

AKTIVITETSHJELPEMIDLER

- I HVILKEN GRAD BLIR DE BRUKT?



MASTEROPPGAVE VILJAR AASAN

MASTERSTUDIET I REHABILITERING OG HABILITERING

FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP
OSLO MET, NOVEMBER 2020

Masteroppgave

Masterstudie i Rehabilitering og Habilitering
November 2020

Aktivitetshjelpemidler, i hvilken grad blir de brukt?

Kandidatnavn: Viljar Aasan

Kandidatnr: 600

Emnekode: MAREH5900

Antall ord: 25827

Fakultet for helsevitenskap

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som en avsluttende del av masterstudiet i rehabilitering og habilitering ved Oslo Met. Gjennom mitt arbeid på Beitostølen Helsesportsenter i over 15 år har interessen for aktivitetshjelpemidler og tilrettelegging for aktivitet vokst seg sterkere og sterkere. De siste årene har jeg jobbet i en stilling der aktivitetshjelpemidler er hovedansvaret mitt. Derfor var tematikken i denne oppgaven ganske innlysende da jeg påbegynte studiet på deltid i 2017. Studiet og prosessen frem til denne ferdige oppgaven har vært lærerik. Først og fremst gjennom å få teoretiske «knagger» å henge min praktiske kunnskap på, og å finne ut at pedagogikken og didaktikken som ligger i bunn for mitt arbeid med mennesker er godt etablert, dokumentert og anbefalt. Utover dette har selvsagt forskningsprosessen vært meget lærerik, og det å kunne fordype seg i et fagfelt som interesserer meg har vært givende.

Jeg har underveis i prosessen prøvd å søke kunnskap og erfaringer fra andre fagpersoner så vel som fra tidligere forskning og litteratur. Først og fremst vil jeg få takke min veileder Reidun Jahnsen for tett og god oppfølging underveis, samt nyttige og gode diskusjoner. Reidun har vist stor fleksibilitet i veiledningsformer i dette litt rare året 2020 og lost meg trygt i havn når jeg har vært på litt dypt vann og i ukjent farvann. Videre har kollega Berit Gjessing vært en god støttespiller i både faglige diskusjoner og tankespinneri, men også i felles problemløsning med statistikk og SPSS. Takk også til masterkollega Elisabeth Helle for lange og gode samtaler, om løst og fast i bil på vei mellom Beitostølen og Oslo.

Ellers må jeg takke min arbeidsgiver, Beitostølen Helsesportsenter, som har lagt til rette (og presset på) slik at jeg kunne studere samtidig som jeg opprettholdt full jobb. Ressursgruppa som ble benyttet i starten av forskningen for å komme i gang på rett måte, og sa seg villig til å teste spørreskjemaet var også viktige og fortjener en takk. En stor takk selvsagt, også til alle informantene som besvarte spørreskjemaet og returnerte det. Uten dere ingen forskning.

Til slutt må jeg rette en stor takk til min familie. Tusen takk Line for at du har holdt fortet og familien i gang når jeg har vært på studiesamlinger i Oslo. Takk også for gode faglige og strukturmessige diskusjoner underveis. Takk til Erlend og Ragne som har vært snille og greie med mamma og bistått til daglige gjøremål når jeg har vært borte. Takk til alle for tålmodighet og forståelse i hektiske skriveperioder, nå er jeg ferdig... Tusen takk også til vår Alaska Husky Leia for lange og fine turer der tanker har blitt tenkt og utfordringer har blitt løst.

Beitostølen, november 2020

Viljar Aasan

Sammendrag

Bakgrunn: Å være fysisk aktiv gir helse, glede og mestring. For en gruppe mennesker er imidlertid dette mer utfordrende å få til. Mange mennesker med fysiske funksjonsnedsettelse er avhengige av et hjelpemiddel for å kunne være fysisk aktive. Slike hjelpemidler kalles aktivitetshjelpemidler (AHM).

Hensikt: Målet med denne oppgaven var å få kunnskap om i hvilken grad aktivitetshjelpemidler som er søkt på fra Beitostølen Helsesportsenter (BHSS) er i bruk. Jeg har sett på hvor hyppig hjelpemidlene har blitt benyttet, og hvilke forhold som påvirker graden av benyttelse. Studiens problemstilling var: *Aktivitetshjelpemidler, i hvilken grad blir de brukt?*

Materiale og metode: Studien er en kvantitativ studie med tverrsnittdesign der spørreskjema er valgt som datainnsamlingsmetode. Et elektronisk spørreskjema ble sendt ut, hvorav 114 (66%) av 174 besvarte og ble med i studien. Svarene ble lagt i en excelfil og overført til statistikkprogrammet SPSS. Alle innsamlede data ble transformert til tallkoder, delt inn i kategorier og analysert med deskriptiv statistikk, samt med hensyn til sammenheng mellom ulike variabler relatert til problemstilling og forskningsspørsmål.

Resultat: De fleste AHM ble brukt, og over halvparten av dem ukentlig eller oftere. Det var hyppigere bruk i gruppa over 26 år. For menn og kvinner var det nesten ingen forskjell. Sitski alpint ble benyttet sjelden, mens trehjulssykler ble benyttet oftest. Slik sett viste analysen at type aktivitetshjelpemiddel har betydning på hvor ofte det benyttes. AHM der det er behov for ledsager ble benyttet sjeldnere enn de som var uten ledsagerbehov. Selv om AHM ble benyttet ofte eller sjelden, opplevde informantene at de hadde fått god opplæring på BHSS. Det var ingen klar forskjell i bruk relatert til helseregion. AHM ble stort sett brukt sammen med andre. Motivasjon, tid og tilrettelegging utmerket seg som fremmende faktorer for graden av bruk.

Konklusjon: AHM søkt om fra BHSS blir brukt, og de blir brukt relativt ofte. Analysene viser en signifikant sammenheng mellom bruk og type AHM, og om man har behov for ledsager eller ikke. Motivasjon hos brukeren, et godt tilrettelagt område og god tid til å benytte AHM er betydelige fremmende faktorer. Studien viser også at de aller fleste stort sett benytter AHM i en sosial kontekst.

Nøkkelord: Aktivitetshjelpemidler, bruk, funksjonsnedsettelse, deltakelse, tilpasset fysisk aktivitet, opplæring, tilpassing, hemmende og fremmende faktorer, kvantitativ.

Abstract

Background: Being physically active brings health, joy and mastery. For a group of people, however, this is more challenging to achieve. Many people with physical disabilities depend on an assistive device for activity (ADA) to be physically active.

Aim: The aim of this thesis was to gain knowledge about the frequency of use of ADA applied for from Beitostølen Health Sports Center (BHC). I have looked at the extent to which the aids have been used, and whether there are factors that affect the degree of use. The overall research question was: Assistive devices for activity, to what extent are they used?

Material and method: The study is a quantitative study with a cross-sectional design, where survey was chosen as the data collection method. Electronic questionnaires were sent out and 114 (66%) of 174 answered and joined the study. The answers were put in to an excel file and transferred to the statistics program SPSS. All collected data were transformed into numerical codes, divided into categories and analyzed statistically with descriptive statistics and association analyses related to the research questions.

Results: The majority of the ADA were used, and more than half of them weekly or more often. There was more frequent use in the group above 26 years of age. For men and women, there was almost no difference. In relation to type ADA, alpine sitis stood out by being used infrequently and tricycles by being used most often. ADA with a need for an assistant turned out to be used less frequently than ADAs without such needs. Even though the ADA was used often or infrequently, the informants experienced that they had received good training at BHSC. There was no difference in use related to region of residence either. The ADA was mostly used with others. Motivation, time and adaptation were prominent factors that influenced the degree of use.

Conclusion: ADA applied for from BHC are used, and they are used often. The analyzes show a significant association between use and type of ADA. There is also a significant association between use and the need for an assistant. Motivation, good adaptation with a well prepared area and enough time to use ADA are significant promoting factors. The study also shows that the majority mostly uses their ADA in social contexts.

Keywords:

Assistive devices for activity, frequency, disability, participation, adapted physical activity, training, adaptation, inhibiting and promoting factors, quantitative.

Innhold

Forord.....	2
Sammendrag.....	3
Abstract.....	4
1.0 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av fagområdet	7
1.2 Aktivitetshjelpemidler	9
1.3 Tidligere forskning og annen litteratur	11
1.3.1 Fysisk aktivitet og funksjonsnedsettelse.....	12
1.3.2 Aktivitetshjelpemidler og nytten av disse	14
1.4 Hensikt og problemstillinger	17
1.4.1 Problemstilling og forskningsspørsmål	18
2.0 Teoretiske perspektiver	19
2.1 Helse, funksjonsnedsettelse og deltakelse i fysisk aktivitet	19
2.2 Deltakelse	24
3.0 Materiale og metode	28
3.1 Design.....	28
3.2 Populasjon og utvalg	29
3.3 Datainnsamling.....	29
3.4 Reliabilitet og validitet	30
3.5 Datamateriale.....	31
3.6 Analyse.....	35
3.7 Etske betraktninger.....	38
4.0 Resultater.....	41
4.1 I hvilken grad har aktivitetshjelpemidlene blitt benyttet	41
4.1.1 Er det forskjell på i hvilken grad aktivitetshjelpemiddelet har blitt brukt av personer over eller under 26?	42
4.1.2 Er det sammenheng mellom kjønn, type hjelpemiddel, behov for ledsager, samt geografiske forhold og grad av bruk av aktivitetshjelpemidler?	43
4.1.3 Bruk og sosial deltakelse	46
4.3 Hemmende og fremmende faktorer.....	46
4.3.1 Fremmende faktorer	47
4.3.2 Hemmende faktorer	52
5.0 Diskusjon.....	57
5.1 Metodediskusjon	57
5.2 Resultatdiskusjon.....	60

5.2.1 Aktivitetshjelpemidler, i hvilken grad blir de brukt?	61
5.2.2 Forskjell i hvilken grad aktivitetshjelpemidlene blir brukt i forhold til om man er over eller under 26 år.....	62
5.2.3 Sammenheng mellom kjønn, type hjelpemiddel, behov for ledsager, samt geografiske forhold og grad av bruk av aktivitetshjelpemidler	63
5.2.4 Bruk og sosial deltakelse	66
5.2.5 Fremmende faktorer	67
5.2.6 Hemmende faktorer	70
6.0 Avslutning	74
6.1 Konklusjon	74
6.2 Praksis anbefalinger	76
6.3 Videre forskning.....	78
Referanseliste	80
Vedlegg	86
Vedlegg 1: Avviksskjema hjelpemidler BHSS	87
Vedlegg 2: Første e-post til deltakerne.....	95
Vedlegg 3: Informasjonsskriv til deltakerne	96
Vedlegg 4: Spørreskjema	98
Vedlegg 5: Andre e-post til deltakerne (purring)	105
Vedlegg 6: Godkjenningsskriv fra NSD	106
Vedlegg 7: Svarbrev fra REK.....	108

1.0 Innledning

«Å være fysisk aktiv gir glede og mestring for mange, og det handler ofte om å gjøre noe sammen med andre. Fysisk aktivitet er samtidig nødvendig for å utvikle og opprettholde god helse og livskvalitet gjennom hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Slik starter Norges helse- og omsorgsminister, Bent Høie, sitt forord i «Sammen om aktive liv», en handlingsplan for fysisk aktivitet og helse 2020-2029. Han skriver videre i sitt forord at det skal være enkelt for alle å være aktive ut fra egne forutsetninger (ibid).

Ding m. fl (2016) har analysert direkte helsevesenkostnader som tilskrives fysisk inaktivitet i 142 land, som tilsvarer 93,2% av verdens befolkning. De finner at i 2013 kostet fysisk inaktivitet helsevesenet internasjonalt \$53,8 milliarder over hele verden. Nesten 60% av dette ble betalt av offentlig sektor. Forskning viser også til at mye stillesitting kan øke risikoen for kroniske sykdommer og død (Ekelund et al., 2019). For de aller fleste samfunnsborgere kreves det ikke noe utover eget initiativ å begynne med fysisk aktivitet. Det å gå eller sykle en tur er noe de aller fleste mestrer, rent fysisk. Men for en gruppe mennesker er også dette vanskelig å få til. Mange mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse er avhengige av et hjelpemiddel for å kunne være fysisk aktive. Slike hjelpemidler kalles aktivitetshjelpemidler.

I denne oppgaven undersøker jeg bruk av aktivitetshjelpemidler i et helse-, aktivitets- og deltakelsesperspektiv. Jeg vil innledningsvis begrunne mitt valg av dette temaet og presentere fagområdet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av fagområdet

Arbeids- og velferdsetaten (NAV) formidler årlig hjelpemidler for over 6 mrd. kroner (6,2 mrd. i 2017) (Riksrevisjonen, 2017). Over 200 millioner kroner går til aktivitetshjelpemidler. I følge anskaffelsesloven er formålet med denne «å fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser» (Fornyings- og administrasjonsdepartementet, 2007). Riksrevisjonens gjennomgang av om NAV anskaffer hjelpemidler i tråd med anskaffelsesregelverket og folketrygdloven, peker på en del svakheter ved NAV-systemet og flere regelbrudd knyttet til anskaffelse av hjelpemidler (Riksrevisjonen, 2017). Samtidig viser rapporten «Gjennomgang av hjelpemiddelområdet» manglende kompetanse i kommunene når det gjelder hjelpemidler (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017b). Rapporten sier ingenting om oppfølging i bruk og vedlikehold av hjelpemidlene.

I min jobb som hovedansvarlig for hjelpemidler på Beitostølen Helsesportsenter (BHSS), er jeg en av flere som bistår brukere i utprøving og søking på aktivitetshjelpemidler. Jeg har også koordineringsansvar for samhandling mellom brukere, NAV, hjelpemiddelleverandører og klinisk virksomhet, og ser at vi er dyktige i jobben vår med utprøving, tilpassing og søknader på aktivitetshjelpemidler. Samtidig ser jeg, at i den samhandlingen vi gjør med kommunehelsetjenesten og lokalt støtteapparat, så skorter det en del på oppfølging i bruk av hjelpemidlene. Dette ønsker jeg å få mer håndfast kunnskap om, slik at vi kan få satt i gang et kvalitetssikringsarbeid og potensielt utvikle nye modeller for vårt oppfølgingsarbeid. BHSS sin visjon er «Aktivitet og deltakelse – gjennom livet». Hvis det viser seg at jobben vi gjør med utprøving og søking på aktivitetshjelpemidler ikke fører til økt aktivitet og deltakelse, må vi gjøre noe annerledes, som å flytte noe av fokuset vårt til etter at brukeren har kommet hjem og fått utlevert sitt hjelpemiddel, eller være grundigere i vår kartlegging og opplæring av brukere og ledsagere.

BHSS er en institusjon innen spesialisthelsetjenesten som driver med habilitering og rehabilitering, med tilpasset fysisk aktivitet som hovedvirkemiddel.

