vant sig vid duschpallen vill gärna behålla den eller köpa ut

duschpallen men det går inte. Regelverket säger att duschpallen ska tas tillbaka och om Gerda vill ha en duschpall måste hon köpa en ny. Förskrivare som har erfarenhet av det menar att det borde kunna gå att köpa ut den hon redan har och därmed både bespara besvär och administration.

Några av förskrivarna lyfter även fram Försäkringskassans krångliga regler kring arbetshjälpmedel. De är överens om att det var enklare förr. Nu är reglerna luddiga och många som söker för att få arbetshjälpmedel får avslag. Denna problematik diskuteras framförallt i gruppen med audionomer. När de ska prova ut en hörapparat som ett arbetshjälpmedel måste ärendet först godkännas av Försäkringskassan vilket kan ta en del tid. Sedan är det inte säkert att brukaren har rätt att använda sin hörapparat på fritiden.

Datorisering och informationsutvecklingen är en positiv förändring

En positiv systemförändring är datorisering och internet. Förskrivare som har erfarenhet av ett internetdatabaserat hjälpmedelssystem anser att det underlättar arbetet. Nu är det enklare att se vilka hjälpmedel och vilka leverantörer som finns. Det gör det möjligt att även ha en bättre uppföljning. Förskrivarna ser också fördelar för brukarna med internet. Brukarna har nu blivit mer medvetna om vilka produkter som finns på marknaden. Andra positiva förändringar som nämns är teknikutvecklingen som gjort att personer med psykiska och kognitiva funktionsnedsättningar har fått möjlighet och tillgång till hjälpmedel.

Samtidigt som riktlinjerna anses tuffare i dag så är uppfattningen bland förskrivarna i denna studie att de är friare idag och att de har ett större inflytande. Det ger dem större makt och mer kontroll men också ett större ansvar.

Förskrivarna ger råd när de inte längre kan förskriva hjälpmedel

Förskrivarnas möjligheter att förskriva hjälpmedel till brukare har begränsats, det är alla överens om. Som exempel är sortimentet begränsat vilket innebär att det inte finns samma utbud av produkter. Det är svårt att förskriva utanför standardsortimentet och hjälpmedel för fritiden får inte längre skrivas ut. När regelverket inte längre tillåter förskrivning av ett visst hjälpmedel eller när ett hjälpmedel inte

länge ingår i sortimentet uppstår nya situationer som förskrivarna försöker att hantera.

Förskrivarna i denna studie ger råd till brukaren om vart hon eller han själv kan införskaffa hjälpmedlet, till exempel på ICA, Ikea, Clas Olsson, utställningar eller hjälpmedelsmässor. Förskrivare som hänvisar till butiker tycker att det är ett problem eftersom de saknar kunskap om vilka produkter som är bra respektive dåliga och vilken butik som har det bästa sortimentet. Om de rekommenderat en produkt som inte visar sig vara ett bra alternativ och om det inte fungerar tvingas brukaren att köpa en annan produkt och det leder till extra kostnader. Två kvinnliga förskrivare ger exempel:

”Det upplevs som en jävsituation att man valt just en butik framför någon annan och det är svårt att hänvisa till okända produkter”.....

”Det som är nackdelen med exempelvis Rusta eller Lidl och deras rollatorer är att det inte finns någon möjlighet att få hjälp av landstinget eller kommunens hjälpmedelstekniker och få kostnadsfri service. Ordnar man hjälpmedlet på egen hand finns inte den hjälpen att få. Vi vet ju inte alls hur Rustas rollatorer är så vi kan ju inte ge råd alls. Den kanske är jättebra men det kan vi inte garantera”.

Exempel från en av de manliga förskrivarna:

”Fördelen med att köpa sitt hjälpmedel själv är kanske att man kan göra vad man vill med hjälpmedlet. Vill man sprutlackera rollatorn i en annan färg så kan man göra det, annars finns nog inga fördelar. Det behöver inte vara bra att äga sitt hjälpmedel. Den rollator som Ica har ser kanske bra ut men är ofta inte lika bra när man kommer ut med den i verkligheten”.

Ofta räcker sortimentet till. Ibland tar förskrivarna med sig kataloger hem till brukaren och visar på vad som finns i sortimentet av egenvårdsprodukter att köpa själv eller hänvisar de till internet om brukaren kan hantera dator. När det gäller hörselområdet kan förskrivarna hänvisa till en privat klinik men det blir mycket dyrare för brukaren.

Hela vård- och behandlingskedjan är i fokus vid förskrivning

Hjälpmedel är en del i en vård och behandlingskedja och det perspektivet är i fokus vid förskrivning. Förskrivarna i fokusgruppsintervjuerna har erfarenhet av gråzoner som är jobbiga, exempelvis att

bedöma vad som är personalens behov och vad som är brukarens behov. Ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun ställer också till problem för förskrivarna. En kvinnlig förskrivare berättar:

”En sak som begränsar är betalningsansvaret och där kan det bli stopp. Ett exempel är en person som assistenterna knappt kan flytta. Man har en hjälpmotor till rullstolen som är helt värdelös, gammal och sliten. Kan personen inte köra själv så kan jag inte förskriva en elrullstol. Då är det kommunen som ska betala elrullstolen eftersom det är ett arbetshjälpmedel. Då vill kommunen inte betala eftersom de tycker att brukaren måste ju ändå ha en stol att sitta i och då kan landstinget betala. Där är det väldigt mycket tjafs idag.....”.

Svårt med gränsdragning i kontakten med andra personalgrupper

Gränsdragningen mellan vad som är ett arbetshjälpmedel för andra personalgrupper och ett personligt hjälpmedel för brukaren är inte alltid enkel, framförallt inte om brukaren har många kontakter. En brukare kan ha kontakt med olika arbetsterapeuter, fler olika personal från hemtjänst, olika distriktssköterskor och läkare med mera. När flera personalgrupper är involverade innebär det att förskrivarna måste ta hänsyn till att olika personal har olika uppfattningar om brukarens behov och vad hon eller han klarar av. Om brukaren bor på ett särskilt boende eller har hemtjänst kan dagpersonal och nattpersonal ge helt olika beskrivningar av vad brukaren klarar av.

En del förskrivare anser att hjälpmedel inte alltid är det bästa alternativet för brukaren. Det är för personalen på boendet skull som hjälpmedel förskrivs till brukarna. Om bemanningen är låg där brukaren bor, kan personalen se hjälpmedel som en nödvändighet eftersom de inte själva har den tid som krävs för att till exempel låta brukaren träna i den omfattning som skulle behövas. Förskrivaren kan då tvingas lämna behandlingsplanen och kompensera med hjälpmedel och mindre rehabilitering. När sådana omständigheter inträffar försöker förskrivarna att argumentera för att det är bättre för brukaren att träna på de färdigheter som de trots allt har i stället för att kompensera med ett hjälpmedel.

Ett annat exempel på gråzon är när en brukare under sin rehabilitering blir bättre. En kvinnlig förskrivare ställer frågan:

”När ska ett hjälpmedel som till en början klassats som ett arbets-hjälpmedel, till exempel en specialsäng, tas tillbaka därför att brukaren har blivit bättre? Vem ska avgöra när det är rätt tidpunkt för det? Sängen kan till en början varit till för att underlätta för personalen”.

Olika arbetsvillkor för förskrivare

I ett och samma landsting kan förutsättningarna vara olika. En del förskrivare i studien har möjlighet att följa upp brukaren och kan byta ut hjälpmedel vartefter och så småningom klarar sig brukaren utan. De förskrivare som har möjlighet att göra detta förklarar att det beror på att de är organiserade i team runt varje brukare. Teamarbetet är till för att hela rehabiliteringsprocessen ska fungera men ibland finns murar mellan olika professioner. Att känna till varandras kompetens inom arbetslaget ökar möjligheten att samarbeta bättre.

Den bild som förskrivarna ger är inte samstämmig. En del ser stora begränsningar i systemet och andra uppfattar att det ändå är ganska generöst i det egna landstinget. Förskrivarna är överens om att livskvaliteten för den enskilde brukaren kan bli avsevärt högre om brukarna får tillgång till hjälpmedel.

Regelverken är både ett stöd och begränsar handlingsutrymmet

Regelverk kan både vara ett stöd i arbetet men också begränsa handlingsutrymmet. Förskrivarna ser regelverket som ett stöd i arbetet för de beslut som ska fattas och då de möter påstridiga brukare. Regelverket kan vara till hjälp när de ska förklara för brukarna varför hon eller han inte kan få ett visst hjälpmedel förskrivet. Om en brukare tappar exempelvis sin hörapparat står det tydligt vilka regler som gäller i de sammanhangen. Genom att hänvisa till vilka regler som gäller slipper förskrivarna själva stå till svars och argumentera emot. Förskrivarna menar att regelverken motverkar godtycklighet och ger en viss trygghet. Genom att hänvisa till vad som står i regelverket blir det också lättare för brukaren att acceptera ett nej.

Men regelverken begränsar också handlingsutrymmet att förskriva vissa hjälpmedel som exempelvis fritidshjälpmedel, småhjälpmedel och hjälpmedel mot smärta. En del förskrivare hävdar att trots regelverk så finns alltid ett visst tolkningsutrymme och det gör att besluten inte blir lika. Det skulle vara enklare att veta vad som absolut inte

får förskrivas. Andra ser regelverken i första hand som en ram för att hålla nere hjälpmedelskostnaderna.

Sammanfattningsvis har alla förskrivare i fokusgrupperna erfarenhet av stora systemförändringar, både positiva och negativa. Detta har påverkat deras arbetssituation och möjligheter att förskriva hjälpmedel. Därutöver har arbetssituationen påverkats av förändrade rutiner, teknikutvecklingen, nya behovsgrupper som tillkommit och nya avgiftssystem. Möjligheten att förskriva hjälpmedel för fritiden, dubbel uppsättning och vissa produkter har begränsats.

Förskrivarnas möjligheter att tillgodose brukarens behov

Ålder, kön och funktionsnedsättning är avgörande för vilka hjälpmedelsbehov som kvinnor och män har. Ibland uppstår svårigheter att tillgodose brukarens behov. Ett exempel är att inte längre kunna förskriva hjälpmedel för fritiden trots att brukaren har ett behov av aktivitet.

Förskrivarna uppfattar inte att kön har betydelse vid utredning av behov

Könets betydelse i hjälpmedelssammanhang är inte något förskrivarna i denna studie reflekterat över i någon större omfattning. Många tycker att det är svårt att se något samband mellan kön och hjälpmedelsbehov. Till en början är förskrivarna överens om att det inte finns några specifika behovsområden för kvinnor respektive män. De menar att vissa brukare tar för sig och andra inte, det handlar om personlighet och förväntningar. Behovet och brukarens ålder är det som ligger till grund för förskrivningen, inte brukarens kön.

En faktor som förskrivarna diskuterar är att yrket i sig är kvinnodominerat och därför är det oftast kvinnor som bedömer både kvinnliga och manliga brukares behov. Några av de kvinnliga förskrivarna menar att kön har betydelse vid bedömningar och några tror att det skulle vara större skillnad om fler män vore förskrivare. Ett exempel där kön har betydelse är när det gäller intimhygien. Några av de kvinnliga förskrivarna i denna studie menar att det lättare som kvinna att prata med en annan kvinna om sådant, till skillnad från om det är en manlig kollega.

Under diskussionerna lyfts det fram exempel där kön har betydelse. Hjälpmedlets funktionalitet, utseende, färg och form har olika betydelse för kvinnliga respektive manliga brukare. De kvinnliga förskrivarna berättar om att det finns vissa hjälpmedel som är mer manligt utformade exempelvis klockor. Yngre kvinnliga brukare vill inte ha en maskulin stor klocka. Ett annat exempel är rollatorer. Kvinnor vill ha rollator med korg eller bricka framtill att ställa saker på då de rör sig runt och de tänker mer praktiskt. Kvinnor vill inte ha hjälpmedel som är fula. Några lyfter fram att det är vanligare att förskriva hushållshjälpmedel till kvinnor. En kvinnlig förskrivare ger ett exempel:

”Det finns två sorters rollatorer att välja emellan. Män väljer nästan alltid den stor hjuliga modellen om de får välja. Mer manligt kanske att ha den med stora hjul”

De manliga förskrivarna instämmer i att färg och form på rullstolar engagerar kvinnliga brukare i större utsträckning än manliga som de uppfattar inte bryr sig lika mycket om hur hjälpmedlet ser ut. Kvinnliga brukare lider mer än manliga över hjälpmedel som är fula exempelvis en gul rullstol. Rollatorer och höftbyxor vill inte män använda, de skäms. Det är svårare att få män att acceptera en rollator medan kvinnorna blir glada när de får en rollator.