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, revidert mai 2018).

En av disse aktørene er kommunen og det kommunale støtteapparatet. I vårt arbeid med aktivitetshjelpemidler søker vi alltid å ha en tett dialog med lokalt støtteapparat, gjerne en fysio- eller ergoterapeut. I henhold til «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» (Helsedirektoratet, 2018), er det et kommunalt ansvar å sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte bruker. Kommunens sørge-for-ansvar gjelder alle ledd i formidlingsprosessen, blant annet tilpassing og montering, opplæring, samt service og reparasjon. Kommunen har også et ansvar for å evaluere og følge opp behov for endringer. Det kommunale ansvaret for formidling av hjelpemidler og tilrettelegging gjelder uavhengig av livsarena, det vil si om hjelpemiddelbehovet er i hjem, nærmiljø, skole eller

fritid (ibid). For oss som en spesialisthelsetjeneste, blir det da særst viktig å sørge for at lokalt støtteapparat er med i prosessen når det gjelder å søke på aktivitetshjelpemidler, for at de på best mulig måte kan sørge for oppfølging videre etter at brukeren har reist fra oss. En annen, og ikke minst viktig aktør i dette, er brukeren selv. I alle prosesser som omhandler brukeren skal det være brukermedvirkning. Det vil si at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet (Arbeids- og sosialdepartementet, 1997). I tillegg er det brukerens mål som skal gjelde. Når en bruker på opphold på BHSS ytrer ønske om å prøve ut et aktivitetshjelpemiddel med bakgrunn i å bli mer fysisk aktiv hjemme, for eksempel, starter vi et samarbeid mellom bruker, spesialisthelsetjenesten (BHSS) og lokalt støtteapparat.

1.2 Aktivitetshjelpemidler

Videre i oppgaven vil ord som *hjelpemidler* og *utstyr* også bli benyttet i stedet for *aktivitetshjelpemidler*. Aktivitetshjelpemidler er utstyr som er spesielt utviklet for at personer med funksjonsnedsettelser skal kunne delta i lek og sportsaktiviteter (Arbeidsdepartementet, 2010). NAV skiller mellom personer over og under 26 år. De som er under 26 år får låne hjelpemidler vederlagsfritt. For dem som er over 26 år (AKT-26) tilkommer en egenandel på 10% av innkjøpssummen, men maksimalt kr. 4000,-. Hjelpemiddelet er folketrygdens eiendom og skal leveres tilbake når det ikke lenger er i bruk (Lovdata, 2014, Forskrift om aktivitetshjelpemidler til personer over 26 år). Dagens ordning, fra 1. juli 2014, for personer over 26 år er rammestyrt. Det settes årlig av en ramme på ca. 50 millioner kroner på statsbudsjettet til dette. Når rammen er nådd, avsluttes inneværende års ordning og alle nye søknader avslås. I 2014 og 2015 holdt den økonomiske rammen ut året. Fra 2016 og til dags dato har potten blitt brukt opp før årets slutt, tidligere og tidligere. I 2019 var potten tom i august. I 2020 var potten brukt opp allerede i mars. Dette skyldes antagelig i stor grad mer og mer etterslep fra forrige år, da mange sender inn ny søknad tidlig i januar for å få søkt i tide. I revidert statsbudsjett for 2020 innvilget stortinget en tilleggsbevilgning på kr. 48 mill. for å sørge for at flere fikk tildelt aktivitetshjelpemidler. Denne ekstrapotten gikk tom i september. Det vil for 2020 si, at alle over 26 år med ønske om å søke på et aktivitetshjelpemiddel må vente til 1. januar 2021 før de kan søke. Med andre ord, går de for eksempel glipp av oppstarten på en vintersesong før de kan søke, og høyst sannsynlig vil saksbehandling og levering først være effektivt mot slutten av vintersesongen, slik at de må vente til neste vinter før de kan ta i bruk sin langrennspiggekjelke eller sitski. Deres muligheter for fysisk aktivitet og trening blir dermed sterkt begrenset i forhold til dem som allerede har fått godt tilpasset utstyr. Slik ordningen har utviklet seg til å bli, er det

førstemann-til-mølla-prinsippet som gjelder. De som søker først, får aktivitetshjelpemiddel, mens de som av ulike grunner ikke får søkt tidlig, kan gå glipp av fysisk aktivitet og deltakelse i et år til. I forslag til statsbudsjett for 2021 er det foreslått å sette av en årlig pott på kr 84 mill. til AKT-26. Ordningen for personer under 26 år er finansiert i en overslagsbevilgning hvor behovet styrer pengebruken. Dette er en pott som ikke kan gå tom. Med bakgrunn i de siste års utvikling utlyste Arbeids- og sosialdepartementet i september 2019 et oppdrag med formål om å evaluere ordningen med aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år (Digitaliseringsdirektoratet & Arbeids- og sosialdepartementet, 2019, 23. september). Arbeidet ble gjort av Oslo Economics og rapporten ble publisert i september 2020 (Oslo Economics, 2020). Utredningen har hatt som formål å kartlegge omfang av utleverte aktivitetshjelpemidler, kostnadene ved ordningen, hvordan hjelpemidlene brukes og hvilken betydning de har for brukerne, samt hvordan ulike sider av forvaltningen og egenandelen fungerer. Oslo Economics skulle også vurdere hvordan ordningen for personer over 26 år kan innrettes slik at flest mulig får mulighet til å ha en aktiv fritid, sett i lys av at potten på tildelte midler til ordningen har gått tom tidlig på året de siste par årene. Ett av alternativene skulle være kostnadsnøytralt. Hovedtrekk fra evalueringen viser store geografiske forskjeller i tildelingene, noe de i stor grad mener skyldes ulik kapasitet fra kommune til kommune, både når det gjelder tidsbruk og kompetanse hos de som bistår brukere i søknadsprosessen. (Oslo Economics, 2020). Dette ble også påpekt i en tidligere rapport fra Arbeids og Sosialdepartementet (2017a) I arbeidet med rapporten er det gjennomført dybdeintervjuer med brukere av aktivitetshjelpemidler, ansatte ved utvalgte hjelpemiddelsentraler og ergoterapeuter i førstelinjetjeneste. I svarene fra disse trekkes det frem at ordningen tilfører stor nytteverdi og har positiv effekt på brukernes livskvalitet og helse, gjennom at de kan dra på turer i skog og mark og delta i andre fysisk aktiviteter, mer eller mindre på lik linje med befolkningen ellers. Dette har stor samfunnsverdi, også i et fordelingsperspektiv (ibid.). Rapporten trekker også frem førstemann-til-mølla-prinsippet og mener tildelingene får utslag av tilfeldigheter, der det høyst sannsynlig er de minst ressurssterke brukerne det går ut over. Det påpekes altså at det er en ubalanse mellom det tildelingskriteriene for ordningen er innrettet for å dekke, og de økonomiske rammene den har. Rapporten konkluderer med at enten må rammen økes, eller prioriteringene bli strengere. Et annet forslag fra rapporten er at for å unngå at brukeren får hjelpemidler hen ikke kan bruke, så bør det være større mulighet for grundigere utprøving av aktivitetshjelpemidler i naturlig miljø. Dette er en viktig del av hjelpemiddelutprøvingen på BHSS. Grundig utprøving over tid (2-4 uker) i ulike naturlige miljø hjelpemiddelet er ment å benyttes i. Dette mener teamet på BHSS er

et suksesskriterium for økt grad av bruk etter utdeling av hjelpemiddel. Alle mine informanter har fått et tilbud om slik type utprøving gjennom sine opphold på BHSS.

Rapporten fra Oslo Economics fokuserer på de over 26 år som har fått tildelt ett eller flere aktivitetshjelpemidler. Mine informanter er blant disse, men jeg har i tillegg også informanter under 26 år. Slik får jeg sammenlignet bruken av aktivitetshjelpemiddel både for de over og de under 26 år.

1.3 Tidligere forskning og annen litteratur

Et godt utført litteratursøk er viktig for å kunne identifisere relevant forskning og litteratur som har vært utført tidligere innenfor et bestemt fagområde. Et omfattende søk styrker litteraturoversiktens validitet (Kunnskapssenteret, 2015). Innenfor det spesifikke området *aktivitetshjelpemidler*, finnes det lite forskning. Dette gjelder både i Norge og resten av verden. Påstanden begrunnes med flere litteratursøk gjort av både meg og andre de siste årene. Siste litteratursøk gjorde jeg sammen med PhD-stipendiat Berit Gjessing i april 2020. Det ble da gjennomført søk i databaser som PubMed, Embase, Pedro, Cochrane library, Medline, Oria, Svemed, Google Scholar og Bibsys Ask. Det norske ordet *aktivitetshjelpemidler* lar seg vanskelig oversette til andre språk. Vi har derfor valgt å oversette bredt når det gjelder terminologi, både basert på kjent litteratur og artikler, men også en brainstorming rundt hva denne type hjelpemidler kan kalles i andre land, da de fleste helsefaglige databasene er engelskspråklige (ibid.). Søkeord som assistive devices, fritidshjelpemidler, hjelpemidler for sport, hjelpemidler for aktivitet, helping aids for: -leisure time, -activity, -sport, activity aids, parasport equipment, adaptive equipment, adapted physical activity, physical activity and disability, activity equipment for disabled ble forsøkt, samt mer spesifikke søk som armbike, sitski, hand cycling og cross country sledge. Systematiske søk i flere databaser vil ikke alltid bidra til å identifisere all publisert og relevant litteratur. Jeg har derfor i tillegg sett gjennom litteraturlister til artikler og utgivelser med lignende tematikk for å finne andre relevante utgivelser. Vi vet også at det norske hjelpemiddelsystemet er ganske unikt i forhold til andre land. Mens vi i Norge har et statlig ansvar med sterk rettighetsfesting for de med varige behov (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017a), er systemene og hjelpemiddelformidlingen i de andre nordiske landene organisert annerledes. Hovedansvaret for eksempel i Danmark er lagt til kommunene, med en nasjonal lovgiving. Kommunen kan velge å dekke det billigste aktivitetshjelpemiddelalternativet for unge, mens man for voksne ikke ser på aktivitetshjelpemidler som nødvendig i dagliglivet og derfor ikke dekker det (Indenrigsministeriet, 2019). I

Sverige har man lagt ansvaret til regionene og kommunene, der regelverket stort sett fastsettes lokalt. Det varierer stort fra kommune til kommune om hva som regnes som et aktivitets-hjelpemiddel. Stort sett må man som svensk statsborger kjøpe aktivitets-hjelpemiddelet selv (Vårdguiden, 2018). I Finland er det et kommunalt ansvar, der man i enkelte regioner kan få låne eller leie aktivitets-hjelpemidler. Det er kommunen som avgjør hvor nødvendig et aktivitets-hjelpemiddel er for den enkelte bruker. Også i Finland ender brukerne oftest opp med å kjøpe utstyret selv. På Island er det en statlig forsikringsordning som kan dekke en prosentandel av prisen på aktivitets-hjelpemiddelet, men maks kr. 26.000,- (Alltinget, 2008). Litteratur- og referansesøk på utvalgte andre land i Europa viser samme tendens. Det norske systemet med NAV og Folketrygden er unikt og norske innbyggere har sterke rettigheter og store muligheter innenfor hjelpemiddelområdet.

1.3.1 Fysisk aktivitet og funksjonsnedsettelse

Forskning på fysisk aktivitet og mennesker med funksjonsnedsettelse viser tydelig at barrierene for å være fysisk aktiv er sammensatte. Det er både individuelle, strukturelle og miljømessige faktorer som spiller inn. Mette Løvgren har i en kvalitativ studie intervjuet ungdom og unge voksne med nedsatt funksjonsevne vedrørende fysisk aktivitet. Ungdommene uttrykker her både frustrasjon og glede over å delta i organisert aktivitet. Glede ved at de føler seg inkludert og akseptert i fellesskapet, men frustrasjon over ekskludering som følge av sosiale eller fysiske hindringer. Flere av dem nedtonet viktigheten av organiserte fritidsaktiviteter fordi de da fikk bekreftet en følelse av å ikke bli inkludert på en tilstrekkelig måte (Løvgren, 2009). Studien konkluderer med at klare fysiske og sosiale betingelser for deltakelse i aktivitet, samt kunnskap om hver enkelt sine forutsetninger, er vesentlig for å fremme deltakelse.

I sin studie, der de analyserte 327 spørreskjemaer fra unge voksne med funksjonsnedsettelse, fant Sæbu og Sørensen at lavt fysisk funksjonsnivå og nedsatt mobilitet er blant faktorene som samsvarer med lavt aktivitetsnivå. Pris, tilgjengelighet, egnet utstyr, assistanse og sosial støtte var miljøfaktorer som påvirket, mens alder, motivasjon, mestringsstro og mestringsstrategier var de individuelle faktorene. Det å inneha en identitet som en person som er fysisk aktiv og den indre motivasjonen ble sett på som aller viktigst for å velge å være fysisk aktiv (Sæbu & Sørensen, 2011).

Kathleen Martin Ginis (Martin Ginis, Jörgensen, & Stapleton, 2012) har i sin forskning på mennesker med ryggmargsskade også kommet fram til at det er flere faktorer (eller barrierer) som påvirker graden av deltakelse i fysisk aktivitet. Hun har valgt å dele det opp i tre

hovedkategorier; *Intrapersonal* (individuelle faktorer), her fysiske og psykiske forutsetninger. *Systemic* (systemfaktorer), som utstyr, fasiliteter, tilgjengelighet, transport og kostnader. *Informational* (informasjon), der kunnskap om aktivitet og muligheter, bevissthet og ekspertise trekkes frem som viktige faktorer. Studien ser på et bredt helsebegrep, som inkluderer mental helse, integrering i samfunnet, sosial deltakelse og generell tilfredshet med livet. Studien konkluderer langt på vei med at det er viktig at terapeuter og helsepersonell kan hjelpe brukerne med å finne personlige og meningsfulle grunner til å være aktive. Motivasjon er en liten del av puslespillet. Man må i tillegg identifisere, lære å mestre, samt overvinne utallige individuelle og systemrelaterte faktorer, i tillegg til å innhente informasjon og kunnskap. Studien sier ingenting om aktivitetshjelpemidler. Det vises imidlertid til god effekt av aktivitetsplanlegging, målsettingsarbeid og selvregulering (ibid).

Det er også gjort en del forskning på personer med cerebral parese (CP) og fysisk aktivitet. Ronit Aviram m. fl. (Aviram et al., 2019) ser på forskjellen i fysisk aktivitet og stillesitting mellom barn og unge voksne med og uten CP. De finner at personer med CP er mindre fysisk aktive enn jevnaldrende. De har primært sett på personer med CP som kan gå med eller uten hjelpemidler, det vil si at de er på nivå 2 og 3 ifølge Gross Motor Function Classification System (GMFCS) (Palisano et al. 2007). Disse små eller moderate forflytningsbegrensningene tilsier at de burde kunne mestre en god del fysisk aktivitet. GMFCS er et klassifikasjonssystem for grovmotorisk funksjon ved CP, basert på selvinitierte bevegelser med fokus på forflytning og sittefunksjon. Skalaen er femdelt der man på nivå 1 går uten begrensninger, mens man på nivå 5 transporteres i manuell eller elektrisk rullestol (ibid.). Aviram m.fl (2019) trekker spesielt frem overgangen fra barn til voksen, eller overgangen fra skolegang til en voksen livsstil og kaller det en «risikotid» med tanke på en stillesittende livsstil som kan føre til en varig situasjon, eller en varig tilstand med inaktivitet. De konkluderer også med at tiltak for å motvirke denne risikoen er viktig. Spesialprogram i skoler og samfunn med kurs og utdanning av lærere og trenere nevnes som viktige tiltak (Aviram et al., 2019).

Katarina Lauruschkus med flere (2015) tar utgangspunkt i at det er utfordrende for barn å imøtekomme de globale anbefalingene om 60 minutter med moderat aktivitet daglig, spesielt for barn med CP. Videre skriver hun også at barn med CP ønsker å være fysisk aktive, ha det gøy og glede seg over følelsen av fart (ibid). I sin studie ser hun på effekten av Physical Activity on Prescription (PAP). Det er dokumentert som effektivt for voksne for å endre livsstilen (ibid). I denne undersøkelsen, på barn, besto intervensjonen av selvvalgt fysisk aktivitet med en skriftlig avtale mellom barn, foreldre og fysioterapeut. Lauruschkus konkluderer med at PAP ser ut til å

være gjennomførbart og opplevd nyttig også for barn med CP, for å promotere en aktiv livsstil gjennom økt deltakelse, motivasjon og engasjement i fysisk aktivitet (ibid). Tre av elleve barn i denne undersøkelsen benyttet et aktivitetshjelpemiddel til aktivitet.

Ingen av de nevnte artiklene eller undersøkelsene sier noe om bruk av aktivitetshjelpemidler og nytten av disse i fysisk aktivitet for mennesker med funksjonsnedsettelse.

1.3.2 Aktivitetshjelpemidler og nytten av disse

En av barrierene for mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse for å kunne delta i fysisk aktivitet er egnet utstyr, her aktivitetshjelpemidler. Bruk av aktivitetshjelpemidler gir brukere økt mulighet for fysisk aktivitet. Det gir også større mulighet til å delta på lik linje med andre, samt til å komme seg ut og få positive opplevelser (Bergem, 2012). Brukere sier at aktivitetshjelpemidlene gir dem mulighet for deltakelse i vanlige, verdsatte aktiviteter og gir dem mulighet for en forbedret sosial funksjon og status blant andre (Heidi Pedersen, Sylvia Söderström, & Patrick Stefan Kermit, 2019b). Tilbakemeldinger fra brukere på BHSS sier at fritidsaktiviteter blir mer tilgjengelige for mange med et aktivitetshjelpemiddel. Det være seg å sykle til og fra skole, arbeid, butikk og så videre, eller å være sosial og aktiv sammen med venner. Man kan delta på skitrening, i alpinbakken eller på skøytebanen sammen med andre. I sin masteroppgave intervjuet Berit Gjessing (2014) barn med aktivitetshjelpemidler om hjelpemiddelet deres. De aller fleste barna var blitt komfortable med å bruke hjelpemiddelet og uttrykte glede over å få være i aktivitet med venner og familie. Det å være med i aktivitet og ikke «bare sitte å se på» ble trukket fram av flere som viktig. Barna konkluderte også med at det ikke hadde noe å si hvordan hjelpemiddelet så ut, så lenge det virket som det skulle.

Ergo- og/eller fysioterapeuter i førstelinjetjenesten har ansvar for å ha oversikt over aktuelle aktivitetshjelpemidler, søke om utstyr og sørge for tilpassing og opplæring (Helsedirektoratet, 2015). NAV Hjelpemiddelsentral skal være en kompetansetjeneste ved behov, og veilede terapeutene. Bergem har i sitt doktorgradsarbeid blant annet forsket på kompetansen om aktivitetshjelpemidler hos førstelinjetjenesten i Norge. Han har funnet at det er svært varierende hvor mye kompetanse fagpersoner i førstelinjetjenesten har om aktivitetshjelpemidler. Det kan skyldes at det i utdanningen av fysio- og ergoterapeuter i Norge ikke er satt av plass til dette fagfeltet i særlig grad i fagplanene (Bergem, 2018). Kunnskapen avhenger dermed av hva de lærer i praksis, noe som blir svært ulikt, da de ikke har lik praksis. I tillegg skaffer terapeutene seg kunnskap gjennom arbeidet sitt, og de brukerne de bistår i å søke på aktivitetshjelpemidler (ibid). Bergem trekker også fram mangelfullt samarbeid mellom ulike instanser innen fagfeltet

som kunne vært med på å gjøre hverandre gode, slik at brukerne fikk best mulig oppfølging i bruk av aktivitetshjelpemiddelet. Samarbeidet mellom kroppsøvingslærere, kommunale terapeuter og den frivillige idretten trekkes fram som et viktig aspekt som kunne bidratt til å øke barn og unge med funksjonsnedsettelse sin mulighet for aktivitet og deltakelse (ibid).

Det skal i en søknadsvurdering på et aktivitetshjelpemiddel settes mål for bruken av utstyret og tydeliggjøres hva som er brukerens behov og hvorfor det er relevant (Rikstrygdeverket, 1997). Fagpersonen og brukeren i fellesskap setter disse målene (brukermedvirkning) og gjør en kritisk vurdering av nytteverdien av utstyret. Det må også kartlegges hvordan det skal brukes, og om brukeren har behov for videre hjelp og bistand i bruken. Elementer som ledsager, frakt av utstyr, komme seg til og fra aktivitet, lagringsmuligheter og så videre er viktig å kartlegge for å kunne avgjøre hvor gjennomførbar aktiviteten er i det daglige. Pedersen m.fl. har i sin forskning funnet ut at den manglende kompetansen hos fagpersoner og måten tjenesten er organisert på, skaper barrierer for et positivt samarbeid i tjenesteleveringsprosessen, herunder brukermedvirkning (Pedersen, Kermit, & Söderström, 2020). I tillegg til manglende kompetanse og samarbeid i utprøvings- og tildelingsprosessen, nevnes også viktigheten i å prøve ut det aktuelle aktivitetshjelpemiddelet under varierte fysiske og sosiale forhold. Dette for å få testet interaksjonen mellom bruker, teknologi, omgivelser og evnen til tilpasse seg og teknologien til dette (ibid). Utprøving bør derfor gjøres så realistisk som mulig opp mot faktisk bruk i hjemmesituasjonen. På den måten kan bruker på en enklere måte se for seg både muligheter og begrensinger i bruken av hjelpemiddelet. Slik utprøving gjøres gjennom NAV-systemet i dag, tas dette ikke hensyn til. En stor andel av brukere jeg har snakket med om utprøving hjemme, sier at det var å sitte i eller på hjelpemiddelet på et betonggulv på lageret til lokal hjelpemiddelsentral. De siste fem årene har vi samlet på informasjon fra brukere som har måttet søke om bytte av aktivitetshjelpemiddel under opphold på BHSS. Mange av disse sakene bærer preg av mangelfull utprøving og manglende produktkompetanse hos lokalt hjelpeapparat (se vedlegg 1). Dette støtter også forskningen til Bergem opp under i sine konklusjoner (Bergem, 2020).

I en kvalitativ studie har Bergem gått inn på hva de ulike aktørene og tjenesteytternes erfaringer er og hvordan de opplever samhandlingen innenfor aktivitetshjelpemiddelområdet (ibid.). Han har intervjuet 20 ulike aktører i studien. Dette er representanter fra NAV Hjelpemiddelsentraler, skoler, barnehager, kommunale ergo- og fysioterapeuter, samt trenere og ledere i idrettslag og foreninger. Ergo- og fysioterapeutene forteller at de av og til trenger bistand, da de ikke føler seg kompetente til å utføre jobben tilstrekkelig. De samme terapeutene sier også at de ved tilpassinger av aktivitetshjelpemidler delvis får bistand fra leverandører eller fra NAV

Hjelpemiddelsentral. Flere av terapeutene tar også opp farlige episoder som følge av mangel på dialog ved utlevering av aktivitetshjelpemidler. Hjelpemiddelet har blitt levert ut uten å ha vært tilpasset brukeren, eller har vært farlig å bruke fordi det ikke har vært klargjort på en tilfredsstillende og forsvarlig måte (ibid.).

I mange kommuner er overlevering av hjelpemidler satt til vaktmestertjenesten. Kommunene har et hjelpemiddellager der hjelpemidlene ankommer fra NAV Hjelpemiddelsentral før de skysses ut til brukerne. Basert på tilbakemeldinger jeg har fått av brukere på BHSS, er det ofte at vaktmester bare kjører hjelpemiddelet ut og setter det igjen på trappa. Det er da som oftest pakket i papp eller plast og ikke klargjort for bruk. Det kan virke som om det videre systemet i kommunene deretter er mangelfullt. Brukere blir da, etter egne utsagn, ofte overlatt til seg selv når det gjelder montering og tilpassing. I Bergem sin studie uttrykker da også flere av terapeutene usikkerhet i hvor langt deres ansvar går når det gjelder aktivitetshjelpemidler og hva som ligger i deres oppfølgingsansvar. I samme studie sier representanter fra NAV Hjelpemiddelsentral at de erfarer at ikke alle kommunale terapeuter er like kjent med det oppfølgingsansvaret de har, og at de i det de setter navnet sitt på søknaden og søker på hjelpemiddelet har ansvaret for at det er godt egnet (ibid). Deltakere i studien som representerte barnehager og skoler reflekterer over at barna/de unge i større grad burde sikres lenger fysisk oppfølging med aktivitetshjelpemiddelet enn til bare selve overleveringen av det. Dette for å bedre kunne ivareta videre bruk (ibid).

Viktigheten av et godt fungerende aktivitetshjelpemiddel er vesentlig for å kunne ha et aktivt liv, både fysisk og sosialt. Det å ha et aktivitetshjelpemiddel man ikke kan bruke, som står ubrukt i en bod er lite hensiktsmessig for selvtillit og mestring, gir lite helseeffekt og er dårlig samfunnsøkonomi. Et godt fungerende aktivitetshjelpemiddel derimot, vil kunne føre til økt mestring og selvtillit, vil gi god helseeffekt og er god samfunnsøkonomi.

Larsson Ranada og Lidström har i en systematisk litteraturstudie forsøkt å finne ut i hvilken grad tjenesteprosessen rundt søknader på hjelpemidler sammenfaller med hvor fornøyde brukerne blir med hjelpemiddelet og bruken av dette i det daglige. Studien inkluderer 53 artikler som omhandler alle typer hjelpemidler, også aktivitetshjelpemidler. Studien viser at det er elementer i alle de ulike trinnene i tjenesteprosessen som kan føre til manglende bruk av hjelpemiddelet. Manglende informasjon, manglende støtte og oppfølging, for dårlig eller for lite spesifikk trening i bruk av hjelpemiddelet og urealistiske forventninger er alle aspekter som kan føre til lite eller ingen bruk. Blant studiene de har undersøkt er det kun noen få som er robuste nok til å kunne generalisere resultatene (Larsson Ranada & Lidström, 2019). Knyttet opp mot denne masteroppgaven og min forskning tyder Larsson Ranada og Lidströms studie på at en

brukersentrert tilnærming er en av de viktigste faktorene for å oppnå et godt resultat, men evidensen for dette er mangelfull, og mer forskning rundt dette behøves. En av studiene som trekkes frem i artikkelen, er Brandt m.fl. (2015) sin studie av voksne brukere og hvordan sikre best mulig resultat med bruk av hjelpemidler. Her påpekes viktigheten av brukermedvirkning og trening i bruk av hjelpemiddelet som positive faktorer for gode resultat. Bernd og hans kolleger (2009) trekker frem viktigheten av en evidensbasert praksis som har en strukturert, og systematisk modell med pålitelige instrumenter og en brukersentrert tilnærming. Det bør arbeides i tverrfaglige team med klart definerte roller der man sørger for å evaluere seg selv og dokumentere underveis for hele tiden å kunne opprettholde en god kvalitet. De konkluderer samtidig med at hjelpemiddelfeltet er et dårlig utviklet felt, noe som resulterer i mangel på evidensbaserte prosedyrer for utprøving og utvelgelse av hjelpemidler (ibid.).

En tverrfaglig modell som den Bernd etterlyser, er modellen vi jobber ut ifra på BHSS, der et team bestående av fysioterapeut, ergoterapeut, lege, idrettspedagog og hjelpemiddelansvarlig arbeider med brukeren basert på dennes ønsker og mål. I denne prosessen innlemmes også lokalt støtteapparat, gjerne en kommunal ergo- eller fysioterapeut, for å sikre best mulig oppfølging etter endt opphold og utprøving. Fram til nå har vi ikke hatt noe systematisk arbeid som ser på i hvor stor grad de aktivitetshjelpemidlene vi søker om fra BHSS blir brukt eller bidrar til økt aktivitet og deltakelse i lokalmiljøet etter opphold på BHSS. Hvis det viser seg at vår modell setter brukerne godt i stand til å være aktive med sitt aktivitetshjelpemiddel eventuelt ikke gjør det, kan det være interessant å undersøke aspekter ved vår modell for analysere videre hvilke faktorer som bidrar til et positivt eller negativt resultat. Dette oppsummerer Larsson Ranada og Lidstrøm (2019) også med: «Videre forskning behøves for å evaluere bruken av alle eksisterende instrumenter eller utvikle nye» «Ytterligere forskning er også nødvendig for å bekrefte om noen deler av tjenesteprosessen er viktigere enn andre.»

1.4 Hensikt og problemstillinger

Mitt mål med denne oppgaven er å få kunnskap om bruken av aktivitetshjelpemidler etter endt opphold på BHSS. I hvor stor grad brukes aktivitetshjelpemiddelet etter at det er utdelt fra NAV Hjelpemiddelsentral? Jeg ønsker også å se på om det er forskjell i bruk av aktivitetshjelpemidler for personer over eller under 26 år. Er det hyppigere bruk av hjelpemidlene hos de over 26 år som må betale en egenandel for å få hjelpemiddelet? Eller kan det være at de under 26 år benytter hjelpemiddelet oftere, spesielt barn, da det ofte er ledsagere som sørger for aktivitet? Brukes hjelpemiddelet alene, eller stort sett sammen med andre, og har det noe å si for

brukshyppigheten? Jeg ønsker også å se på om kjønn, type hjelpemiddel, behov for ledsager eller geografiske forhold kan ha noe å si for bruken. Samtidig ønsker jeg tilbakemelding på om brukerne synes opplæringen vi gjør på BHSS er god nok, og om de har fått nødvendig bistand lokalt etter tildeling av hjelpemiddelet. Er det andre faktorer som virker hemmende eller fremmende på bruk av aktivitetshjelpemiddelet?