Ingen av grupperna diskuterar om landstinget eller kommunen tar hänsyn till kön i samband med upphandlingar av hjälpmedelssortiment.

Förskrivarna anser att ålder har betydelse i hjälpmedelssammanhang

Ett annat område som förskrivarna i denna studie diskuterar är ålderns betydelse i hjälpmedelssammanhang. Uppfattningen är att ålder kan ha betydelse för om brukaren vill använda sig av hjälpmedel eller inte oavsett vilket behov eller kön brukaren har. Några förskrivare uppfattar att yngre brukare utreds mer seriöst och kan ha lättare att acceptera hjälpmedel om det är till nytta för dem i vardagen. Yngre brukare har också högre krav än äldre och de får dyrare hjälpmedel, oavsett kön. Äldre brukare utreds inte i samma utsträckning utan deras behov bedöms utifrån ett naturligt åldrande. Äldre kan ibland ha svårt att acceptera ett hjälpmedel.

Det är förskrivarnas beslut som gäller

Förskrivarna i denna studie är i princip överens om att brukarna inte har så stort inflytande över de beslut som tas. I diskussionen framkommer att de kvinnliga förskrivarna lyssnar in vad brukaren har för behov och önskningar för att få en så bra bedömning som möjligt. Det innebär i sig inte att brukaren har inflytande över beslutet. Ibland tar de hänsyn till vad brukaren har haft för hjälpmedel tidigare för att bättre bedöma. Åsikten hos de två manliga förskrivare, som inte är audionomer, är att brukarna oftast inte har något inflytande över de beslut som tas. När audionomerna träffar en brukare, oavsett brukarens kön, får brukaren vara med och bestämma modell när det gäller hörapparater.

Både kvinnliga och manliga förskrivare tycker att brukarna påverkar varandra. Om en brukare har fått ett visst hjälpmedel sprider det sig snabbt och då vill andra också ha likadant. I de situationerna försöker förskrivarna att vara pedagogiska och förklara att det hjälpmedlet kanske inte passar brukarens behov. En manlig förskrivare ger exempel på hur brukarna påverkar varandra:

”En brukare hade besök av en fönsterputsare som nämnde att det fanns en annan rollator med stora hjul som var mycket bättre. Brukaren vill då ha en ny rollator med stora hjul. Då krävs det pedagogisk färdighet att förklara för brukaren att den rollatorn med större hjul är tyngre och inte passar brukarens behov lika bra. Sådana frågor från brukarna är väldigt vanligt. Jag får ofta frågan vilka hjälpmedel som finns. Det är inte det som är det viktiga för mig. Huvudsaken är att personen får rätt hjälpmedel, inte att den kan gå igenom en hel katalog för att se vad som finns. Det finns tusentals artiklar i katalogen”.

Några förskrivare tror att nästa generation brukare kommer att vara mer välvilligt inställda till att betala för sina hjälpmedel och att avgifter kanske kommer att bli mer accepterade.

Ibland uppstår intressekonflikter mellan förskrivare och brukare

Intressekonflikter uppstår om brukaren vill ha inflytande på modellval och vilket eller vilka hjälpmedel som de ska få. Förskrivarna ser det delvis som en generationsfråga. Yngre tar för sig mer än äldre och går in på internet och tittar på specifika produkter som de sedan kan ha tankar om. De yngre kräver mer och har andra krav på hjälpmedel. De för sin egen talan och önskar behandling tidigare.

Äldre sitter hemma och väntar på att komma ut. En del konflikter med brukaren kan uppstå när en annan kollega har gjort en annan bedömning. Ett sätt att lösa konflikter är att låta brukaren byta till en annan kollega. Ibland kan förskrivarna hänvisa till regelverket och där hitta stöd för sin argumentation.

Ibland kan det uppstå en situation där brukaren är övertygad om att de behöver en rullstol men förskrivaren gör en annan bedömning. Då kan de gå halvvägs och låta brukaren få pröva en vecka för att själv komma fram till att det kanske inte var den bästa lösningen. De vill inte att en brukare i onödan ska bli rullstolsburen.

Ibland uppstår intressekonflikter med anhöriga och personal

Ibland är personal på boenden mer påstridiga än vad brukaren är, tycker förskrivarna i denna studie. Även anhöriga kan vara påstridiga. Brukaren kan vara jättenöjd med sitt hjälpmedel medan anhöriga har andra förväntningar på valet av modell. Anhöriga kan ha sökt på internet och där hittat modeller som de tror är bättre.

Ett annat exempel är elrullstolar som inte längre förskrivs som hjälpmedel. Om brukaren sedan tidigare har en elrullstol och inte längre uppfyller kriterierna för att ha en sådan så tas de tillbaka. Då händer det att anhöriga protesterar och ifrågasätter beslutet på grund av att de uppfattar att brukaren byter ner sig till en sämre standard.

Om anhöriga är med vid förskrivningen kan det uppstå problem framförallt om anhöriga har övertalat brukaren om att välja en annan modell. Om brukaren väljer en modell som inte förskrivaren bedömer vara den bästa noteras detta i journalen. Situationer som förskrivarna anar kan bli långvariga processer dokumenteras för att underlätta för andra kollegor att inte samma misstag görs om.

Ett annat dilemma som lyfts fram är om ett team ska fatta beslut kring en brukare. Då krävs det att förskrivaren försöker sätta sig in i hur de olika personalgrupperna kan tänkas resonera. Förskrivarna kan också hamna i dilemman på grund av yttre faktorer som de inte själva råår över. Ett exempel är att inte få utbildning trots att det utlovats. I ett län är förskrivarna mer negativa än i de övriga länen med hur logistik, ledning och service fungerar.

Sammanfattningsvis går det att dra slutsatsen att förskrivarna i denna studie inte har möjlighet att tillgodose alla brukarens behov. Det kan leda till intressekonflikter med både brukare, anhöriga och personal. Förskrivarna har olika uppfattning om kön har betydelse.

Förskrivarens eget kön har betydelse i mötet med kvinnor och män

Flera förskrivare i denna studie har upplevt någon situation när deras eget kön har haft betydelse. Det vanligaste är att brukarna har olika förväntningar på kvinnliga respektive manliga förskrivares kompetens.

När de kvinnliga förskrivarna utför arbetsuppgifter som traditionellt uppfattas som manliga får de höra av brukarna att de är duktiga. Som exempel när de håller på med tekniska arbetsuppgifter, vid montering och vid tunga lyft. Manliga brukare kan kika över axeln när de håller på att skruva på hjälpmedlet och de kvinnliga förskrivarna uppfattar att det är för att brukaren vill försäkra sig om att det blir rätt. Ibland blir även kvinnliga brukare imponerade när kvinnliga förskrivare klarar av att hantera teknik eller att montera ett hjälpmedel. Manliga brukare kan också insistera på att få hjälpa kvinnliga förskrivare om de ska utföra tunga arbetsuppgifter. Ett exempel från en kvinnlig förskrivare:

”Om man exempelvis ska montera klossar på en säng vill gubbarna vara med och lyfta. Det är inte lika vanligt bland tanterna”

De manliga förskrivarna i studien uppfattar att de förväntas att klara av att montera, ställa in och anpassa hjälpmedlet för att de är män. Vissa äldre har en auktoritet för män vilket ger de manliga förskrivarna även möjlighet att föra fram sina synpunkter utan att ifrågasättas. De uppfattar att brukare har en uppfattning om att män har mer koll på datorer, vilket de tycker är lite trist med hänsyn till sina kvinnliga kollegor. Många brukare kan ha svårt att förstå att kvinnliga förskrivare ibland är bättre på datorer och teknik. Exempel på kommentarer från två manliga förskrivare:

”Gamla ingenjörer kan vilja visa att de kan bättre än oss och man måste vara mer teknisk med dem. Kanske kan det vara en fördel för

dem att träffa en kvinnlig förskrivare i stället" "Gamla män kan gå på djupet med teknik på ett sätt som kanske inte kvinnor gör"

Det finns ytterligare exempel på situationer som omnämns där kön har betydelse. En manlig förskrivare ger ett exempel på kommentar från en brukare:

"Bra att det är en är en karl som kommer då kan du väl byta glödlampa"

En del kvinnliga förskrivare i studien får ibland skamliga förslag, kommentarer på sitt utseende eller anspelningar på sex. Det gör att de ibland tänker på sin klädsel. En kvinna berättar om en situation då hon kom hem till en manlig brukare som talade i telefon med en annan man. Kommentaren blev "terapeuten är här och vi ska träna i hemmet, ha ha".

En av de manliga förskrivarna i studien berättar att manliga förskrivare kan bli klappade på huvudet av kvinnlig vårdpersonal och uppfattar att det beror på att de arbetar i ett kvinnodominerat yrke. Han berättar:

"En gång gav hemtjänstpersonalen ett kramlöfte från mig till en kvinnlig brukare att om hon reste sig upp så skulle hon få en kram av mig. Den kommentaren skulle nog inte ha fällts om det varit ett motsatt förhållande".

Om de kvinnliga förskrivarna arbetar på en arbetsplats där det finns manliga kollegor händer det att personalen är mer förlåtande och tolererande mot manliga förskrivarkollegor.

Förskrivarna har olika åsikter om hur kvinnliga och manliga brukare är

Kvinnliga brukare har bättre framförhållning än män, det är förskrivarna överens om. Män väntar gärna i det längsta innan de söker kontakt och efterfrågar hjälpmedel. Det är oftare anhöriga eller personal som ringer när det är en man som behöver ett hjälpmedel.

Åsikterna om hur kvinnliga respektive manliga brukare ger uttryck för sitt hjälpmedelsbehov är dock inte helt samstämmiga. Då merparten av förskrivarna är kvinnor är det framförallt mellan kvinnliga förskrivare som olikheterna i uppfattning speglas. Exempel på hur

olika kvinnliga förskrivare i denna studie kan uppfatta kvinnliga brukare:

- De tar för sig.
- De är mer negativa till hjälp än män.
- De är mer specifika och konkreta med vad de vill ha hjälp med.
- De kräver en hel uppsättning av hjälpmedel för att känna sig trygga.

Exempel på hur kvinnliga förskrivare kan uppfatta manliga brukare:

- De är mer motsträviga och ser hjälpmedel som ett nederlag.
- De vill klara sig själva och har svårt att ta till sig att de faktiskt har behov av hjälpmedel.
- De vill egentligen ha hjälpmedel men är mer envisa så man får tjata lite mer på dem bara.
- De är inte lika krävande.
- De säger ofta att det ska ordna sig och att de hör av sig om de behöver något.

Ett exempel från en kvinnlig förskrivare:

”När kvinnliga brukare tar för sig kan det tolkas, av andra kvinnliga förskrivare att kvinnor är mer krävande i förhållande till män”.

En annan kvinnlig förskrivare menar:

”De som efterfrågar får mer och det är oftast män. Män är dessutom tyngre och svårare att flytta på. Om män har dyrare hjälpmedel så kan det vara deras fruar som driver på att deras män ska få ett dyrare hjälpmedel. Fruar har ofta dåligt samvete inför sina män och kan på grund av det vara mer krävande när det gäller att deras män ska få hjälpmedel. Fruarna vill inte se sina män bli sämre”.

Kvinnorna i studien uppfattar att äldre personer är mer könsbundna och att även ålder hos förskrivaren spelar viss roll. Yngre förskrivare har mindre förtroende hos brukarna än äldre.

En del förskrivare anser att kön även kan ha betydelse när det gäller motivation, träning och rehabilitering. De menar att kvinnliga brukare anstränger sig mer om det är en manlig förskrivare medan däremot manliga brukare anstränger sig mer om det är en kvinna. Men alla deltagare har inte den uppfattningen utan hänvisar mer till personligheten hos brukarna.

En del kvinnliga förskrivare har erfarenheter av män som vill träna helst tung träning som gör ont, exempelvis använda tyngre hantlar.