For å utforske dette, ønsker jeg å spørre dem det gjelder. Svarene vil kunne gi kunnskap både om bruk og hvilke faktorer som skal til for å fremme bruk av aktivitetshjelpemidler, og hva som hemmer bruken. Denne kunnskapen kan videre anvendes til å øke fokus og endre rutiner der vi ser det trengs, enten hos oss på BHSS, gjennom opplæring, utprøving og utvelgelse, eller lokalt når det gjelder oppfølging, service og aktivitetstilbud. På sikt vil denne type kunnskap kunne bidra til modeller som har større treffsikkerhet både for det enkelte individ og samfunnsøkonomisk, noe rapporten «En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring» også etterspør (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017a).

1.4.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstilling:

Aktivitetshjelpemidler – i hvilken grad blir de brukt?

Forskningsspørsmål:

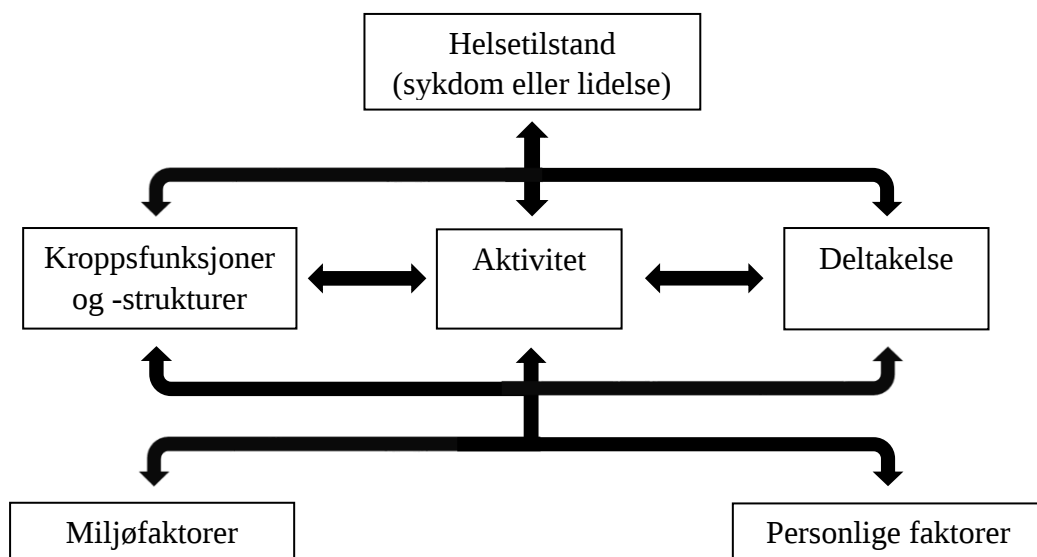
- *Hvor ofte benyttes aktivitetshjelpemidlene?*
 - *Er det forskjell på i hvilken grad aktivitetshjelpemidler blir brukt av personer over eller under 26 år?*
 - *Er det sammenheng mellom kjønn, type hjelpemiddel, behov for ledsager, opplæring som gis, samt geografiske forhold og grad av bruk av aktivitetshjelpemidler?*
 - *Benyttes aktivitetshjelpemidlene oftest alene eller sammen med andre?*
- *Hva rapporteres som hemmende og fremmende faktorer for bruk av aktivitetshjelpemidler?*

2.0 Teoretiske perspektiver

I denne oppgaven, der jeg ser på bruk av aktivitetshjelpemidler i et helse-, aktivitets- og deltakelsesperspektiv, vil jeg i dette kapittelet innledningsvis beskrive og utdype disse elementene nærmere, samt utviklingen av begrepet funksjonsnedsettelse og bruken av dette. Deretter vil jeg se dette i sammenheng med den Internasjonale klassifikasjonen av funksjon, funksjonshemming og helse (World Health Organization, 2001)

2.1 Helse, funksjonsnedsettelse og deltakelse i fysisk aktivitet

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte» (World Health Organization, 1946). For å sette helse og konsekvenser av en helsetilstand inn i et videre perspektiv har WHO utviklet International Classification of Functioning, Disability and health (ICF), en bio-psyko-sosial modell som danner grunnlag for å beskrive helse og helserelaterte tilstander. ICF omhandler både kroppsfunksjoner og strukturer, samt aktivitet og deltakelse i samspill med omgivelser og personlige faktorer (World Health Organization, 2001). Jeg benytter ICF som en teoretisk modell og som et begrepsapparat for å beskrive en flerdimensjonal forståelse av begrepene funksjon, aktivitet og deltakelse. Kode- og klassifiseringssystem er derfor ikke omtalt i denne oppgaven.



Figur 1: ICF som begrepsmodell (World Health Organization, 2001)

Som vi ser i Figur 1 tas det hensyn både til personlige og miljømessige faktorer, og de ulike elementene påvirker hverandre gjensidig. Under *kroppsfunksjoner* ligger organsystemets fysiologiske funksjoner, inkludert hjernen og dens funksjoner. Med *kroppsstrukturer* menes de

anatomiske delene av kroppen. *Aktiviteter* er personens utførelse av oppgaver og handlinger, mens *deltakelse* handler om å engasjere seg i en livssituasjon. *Miljøfaktorer* er summen av de fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelsene en person lever sitt liv i. *Personlige faktorer* er en persons spesielle bakgrunn for livsutfoldelse og eksistens, og omfatter også særtrekk ved personen, som kjønn og etnisitet (World Health Organization, 2001). I 2007 utga Verdens Helseorganisasjon en barne- og ungdomsversjon av ICF, ICF-CY, for at klassifikasjonen skulle dekke alle aldersgrupper (World Health Organization, 2007). Grunnlaget for denne var nødvendigheten av en versjon som dekket et behov knyttet til hurtig vekst og utvikling i de første leveårene.

ICF som begrepsmodell setter søkelyset på ulike aspekter ved menneskers funksjon, og samspillet mellom person og miljø. Alvorlighetsgraden av en funksjonsnedsettelse både kan og skal forstås i relasjon til hver enkelts helsetilstand, samt miljømessige og personlige faktorer, slik man ser i Figur 1. Historisk sett, ble begrepet «funksjonshemming» introdusert i et offentlig norsk dokument i 1967, i St.meld.nr. 88 1966-67. Det skulle erstatte «handikappet» som var for statisk og ble assosiert med det å ha en ekstra byrde. Litt lenger tilbake i tid var en fellesnevning på alle funksjonshemmede mindre vanlig. Ordbruken hadde enten en klarere tilknytning til det å ikke være arbeidsfør (invalid, ufør) eller var mer differensiert og betegnet en bestemt type funksjonshemming (krøpling, vanfør, blind, åndssvak) (Sosial- og helsedepartementet, 2001). Faglitteraturen opererer med flere definisjoner av funksjonshemming. Egentlig betyr ordet at et organ ikke er i stand til å utføre sin normale funksjon (Gjøsund & Huseby, 2000). Det er da nærliggende å tenke på en eller annen form for funksjonssvikt, som lammelse eller misdanning.

I regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede for 1998-2001 finner vi følgende definisjon:

«Funksjonshemming er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon til mennesker med redusert funksjonsevne og de krav miljøet og samfunnet stiller til funksjon på områder av vesentlig betydning for å etablere og opprettholde selvstendighet og en sosial tilværelse». (Sosial- og helsedepartementet, 2001)

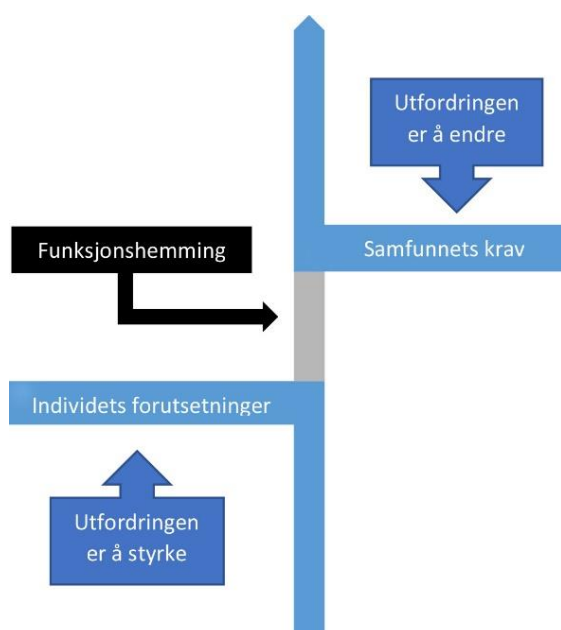
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon definerer i vedtektene sine funksjonshemming på tilnærmet lik måte (<http://www.ffe.no/Organisasjonen/Vedtekter>). Denne definisjonen retter søkelyset mot samspillet mellom de forutsetningene individet har og kravene fra omgivelsene. Som Grue skriver i sitt kapittel i «Rehabilitering» (Solvang & Slettebø, 2012):

«Å være funksjonshemmet i én sammenheng innebærer ikke at man er funksjonshemmet i alle sammenhenger»

Dette har man forsøkt å fange opp i ICF:

«Et menneskes funksjon og funksjonshemming oppfattes som en dynamisk vekselvirkning mellom helsetilstander og kontekstuelle faktorer» (World Health Organization, 2001).

Litteraturen beskriver to klare skiller i måten å forstå begrepet funksjonshemming. På den ene siden beskrives en individuell forståelse, som Grue omtaler som «en medisinsk tilnærming» (Grue i Solvang & Slettebø, 2012). På den andre siden beskrives en samfunnsmessig forståelse, eller «en sosial tilnærming». Den medisinske tilnærmingen vil fokusere eksklusivt på kroppslige skader og avvik, og følgelig minimere funksjonshemming gjennom rent kroppslige inngrep og tiltak (ibid). Hovedfokuset blir å gjøre noe med eller for individet, for eksempel ved hjelp av kirurgiske tiltak og langvarig gjenopptrening, mens forhold i livsmiljøet får en mindre betydning. I den sosiale tilnærmingen ses funksjonshemmingen som en egenskap ved samfunnsskapt situasjoner (ibid). Funksjonshemmingen blir da en ekstra belastning personer blir påført av samfunnet. I forlengelsen av disse to kan man legge til en tredje forståelse, nemlig den relasjonelle, som senere har blitt sammenfattet i gapmodellen (Feiring i Solvang & Slettebø, 2012). Den relasjonelle forståelsen innebærer at en ser individet i forhold til normer, krav og betingelser i situasjoner eller i livsmiljøet (Befring & Tangen, 2012). Gapmodellen (Figur 2), tar utgangspunkt i relasjonen mellom individet og omgivelsene. Funksjonshemming blir her identifisert som et gap mellom forutsetningene individet har og funksjonskravene fra samfunnet (Lid i Solvang & Slettebø, 2012). I denne modellen, blir hensikten å styrke individet og endre samfunnet, slik at disse kan møtes på en slags halvvei. Her er den medisinske forståelsen et felt inn mot det å styrke individet, mens den sosiale brukes til å endre samfunnets krav. Med andre ord er da ikke funksjonshemming en individuell egenskap, men et forhold eller en situasjon som kan oppstå i individets møte med samfunnet. Et regjeringsnedsatt utvalg avgjorde derfor i 2005 at begrepene funksjonsnedsettelse eller nedsatt funksjonsevne skulle benyttes som en betegnelse på visse individuelle biologiske eller medisinske forhold (Justis- og beredskapsdepartementet, 2005). Jeg har derfor valgt å bruke ordet *funksjonsnedsettelse*, da dette viser mer til en eller flere kroppsfunksjoner som er nedsatt, enn ord som funksjonshemmet og handikappet. Ordene *funksjonshemmet* og *handikappet* vil finnes i teksten der det er hentet sitater, informasjon og meninger fra annen tekst.



Figur 2: GAP-modellen (Grue i Solvang & Slettebø, 2012)

I «Aktivitetshåndboken» (Helsedirektoratet, 2008) skriver Roald Bahr i forordet:

«Mennesket er skapt for bevegelse. Et stillesittende liv fører derfor til økt sykdomsrisiko. Regelmessig fysisk aktivitet og trening kan forebygge sykdom. Og til og med kurere en rekke sykdommer. Så enkelt er det egentlig. Men likevel så vanskelig.»

Anbefalingene fra Helsedirektoratet når det gjelder fysisk aktivitet er at barn og unge bør være i fysisk aktivitet minimum 60 minutter hver dag (Helsedirektoratet, 2019). Voksne og eldre bør være fysisk aktive i minimum 150 minutter med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet per uke (ibid.). Fysisk aktivitet utover dette vil gi ytterligere helsegevinster.

Helsedirektoratet definerer fysisk aktivitet som «all slags kroppsbevegelse utført av skjelettmuskulatur som øker energiforbruket» (Berg og Mjaavatn i Helsedirektoratet, 2008). Med andre ord så kreves det viljestyrte muskulære bevegelser for å benytte et aktivitetshjelpemiddel til fysisk aktivitet. Dette gjenspeiles nødvendigvis ikke i NAV sine rammeavtaler for aktivitetshjelpemidler, der gåtreningshjelpemidler også ble inkludert 1. januar 2015, selv om det i posten (post 2) står at det er en elektrisk motor som gir passiv bevegelsestrening (NAV Hjelpemidler og tilrettelegging, 2017). Dette er også et av punktene Oslo Economics (2020) trekker frem i sin evalueringsrapport av 26-årsregelen med tanke på bedre utnyttelse av den årlige fastsatte potten med penger. Et av forslagene i rapporten er at denne type aktivitetshjelpemidler, som per definisjon ikke er aktivitetshjelpemidler, bør ha sin plass i et annet budsjett. Både for å frigjøre midler og for å sørge for at de svakeste brukerne, som ikke kan benytte ordinære aktivitetshjelpemidler får de hjelpemidlene de behøver uavhengig av om

det er penger igjen i en fastsatt pott (ibid.). Nyere forskning, gjort i Norge, viser imidlertid klare indikasjoner på at denne typen passiv bevegelsestrening gir gode fysiske effekter når det gjelder bevegelse, blodsirkulasjon, muskeltonus og velvære. Noe som igjen kan gi bedre livskvalitet, samt på sikt kunne redusere behov for medisiner (Moen et al., 2019).

Aktivitetshjelpemidler er et av flere tiltak som kan benyttes for å tilrettelegge for fysisk aktivitet. Tilpasset Fysisk Aktivitet (TFA) er et eget akademisk begrep som omhandler det å akseptere individuelle forskjeller, tilrettelegge for disse og øke muligheten til en aktiv livsstil, samt fremme innovasjon, samarbeid og empowerment (European Federation of Adapted Physical Activity (EUFAPA), 2010). Tilrettelegging kan være å tilpasse aktiviteten slik at alle kan delta, men det kan også være å tilpasse brukerens omgivelser eller miljøfaktorer, for eksempel gjennom et aktivitetshjelpemiddel. Det ideelle vil være å gjøre begge deler. Hvis en gutt på 11 år møter på langrennstrening, sammen med jevnaldrende, i sin langrennspiggekjelke, så er utstyret tilpasset aktiviteten langrenn. Dette hjelper imidlertid lite hvis aktiviteten foregår i løyper som er for bratte og vanskelige til at han klarer å mestre kjelken sin i aktiviteten. Det er derfor viktig å se på TFA som en helhet jamfør GAP-modellen (Figur 2). Vi må styrke individet, men vi må samtidig huske å endre kravene. Likevel har ikke aktivitetshjelpemidler fått plass i EUFAPA sin europeiske standardisering innen TFA (ibid.). Som nevnt ovenfor kategoriserer ICF aktivitetshjelpemidler som miljøfaktorer (World Health Organization, 2001). Miljøfaktorene utgjør til sammen de fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelsene en person utfolder sitt liv i (ibid.).

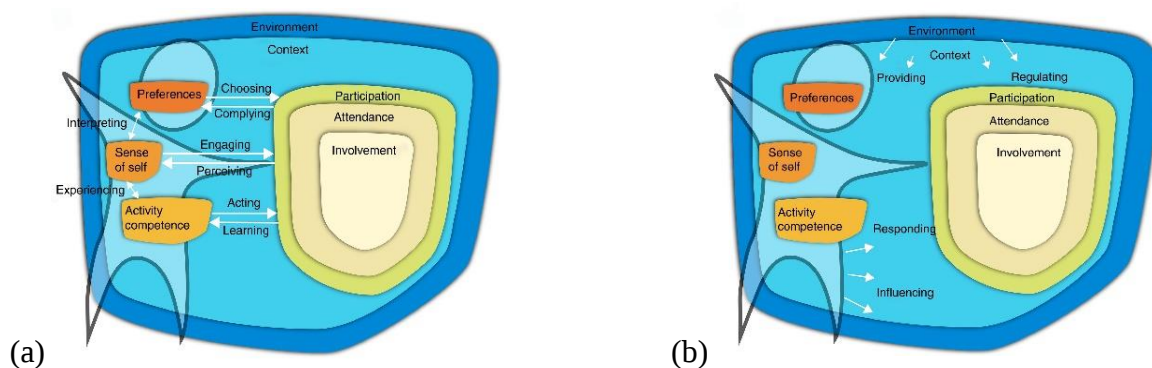
Aktivitetshjelpemidler kan være en viktig omgivelsesfaktor som kan være bidragsyter for å øke både aktivitet og deltakelse hos personer med nedsatt funksjonsevne og slik kunne gi bedre skåre på for eksempel «Utførelses- og kapasitetsmodifikatorene» i ICF (ibid.). Norsk forskning har vist at mangel på tilrettelegging og egnet utstyr er en medvirkende faktor til at mange mennesker med fysiske funksjonsnedsettelse er mindre fysisk aktive (Saebu & Sørensen, 2011). Den viser samtidig at de ønsker å være mer fysisk aktive, samt at barn med fysiske funksjonsnedsettelse ønsker å gjøre aktiviteter sammen med venner, på andre sosiale arenaer, istedenfor bare med familie, som de ofte gjør (Nyquist, 2012). Levekårsundersøkelsen «På like vilkår?» (Ramm, 2010) viser at 33 % av unge funksjonshemmede har dårlig helse, mens det tilsvarende tallet for unge uten funksjonsnedsettelse er 5 %. Samme undersøkelse viser at 36% av unge funksjonshemmede ikke har jevnlig sosial omgang med venner.

2.2 Deltakelse

Formålet med habilitering og rehabilitering er å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og *deltakelse* i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Helsedirektoratet, 2018). På BHSS, hvor jeg jobber, er mottoet «Aktivitet og deltagelse gjennom livet».

Definisjonen av deltagelse varierer ut i fra hvilket perspektiv den ses fra, der den først får mening i en konkret kontekst (A.-M. Kissow & Klasson, 2018).

Deltakelse beskriver i utgangspunktet et forhold mellom individ og samfunn. Med det menes hvordan en person fungerer sett i sammenheng med en samfunnsmessig kontekst. Gjennom skiftende deltagelse i ulike sammenhenger kan man lære kroppslige og sosiale ferdigheter. Man lærer å gjøre ting på ulike måter i ulike kontekster, og gradvis endres måten man forstår seg selv på, samtidig som det også endrer hvordan man forstås av andre (Kissow i Bergkvist et al., 2020a). ICF-modellen tydeliggjør at det ikke er en årsak-virkning-sammenheng mellom det å delta og kroppens funksjon (ibid.). Modellen gir, i praksis, mulighet for å ta hensyn til andre aspekter i livet, også omgivelsene man er en del av. Funksjonsevne knyttes derfor ikke bare til en person, men ses på som noe som skapes i sosiale kontekster. Deltakelse handler i bunn og grunn om å bli en kvalifisert deltaker i de til enhver tid gjeldende kontekstene og fellesskapene livet byr på. Ved å bruke ICF som en begrepsramme tydeliggjøres det at det ikke nødvendigvis er isolert trening av funksjoner som gjør en person i stand til å gjennomføre aktiviteter eller delta i deltakelsesrelasjoner. Det er heller ikke nødvendigvis store kroppslige funksjonsnedsettelse som fører til de største begrensningene i henhold til aktivitet og deltagelse (ibid.). WHO (2001) har uttalt at det er vanskelig å skille mellom aktivitet og deltagelse på grunnlag av kategoriene i delklassifikasjonen «Aktiviteter og deltagelse». De mener også at det vanskelig lar seg gjøre å skille mellom individperspektiv og samfunnsperspektiv på grunnlag av kategoriene med bakgrunn i forskjeller internasjonalt og variasjon i fagmiljøer og deres tilnærming til spørsmålene og det teoretiske rammeverket. ICF opererer derfor med en enkel liste av kategorier og lar det være opp til den enkelte å skille mellom aktivitet og deltagelse slik det passer for dem (ibid.). Christine Imms (2017) har utarbeidet en modell, The family of participation related constructs (fPRC; Figur 3) som baserer seg på ICF, men vektlegger en mer detaljert forståelse av selve deltagelsen.



Figur 3: The family of participation related constructs: (a) person-focused processes (personfokuserte prosesser), (b) environment-focused processes (miljø-/omgivelsesfokuserte prosesser) (Imms et al., 2017) Gjengitt med godkjenning fra Christine Imms og medforfattere og Mac Keith Press

Imms (Imms & Green, 2020) beskriver deltakelse med to konseptuelle elementer. 1 – *Tilstedeværelse*, som måles med hyppighet i å delta eller mangfold og antall aktiviteter man deltar i, hvor og sammen med hvem. 2 – *Involving*, definert som opplevelsen av å delta. Dette kan inneholde elementer av engasjement, stå-på-vilje, sosial kontakt eller nivå av påvirkning. Involving er et mer komplekst fenomen enn tilstedeværelse, da det kompliseres gjennom at involving er personlige erfaringer som kanskje ikke kan observeres, eller som kan feiltolkes når de observeres. Denne inndelingen av deltakelse er viktig for å utdype forståelsen av ulike personers erfaringer og for å kunne evaluere effekten av intervensjoner som gjøres (ibid.).

ICF-CY har et ekstra stort fokus på deltakelse, da det regnes som spesielt viktig i starten av livet (WHO, 2013). Faktisk rangeres aktivitet og deltakelse til å være like viktig som kroppsfunksjoner og -strukturer. Fra barn til ungdom utvides nettverket fra å ha kontakt med få omsorgspersoner til samhandling med flere, både slektninger, venner, lærere og andre betydningsfulle personer. Tidlig innsats for å fremme deltakelse tidlig i livet hos barn med funksjonsnedsettelse blir viktig, for å kunne utvikles så likt med jevnaldrende uten funksjonsnedsettelse som mulig. Coster & Khetani (2008) som har forsket på deltakelse hos barn med funksjonsnedsettelser, går så langt som å si at deltakelse kan sies å representere det mest komplekse i menneskets fungering. For å kunne delta er man avhengig av en lyst eller vilje til å delta, at de rette hjelpemidlene er tilgjengelige og at andre hjelper til og tilrettelegger når det trengs. Dette vil redusere gapet mellom samfunnets krav og individets forutsetninger.

I boka «Funksjonshemmet ungdom og livskvalitet» (1999) skriver Lars Grue at det er samvær og ikke aktivitet som er viktig. Dette gjelder både ungdom med og uten funksjonsnedsettelser. Dette samværet refereres til som deltakelse. Han refererer også til forskning gjort på amerikansk

ungdom som viser at ungdom med funksjonsnedsettelse har en noe lavere samværsfrekvens med både ungdom og voksne enn sine jevnaldrende uten funksjonsnedsettelse. Størst er differansen hos de med en fysisk funksjonsnedsettelse som er avhengige av et hjelpemiddel. Lavest er differansen blant de med en hørselshemming. Vi ser her at det er et gap, ikke bare mellom de med og uten funksjonsnedsettelse, men også blant personer med ulike funksjonsnedsettelse. Dette underbygger viktigheten av å ha et godt tilpasset og fungerende aktivitetshjelpemiddel i aktivitet. Nyere norsk forskning viser også de samme tegnene. Både levekårsundersøkelsen «Slik har vi det» (Statistisk sentralbyrå, 2017) og Nyquist (2012) viser at personer med funksjonsnedsettelse er mindre aktive og deltar mindre enn personer uten funksjonsnedsettelse. For unge og unge voksne er deltakelsen enda mer begrenset enn hos barn når man sammenligner personer med og uten funksjonsnedsettelse (Kissow i Bergkvist et al., 2020b)

I artikkelen «Fitness, Fun and Friends through Participation in Preferred Physical Activities: Achievable for Children with Disabilities?» viser Nyquist et al. (2016) til viktigheten av at barn og ungdom som lærer å mestre aktiviteter sammen med jevnaldrende i lignende situasjon, i en rehabiliteringssetting, opplever glede og vennskap. Studien som artikkelen bygger på avdekket et relativt høyt nivå av deltakelse i fysisk aktivitet og barna viste en stor glede fra å delta. Artikkelen tar samtidig opp at barna likevel ville være mer aktive enn det de allerede var. Når de også opplever frihet til å velge, får økte ferdigheter og følelse av tilhørighet, tar de med seg dette hjem og fortsetter å delta i aktiviteter i sitt eget lokalmiljø (Baksjøberget et al., 2017). I Baksjøberget sin studie, finner man også en indikasjon på at et rehabiliteringsopphold med fokus på at barna i stor grad får velge aktiviteter selv og trene på spesifikke ferdigheter, samtidig som man tilbyr undervisning og veiledning til foreldre, ledsagere og lokale fagpersoner tilknyttet barnet, bidrar til varig deltakelse i fysisk aktivitet et år etter oppholdet på BHSS (ibid.).

Som vi ser henger aktivitet og deltakelse tett sammen og er vanskelig å skille. Coster og Khetani (2008) går langt i å mene at ICF sin definisjon av deltakelse er for uklar og at det er vanskelig å skille mellom den individuelle aktiviteten og den samfunnsmessige deltakelsen, og at ICF er åpen for ulike tolkninger. Uavhengig av tolkninger, så må målet være at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne delta på lik linje med personer uten funksjonsnedsettelse, uavhengig av alder. Et av tiltakene for å nå dette målet er aktivitetshjelpemidler, som også Coster og Khetani (ibid.) påpeker er en vesentlig faktor for å kunne delta på mange områder.

I forbindelse med aktivitetshjelpemidler er det mest naturlig å se deltakelse opp mot aktivitet. Hva er så deltakelse i aktivitet? Gjør man da aktivitet sammen med andre eller holder det å gjøre aktivitet samtidig med andre? Hvis jeg drar alene i slalåmbakken for å stå på ski, deltar jeg da i

aktivitet eller må jeg ha med meg en venn for å si at det er deltakelse? Hvem er det som skal avgjøre hva deltakelse er for den enkelte? Slik jeg ser det og basert på min erfaring i samtale med brukere på BHSS gjennom min jobb, så er det viktigste for den enkelte å være fysisk i stand til å utføre aktiviteten slik at de kan velge å være fysisk aktive sammen med andre hvis de vil. Imms med flere (2017) utfordrer oppfatningen om at deltakelse handler om kroppsfunksjon og aktivitetsnivå. Engasjement i en aktivitet kan også ses på som deltakelse. Grader av engasjement kan observeres og derfor potensielt kunne graderes. Deltakelse er både situasjonsbestemt og individavhengig og kan følgelig også utføres alene.

Knyttet til denne oppgaven spiller aktivitetshjelpemiddelet en viktig rolle. Hjelpemiddelet fører til at brukeren får økt sin kapasitet til å være fysisk aktiv. I ICF kalles dette en kapasitetsmodifikator (World Health Organization, 2001). Kapasitetsmodifikatoren beskriver en persons evne til å utføre en oppgave eller en handling innenfor en gitt kategori på et gitt tidspunkt og måles i et ensartet eller standardisert miljø, men ICF sier også at denne modifikatoren bare kan brukes om aktivitet, da det er vanskelig å forestille seg et standardisert miljø for deltakelse (ibid.). For å forsøke å måle deltakelse opererer derfor ICF også med en utførelsesmodifikator. Denne beskriver hva en person gjør i sitt nåværende miljø, som omfatter en samfunnsmessig sammenheng og kan forstås som «engasjement i en livssituasjon» eller «levd erfaring». Her inkluderes også miljøfaktorer, som hjelpemiddel er en del av (ibid.). Så for å kunne være en deltaker i en aktivitet, må man ha kapasitet til fysisk å kunne utføre aktiviteten og et miljø man kan utføre aktiviteten i. ICF opererer med en skala fra 0-4 for å bedømme aktivitet innenfor kapasitets- og utførelsesmodifikatorene, der 0 er INGEN vanskelighet og 4 er TOTAL vanskelighet. Under en utprøving av aktivitetshjelpemidler er dette en skala vi bruker både med og uten hjelpemiddelet. En bruker med ryggmargsskade kan skåre 3 eller 4 i alpinaktivitet uten hjelpemiddel, men fint kunne skåre 0 etter utprøving og opplæring. Dette er noe ICF også poengterer gjennom å anbefale at man bør beskrive utførelse og kapasitet både med og uten hjelpemidler (ibid.). Hjelpemidlene fjerner ikke funksjonsavvik, men de kan fjerne aktivitetsbegrensningene på bestemte områder, slik at man kan delta i aktivitet. Slik som en gutt sa etter å ha fått et hjelpemiddel (sykkel):

«Jeg liker å sykle for da er jeg sammen med kameratene mine, ...og jeg liker å være sammen med dem» (Gjessing, 2014)

3.0 Materiale og metode

Valg av metode er avhengig av tema, problemstilling og forskningsspørsmål man ønsker å belyse i studien. Bakgrunnen for denne studien har vært å undersøke i hvilken grad aktivitetshjelpemidler blir benyttet, og å se om det finnes noen sammenhenger som tilsier hyppig eller sjelden bruk. I dette kapittelet beskrives studiens design, samt populasjon og utvalg. Spørreskjemaet som ligger til grunn for datamaterialet presenteres også gjennom betraktninger knyttet til spørsmålene. I tillegg reflekteres det rundt metode og forskningsetiske problemstillinger.