Några kvinnor menar att det till viss del är mer personligt än könsbundet. Män har mer vilja och är mer motiverade att träna än kvinnor.

Några förskrivare reflekterar över kön och sitt eget förhållningssätt

Ett exempel som några av förskrivarna i studien reflekterar över är, deras egna förväntningar på kvinnliga respektive manliga brukare när det gäller hushållsarbetet. Om en förskrivare, oavsett kön, kommer hem till ett par som lever tillsammans är det vanligt att de utgår ifrån att det är kvinnan som står för matlagning. Förskrivarna vet att många äldre män lagar mat men det är sällan de diskuterar hjälpmedel för hushållsarbete med mannen i familjen.

En man berättar:

”När man kommer hem till ett äldre gift par så tror jag inte att man ställer vissa följdfrågor i samma utsträckning som man borde. Man utgår ifrån att mannen är mer tekniskt intresserad av hjälpmedlet och att mannen aldrig gör ett handtag i hemmet. Det är mina fördomar”

En del förskrivare i denna studie går aldrig hem till brukarna utan de träffas bara på mottagningar eller liknande. Kvinnliga förskrivare ger exempel på situationer som kan vara riskfyllda när de möter manliga brukare i deras hem. De är på sin vakt när de går hem till manliga brukare för ibland uppstår hotfulla situationer som de måste hantera.

Ibland går två kvinnor tillsammans om de vet att en brukare exempelvis har alkoholproblem och risken är att brukaren är alkoholpåverkad. De utsätter sig inte för risker. Det menar att det sitter i bakhuvudet att vara på sin vakt när de möter vissa brukare. De har tentaklarna ute och försöker bedöma hotbilden. Ibland tvingas kvinnor

att stålsätta sig och gå hem till en brukare som de, via journalen, vet kan vara oberäknelig. Då har de ingen aning om vad som väntar dem. En kvinna berättar:

”Kanske är det tack vare beredskapen som gör att man klarar sig utan bekymmer. Jag hade en man som inte skulle släppa ut mig från lägenheten först. Vid nästa besök tog jag med mig Erika. När vi kom hade mannen en kompis där. Hade jag åkt ensam hade det ju definitivt varit en otrygg situation. Vissa farbröder har fasoner för sig med småsmekande rörelser till exempel. Vi har handledning i hur vi ska agera. Känner inte till att män har råkat ut för samma saker”.

Ingen av de manliga förskrivarna har sådana erfarenheter och tänker inte på risker när de möter brukare. De är ofta också själva vid besök och kan träffa brukare som är instabila. De kan bli beskyllda för exempelvis stöld, närmanden med mera. Uppfattningen hos dem är att män ibland inte reflekterar över risksituationer så mycket som de kanske borde göra. De tycker också att äldre kvinnor kan bli mer personliga mot dem på ett sätt som kanske inte en manlig brukare blir.

Förskrivarens kön har betydelse i olika sammanhang

I en av grupperna diskuteras kulturskillnader. Förskrivarna uppfattar att äldre män från andra kulturer kan ha förväntningar på dem som kvinnor därför att de är mer vana att få hjälp av kvinnan i familjen. De förväntar sig att kvinnliga förskrivare ska hjälpa dem på samma sätt. Förskrivarna tar upp att ibland finns misstänksamhet mot utlandsfödd personal. Om hemtjänstpersonal är en man är det svårt för vissa brukare eftersom många förväntar sig att personalen ska vara en kvinna. Kön har betydelse när brukaren behöver hjälp med intimhygien och då kan det bli problem.

Nästan alla förskrivare är överens om att kön har betydelse men en del hävdar att eftersom verksamheten är behovsstyrd så saknar könet betydelse i mötet med brukaren. I en av grupperna, där alla förskrivare är kvinnor, berättar de om exempel från sin arbetsplats där det arbetar två manliga kollegor. De uppfattar att brukarna skärper sig mer gentemot de två manliga kollegorna.

Sammanfattningsvis har förskrivarna i denna studie olika uppfattning om kön och hur kvinnliga respektive manliga brukare är. En

del uppfattar att kön har betydelse när det gäller förväntningarna på dem som förskrivare. Andra menar att kön har betydelse när det gäller vilka behov som kvinnliga respektive manliga brukare ger uttryck för. Några förskrivare reflekterar över kön och det egna förhållningssättet.

Resultat för Brukarna

Kvinnor och män har samma behov av hjälpmedel

Behovet av hjälpmedel är likvärdigt oavsett kön, det är brukarna i denna studie överens om. Vilka behoven är beror på personlighet och funktionsnedsättning och inte på kön. Men det kan finnas undantag som till exempel att män kan vara större till kroppsvolym och därför i behov av en större rullstol. Ett annat exempel från en kvinnlig brukare:

”Som kvinna kanske man behöver en rollator men man vill inte ha en för att man inte vill förknippas med att vara en gammal tant. Det är den kvinnliga fåfängan som styr”.

Hjälpmedels betydelse på ett personligt plan

Brukarna i denna studie berättar om flera situationer där hjälpmedel har stor betydelse, vilka kan sammanfattas enligt nedan. Hjälpmedel gör det möjligt att:

- Leva ett självständigt liv.
- Vara delaktig på lika villkor som andra.
- Ha en aktiv fritid.
- Lättare klara av vardagen.
- Vistas utomhus.
- Hålla ordning på tiden.
- Ta sig ur sängen.

Några av brukarna tänker inte på att de använder hjälpmedel. De ser sitt hjälpmedel som en del av det egna jaget och därmed blir det en del av personligheten. När deras hjälpmedel går sönder eller de för-

lorar dem inser de hur viktiga hjälpmedlen är. Två manliga brukare uttrycker:

”När man så att säga levt med sin funktionsnedsättning i många år och kommit att använda allt fler hjälpmedel så blir de en naturlig del av vardagen, man tänker inte på dem, hur mycket man egentligen har hjälp av dem”..... ”Jag ser inte rullstolen som mitt hjälpmedel. Jag ser mig som hjulbent och hopplös”

Åsikterna varierar beroende på vilken funktionsnedsättning som brukarna i studien har. De med rörelsenedsättning lyfter fram exempel som att kunna förflytta sig, att kunna ta sig fram och att nå upp till saker.

De brukare som har en hörselnedsättning, är döva eller har läs och skrivsvårigheter uppfattar hjälpmedel som en förutsättning för att de ska känna sig delaktiga.

Brukare med medicinska funktionsnedsättningar ser hjälpmedel som en förutsättning för överlevnad.

Brukare med synnedsättning ser hjälpmedel som en möjlighet att orientera sig. Andra exempel som brukarna nämner är att kunna kommunicera med andra människor.

Yttre faktorer spelar också roll för hur vardagen fungerar

Det är inte bara personliga hjälpmedel som är betydelsefulla i brukarens vardag. Yttre faktorer har betydelse för hur vardagen fungerar. Exempel på situationer i vardagen som får brukarna i denna studie att känna sig utestängda och diskriminerade är när:

- Det saknas taltjänst på landstingets hemsida.
- Att inte få hjälp med texttolkning.
- Det saknas hörslinga i lokaler.
- Samhället inte är anpassat och tillgängligt.

En kvinnlig brukare berättar:

”Jag har ju ett hjälpmedel i bildtelefon, kan ringa hemifrån. Finns inte på mitt jobb. Allt är stängt när jag kommer hem från jobbet. Inte jämlikt. Kan inte ringa exempelvis Skattemyndigheten från jobbet”.

Andra situationer där hjälpmedel blir betydelsefullt är när brukaren är politiskt aktiv. Får hon eller han inte det stöd som behövs blir det problem eftersom det är svårt att både skriva och lyssna samtidigt. En kvinnlig brukare har två personer i sin närhet som hon ser som sina hjälpmedel, utan dem skulle hon inte klara sig. Några berättar att de väljer umgänge utifrån sin funktionsnedsättning.

Kvinnor och män kanske är lite olika...

När diskussionen rör manligt och kvinnligt så ger de kvinnliga brukarna några exempel på hur de uppfattar andra kvinnor. De menar att vissa kvinnor har lättare att reflektera över hjälpmedel, kvinnor kanske har sämre självkänsla än män samtidigt som kvinnor har lättare att värdesätta hjälpmedel.

En manlig deltagare lyfter fram att män kanske är mer tekniskt intresserade av prestanda till skillnad mot kvinnor som kanske tänker mer på utseende, och dylikt, samtidigt är han medveten om att det kanske är en fördom. Hans erfarenhet är att han som man kan få ganska mycket teknisk support av hjälpmedelscentralen.

Det blir stora konsekvenser utan hjälpmedel

Att inte få tillgång till hjälpmedel medför stora begränsningar för brukarna som deltagit i studien. Att inte kunna vistas utomhus till exempel, att inte kunna kommunicera med andra människor, att inte överleva, att inte kunna förflytta sig, att förlora sin frihet eller att bli isolerad.

En manlig brukare berättar:

”Det skulle vara en skräcksituation att tvingas att kanske köpa en rullstol på den öppna marknaden eller att försöka tillverka något själv eller låta någon annan göra det”.

En kvinnlig brukare berättar:

”Kanske att jag skulle kunna krypa runt i lägenheten om jag får hjälp ner på golvet, men det är ju helt klart en husarrest”.

Brukarna skyller försämringarna på landstingets dåliga ekonomi

I flera av grupperna glider diskussionen in på försämringar i landstingets ekonomi. Merparten har erfarenhet av försämringar och relaterar till hur det var förr. Det råder samstämmighet att förr gavs mer stöd och att det var mycket mer frikostigt med hjälpmedel till skillnad från nu när det är tvärtom. En kvinnlig anhörig berättar:

”Vi ville att Arne skulle få ha en höjbar och sänkbar säng även hemma hos mig så att han skulle kunna komma hem och hälsa på, men det skulle han inte få för att det skulle bli för dyrt. Man tänker för mycket på pengar och för lite på livskvalitet. Alldeles för restriktivt system, där man ofta får nej i första läget och måste kämpa för att få igenom något. Inte genomtänkta beslut, och betydande okunskap”.

Ålder har betydelse för vad brukarna gör respektive inte gör

Yngre och äldre i studien har olika uppfattning om vad de skulle vilja göra, men inte gör, för att de tror att de inte kan. De yngre brukarna i studien berättar att de gör det som de vill göra, de testar sina gränser och prövar. Alternativt vet de sina begränsningar och anpassar sina handlingar eller aktiviteter utifrån det, utan att för den skull lida av att inte kunna göra allt. De reflekterar också över sina önsningar i förhållande till sin egen diagnos, om diagnosen är ett hinder eller inte. En deltagare som nyligen fått en ytterligare diagnos menar att det inte behöver innebära att hon känner sig mer sjuk för det än innan. En yngre man berättar:

”Det man vill göra är sådant som man vet att man kan göra. Inte klättra i berg exempelvis men jag har tagit körkort”.

Två yngre kvinnor beskriver hur de tänker:

”Jag börjar med det jag kan göra. Det som inte funkar lönar sig inte ens att tänka på. Jag har gjort allt jag velat göra. Kan dock inte bli pilot. Det skulle jag ha velat prova på” ”Det som jag känner att jag inte kan göra, om det är obekvämt, då gör jag det inte kanske. Ibland finner jag inte vägarna runt hindret. Det är olika”.

I en av de mellersta åldersgrupperna hamnar diskussionens fokus på reglerna för bilstöd. Alla brukare blir upprörda då en av de manliga brukarna berättar att han inte kan göra det han önskar för att han inte får bilanpassning eftersom han fick sin funktionsnedsättning

efter att han fyllt 50 år. Bilanpassning ges inte till den som fått sin funktionsnedsättning efter att ha fyllt 50 år.

En kvinnlig brukare berättar:

”Det är ju mycket man skulle vilja prova på men har man levt länge med en funktionsnedsättning så vet man ju vilka begränsningar man har. Längtar inte efter det man inte kan uppnå”.