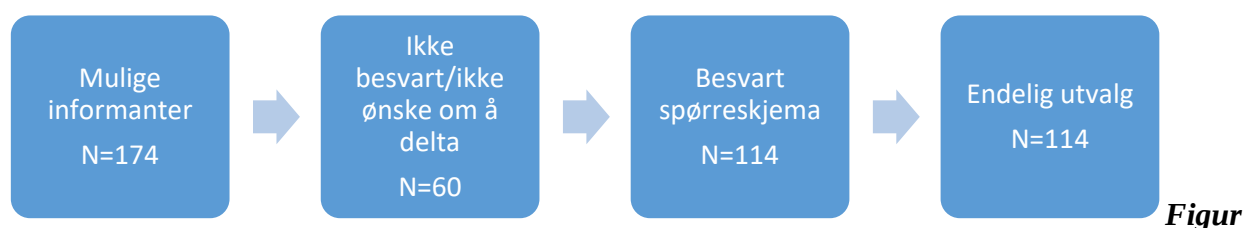
3.1 Design

I studier der ønsket er å behandle data som er kategorisert for å finne sammenhenger, kreves det en kvantitativ tilnærming (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2016). Sammenhengen mellom de uavhengige variablene (kjønn, alder, type hjelpemiddel, ledsagerbehov og helseregion) og den avhengige variabelen (bruk av hjelpemiddelet) undersøkes her gjennom statistisk behandling av kvantitative størrelser fra spørreskjemaet. Denne studien er derfor gjennomført som en kvantitativ studie med tverrsnittdesign, som muliggjør analyser ved hjelp av statistiske metoder. Survey (spørreskjema) er valgt som datainnsamlingsmetode. Valget av design baserer seg på et ønske om informasjon fra et relativt stort antall personer. Survey betyr overblikk. Hensikten med en survey er å få et overblikk over sosiale forhold i en befolkningsgruppe (Dalland, 2007). Spørsmålene i en survey skal stilles på en slik måte at respondentene kan gi mest mulig sann informasjon (ibid). Det er derfor viktig å lage de «riktige» spørsmålene, slik at man kan få svar på det man lurer på. Når respondenten skal inn for å besvare spørreskjemaet, er det ingen der som kan forklare eller sikre at spørsmålene er forstått. Det er derfor viktig at alt som skal sies befinner seg i spørreskjemaet og informasjonsskrivet (ibid). Spørreskjemaet er utarbeidet av meg, med bistand fra en referansegruppe, bestående av andre fagpersoner, personer uten fagkompetanse på området, samt brukere. Disse har fått både spørreskjema og informasjonsskriv tilsendt for å se på, prøve ut og kommentere det. På denne måten har jeg forsikret meg om at både informasjonsskrivet og spørreskjemaet er lettfattelig og strukturert nok til at jeg får de svarene jeg er ute etter. Spørreskjemaet besto i hovedsak av lukkede spørsmål der informanten måtte krysse av for det svaralternativet som passet best. Ved å benytte lukkede spørsmål unngår man i stor grad tolkning av spørsmålene og at informanten er nødt til å formulere svarene. Slik sikrer jeg meg i mest mulig grad at jeg får svarene jeg er ute etter. I utformingen av spørsmålene har jeg sett på eksempler fra andre spørreskjema, samt benyttet meg av Dalland sin bok

«Metode og oppgaveskriving for studenter» (2007). En tverrsnittstudie innhenter informasjon på en planlagt måte i en definert populasjon (Bjørndal & Hofoss, 2004). Denne tverrsnittsundersøkelsen gir et bilde over hvordan bruken av aktivitetshjelpemidler har vært hos informantene etter at de fikk bistand i søknadsprosessen. En kvantitativ tilnærming kan ha sine begrensninger når det kommer til å avdekke årsakssammenhenger mellom fenomener (Johannessen et al., 2016). Et fenomen kan påvirkes av ett eller flere andre fenomener. Vi kan se på sammenheng og avdekke om det foreligger en sammenheng, men årsakene til sammenhengene kan vi vanskelig si noe om (ibid.). I tillegg til de kategoriske variablene i spørreskjemaet, er det også et fritekstfelt der informantene kunne skrive kommentarer. I disse kommentarene kan det være mulig å se nærmere på aktuelle rapporterte årsakssammenhenger. Utvalgte kommentarer som jeg anser som viktige sett i lys av problemstilling og forskningsspørsmål vil jeg hente fram og diskutere i diskusjonskapittelet.

3.2 Populasjon og utvalg

Populasjonen for denne studien har vært innlagte brukere ved BHSS. Inklusjonskriteriene var at man som bruker i 2017 eller 2018 fikk bistand fra oss i å søke på og prøve ut ett eller flere aktivitetshjelpemidler, samt at man hadde en registrert e-postadresse i BHSS sitt journalsystem. Disse kriteriene var det 174 brukere som oppfylte. Av disse 174 var det 114 (66%) som besvarte spørreskjemaet og ønsket å være med i studien. Disse 114 personene søkte om til sammen 124 aktivitetshjelpemidler. Eksklusjonskriterium var hvis spørreskjemaet var feil utfyllt, men ingen falt inn under denne kategorien.



4: Flytskjema over informanter inkludert i studien

3.3 Datainnsamling

For å komme frem til den endelige populasjonen for studien måtte informasjon om hvem som har fått bistand i å søke på aktivitetshjelpemidler i den aktuelle perioden fremhentes. I pasientjournalsystemet på BHSS skannes alle søknader inn i den enkeltes journal. Det forekommer også en egen liste over søknadene med referansenummer knyttet til den enkeltes

journal. Slik ble navn og e-postadresser funnet frem, og en e-post med hvem som sendte invitasjonen til å delta i studien og hvorfor de var valgt ut ble sendt til hver enkelt. I e-posten fikk de også tildelt et referansenummer de skulle benytte i besvarelsen av spørreskjemaet, samt typebetegnelsen for hvilket/hvilke aktivitetshjelpemidler de hadde fått bistand til å søke på. Referansenummeret var knyttet til et navn på en kryptert harddisk og ble kun benyttet for å se hvem som hadde besvart. Slik kunne det sendes ut påminnelse til de rette utvalgte, etter en stund. Typebetegnelsen var viktig for å få kategorisert de ulike aktivitetshjelpemidlene i besvarelsen med tanke på analyser senere. Vedlagt i e-posten (Vedlegg 2) var et eget informasjonsskriv (Vedlegg 3) med link til et elektronisk spørreskjema (Vedlegg 4). Der ble det også informert om undersøkelsen, personlige rettigheter og konfidensialitet. Ved å besvare spørreskjemaet, ga de samtidig samtykke til deltakelse i studien. Det var foreldre/foresatte som ble kontaktet for alle under 18 år. I informasjonsskrivet ble det presisert at det var brukerens opplevelse av aktivitetshjelpemiddelet som var viktig for undersøkelsen. Derfor var også barn og unges stemme viktig. Fire uker etter første e-mail ble det sendt ut en purring, også på e-mail (Vedlegg 5). Her ble viktigheten av å få inn så mange svar som mulig presisert, samt betydningen av å få et så bredt utvalg som mulig i henhold til bruk, eller ikke bruk av aktivitetshjelpemidlene. Det elektroniske spørreskjemaet var laget på Google Forms, et gratis administrasjonsprogram for spørreundersøkelser. Svarene fra undersøkelsen ble samlet i en personlig passordbeskyttet mappe, automatisk overførbare til Microsoft Excel. Dette gjorde besvarelsene oversiktlige og konverterbare til dataprogrammet SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Alle de innsamlede dataene ble deretter transformert til tallkoder slik at de kunne deles inn i grupper og analyseres statistisk i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål.

3.4 Reliabilitet og validitet

Innenfor all forskning finnes det anerkjente vitenskapelige metoderegler og kunnskapskrav. For at vår kunnskap skal bli troverdig må kravene til validitet og reliabilitet oppfylles. Validitet betyr gyldighet eller relevans. Det som måles må være gyldig for det problemet som undersøkes (intern validitet) og det må ha relevans (ekstern validitet) (Dalland, 2007). Vi må med andre ord stille oss selv spørsmål om vi virkelig kommer til å få et måleresultat for det fenomenet eller den variabelen vi ønsker å måle (Befring, 2002).

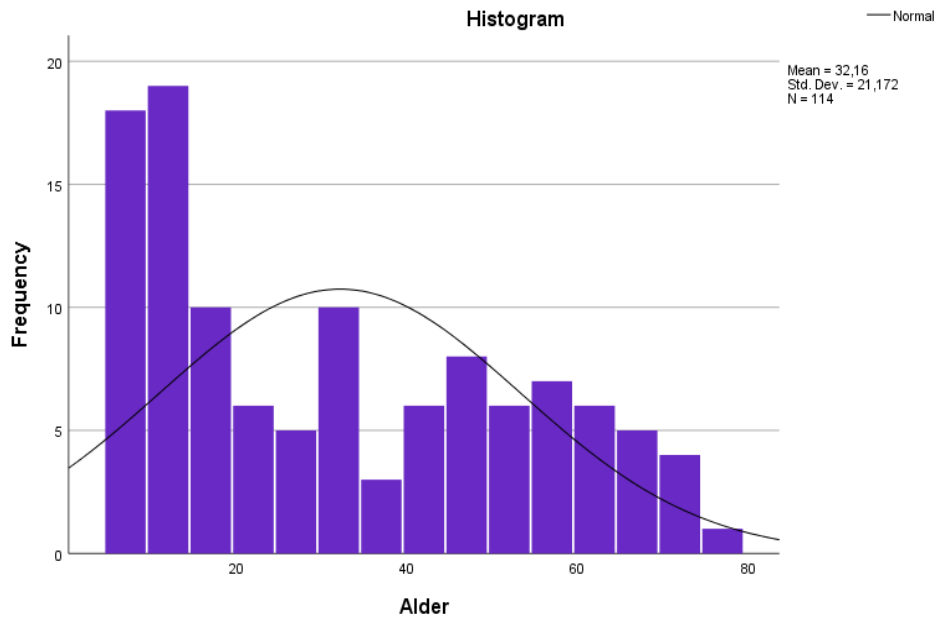
Reliabilitet betyr pålitelighet. Det handler om at målingene utføres korrekt og at eventuelle feilmarginer angis (Dalland, 2007). Reliabiliteten er avhengig av at feilfaktorer og subjektivt skjønn ikke, eller i minst mulig grad, skal kunne påvirke dataene. Det er av den grunn ønskelig

med mest mulig struktur i registreringen og innsamlingen av disse. Forhåndsbestemte, fastlagte svarkategorier (lukkede svar) er eksempler på dette (Befring, 2002). Det kan i den kvantitative forskningen også være ønske om å få innhentet noe mer nyanserte data, som samtidig er reliable. Da kan en kombinasjon av standardiserte svarkategorier og frisvarmuligheter være aktuelt. Dette kalles en flermetodisk tilnærming og gir vanligvis det beste grunnlaget i forskningsprosessen avhengig av forskningsspørsmålet (ibid.).

3.5 Datamateriale

Denne studien baserer seg på innhentede data fra et egenprodusert spørreskjema. Spørreskjemaet ble laget for å kunne innhente en så bred karakteristikk av informantene som mulig. Samtidig var det viktig å kun ha spørsmål som hadde relevans for studien og dens problemstilling og forskningsspørsmål. I spørreskjemaet ble informantene bedt om å fylle ut visse bakgrunnsvariabler som alder, kjønn, bostedsfylke og type aktivitetshjelpemiddel de hadde fått bistand i å søke på. Med bakgrunn i demografiske karakteristika hentes det ut deskriptiv statistikk som på en oversiktlig måte viser utvalget i en tabell (tabell 1). I tillegg ble informantene bedt om å beskrive hvor ofte de benyttet hjelpemiddelet, samt si seg enige eller uenige i ulike påstander som omhandlet aktuelle hemmende og fremmende faktorer for bruk av aktivitetshjelpemiddelet. Dette ble valgt ut i fra relevans og mulighet for å kunne forklare bruk, og grad av bruk, av aktivitetshjelpemidler, eventuelt hvorfor hjelpemidlene ikke blir brukt. Dette blir nærmere omtalt i diskusjonen (kapittel 5.0). For å enklere kunne se sammenhenger mellom de ulike variablene har disse blitt kategorisert og omkodet. Eksempelvis så har 18 fylker blitt omdefinert til de fire helseregionene i Norge og 30 typer aktivitetshjelpemidler til 16 kategoriserte aktivitetshjelpemidler i den deskriptive oversikten (Tabell 1) og videre til seks kategorier i analysen som ser på hyppighet i bruk relatert til type aktivitetshjelpemiddel. Hyppighet i bruk har blitt dikotomisert fra 1 = Daglig, 2 = Flere ganger i uka, 3 = Ukentlig, 4 = Månedlig og 5 = Sjeldnere, til 1 = Hyppig bruk og 2 = Sjelden bruk. En slik kategorisering og omgjøring (dikotomisering) er også gjort med de andre kategorisk nominale variablene i spørreskjemaet for å kunne sette dataene opp mot hverandre i krystabeller.