De äldre brukarna ger exempel på vad de skulle vilja göra men inte kan, som att kunna gå i skogen eller sköta sommarstugan. Några berättar om begränsningar som inte har med funktionsnedsättningen att göra. Orsakerna beror på bristande tillgänglighet i samhället. Två manliga brukare berättar:

”Att kunna gå på konsert, men det är inte längre möjligt. Konserthuset är inte längre tillgängligt. De kopplar inte in hörslingan längre. Det går inte att gå dit och njuta av konserter” ”Att kunna få möjlighet att skriva och ha rätt till skrivhjälp. Studiematerial finns sällan på DAISY. Svårt att studera”.

Uppföljning av hjälpmedlen fungerar inte

Uppföljningen av hjälpmedel fungerar dåligt, det är brukarna överens om. Uppföljningen är till och med obefintlig tycker en del. Det vanligaste händelseförloppet som deltagarna beskriver är att först få sitt hjälpmedel och sedan händer oftast ingenting om inte något förändras i brukarens vardag, exempelvis en försämring av hälsotillståndet eller att hjälpmedlet behöver bytas ut. Det är oftast brukaren själv som tar initiativet till kontakt. Två kvinnliga brukare berättar:

”Vet inte om jag haft någon uppföljning alls” ”Uppföljningen är riktigt dålig. Man kollar inte upp hur hjälpmedlet används”.

Tre manliga brukares uppfattning:

”Hjälpmedlet kan ligga i skrivbordslådan och ingen vet om att jag inte använder det” ”Landstinget levererade rullstolen, sedan har de inte brytt sig alls” ”Ingen uppföljning av mina hjälpmedel och ingen rehabilitering alls längre”.

En anhörig berättar:

”Det är sällan samma person som har hand om förskrivningen. Det omorganiseras hela tiden. Det har varit många år med problem. Omorganiseringar har inneburit mycket kaos. Uppföljning vet de ofta inte vad det är. Man duttar och sedan försvinner det i mängden” ... ”ibland fungerar det, ibland nästan inte alls”.

Ibland tjar brukarna för att få en uppföljning på grund av att någonting hänt. Flera av deltagarna har erfarenhet av att inte få information om hur de ska göra när hjälpmedlen går sönder och vem som ska stå för kostnaderna. Ingen av grupperna ger uttryck för att de vet att det är förskrivarens ansvar att följa upp hur det fungerar med hjälpmedlen. Endast några få av brukarna i studien har erfarenhet av en fungerande uppföljning.

En idealisk situation är om behov får styra och inte ekonomi

Att få tillgång till hjälpmedel utan begränsningar vore en idealisk situation, det är brukarna i studien överens om, och att även få hjälpmedel för fritiden. Lika viktigt tycker de är att hjälpmedlen fungerar, underhålls och att uppföljning fungerar. Andra önskningar är att få låna hjälpmedel kortare tider, samma regler i hela landet och att kompetensen ökas bland personalen inom hälso- och sjukvården. Det gäller även inom läkargruppen. Fler brukare pekar på den stora skillnaden i kompetens mellan specialister och allmänläkare samt läkare inom slutenvård respektive öppenvård.

Uppfattningen bland brukarna är att dålig ekonomi i landsting och kommun är ett stort hinder för att uppnå en idealisk situation. Ekonomin begränsar möjligheten att vara delaktig i samhället. Det handlar främst om att fritidshjälpmedel dragits in och att många kostnader numera faller på brukaren själv. Fritidshjälpmedel är till exempel det som ger dem möjlighet att ta sig ut i skog och mark. Dålig ekonomi och åtstramningar påverkar brukarna på flera sätt. Två kvinnliga brukare berättar:

”Hjälpmedlen som jag har på arbetet skulle vara bra att ha även i hemmet. Får inte de förskrivna längre. Åtstramningar i förskrivningsprocessen. Nya bättre hjälpmedel finns, men de får man inte” ”Det ska vara lika självklart att kunna ta sig vart man vill. Man ska inte behöva kämpa så oerhört. Grunden är väl att vi ska ha samma möjligheter som alla andra”.

En ung kvinna berättar:

”Försökte få en färgindikator utskriven. Den variant förskrivaren föreslog är för enkel. Den klarar av för få färger. Men färgindikatorn ansågs vara för dyr. Jag hade testat en modell och var nöjd. Två andra synskadade hade testat den men var inte nöjda, och då tog man det som argument för att den inte skulle finnas i sortimentet” ”Försökte få en klocka utskriven eftersom jag är allergisk mot nickel. Det finns talande fickur, men det räknades inte som hjälpmedel, bara klockor med stora siffror”.

Andra exempel på en idealisk situation som brukarna i denna studie nämner är ett högkostnadsskydd på hjälpmedel. Flera anser att kostnaderna för exempelvis små hjälpmedel som stödstrumpor och batterier till hörapparater kostar mycket pengar varje år. Det vore önskvärt med likvärdighet över landet, både när det gäller hjälpmedel och förskrivarnas bedömning. Brukarna är överens om att de bara vill ha ett ställe att gå till och inte flera aktörer. En manlig brukare efterlyser att det borde finnas sexhjälpmedel vilket inte är något som det talas så mycket om men är värt att nämna.

Sammanfattningsvis har hjälpmedel stor betydelse både på ett personligt plan och för att kunna umgås socialt för brukarna i denna studie. Konsekvenserna blir stora om de inte får hjälpmedel samtidigt som uppföljning fungerar dåligt. Brukarna är överens om att försämringsberor på dålig ekonomi i landsting och kommun.

Hjälpmedels betydelse för livskvalitet

Livskvalitet är ett viktigt och omstritt begrepp i medicinsk etik och hälsoekonomi. Man skiljer mellan yttre mätbara betingelser och subjektiva upplevelser. Dålig hälsa är till exempel inte per definition lika med dålig livskvalitet, men kan starkt bidra till att minska en persons livskvalitet (Nationalencyklopedin). I denna studie är det brukarnas uppfattning om livskvalitet generellt samt deras egna subjektiva uppfattningar som diskuteras.

Livskvalitet är att leva och göra vad som helst

Hjälpmedel har stor betydelse för brukarnas livskvalitet. Det viktigaste, som brukarna i denna studie tar upp är att hjälpmedel ger möj-

lighet att leva ett självständigt liv oberoende av andra. Att leva och kunna göra vad som helst och när som helst är det som betyder ett bättre liv. En manlig brukare ger ett exempel:

”Livskvalitet är ett stort begrepp. Den kan ökas enormt om dyslektiker får ta del av hjälpmedel. Idag är det bara de som har råd att köpa hjälpmedel själva som kan göra det. Många har ju inte ens kommit in på arbetsmarknaden och lever på existensminimum. Med hjälp redan från början bryter man den här cirkeln och livskvaliteten ökar avsevärt”.

Brukare som är beroende av insatser från olika personal berättar att personalen kan påverka deras möjligheter till en god livskvalitet.

De kvinnliga brukarna menar att hjälpmedlen bidrar till att hänga med i samtal, att hålla i gång, gå på bio, teater och att kunna arbeta, vilket ger dem livskvalitet. En yngre kvinna berättar:

”När man har kognitiva funktionsnedsättningar underlättar hjälpmedel vardagssituationer, exempelvis i föräldraskapet. Hjälpmedel kan minska stressen”.

De manliga brukarna lyfter fram att hjälpmedel har betydelse för överlevnad och kommunikation med andra, vilket för dem är livskvalitet.

Hjälpmedlens design är viktig

Några av brukarna med rörelsenedsättning menar att rullstolen är det som ersätter benen och rullstolen blir därmed en viktig förutsättning för oberoende. Men hjälpmedlen måste vara anpassade till behoven. För stora och klumpiga rullstolar minskar möjligheterna till aktivitet samtidigt som det påverkar identiteten. En manlig brukare uttrycker:

”Med en tung rullstol kan det kännas som om man är instängd i hjälpmedlet. Man vill inte känna sig som en elefant i en porslinsbutik. Vill ha ett pålitligt hjälpmedel. Att kunna ta sig fram med stolen överallt. Se personen inte hjälpmedlet. De hjälpmedel jag har gör att jag kan vara med. Jag skulle inte kunna vara så aktiv om jag inte hade mina hjälpmedel”.

Ålder och kön har betydelse för synen på livskvalitet

Uppfattningen mellan yngre och äldre skiljer sig åt i hur de diskuterar om livskvalitet. Yngre reflekterar över skillnaden mellan att ha en medfödd funktionsnedsättning och att få en i vuxen ålder. De som har en medfödd funktionsnedsättning vet inget annat och det är svårt att föreställa sig hur det skulle vara i stället. Funktionsnedsättningen är det "normala tillståndet" som både kan förbättras respektive försämrats med åren. För den som får en funktionsnedsättning i vuxen ålder innebär det att det finns en tid utan funktionsnedsättning att relatera till. En ung manlig brukare berättar:

"Jag har väl upplevt det så att man som kille inte talar så gärna om vissa saker. Det går inte alltid att berätta för kompisar om hur det är att leva med mina funktionsnedsättningar. Jag har bra livskvalitet, men saknar vissa saker, helt klart. I kvinnors värld finns det nog en annan gemenskap och möjlighet att prata om fler saker".

De äldre i studien reflekterar över föreningslivet betydelse för deras livskvalitet och är överens om att den verksamhet som föreningarna tillhandahåller bidrar enormt mycket till en förbättrad livskvalitet. Föreningslivet erbjuder aktiviteter såsom bussresor och det ger både en känsla av samhörighet och gemenskap. Att få träna med andra ger också oerhört mycket och är socialt givande och det råder samstämmighet i gruppen om att det är tryggt att vara med likasinnade. En äldre kvinna ger ett exempel:

"Min syn på livskvalitet har förändrats. Mina krav är lägre idag än tidigare".

Många förklaringar till vad som skapar en god livskvalitet

Hur uppfattar brukarna generellt sett kvinnor och mäns möjligheter till en god livskvalitet utifrån vad de vet, läst eller hört? I alla grupper finns i början av diskussionen en tveksamhet om kön har betydelse. En del brukare hävdar bestämt nej, andra ja eller kanske. Skillnader förklaras med att det snarare beror på individ och enskilda människors intresse. En del har läst om att kvinnor får sämre vård och behandling än män och reflekterar över det. Andra menar att möjligheten till en god livskvalitet beror på personlighet, självförtroende och förmåga att ta för sig i olika sammanhang. Några brukare tror att ålder har betydelse och att det kan vara lättare att få hjälpmedel för den som är ung. De yngre diskuterar uppfostrans roll och

könsrollernas betydelse för vilka möjligheter kvinnor och män har till en god livskvalitet. Oavsett grupp kommer brukarna in på ekonomin och menar att allting handlar om pengar och att det blivit sämre för alla.

Åsikterna går isär om könets betydelse för livskvalitet

De kvinnliga brukarna i studien är inte överens om att möjligheterna till en god livskvalitet är lika för kvinnor och män. Några är övertygade om att kvinnor diskrimineras och att mäns behov alltid går före. Andra är av motsatt åsikt och menar att det är svårare för män att få hjälp. Män är inte lika hjälpsökande som kvinnor och inte lika öppna med sina känslor. Det minskar deras möjligheter till en lika god livskvalitet som kvinnor har. Ytterligare en åsikt från en kvinnlig brukare:

”Tror att männen har det lättare. De är inte så känsloladdade utan mer raka och problemlösande. Jag har svårt att framföra mitt då det lätt blir mycket känslor, medan en man är mer rak och problemlösande”.

En åsikt från en manlig brukare:

”Män är mer raka, kvinnor mer försiktiga”.

Några av de manliga brukarna i denna studie är övertygade om att kvinnor har sämre möjligheter än män. De menar att eftersom det finns tydliga skillnader mellan kvinnor och män inom andra områden är det troligtvis så även inom hjälpmedelsområdet. Den uppfattningen är tydligast bland de äldre manliga brukarna. De tror inte att kvinnor blir trodda på samma sätt som män, att flickor och kvinnor är mer tystlåtna och glöms bort redan i skolan och att detta sedan följer dem under livets gång.

De yngre männen i studien hoppas att det inte ska vara någon skillnad och menar att hur livskvalitet uppfattas kan bero på den enskildes intressen och om funktionsnedsättningen är medfödd eller förvärvad. Avgörande för möjligheterna till en god livskvalitet anses vara personlighet, styrka och självförtroende hos individen och inte kön. Samtidigt diskuterar de könsrollerna som de uppfattar är uppluckrade och inte längre lika stereotypa som tidigare.

Hjälpmedel kan påverka livskvaliteten

Brukarna är överens om att hjälpmedel kan påverka livskvaliteten i positiv riktning om kvinnor och män får tillgång till de hjälpmedel som de behöver och kan ge uttryck för sina behov. De exempel som gör att livskvaliteten kan påverkas är att hjälpmedel gör det möjligt att:

- Arbeta.
- Hänga med i sociala samtal.
- Gå på bio.
- Utbilda sig.
- Förflytta sig och hålla igång.

Personer med hörselnedsättning eller döva i studien tycker att tillgång till tolkar är en förutsättning för en god livskvalitet.

Tema livskvalitet leder diskussionerna in på olika spår i grupperna men de är överens om att kön till viss del kan påverka möjligheterna till en god livskvalitet. I en av grupperna reflekterar brukarna mer över klasstillhörighetens betydelse snarare än könets när det gäller möjligheterna att påverka sin livskvalitet. Välutbildade föräldrar och egen utbildningsnivå ökar medvetenheten om vilka rättigheterna är och gör det möjligt att åberopa dem. Livskvaliteten är högre för den som är välutbildad.

Uppfattningen hos de yngsta brukarna i denna studie är att det inte är bra med för mycket hjälpmedel eftersom det kan få negativa konsekvenser. Till exempel är det lätt att bli för bekväm och beroendet till hjälpmedlet riskerar att bli för stort. Därför är det bättre att träna sina funktioner. En annan uppfattning är att man kan vara dålig på att använda de hjälpmedel som man har fått. Andra exempel är att förutsättningarna för att kunna påverka sin livskvalitet är att hjälpmedlen inte krånglar för då blir de till mer besvär än nytta och skapar irritation.

Uppfattningen hos de unga manliga brukarna är att killar vill klara sig själva i större utsträckning än kvinnor. En manlig brukare berättar att:

”I skolan har det ju varit så att tjejer i rullstol framkallar mer empati än killar i rullstol. På raster kör tjejerna runt den tjej som sitter i rullstol, det gör man inte med killarna””tjejerna får mer hjälp än männen. Man är mer beskyddande mot tjejerna...”.

De kvinnliga brukarna menar att kvinnor är bättre på att ge uttryck för känslor. Männen har svårare att sätta ord på sitt hjälpmedelsbehov och har svårare att be om hjälp, det kan påverka deras livskvalitet negativt.

Ett annat exempel från några äldre manliga brukare är att möjligheten att påverka sin livskvalitet ännu inte är likvärdig men kanske i framtiden och att kvinnorörelsen har haft betydelse för att åstadkomma det.

Sammanfattningsvis är brukarnas uppfattning om att livskvalitet är frihet att kunna göra vad som helst och när som helst. Hjälpmedlens betydelse är stor men även andra faktorer har betydelse såsom hjälpmedlets design och ens personlighet och självförtroende. Ålder och kön har betydelse för hur brukarna i denna studie ser på livskvalitet.

Att bli nekad hjälpmedel trots att det finns ett behov

Flera av brukarna i studien har blivit nekade hjälpmedel. De hjälpmedel som det handlar om är färgläsare, fickur, elevassistent, dator, glasögon, bostadsanpassning i kök, sms-tjänster och telefonfjänster. Några av brukarna är tveksamma till om de blivit nekade. Andra har erfarenhet av att tjata sig till ett hjälpmedel och några har aldrig blivit nekade.

En av brukarna i studien anser att det är odemokratiskt att inte kunna överklaga beslut. Det borde finnas möjlighet att vända sig till någon nämnd av något slag. En man beskriver hur han först fick en duschstol på grund av att han fick en protes men att han sedan tvingades att lämna tillbaka duschstolen trots att hans behov kommer att kvarstå livet ut. Flera brukare känner igen beskrivningen från vänner och bekanta, vilka berättat om likvärdiga exempel. Några tycker att det är krångliga regler och begränsningar kring hur hjälpmedel hanteras inom olika system. Två manliga brukare berättar:

”Att man inte får använda hjälpmedlet på fritiden är tråkigt. Försäkringskassan har jag bråkat med. Behövde bil till och från jobbet samt i jobbet. Fick en bil med automatlåda, men fick inte använda den annat än till och från jobbet””Hjälpmedel på arbetsplatsen, exempelvis talsyntes, får inte användas efter arbetstid. AMS var bra tidigare, förstod vad som behövdes för att kunna sköta arbetet. Folk är

kvar i arbete, och det borde väl vara bra i form av att man inte är arbetslös och kostar pengar”.

En del lyckas trots allt få hjälpmedel genom att argumentera rätt. En kvinnlig brukare berättar:

”Jag sökte om att få en punktskrivare. Fick den för att jag hänvisade rätt. Inte till fritid utan till märkning av saker i hemmet. Hade jag sagt att jag ska lösa korsord hade jag inte fått den, men när jag hänvisade till att jag skulle märka upp saker i hemmet, då var det okey”.

En man som nekades bostadsanpassning berättar att i hans fall motiverades avslaget med att han inte bodde själv och att hans sambo kunde hjälpa till i köket.

Några brukare menar att förskrivaren är den som bestämmer och att de inte alltid är överens om valet av produkt. Ett annat exempel som de tar upp är att det inte alltid handlar om att bli nekad ett hjälpmedel. Förskrivaren kan bevilja ett hjälpmedel men ett som är av sämre kvalité och mindre flexibelt. Alltför dyra produkter har tagits bort ur sortimentet alternativt har landstinget bara köpt in en viss färg ett visst år och då får brukarna acceptera detta oavsett de vill eller inte.

En manlig brukare berättar:

”Förskrivarna väljer, man har inte så mycket att säga till om. Vet man inte om vad som går att välja så får man det billigaste. Viktigt att vara påläst och stå på sig. Man kan få det man vill om man är påläst och tjar. Landstinget ser väldigt mycket till det ekonomiska. Förskrivarna har krav på sig att hålla nere kostnaderna”.

En kvinnlig brukare berättar att hon har positiva erfarenheter och lyfter fram den förbättring som det inneburit sedan landstinget infört så kallade stomiterapeuter som tagit över arbetsuppgifterna från sjuksköterskorna.

Brukarna diskuterar sin hjälpmedelssituation med andra

En del brukare diskuterar sina hjälpmedel med andra som är i samma situation som de själva, andra diskuterar med sina vänner. Diskussionerna kan handla om typ av modell på hjälpmedlet, beslut eller principer. Ibland diskuterar brukarna hur de argumenterat med förskrivaren eller om de har träffat olika förskrivare och fått olika

besked. Några av brukarna diskuterar aldrig sina hjälpmedel med andra.

I en av grupperna diskuteras könets betydelse. Brukarnas uppfattning är att kvinnliga förskrivare generellt sett nog är mer generösa och mer empatiska än manliga. I en grupp diskuteras assistansfrågan och hur viktigt det är att få den hjälpen. De brukare som är beroende av assistans har erfarenhet av försämringar på senare tid och att det är svårt att inte få den tid som de uppfattar att de har behov av. Försäkringskassan nämns som en aktör som inte förstår hur det är att leva med en funktionsnedsättning.

Varje intervju avslutades med att deltagarna fick lyfta fram områden som inte berörts men som de uppfattade vara viktigt. En del brukare tycker att det är bra att få träffa andra i samma situation. Det kan betyda mycket för att kunna acceptera sin funktionsnedsättning och är en väg till gemenskap. Andra exempel är att få utbildning om varandras funktionsnedsättning för att öka förståelsen för vad olika funktionsnedsättningar innebär. En brukare som själv är hörselskadad berättar att det kan vara svårt att förstå vad den som har afasi säger. En kvinnlig brukare får de avslutande orden:

”Hjälpmedel är personligt och individuellt. Det går inte att ruta in. Ibland känns det som om det glöms bort”.

Sammanfattningsvis blir brukarna i denna studie av och till nekade hjälpmedel som de har behov av alternativt få ett men av sämre kvalitet. Några diskuterar sin hjälpmedelssituation med andra och andra gör det inte alls.

Resultat från enkäten

Som nämndes inledningsvis fick alla brukarna i denna studie besvara en enkät som skickades hem till dem före intervjun. Resultaten presenteras nedan (tabell 3 och 4). Då materialet är litet redovisas personer och inte procentandelar. Svarsalternativet vet inte/frågan är inte aktuell redovisas inte.

Av deltagarna är 13 brukare kvinnor och 15 är män. Nio av dem bor ensamma och 19 bor tillsammans med någon. Nästan alla brukare använder mer än ett hjälpmedel. De hjälpmedel som de använder är

exempelvis hörapparat, rullstol, käpp, blodsockermätare, kikare, duschstol, handdator med mera. Drygt hälften av brukarna har enbart en funktionsnedsättning och resterande har två eller flera. Fem kvinnor och nio män har inga begränsningar i sina sociala relationer och åtta kvinnor och fem män har vissa begränsningar. En man har stora begränsningar.

Åtta kvinnor och nio män uppskattar att de betalar mindre än 1 000 kronor för sina hjälpmedel varje år och fyra kvinnor och fem män betalar över 1 000 kr varje år. Två kvinnor och sex män har avstått från att köpa hjälpmedel för att de inte har råd. De hjälpmedel som de avstått ifrån är anpassade skor, stödstrumpor, rollator för inomhusbruk, bil, dator och programvara, handdator, sax, talande färgindikator och träningscykel.

Tabell 3. Brukares uppfattning om hur lätt eller svårt det är att få hjälp i vissa situationer, antal personer.

Hur lätt eller svårt är det att få hjälp med...	Ganska lätt/ mycket lätt		Varken lätt eller svårt		Ganska svårt / mycket svårt		Total
	kvin- nor	män	kvin- nor	män	kvin- nor	män	
Habilitering/rehabilitering	2	2	6	6	2	6	24
Rådgivning inom hjälpmedelsområdet	5	3	6	1	1	8	24
Träning i att använda hjälpmedel	4	4	3	4	2	6	23
Utprovning och anpassning	6	6	3	3	2	5	25
Uppföljning av funktionalitet och nytta	2	4	1	1	3	8	19
Underhåll och reparation	5	8	1	0	2	4	20
Tillgång till lånehjälpmedel	2	4	1	1	1	6	15
Hjälpmedel för fritiden	2	2	1	1	3	6	15
Möjlighet till dubbelförskrivning	2	0	1	1	0	6	10
Hjälp vid klagomål	2	2	1	0	1	7	13

Tabell 4. Brukarnas uppfattning om vad hjälpmedel betyder för dem, antal personer.

Vad har de hjälpmedel du fått betytt för dig?	Ja mycket/ ganska mycket		Ja, men bara lite		Nej		Total
	kvin- nor	män	kvin- nor	män	kvin- nor	män	
Gör det att du känner dig trygg?	11	14	0	0	0	0	25
Motsvarar det de behov du har?	11	13	0	0	0	1	25
Ökar det din arbetsförmåga?	10	9	1	0	0	3	23
Underlättar det dina vardagliga aktiviteter?	11	12	0	2	0	0	25
Underlättar det för dig att umgås med andra?	8	12	2	2	1	0	25

Metoddiskussion

Trots att arbetet med fokusgruppsintervjuerna påbörjades tidigt tog det lång tid att rekrytera både brukare och förskrivare. Ett mål var att få med distriktssjukskötare men på grund av svininfluensan som kom hösten 2009 blev det inte möjligt att få med dem.

Eftersom intervjuerna genomfördes under dagtid förutsattes det att vårdchefer skulle godkänna att det var möjligt att undvara personal på arbetstid. I nästan samtliga fall fick personerna rekryteras via chefer inom de olika verksamheterna. Det i sin tur medförde att projektet inte kunde påverka vilka förskrivare som valdes ut.

Målsättningen var att intervjua tre kvinnor och tre män men detta lyckades inte, delvis på grund av att yrkeskåren till stor del består av kvinnor.

Att få direktkontakt med brukare som använde hjälpmedel var delvis svårt. Målet var att det i varje grupp skulle finnas personer med olika funktionsnedsättningar i en specifik ålder, varav tre skulle vara kvinnor och tre män. Det var framförallt svårt att få tag på yngre personer och personer med kognitiv- och/eller psykisk funktionsnedsättning. Ända in i det sista var det oklart om det skulle gå men det gick till slut att få ihop en grupp på fem yngre personer. När det sedan blev aktuellt med intervjun lämnade två personer återbud på grund av förhinder.