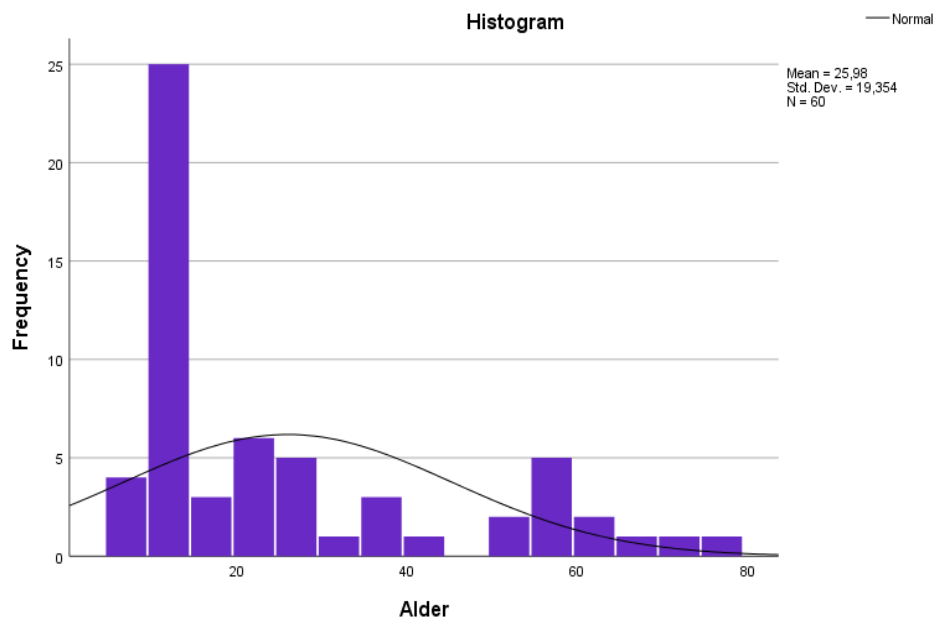
Det var 53 personer som besvarte skjemaet etter første forespørsel. Etter en purring svarte ytterligere 61, slik at det totale antallet ble 114 personer. I den endelige populasjonen var det 60 kvinner (52,6%) og 54 menn (47,4%), en relativt jevn kjønnsfordeling. Den yngste informanten var 7 år, mens den eldste var 79 år. Det er en overvekt med unge informanter, noe som gir utslag på frekvens- og normalfordeling for alder på utvalget (Figur 5.1).



Figur 5.1: Frekvensfordeling og normalfordeling for alder på utvalget (n=114)

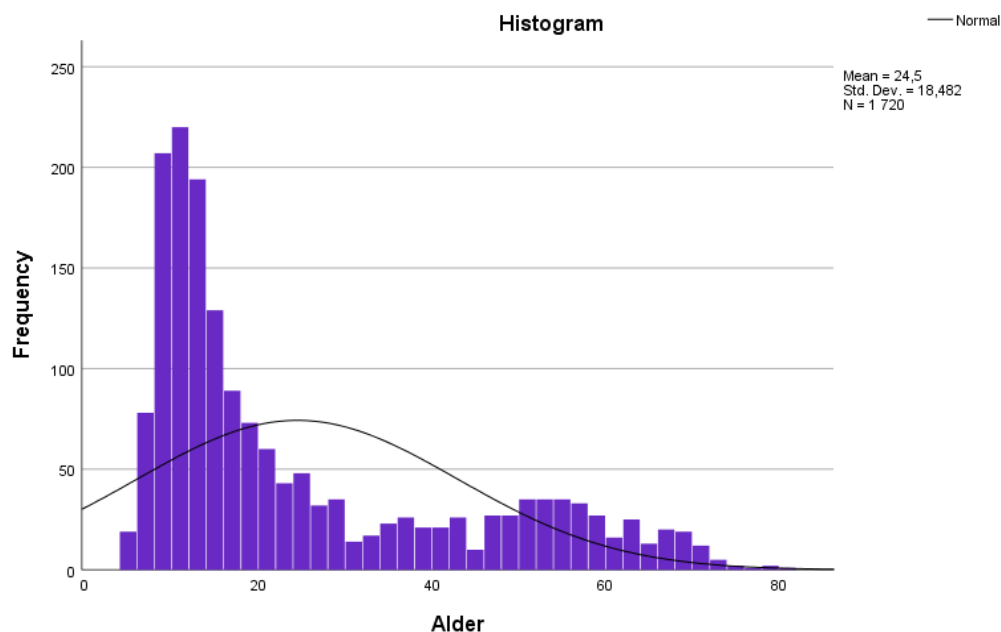
Som vi ser av figur 5.1, er utvalget ikke normalfordelt i henhold til alder. Det er derfor naturlig å presentere *median* i Tabell 1 og ikke *snittalder* (mean).

Jeg har i tillegg gjennomført en frafallsanalyse og tatt med de 60 som ikke besvarte min henvendelse i Tabell 1, for å undersøke om det er noen store ulikheter mellom de som svarte og de som ikke svarte. Slike ulikheter kan kanskje forklare noen av grunnene til at man velger å ikke delta i studien. Dataene fra de 60 som ikke besvarte er hentet fra journalsystemet på BHSS, samme sted som kontaktinformasjon ble hentet for alle som mottok spørreskjemaet. Også her ser vi en overvekt av unge personer, noe som også her fører til en ikke normalfordelt populasjon (Figur 5.2).



Figur 5.2: Frekvensfordeling og normalfordeling av alder for de som ikke svarte (n=60)

For å finne ut om mitt utvalg gjenspeiler populasjonen blant alle innlagte pasienter på BHSS i 2017 og 2018, har jeg fått hentet ut statistikk fra pasientjournalssystemet på dette (Tabell 2).



Figur 5.3: Frekvensfordeling og normalfordeling av alder for alle innlagte pasienter på BHSS i 2017 og 2018 (N=1705)

Figur 5.3 viser at gruppen ikke er aldersmessig normalfordelt, slik heller ikke de andre gruppene var, men skeivfordelt til samme side.

Tabell 1: Beskrivelse av pasienter som har fått bistand i å søke på aktivitetshjelpemidler og besvart utsendt spørreskjema (n=114), samt beskrivelse av de som ikke besvarte spørreskjema (n=60).

Informanter	Besvart (114)	Ikke besvart (60)
Alder (år) maks-min (median)	7-79 (28,00)	7-79 (16,50)
Variabler	n (%)	n (%)
Kjønn (Kvinner)	60 (52,6)	31 (51,7)
Alder (over 26 år)	59 (51,8)	21 (35)
<u>Bosted, helseregion</u>		
Helse Sør-Øst	59 (51,8)	38 (63,3)
Helse Vest	36 (31,6)	14 (23,3)
Helse Midt	17 (14,9)	3 (5)
Helse Nord	2 (1,8)	5 (8,3)
<u>Hjelpemidler</u>	124 (100)	69 (100)
Sitski alpint ¹	10 (8,1)	12 (17,4)
Sitski langrenn ²	28 (22,6)	11 (15,9)
Stol/kjelke til lagspill ³	3 (2,4)	0 (0)
Trehjulssykkle beindrift u/hjelpemotor	1 (0,8)	0 (0)
Trehjulssykkle beindrift m/hjelpemotor	33 (26,6)	23 (33,3)
Trehjulssykkle armdrift m/hjelpemotor	15 (12,1)	1 (1,5)
Trehjuls tandemsykkle m/hjelpemotor	3 (2,4)	1 (1,5)
Tohjuls tandemsykkle m/hjelpemotor	7 (5,6)	1 (1,5)
Tohjuls spesialsykkle	0 (0)	3 (4,3)
Spesialtilpassing tohjulsykkle ⁴	7 (5,6)	4 (5,8)
Rullestolfront ⁵	11 (8,9)	5 (7,2)
Skilator	4 (3,2)	2 (3)
Løpesykkle	0 (0)	2 (3)
Terrengvogn	1 (0,8)	2 (3)
Svømmehjelpemiddel	1 (0,8)	1 (0,8)
Akehjelpemiddel	0 (0)	1 (0,8)

¹ Egenkjørt og ledsagerstyrt

² Knestående og sittende

³ Sportsrullestol, el-bandykjelke og kjelkehockeykjelke

⁴ Støttehjul, hjelpemotor

⁵ Sykkelfront, Freewheel

Dataene som har kommet inn viser at det er en stor grad av hjelpemiddelbruk blant de 114 som svarte. De viser også en stor aldersspredning, samt at det er brukere fra alle landsdeler. Med bakgrunn i at 89,5% av de som besvarte spørreskjemaet svarer at de benytter aktivitetshjelpemiddelet, har jeg valgt å ikke analysere videre om bruk versus ikke bruk i analysedelen, men heller undersøke hyppighet i bruken av hjelpemiddelet. Jeg vil likevel, i diskusjonsdelen komme inn på mulige grunner oppgitt av disse for hvorfor de ikke har benyttet hjelpemidlene, da dette er å se på som hemmende faktorer.

Tabell 2: Beskrivelse av alle innlagte pasienter på BHSS i 2017 og 2018 (N=1720), samt samlet alle 174 som fikk bistand i å søke på hjelpemidler i samme tidsrom (n=174).

Antall	Alle 1720	Populasjon 174
Alder (år) maks-min (median)	5-80 (16,00)	7-79 (22,5)
Variabler	n (%)	n (%)
Kjønn (Kvinner)	818 (47,6)	91 (52,3)
Alder (over 26 år)	568 (33)	80 (46)
<u>Bosted, helseregion</u>		
Helse Sør-Øst	1030 (59,9)	97 (55,8)
Helse Vest	398 (23,1)	50 (28,8)
Helse Midt	256 (14,9)	20 (11,4)
Helse Nord	36 (2,1)	7 (4,0)

Som vi ser av tabell 2, er hovedandelen brukere på BHSS fra Helse Sør-Øst og Helse Vest, noe som også gjenspeiler seg i populasjonen i denne studien. Det er relativt jevnt fordelt mellom kvinner og menn. Aldersmessig er det relativt likt i aldersspenn, men vi ser at populasjonen har en noe høyere medianalder, en aldersdifferanse vi også ser ved at antall personer over 26 år, er flere i populasjonen i denne studien enn hos alle innlagte. Basert på disse dataene konkluderes det med at populasjonen og utvalget i denne studien gjenspeiler de brukerne som var på BHSS i samme periode.

3.6 Analyse

Her presenteres de statistiske analysemetodene som er benyttet i oppgaven, i tillegg til de deskriptive analysene forklart i kapittel 3.5. De statistiske metodene er valgt for å frembringe de aktuelle resultatene på best mulig måte. For å analysere dataene er statistikkprogrammet SPSS Statistics 27 for Windows benyttet. Et grunnleggende prinsipp i kvantitativ forskning er å redusere og operasjonalisere til spesifikke fenomener og faktorer. Disse faktorene kalles variabler. Variablene kan igjen deles i to; kontinuerlige variabler og kategoriske variabler. Kontinuerlige variabler kan ha alle mulige verdier innenfor visse yttergrenser (Befring, 2002).

Det er i denne oppgaven kun alder som er en kontinuerlig variabel, resten av variablene er kategoriske. De kategoriske variablene i denne oppgaven er på både dikotome, nominale og ordinalnivå, noe som legger føringer for hvilke statistiske analyser som har blitt benyttet. For å fremstille tallmaterialet er deskriptiv statistikk benyttet. Både medianverdier, prosentandeler, minimums- og maksimumsverdier benyttes til dette. Resten av tallmaterialet er presentert gjennom frekvens og prosenter, samt signifikansnivå. Signifikansnivået omtales som p-verdi og tar utgangspunkt i to hypoteser, der den ene er nullhypotesen (H_0) og den andre er den alternative hypotesen (H_1). Nullhypotesen antar at det ikke er noen forskjell eller ingen effekt av fenomenet man undersøker. Selv om resultatene tallmessig viser en forskjell, går man ut fra at dette skyldes en tilfeldig variasjon og ikke en reell statistisk forskjell (Pripp, 2015). Den alternative hypotesen er ofte en antakelse om at nullhypotesen ikke er sann. Gjennom matematisk-statistiske metoder kan man beregne sannsynlighet for det som observeres og avvik fra nullhypotesen. Dette gir en p-verdi. Hvis p-verdien er lavere enn en på forhånd spesifisert verdi forkastes nullhypotesen og man kan si at resultatet er statistisk signifikant. En p-verdi på under 0,05 ($p < 0,05$) regnes tradisjonelt som signifikant og er også gjeldende i denne oppgaven. Man påstår da at den alternative hypotesen er sann. Hvis p-verdien er større enn 0,05, forkastes ikke nullhypotesen (ibid.).

For å besvare forskningsspørsmålene i denne oppgaven der både de avhengige og uavhengige variablene er kategoriske er det benyttet tabellanalyse, nærmere bestemt krysstabell. Denne analysen stiller ikke krav til normalfordelte data, slik man gjør på kontinuerlige variabler. I en krysstabell kan man se både de observerte verdiene og de forventede verdiene. Det er differansen mellom disse verdiene som fører til en teststørrelse og en p-verdi. Denne utregningen gjøres i SPSS. Tabellene i denne oppgaven viser derfor kun observert verdi da teststørrelse og p-verdi vises til i teksten til hver enkelt tabell. Siden jeg har ønsket å forske på i hvilken grad aktivitetshjelpemidlene blir brukt er det ikke utvalget på 114 informanter som analyseres, men disse 114 sine rapporter om bruk av 124 innrapporterte hjelpemidler. Samme person kan ha flere hjelpemidler, der noen brukes oftere enn andre. For eksempel handler et av forskningsspørsmålene om type aktivitetshjelpemiddel har noe å si for hyppigheten av bruk.

På spørsmålet om hvor ofte aktivitetshjelpemidlene benyttes er det først gjort en deskriptiv analyse for å få en oversikt over hyppigheten for å besvare forskningsspørsmålet, men også om noen av alternativene skilte seg ut, jamfør normalfordelingsprinsippet, for videre analyser. Her ga analysen beskjed om at det manglet svar fra 13 stykker. Av disse 13 var det 5 som rapporterte at de ikke hadde fått hjelpemiddelet innvilget. Det var videre 8 hjelpemidler som ble rapportert

til å ikke være i bruk. Disse beskrives i resultatdelen og ble benyttet videre der jeg har sett på hemmende faktorer for bruk. De ble derfor fjernet fra de videre analysene som handler om hyppighet og bruk, da de ikke er relevante her. Analysene videre inneholder da 111 gyldige svar ($N = 111$). I denne analysen var dataene normalfordelte og jeg kunne gå videre med å dikotomisere de fem svaralternativene. Denne nye dikotome variabelen ble slik den avhengige variabelen for de videre analysene, der krystabell har blitt benyttet.

På de videre analysene som angår eventuell sammenheng mellom hyppighet (avhengig variabel) av bruk av aktivitetshjelpemidler og de uavhengige variablene, er Kji-kvadrat test benyttet. Dette er en relevant testmetode når dataene er på nominal og ordinalnivå, og er mest brukt av de ikke-parametriske testene. Den benyttes når man har behov for å undersøke om dataene fordeler seg på ulike kategorier i sammenheng med en teoretisk forventet fordeling (Befring, 2002). Det vesentlige med testen er å finne ut om forskjellen mellom de empirisk baserte og de teoretiske frekvensene er statistisk signifikante. Det empiriske er et resultat av datainnsamlingen, mens det teoretiske er skapt på et uavhengig grunnlag av visse resonnement (ibid.). I denne testen går man ut i fra at nullhypotesen forteller at det ikke eksisterer noen differanse. Dersom de empiriske frekvensene avviker signifikant fra den teoretiske fordelingen, gir det grunnlag for å forkaste nullhypotesen. Kji-kvadrat bør imidlertid ikke benyttes i de tilfeller der cellene i tabellen består av fire observasjoner eller færre. Da må en Fishertest benyttes (Laake, 2016). P-verdien vil ofte være høyere ved bruk av Fisher eksakte p-verdi for tabeller med få observasjoner i cellene og resultatet må da tolkes i lys av at man har lite data (ibid.). I analysene som ser på hyppighet i bruk opp mot den helseregionen informantene bor i eller hvilke aktivitetshjelpemidler de benytter, er det for få observasjoner i enkeltceller. Å slå sammen landsdelkategoriene ytterligere for å øke antall observasjoner ville gitt et feil bilde i forhold til utvalget. Jeg har derfor valgt å beholde dem og har benyttet Fishertest her. Type aktivitetshjelpemidler ble slått sammen fra 30 til 6 kategorier. Likevel var det for få observasjoner i enkeltceller. Disse observasjonene ga meg gode svar i forhold til forskningsspørsmålene, så jeg beholdt dem og benyttet også her Fishertest.