Bandspelarna var inte av bästa kvalité och det var svårt att uppfatta vad en del personer sade på kassettbandet.

Resultatdiskussion

Merparten av förskrivarna i denna studie är kvinnor, vilket till stor del beror på att det är ett kvinnodominerat yrke. Diskussionerna kanske skulle ha blivit annorlunda om fler män hade deltagit. Samtidigt är det så verkligheten ser ut, det är oftast kvinnor som bedömer behovet av hjälpmedel för både kvinnliga och manliga brukare.

Både förskrivarna och brukarna i denna studie har påverkats av de stora systemförändringarna. Förskrivarnas möjligheter att förskriva hjälpmedel har begränsats vilket medfört att när de inte längre kan förskriva hjälpmedel ger de förslag till brukarna om vilka butiker som säljer produkterna. Alla gör inte det men de som gör det uppfattar att det också är ett problem.

Enligt regelverket är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal alltid personligt ansvarig för de råd som ges där den egna yrkeskunskapen används. Individuella råd som anpassas till personens förutsättningar, till exempel inköp av en specifik produkt, är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som omfattas av ett personligt yrkesansvar. Om det gäller generella råd som inte förutsätter att förskrivaren har kännedom om personens förutsättningar räknas inte detta som en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Om däremot arbetsterapeuten rekommenderar ett inköpsställe för en produkt bör de råd som ges vara neutrala och någon specifik affär bör inte rekommenderas före någon annan⁶. När brukarnas möjligheter att få hjälpmedel begränsas innebär det att förskrivarens rådgivning blir ännu viktigare framförallt när fritidshjälpmedel dras in. Det är svårt att överblicka konsekvenserna av denna utveckling när trenden tycks vara att allt fler hjälpmedel tas bort ur sortimentet.

Alla förskrivare som deltog i studien har brukarens bästa i centrum och försöker att lösa problem som uppstår. Både förskrivare och brukare är överens om att landstinget och kommunens begränsningar av hjälpmedel för fritiden krymper brukarnas livsutrymme och påverkar livskvaliteten. Förskrivarna ser brukarens behov men får inte förskriva fritidshjälpmedel.

I de län där hälso- och sjukvårdshuvudmännen bestämt att ta bort fritidshjälpmedel och även andra hjälpmedel som rollatorer,

⁶ Källa: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

el-mopeder och cyklar med mera ur sortimentet så står det i kontrast till svenska statens folkhälsomål där intentionen är att alla ska kunna vara delaktiga i samhället. Folkhälsoplaner har börjat anammas som ett politiskt mål. I planerna ingår att fysisk aktivitet ska stimuleras och redan nu testas motion på recept. Men hur ska landsting/region och kommun få den ekvationen att gå ihop? Det går inte att begränsa brukarnas möjligheter till hjälpmedel för fritiden och samtidigt förespråka aktivitet som är ett av de folkhälsopolitiska målen. Det är svårt att se att intentionen om ett "samhälle för alla" kan tillgodoses med en sådan politik.

Det som komplicerar för brukarna är att vissa hjälpmedel hamnar mellan "två tidszoner", fritid respektive arbetstid. Ett exempel är förskrivning av el-mopeder. Det klassas som ett fritidshjälpmedel. För brukaren är hjälpmedlet ingen fritidsaktivitet. Det är en förutsättning för att kunna förflytta sig mellan inne och ute, den kompenserar den rörelsenedsättning som brukaren har och därmed tillgodoser den brukarens behov. Brukaren vill vara fri att välja sina aktiviteter och det förutsätter tillgång till "benen" dygnet runt.

Andra exempel är arbetshjälpmedel. Hjälpmedel som definierats som arbetshjälpmedel är hjälpmedel som ska användas i arbete, eller till och från arbete. Arbetshjälpmedel hanteras inom ett annat system och styrs av andra regler. Precis som med exemplet med elmopeden finns begränsningar, till exempel att inte få använda sitt hörselhjälpmedel på fritiden om det är utprovat för att användas i arbetet.

En enskild förskrivare har inte möjlighet att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv som tillgodoser brukarnas alla behov oavsett om det är målsättningen. Situation, behov och möjligheten att förskriva hjälpmedel styrs av regelverk och av vem som är huvudman och ska tillhandahålla hjälpmedel. Personliga hjälpmedel bedöms utifrån hälso- och sjukvårdens regelverk, hjälpmedel i arbetet bedöms utifrån andra regelverk, hjälpmedel för hemmet, exempelvis bostadsanpassning, ytterligare ett annat. Däremellan finns brukaren som inte lever sitt liv utifrån hur systemen är utformade. Det spelar ingen roll vem som är huvudman om det samtidigt saknas ett helhetsansvar. Brukarnas situation kan inte förbättras även om intentionen hos respektive huvudman är brukarens bästa. Handikappförbunden anser att det borde finnas en enda instans dit brukare kan vända sig för att få hjälp och få sina behov utredda.

I studierna som presenterades inledningsvis framkom att kön har betydelse. I denna studie har nästan ingen, varken förskrivare eller brukare, tidigare reflekterat över könets betydelse i hjälpmedels-sammanhang. De flesta är dock medvetna om att det finns skillnader mellan kvinnor och män inom andra områden i samhället och har läst, hört eller har egna erfarenheter. Bland de exempel som kommer upp där kön har betydelse är hjälpmedlets design. Kvinnor och män gör olika val när de ska få ett hjälpmedel förskrivet.

Även förskrivarna kan göra olika bedömningar och ha olika förhållningssätt när de ska utreda brukarnas behov beroende på kön. Detta gäller även vilka hjälpmedel som de förskriver till kvinnor respektive män. Förskrivarna uppfattar även att brukarna i studien bedömer deras kompetens utifrån kön. Uppfattning om könets betydelse är inte samstämmig vare sig mellan kvinnorna och männen och inte heller inom respektive kön.

Den viktigaste slutsatsen av ovanstående är att när ämnet kön började diskuteras så kom det fram exempel som de övriga i gruppen började diskutera. Eftersom könets betydelse i hjälpmedelssammanhang inte är en vanligt förekommande fråga hos deltagarna i denna studie så finns skäl att anta att landsting/region och kommun inte heller tar hänsyn till kön vid upphandling av hjälpmedelsortiment eller utformning av regelverk. Det är dags att utforska könets betydelse för att se om det finns en manlig norm inom hjälpmedelsområdet.

En annan konsekvens av att inte kön uppmärksammas kan medföra att kvinnor och män behandlas olika. Enligt enkäten som brukarna i studien besvarade är det vanligare att manliga brukare tycker att det är svårt att få hjälp i olika situationer. Det finns inget som säger att det beror på kön, men intressant i sammanhanget är att flera av deltagarna uppfattar att män inte ger så tydliga signaler om sitt hjälpmedelsbehov vilket kan vara till nackdel för dem. Män vill inte visa sig svaga och väntar i det längsta på att det ska ordna sig till skillnad från kvinnor som har en bättre framförhållning. Det kan vara värt att reflektera över och utforska vidare.

Avslutningsvis borde ett genusperspektiv på hjälpmedelsområdet vara relevant i alla sammanhang för att belysa på vilket sätt föreställningar och uppfattning om kön påverkar kvinnor och män inom hjälpmedelsområdet.

Referenser

Andersson Åsa (2007), "Äldres erfarenheter av omvårdnad efter stroke – ett genusperspektiv", D-uppsats, Ersta Sköndal högskola, Institutionen för vårdvetenskap, Stockholm

Berglund Ragnhild (2007), "Kvinnliga arbetsterapeuters erfarenheter av arbetsrelaterad stress", C-uppsats, 2007:240, Institutionen för hälsovetenskap, Avdelningen för arbetsterapi, Luleå tekniska universitet, Luleå

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund "Samtal om öppna prioriteringar (2008), Ett studiematerial från Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund", Nacka FSA

Försäkringskassan 2007:2 "Att säga nej på ett bra sätt, intervjuer med personer som blivit nekade sjukpenning – om beslut, bemötande och information, Försäkringskassan 2007

Har kön betydelse? – kvalitetsarbete och genusperspektiv, Landstingsförbundet och Stockholms läns landsting, Stockholm 2001

RFV, Riksförsäkringsverket (2004) "Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster – en kunskapsöversikt" 2004:16, Sjuhäradabygdens tryckeri

SISUS Kvinnor och män (kapitel 1 i SISUS program)

Smirthwaite Goldina, (O) jämställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt, Sveriges kommuner och Landsting, 2007

Wibeck Victoria, "Fokusgrupper – om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod", Studentlitteratur 2000, Poland 2007

Öhman Ann (2009) "Genusperspektiv på vårdvetenskap", kap 1-2, Högskoleverket, Husqvarna maj 2009.

Bilaga 1

Informationsmaterial inför fokusgruppsintervjuer hösten 2009

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen (landsting och/eller kommun) har ansvar för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. En allt viktigare uppgift för dem som ansvarar för vård är att göra öppna och genomtänkta val, att prioritera, så att vården blir rättvist fördelad och de som behöver insatserna mest verkligen får det. Den svenska hälso- och sjukvården har tre principer som grund för etiska bedömningar:

Människovärdesprincipen - Alla människor har lika värde, oavsett personliga egenskaper, samhällsställning, bakgrund och annat. Inget av ovanstående får vara styrande för när insatser från hälso- och sjukvården ska sättas in. Människorättsprincipen ger rätt till vård på lika villkor.

Behovs- och solidaritetsprincipen - Den som har störst behov av vård går alltid före kraven på tillgänglighet, kontinuitet och valmöjlighet. Med denna princip som grund ska förhållandevis mer resurser ges till de mest behövande och till dem som har de svåraste sjukdomarna och sämsta livskvalitet.

Kostnadseffektivitetsprincipen - Av likvärdiga behandlingar ska väljas den som kostar minst och som bedöms ekonomiskt klokast i längden.

Människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen är inskrivet i hälso- och sjukvårdslagen. De utgör en grund för hur prioriteringar bör göras, både för politiker och för tjänstemän.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Kvinnor och män lika och/eller olika?

Inom många områden har mannen utgjort normen för människan. Vård och medicinsk forskning är inget undantag. De frågor som ställs utifrån en genusmedicinsk aspekt är vilka konsekvenser det kan få om bara det ena könet utgör norm i vården? Hur påverkas vårdkvaliteten och vad innebär det för patientens säkerhet.

Källa: (O) jämställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt, Sveriges Kommuner och Landsting

Svenska statens folkhälsomål

Sverige har som mål en god hälsa för hela befolkningen. Folkhälsopolitiken ska syfta till att hälsan förbättras för de grupper som är utsatta för ohälsa, varav människor med funktionsnedsättning är en sådan grupp.

Ett genusperspektiv inom folkhälsan behövs för att identifiera skillnader mellan kvinnor och män som till exempel varför kvinnor lever längre.

re än män men har högre självrapporterad ohälsa. Sverige har identifierat 11 målområden som anses ge de mest grundläggande samhälleliga förutsättningar för en god folkhälsa och där fastslås:

- möjlighet till delaktighet och inflytande
- ekonomisk och social trygghet
- att fysisk aktivitet är en förutsättning för en god hälsoutveckling

Källa: Statens folkhälsoinstitut

**Läs mer om projektet Hjälpmedel på
Handikappförbundens webbplats**

Ett projekt med finansiering
från Allmänna Arvsfonden



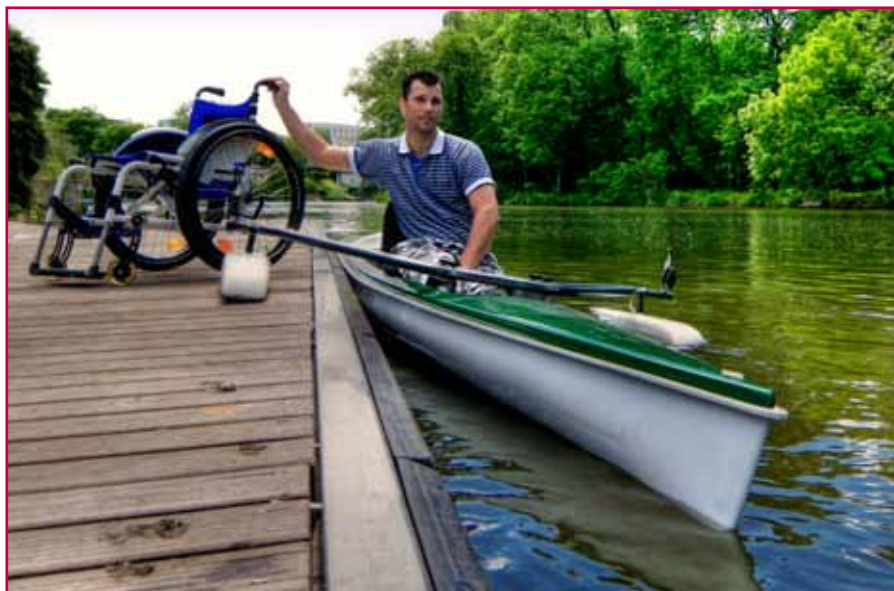
Handikappförbunden, Box 1386, 172 27 Sundbyberg
www.handikappforbunden.se

HANDIKAPP FÖRBUNDEN



**Till dig som är yrkesverksam
inom hjälpmedelsområdet**

Alla människors lika värde är grunden för Handikappförbundens verksamhet



I denna broschyr har vi sammanställt information som bygger på erfarenheter från Handikappförbundens arbete i projektet Hjälpmedel – en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet.

Vi har, utifrån ett genus- och hälsoekonomiskt perspektiv, undersökt hur eventuella orättvisor påverkar livsvillkoren för dem som använder hjälpmedel. Det vi har sett i vårt arbete kan vara till stöd för dig när du ska utreda kvinnors och mäns behov av hjälpmedel.

Rätt hjälpmedel har en positiv påverkan på livet

En hörapparat, en rollator eller annat hjälpmedel har en helt avgörande betydelse för att kunna vara aktiv och delaktig för de cirka 850 000 personer i Sverige som använder hjälpmedel.

Alla människor med funktionsnedsättning har rätt till full delaktighet i samhället. Därför måste det finnas hjälpmedel som täcker in alla gruppers behov och en fungerande habilitering och rehabilitering. Så är det inte idag.

Resultat från studier genomförda av Handikappförbundens hjälpmedelsprojekt kan sammanfattas:

- Information om hjälpmedel måste förbättras både vilka som finns att få och vilka hjälpmedel som går att välja mellan.
- Kvinnor och män med osynliga funktionsnedsättningar tillhör de grupper som har svårast att få hjälpmedel. Hjälpmedel för exempelvis elöverkänslighet, läs- och skrivsvårigheter, psykisk funktionsnedsättning och stamning, tillhandahålls nästan inte alls inom Hälso- och sjukvården.
- Kvinnor och män tycker inte att uppföljning av deras hjälpmedel fungerar.
- Män och kvinnor har stor nytta av de hjälpmedel som de får förskrivna. De använder sina hjälpmedel mycket och ofta, och känner sig trygga och självständiga med dem.
- Däremot upplever kvinnor och män sig diskriminerade om de får ett hjälpmedel som inte motsvarar de behov de har. Det gäller även om de får ett hjälpmedel av sämre kvalitet, får dåligt bemötande eller när samhället är otillgängligt.

Uppmärksammade brister och behov

En stor del av ohälsan bland människor med funktionsnedsättning kan förklaras med de många funktionshindren i samhället; brist på inflytande, ekonomisk otrygghet, diskriminering och brist på tillgänglighet. Gemensamt för funktionshindren är att de är påverkbara. Vi har sammanställt en lista på önskemål som kvinnor och män med funktionsnedsättning har i mötet med dig som förskrivare.

Kvinnor och män vill

- vara delaktiga och ha inflytande över beslut
- ha information om vilka hjälpmedel som finns att välja mellan
- veta vart de ska vända sig om deras hjälpmedel går sönder, även på kvällar och helger
- veta om du eller någon annan ska göra någon uppföljning
- ha information om vart de ska vända sig när de inte längre behöver sitt eller sina hjälpmedel
- att ansvarig förskrivare sköter samordning om flera insatser krävs
- som föräldrar få information om vilka hjälpmedel som finns för att underlätta föräldraskapet

Synligt och osynligt



Funktionsnedsättningar kan vara synliga eller osynliga. En och samma person kan ha flera olika funktionsnedsättningar, där en kan vara synlig och en annan osynlig. Det innebär att de behov som personen har, inte alltid är synliga i betraktarens öga. Både synliga och osynliga behov måste identifieras. Först då kan kvinnor och män samt flickor och pojkars behov tillgodoses fullt ut.

Exempel på osynliga funktionsnedsättningar:

- läs och skrivsvårigheter
- medicinska funktionsnedsättningar (kan exempelvis vara diabetes eller inkontinens)
- psykiska och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- stamning
- elöverkänslighet
- kognitiva funktionsnedsättningar (kan innebära svårigheter med koncentration, uppmärksamhet, minne, inläring och planering)
- kommunikativa funktionsnedsättningar (kan innebära svårigheter med att kunna tala med andra)

Genusperspektiv inom hjälpmedelsområdet – varför då?



Kunskapen om hur kön påverkar kvinnor och män inom hjälpmedelsområdet är ett utforskat område. Få studier inom området är genomförda utifrån ett genusperspektiv.

Ett genusperspektiv kan bidra till ett bättre bemötande, bättre kvalitet och effektivare vård som tar hänsyn till både kvinnor och mäns behov och livsvillkor.

Förskrivare av hjälpmedel är ett kvinnodominerat yrke. I mötet mellan förskrivare och de som använder hjälpmedel är förväntningarna på vad kvinnor ska klara av delvis en spegling av de könsroller som råder i samhället i övrigt. Det kan göra det lättare att få kvinnor att acceptera mindre stöd och hjälp än män.

Design av och funktionalitet hos hjälpmedel har olika innebörd för kvinnor och män, vilket synliggörs med ett genusperspektiv.

Mänskliga rättigheter

Sedan januari 2009 finns FN-konventionen om rättigheter för människor med funktionsnedsättning. Konventionen beskriver vilka åtgärder som krävs för att alla människor ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället. I konventionen finns det uttryckt i artikel 20 att människor med funktionsnedsättning ska kunna röra sig fritt och så oberoende som möjligt och kunna förflytta sig på det sätt och vid den tid som de själva väljer. De ska ha tillgång till bra och användbara hjälpmedel, assistans och personlig service. I och med att Sverige har godkänt konventionen innebär det att stat, landsting, region och/eller kommun ska arbeta för att rättigheterna förverkligas.

Du och dina kollegor är viktiga i arbetet för att mänskliga rättigheter för människor med funktionsnedsättning tillgodoses.

Vad du som förskrivare kan göra

- Be att få utbildning om den nya FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning
- Be om fortbildning om nya gruppers behov och vilka hjälpmedel som passar för dem
- Fundera över betydelsen av kön i samband med förskrivning och val av hjälpmedel
- Medverka till att det finns tillgängligt informationsmaterial inom ditt landsting, region och/eller kommun till de som använder hjälpmedel och närstående
- Tänk på att ditt bemötande är viktigt. Den kvinna eller man du möter är i beroendeställning till dig
- Tänk också på att undvika starka dofter som parfym och rakvatten när du möter brukare. Många är överkänsliga mot parfymer och parfymerade dofter

Handikappförbunden är den enda samlande aktör som på bred bas och utan annat intresse representerar personer med funktionsnedsättning.

Våra medlemsförbund har nästan en halv miljon medlemmar, och är bärare av den mest angelägna kunskapen, den egna erfarenheten.

Vi är partipolitiskt obundna och finansieras genom statsbidrag och medlemsavgifter.

Läs mer om projekt Hjälpmedel på Handikappförbundens webbplats

Ett projekt med finansiering från Allmänna Arvsfonden



Handikappförbunden, Box 1386, 172 27 Sundbyberg
Telefon: 08 546 404 00, www.handikappforbunden.se

HANDIKAPP FÖRBUNDEN



**Till dig som är i behov av eller
använder hjälpmedel**

Alla människors lika värde är grunden för Handikappförbundens verksamhet



I denna broschyr har vi sammanställt information som bygger på erfarenheter från Handikappförbundens arbete i projektet Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet. Informationen är tänkt att vara till stöd för dig, eller dina närstående.

Vad är ett hjälpmedel?

Ett hjälpmedel är en produkt som kan underlätta för dig i din vardag. Det kan vara en rullstol, en kryckkäpp, en talande klocka, en fickdator eller en hörapparat. En del hjälpmedel är kostnadsfria och andra får du betala för. Vissa hjälpmedel kan du låna utan kostnad andra får du hyra. Varje sjukvårdshuvudman fattar egna beslut och gör egna upphandlingar av hjälpmedel vilket medför skillnader i landet. Vad som gäller för dig beror på din funktionsnedsättning, dina behov och var du bor.

Hjälpmedel kan underlätta för dig att:

- sköta din personliga hygien
- förflytta dig inomhus och utomhus
- se och höra bättre
- minnas dina uppgifter och planera din dag
- kommunicera med andra
- arbeta och studera
- sova och vila tryggt
- vara förälder

Mänskliga rättigheter

Sedan januari 2009 finns en FN-konvention "Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning".

I konventionen fastslås bland annat att:

- Alla människor har samma värde och rättigheter.
- Ingen får diskrimineras på grund av funktionsnedsättning, kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, sexuell läggning eller ålder.
- Mänskliga rättigheter gäller alla utan undantag.
- Det är varje lands regering som ansvarar för att rättigheterna tillgodoses. Det innebär att staten, landstinget, regionen eller kommunen ska arbeta för att rättigheterna förverkligas. Det är en skyldighet som inte kan förhandlas bort.

I konventionen beskrivs vilka åtgärder som krävs för att kvinnor och män med funktionsnedsättning ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället.

Hjälpmedel är inte i sig en mänsklig rättighet men du kan medverka till och arbeta för att det blir det. Tag kontakt med din handikappförening, om du är medlem, eller någon annan organisation på din ort. FN-konventionen är gratis och går att ladda ner från regeringens webbplats www.regeringen.se/sb/d/12235 eller beställa via telefon från Socialdepartementets informationsguide, telefonnummer 08 405 22 00.

Du har rätt till en utredning av dina behov



I Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763) står det att landstinget eller kommunen är skyldig att erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Att erbjuda innebär inte att du har rätt att få hjälpmedel men du har rätt till en utredning av dina behov. Om du nekas hjälpmedel kan du inte överklaga beslutet till domstol men du kan alltid begära en ny utredning om din situation förändrats. Utredningen ska göras av legitimerad personal inom hälso- och sjukvården eller kommunen. Ibland kan personalen komma fram till att träning är ett alternativ till hjälpmedel.

Olika regler för hjälpmedel i Sverige

Varje landsting och kommun använder sig av regelverk. I regelverken finns bestämmelser om vilka hjälpmedel som det är möjligt att förskriva. Beroende på vilket regelverk som gäller kan det hända att du inte får de hjälpmedel som du tycker att du behöver.

Varför är det bra med hjälpmedel?

Hjälpmedel kan underlätta för dig att leva ett självständigt liv. Det kan öka dina möjligheter att själv bestämma hur du vill leva. Ett hjälpmedel kan göra vardagslivet enklare. Det kan underlätta även för dina närstående. Ett hjälpmedel kan ge dig nya möjligheter.

En del kvinnor och män vill inte ha hjälpmedel. De tycker att det är obekvämt. En del skäms för sin funktionsnedsättning eller hjälpmedlet, andra känner sig gamla när de använder hjälpmedel. Du kanske är en av dem. Du har alltid rätt att bestämma om du vill ha ett hjälpmedel eller inte men om du är tveksam kan du alltid pröva dig fram.

Vart kan du vända dig om du behöver ett hjälpmedel?

Om du tror, eller vet, att det finns hjälpmedel som skulle underlätta för dig så tag kontakt med vårdcentralen, en mottagning på sjukhus eller din behandlande läkare. Personalen där kan ge dig information om vart du ska vända dig för att få hjälpmedel. Ibland behövs en remiss till en annan klinik. Ibland kommer personalen hem till dig. Det beror på vilket behov eller funktionsnedsättning som du har. Om du har tillgång till internet kan du gå in på landstinget eller kommunens webbsida och söka information. Mindre och enklare hjälpmedel finns att köpa i vanliga butiker, internetbutiker eller i hjälpmedelsbutiker.

Hur går det till att få ett hjälpmedel?



Den person som ska utreda och bedöma om du har behov av hjälpmedel kallas förskrivare. En förskrivare är oftast en arbetsterapeut, sjukgymnast, distriktssköterska, logoped, audionom eller en läkare.

Förskrivaren gör först en utredning av dina behov. Tillsammans ska ni komma fram till vad som är bäst för just dig. Om du behöver hjälpmedel ska förskrivaren därefter välja vilket eller vilka hjälpmedel som passar just dig och ditt behov. Det kallas förskrivning av hjälpmedel.

Förskrivning av hjälpmedel kan ta olika lång tid. Vissa hjälpmedel behöver specialanpassas och det tar längre tid.

Förskrivarens ansvar

Förskrivaren har ansvar att informera dig om hur du ska använda ditt hjälpmedel. Du kan behöva träna på att använda hjälpmedel och det tar olika lång tid. Förskrivaren ska följa upp din träning och utvärdera hur det fungerar för dig. Om inte förskrivaren själv gör det ska hon eller han se till att någon annan tar över ansvaret för det. Förskrivaren ska informera dig vad du ska göra om hjälpmedlen inte fungerar, går sönder eller inte längre behövs. Du kan också ställa frågor till förskrivaren om du undrar över något.

Tänk på!

Undvik starka dofter som parfym och rakvatten när du besöker en mottagning eller träffar en förskrivare. Många är överkänsliga mot parfymer och parfymerade dofter.

Fråga förskrivaren!

- Vilka hjälpmedel finns att välja mellan?
- Vart kan jag vända mig om mitt/mina hjälpmedel går sönder, exempelvis på kvällar och helger? Får jag ett nytt?
- Hur länge får jag ha mitt/mina hjälpmedel?
- Vart vänder jag mig om jag har frågor?
- Behöver jag försäkra mitt/mina hjälpmedel?
- Kommer mitt/mina hjälpmedel att kosta mig något?
- Vad ska jag göra med hjälpmedlet om jag inte längre använder det?
- Vilket ansvar har jag själv för mitt/mina hjälpmedel?

Handikappförbunden är den enda samlande aktör som på bred bas och utan annat intresse representerar personer med funktionsnedsättning.

Våra medlemsförbund har nästan en halv miljon medlemmar, och är bärare av den mest angelägna kunskapen, den egna erfarenheten.

Vi är partipolitiskt obundna och finansieras genom statsbidrag och medlemsavgifter.

Läs mer om projekt Hjälpmedel på Handikappförbundens webbplats

Ett projekt med finansiering
från Allmänna Arvsfonden



Handikappförbunden, Box 1386, 172 27 Sundbyberg
Telefon: 08 546 404 00, www.handikappforbunden.se

HANDIKAPP FÖRBUNDEN



**Till dig som är politiker
eller beslutsfattare inom
hjälpmedelsområdet**

Alla människors lika värde är grunden för Handikappförbundens verksamhet



I den här broschyren har vi sammanställt information som bygger på erfarenheter från Handikappförbundens arbete i projektet Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet.

Vi har utifrån ett genus - och ett hälsoekonomiskt perspektiv undersökt hur eventuella orättvisor påverkar livsvillkoren för de som använder hjälpmedel. Det vi har sett i vårt arbete kan vara till stöd för dig när du ska fatta beslut inom hjälpmedelsområdet.

Så här ser det ut idag

Hjälpmedel har en helt avgörande betydelse för att kunna vara aktiv och delaktig för de cirka 850 000 personer i Sverige som använder hjälpmedel. Hjälpmedelsverksamheten omfattar cirka 5-6 miljarder kronor per år i Sverige enligt Hjälpmedelsinstitutet.

Regler och egenavgifter varierar kraftigt i landet, både den enskildes kostnader och vilka hjälpmedel som är möjliga att få. Egenavgifter varierar beroende på vilket hjälpmedel det är, från år till år och från län till län.

Begreppet "egenansvar" används i dag i många landsting för att på ett enkelt sätt ransonera hjälpmedel. Vid beslut om egenansvar måste det finnas utrymme för en individuell behovsbedömning och möjlighet att förskriva även standardprodukter.

Underlagen för beslut och prioriteringar är otillräckliga. I en del landsting är förutsättningarna att förskriva nya hjälpmedel att gamla hjälpmedel tas bort ur sortimentet. Hjälpmedel kan inte ses som en isolerad produkt utan är en del av habilitering och rehabilitering. Prioriteringar måste ske på en horisontell nivå.

Det sker alltför lite av konsekvensanalyser. Om vårdtiderna minskar eller om man beslutar att "operera" bort köer blir konsekvensen ett ökat behov av rehabilitering och hjälpmedel. Men dessa resurser tillförs inte alltid. I stället tolkas det som att hjälpmedelsbudgeten ökar.



Resultat från studier genomförda av Handikappförbundens hjälpmedelsprojekt kan sammanfattas:

- Information om hjälpmedel fungerar dåligt, både vilka hjälpmedel som finns att få och vilka hjälpmedel som går att välja mellan.
- Människor med osynliga funktionsnedsättningar tillhör de grupper som har svårast att få hjälpmedel.
- Flera landsting tillhandahåller inte längre hjälpmedel för framtiden.
- Det är svårt att få hjälp med habilitering och rehabilitering, svårast är det för yngre.
- Kvinnor och män tvingas att bekosta ett eller flera av sina hjälpmedel själv.
- Uppföljning av hjälpmedel fungerar dåligt.
- Behovet är stort efter fler analyser och forskning på området för att säkerställa nyttan för olika individer och olika hjälpmedel.

Genusperspektiv nödvändigt inom hjälpmedelsområdet

Ett bättre bemötande och kvalité som tar hänsyn till kvinnors och mäns behov och livsvillkor, kan nås genom att tillämpa ett genusperspektiv. Vid fördelning av insatser kan prioriteringar göras som bättre tillgodoser både kvinnor och mäns behov.

I samband med offentlig upphandling av hjälpmedel kan fokus på kön säkerställa att både kvinnor och mäns behov tillgodoses.

Hjälpmedel är en liten del av hälso- och sjukvårdskostnaderna

Nyttan av hjälpmedel måste placeras i ett större sammanhang för att det ska bli synligt att hjälpmedel endast är en del av den totala rehabiliteringskostnaden. Används hjälpmedel som en förebyggande insats blir kostnaden lägre inom andra områden inom hälso- och sjukvården, vilket har påvisats i flera studier.

Effektivisering av hjälpmedelsverksamhet är lönsamt ...

Om hjälpmedelsverksamheten organiseras mer effektivt kan bättre lönsamhet inom hälso- och sjukvården skapas. På Göteborgs sjukhem innebar en förbättrad dialog mellan personal och patient en besparing med 31 procent vilket motsvarar 1,7 miljoner kronor. (Källa: Hellstrom et. al. 1994) Detta har även gjorts i Jämtland med framgång. (Källa: Lindahl P. 1997)

... och leder till större delaktighet och bättre livskvalitet

Människor som kan stanna kvar i eller får möjligheter att komma ut i arbetslivet är samhällsekonomiskt lönsamt. Redan på individnivå kan samhället göra miljonvinster. (Källa: Reumatikerförbundets studie 2006).



Exempel från andra studier:

- Information och dialog kan göra hjälpinsatser mer kostnadseffektiva. Behovet av hjälp minskade med cirka 70 procent när de kvinnor och män som behövde hemtjänst fick bättre rådgivning, hjälpmedel och information kring hur man tvättar sig. (Källa: FoU Jämtland Rapport 2009:1)
- Studier visar att snittkostnaden för vård och rehabilitering av en strokepatient det första året är ungefär 180 000 kronor. Kostnaden för hjälpmedel utgör endast drygt 4 000 kronor. (Källa: Gosman-Hedström, 2001)
- Insatsen för hörapparater gav en kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) på 80 000 kronor. (Källa: CMT Rapport 2008:5) Insatsen för rollatorer gav en kostnad per QALY på 24 000 kronor. I relation till 500 000 kronor per QALY, som anses vara en rimlig kostnad för en insats, är det mycket lönsamt. (Källa: CMT Rapport 2007:3)

Synligt och osynligt

Funktionsnedsättningar kan vara synliga eller osynliga. En och samma person kan ha flera olika funktionsnedsättningar, där en kan vara synlig och en annan osynlig. Det innebär att de behov som personen har, inte alltid är synliga i betraktarens öga. Både synliga och osynliga behov måste identifieras. Först då kan kvinnor och män samt flickor och pojkars behov tillgodoses fullt ut.

Vad kan du som politiker göra?

- Förbättra och utveckla information och utbildning till förskrivare!
- Uppmärksamma osynliga gruppers behov så att även de kan få tillgång till hjälpmedel!
- Förbättra samordningen av insatser för människor med funktionsnedsättning utifrån den enskildes hjälpmedelsbehov!
- Verka för att mer resurser och kunskap avsätts till att utveckla området hälsoekonomi samt utveckla metoder för att ta fram vilka kostnader och vinster hjälpmedel kan innebära för din kommun och/eller ditt landsting!
- Verka för att inga könsneutrala beslut fattas inom hjälpmedelsområdet!
- Verka för att FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättningar förverkligas!

Handikappförbunden är den enda samlande aktör som på bred bas och utan annat intresse representerar personer med funktionsnedsättning.

Våra medlemsförbund har nästan en halv miljon medlemmar, och är bärare av den mest angelägna kunskapen, den egna erfarenheten.

Vi är partipolitiskt obundna och finansieras genom statsbidrag och medlemsavgifter.

Läs mer om projekt Hjälpmedel på Handikappförbundens webbplats

Ett projekt med finansiering
från Allmänna Arvsfonden



Handikappförbunden, Box 1386, 172 27 Sundbyberg
Telefon: 08 546 404 00, www.handikappforbunden.se

Handikappförbunden representerar på bred bas människor med funktionsnedsättning. Vi består av många rikstäckande handikapporganisationer som sammanlagt har en halv miljon medlemmar.



Kontakt

Projektledare Karin Andersson
Telefon: 08-546 40 471
Epost: karin.andersson@hso.se

Hälsoekonom Caroline Lund
Telefon: 08-546 40 436
Epost: caroline.lund@hso.se



Hjälpmedel

en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet



Ett projekt med finansiering
från Allmänna Arvsfonden



Handikappförbunden
Box 1386, 172 27 Sundbyberg
www.handikappforbunden.se

Dagens hjälpmedelssystem leder till stora skillnader för människor med funktionsnedsättning. Detta strider mot människovärdesprincipen, allas lika värde. Alla kvinnor och män med funktionsnedsättning har rätt till full delaktighet i samhället. Därför måste det finnas hjälpmedel som täcker in alla gruppers behov och en fungerande habilitering och rehabilitering. Så är det inte idag.



Vad kan du som politiker eller beslutsfattare göra?

Informationen om vilka hjälpmedel som finns att tillgå och vilka som går att välja mellan måste förbättras och utvecklas.

- ✓ **Förbättra och utveckla informationen samt utbildningen till förskrivare!**

Kvinnor och män med osynliga funktionsnedsättningar tillhör de grupper som har svårast att få hjälpmedel.

- ✓ **Uppmärksamma osynliga gruppers hjälpmedelsbehov!**

Kvinnor och män upplever det svårt att få hjälp med habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. En samordning av insatser behövs för att kunna möta människors behov!

- ✓ **Förbättra samordningen av insatser för människor med funktionsnedsättning!**

I hjälpmedelsdiskussioner saknas beslutsunderlag som visar på kostnader och effekter av hjälpmedel.

- ✓ **Verka för att mer resurser avsätts till att utveckla området hälsoekonomi samt utveckla metoder för att ta fram vilka kostnader och vinster hjälpmedel kan innebära för din kommun och/eller ditt landsting!**

Det finns stora skillnader över landet gällande avgifter och utbudet av hjälpmedel.

- ✓ **Verka för att minska dessa skillnader så att kvinnor och män med funktionsnedsättning får likvärdiga villkor oavsett var i landet de bor!**