For å se på de hemmende og fremmende faktorene for bruk av aktivitetshjelpemidler, der informantene skulle svare med grad av enighet/uenighet ble *Frequencies* benyttet, da denne brukes på kategoriske variabler for å beskrive frekvensfordelingen mellom variablene (ibid.). Når flere spørsmål skal utgjøre en samlevariabel eller si noe om det samme fenomenet, er det viktig at spørsmålene i rimelig grad måler det samme (Lie i Martinussen, 2010a). For å teste dette er Cronbachs Alpha benyttet på spørsmål 11 og 13. Denne testen viser om noen av enkeltspørsmålene har lav korrelasjon mot hverandre og bør fjernes fra spørreskjemaet (ibid.).

Svarene valgte jeg å ta ut i stolpediagram. Stolpediagram er visuelt oversiktlige og enkle å tolke. Slik kan jeg enkelt se i hvilken grad informantene var enige eller uenige i påstandene satt i spørreskjemaet. Av det kan jeg lese om det er klare indikasjoner på om noen fenomener er peker seg mer ut enn andre. Deretter valgte jeg å kategorisere videre til tre kategorier, *enig – verken eller – uenig*. Disse nye kategoriene ble deretter lagt inn i krysstabeller og samlet i en tabell (Tabell 11) for å se sammenheng mellom utsagnene og hyppighetsgraden i bruk. Ved å sammenligne dette kan jeg få enda klarere indikasjoner på hemmende og fremmende faktorer. Hele 76 informanter har i tillegg benyttet frisvarsfeltet på spørsmål 12 til å skrive andre grunner for hvorfor de bruker aktivitetshjelpemiddelet, og 62 av disse svarene er funnet relevante for analysen i forhold til å se på fremmende faktorer. For 12 av svarene, så ble de flyttes fra analysen for fremmende faktorer til den for hemmende, da det var dette de egentlig svarte på. Dette medførte at det ble 18 svar som i frisvarsfeltet ble tolket som hemmende faktorer. Disse ble også kategorisert og lagt inn i en krysstabell og sett opp mot hyppighet i bruk.

3.7 Etiske betraktninger

Det er de samme etiske kravene som stilles i en spørreskjemaundersøkelse, som til annen forskning. Vi har uansett med mennesker å gjøre og disse skal ivaretas på en ordentlig måte (Dalland, 2007). Forskningens mål om ny kunnskap og innsikt, skal ikke skje på bekostning av informantenes integritet og velferd (ibid.). I denne undersøkelsen hentet jeg respondenter fra min institusjons journalsystem, basert på det ene kriteriet om at de hadde fått bistand i prosessen med å søke på aktivitetshjelpemidler. Det vil si at jeg har hatt tilgang til og kunne behandle personopplysninger. Det har derfor vært en forutsetning at mine etiske overveielser og min bruk av personopplysninger har vært ryddige og innenfor lovverket. Med bakgrunn i dette ble det søkt godkjenning til prosjektet både hos Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). NSD godkjente prosjektet 13.09.19. (Vedlegg 6) REK responderte på søknaden 14.11.19 (Vedlegg 7) der de skriver: «*Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK*». Overveielser rundt personopplysninger, helseopplysninger, anonymitet, taushetsplikt og samtykke er gjort kontinuerlig og har dannet grunnlag for en etisk plattform i oppgaven. Det var også allerede i planleggingsfasen av prosjektet nødvendig med etiske vurderinger, ved å stille seg spørsmål som «Hvem kan ha nytte av dette prosjektet?» «Kan vi med dette prosjektet bidra med noe positivt for brukerne, samfunnet, andre?». Da dette var en undersøkelse utført gjennom et studium, så var det i utgangspunktet mest realistisk å tenke at det

var jeg som student som hadde mest igjen for arbeidet. Likevel må det presiseres at valg av tema og forskningsspørsmål har vært gjennomtenkt i samarbeid med min arbeidsplass med tanke på nettopp å ha en nytteverdi for flere. Avhengig av resultatet av undersøkelsen kan jeg rådgi og legge føringer for videre strategi og arbeidsmåter knyttet til aktuelt fagfelt. Da min arbeidsplass også innehar en ledende nasjonal rolle på området, kan våre modeller eller de eventuelle nye modellene også danne grunnlag for lignende arbeid på andre institusjoner. Det har også vært viktig å tenke på hva det vil innebære for informantene å delta i undersøkelsen. I

informasjonsskrivet ble dette presisert gjennom å fortelle at det ikke fikk noen negative konsekvenser, verken å være med eller å velge og ikke være med. Samtidig ble det fortalt at ved å delta, kunne de være med på å øke BHSS sin kunnskap og på den måten være med på å utvikle og styrke senterets tilbud.

Forskning er å søke etter sannhet og ny kunnskap. En av hensiktene blir da å formidle dette til andre (Dalland, 2007). Dette er en studieoppgave og slik sett i utgangspunktet ikke nødvendigvis beregnet til noe annet enn å resultere i en godkjent masteroppgave. Som nevnt er tematikken for oppgaven valgt i samarbeid med egen arbeidsplass av den grunn at den forhåpentligvis vil føre til nyttig kunnskap for flere enn kun meg som student. Det vil derfor bli vurdert hvordan resultatene av undersøkelsen også skal publiseres videre, i form av en artikkel i et fagtidsskrift med fagfellevurdering, som foredrag og/eller poster på konferanser og/eller linket opp mot ulike faglige og brukerrettede sider på internett. Spørsmålet om anonymitet er det samme uansett om oppgaven kun forblir en oppgave i skolens arkiver, eller formidles videre i andre kanaler (ibid). Da oppgaven tar for seg å forske på resultater blant annet fra en allerede gjennomført intervensjon, kan jeg komme i det dilemmaet der jeg finner ut at metoden vi har jobbet etter i flere år og ansett som «den riktige måten» å jobbe på, ikke gir de ønskede resultatene. Da blir det viktig å videreformidle disse resultatene internt på BHSS slik at vi kan se etter nye og andre metoder å jobbe etter. I et slikt tilfelle blir det viktig å søke råd hos ledelsen med tanke på hvordan dette skal legges fram for resten av de ansatte. Hvis resultatene av undersøkelsene fører til et kvalitetsforbedringsprosjekt på min arbeidsplass, må det uansett forankres hos ledelsen, da dette er et ledelsesansvar (St. meld. nr. 10, 2012). Det er god etikk å undersøke egen praksis. Ved å gjøre dette kan man bidra til endringer og nye måter å handle på. Det handler om å oppdage det vi ikke ser i det daglige (Eide & Aadland, 2020). Et av målene med denne oppgaven er nettopp det å kartlegge om dagens ordning rundt utprøving, opplæring og søknader på aktivitetshjelpemidler på BHSS er tilfredsstillende, eller om det finnes områder i tjenesten vi tilbyr som bør forbedres. Om resultatene bør formidles til informantene, er det ulike oppfatninger om (Dalland, 2007). Min vurdering rundt dette er at mine informanter ikke vil ha nytte av å få

tilsendt hele forskningsrapporten (masteroppgaven), men heller hovedfunnene i analysen og svarene på forskningsspørsmålene. Samtidig kan man da takke dem for deltakelsen i undersøkelsen.

4.0 Resultater

Her presenteres resultatene i undersøkelsen med den hensikt å belyse problemstillingen «Aktivitetshjelpemidler, i hvilken grad blir de brukt?» og forskningsspørsmålene:

- *Hvor ofte benyttes aktivitetshjelpemidlene?*
 - *Er det forskjell på i hvilken grad aktivitetshjelpemidler blir brukt av personer over eller under 26 år?*
 - *Er det sammenheng mellom kjønn, type hjelpemiddel, behov for ledsager, opplæring som gis, samt geografiske forhold og grad av bruk av aktivitetshjelpemidler?*
 - *Benyttes aktivitetshjelpemidlene oftest alene eller sammen med andre?*
- *Hva rapporteres som hemmende og fremmende faktorer for bruk av aktivitetshjelpemidler?*

Resultatene av de statistiske analysene er fremstilt gjennom tekst, grafer og tabeller.

Karakteristika ved utvalget er tidligere beskrevet i kapittel 3.5 Datamateriale, og vil ikke beskrives ytterligere her. Resultatkapittelet er delt inn i to hoveddeler der jeg i del én har undersøkt hvor ofte aktivitetshjelpemidlene har blitt benyttet og om dette har en sammenheng med de nevnte variablene. I del to har jeg sett på hemmende og fremmende faktorer for bruk av aktivitetshjelpemidler. Disse har jeg funnet både i noen av de lukkede svarene, men særlig i frisvarfeltet informantene kunne benytte.

4.1 I hvilken grad har aktivitetshjelpemidlene blitt benyttet

For å se på hvor ofte de tildelte aktivitetshjelpemidlene har blitt benyttet er det gjennomført en deskriptiv analyse av frekvensfordelingen om bruk. Som beskrevet i kapittel 3.6 Analyse, rapporteres det at 13 av 124 hjelpemidler ikke er i bruk. Jeg har derfor analysert de 111 (124-13) hjelpemidlene som er i bruk og funnet følgende fordeling av bruk (Tabell 3).

Tabell 3: Beskrivelse av hvor hyppig aktivitetshjelpemidlene benyttes

Hyppighet (N=111)	n (%)
Daglig	8 (7,2)
Flere ganger i uka	24 (21,6)
Ukentlig	29 (26,1)
Månedlig	30 (27)
Sjeldnere en månedlig	20 (18)

Som vi ser rapporteres det at 55% av hjelpemidlene har blitt benyttet ukentlig eller oftere. De to største gruppene er bruk ukentlig og månedlig. Kun 18% av aktivitetshjelpemidlene rapporteres brukt sjeldnere enn en gang i måneden. Flere av informantene har i fritekstfeltet kommentert hvorfor bruken ikke har vært hyppigere. Dette er kommentarer jeg kommer tilbake til i del to av resultatkapittelet. De fleste (82 %) aktivitetshjelpemidlene har imidlertid vært relativt jevnlig i bruk, minst hver måned og så mange som 28,8% har vært i bruk daglig eller flere ganger i uka. I de videre analysene som gjøres for å besvare forskningsspørsmålene har jeg valgt å dikotomisere disse variablene til «hyppig» og «sjelden». Her er det benyttet en logisk deling ved å si at månedlig og sjeldnere er «sjelden». Normalfordelingsanalysen bekrefter også denne delingen statistisk, da den viser en median på 3 (Ukentlig).

Tabell 4: Dikotomisering av variabelen hyppighet i bruk av aktivitetshjelpemidlene (Tabell 3)

Hyppighet (N=111)	n (%)
Ofte	61 (55)
Sjelden	50 (45)

4.1.1 Er det forskjell på i hvilken grad aktivitetshjelpemiddelet har blitt brukt av personer over eller under 26?

De gjeldende reglene rundt søknader på aktivitetshjelpemidler i Norge i dag, skiller på de som er over og under 26 år i forhold til egenandel. Det har derfor vært interessant å se om det er forskjeller i bruk mellom disse to gruppene. Følgende hypoteser har blitt lagt til grunn:

H0: Det er ikke forskjell på i hvilken grad AHM blir brukt om du er over eller under 26 år.

H1: Det er forskjell på i hvilken grad AHM blir brukt om du er over eller under 26 år.

Tabell 5 viser resultatene fra en krysstabellanalyse som ble gjort for å undersøke samvariasjon mellom variablene.

Tabell 5: Krysstabell: Hyppighet i bruk av aktivitetshjelpemidler over/under 26 år (n=111).

Hyppighet	Under 26 år	Over 26 år	Total
Ofte n (%)	25 (47,2)	36 (62,1)	61 (55)
Sjelden n (%)	28 (52,8)	22 (37,9)	50 (45)

Tabell 5 viser at i gruppa informanter under 26 år, ble 47,2% av hjelpemidlene benyttet ofte, mens for gruppa over 26 år ble 62,1% av hjelpemidlene benyttet ofte. Samlet sett har 55% av hjelpemidlene blitt benyttet ofte, noe vi også ser i Tabell 4, og som viser at testene samsvarer

med utvalget. Med bakgrunn i dette kan vi si at hjelpemidlene til de over 26 år benyttes oftere enn til de under 26 år. For å teste dette statistisk har jeg benyttet en Kji-kvadrat test.

Teststørrelsen har en verdi på 2,48 og p-verdien for testen er $p = 0,115$. Siden p-verdien er $>0,05$ kan vi ikke si at det er en statistisk signifikant forskjell i hvilken grad AHM blir brukt i gruppa over eller under 26 år. Nullhypotesen (H_0) kan derfor ikke forkastes. Vi ser at det er en forskjell i bruk for de under og over 26 år, men forskjellen er ikke stor nok mellom observert forskjell og forventet forskjell til å kunne si at det med sikkerhet skyldes noe annet enn tilfeldigheter.

4.1.2 Er det sammenheng mellom kjønn, type hjelpemiddel, behov for ledsager, samt geografiske forhold og grad av bruk av aktivitetshjelpemidler?

For å analysere videre om sammenheng mellom faktorer som kan påvirke hyppighet i bruk av aktivitetshjelpemidler har jeg valgt å se på ulike demografiske variabler. Den første av disse er kjønn. Kan vi finne noe som tilsier at det er forskjell på hvor ofte kvinner og menn bruker aktivitetshjelpemidler? For å finne ut av dette fremsetter jeg følgende hypoteser:

H_0 : Det er ikke sammenheng mellom hvor hyppig AHM blir brukt og om du er kvinne eller mann.

H_1 : Det er sammenheng mellom hvor hyppig AHM blir brukt og om du er kvinne eller mann.

Tabell 6: Krysstabell: Hyppighet i bruk av aktivitetshjelpemidler relatert til kjønn (n=111).

Hyppighet	Kvinner	Menn	Total
Ofte n (%)	30 (51,7)	31 (58,5)	61 (55)
Sjelden n (%)	28 (48,3)	22 (41,5)	50 (45)

Tabell 6 viser at 58,5% av hjelpemidlene til de mannlige informantene ble brukt ofte, mot 51,7% blant de kvinnelige informantene. Vi kan derfor si at menn som gruppe prosentvis har benyttet sitt hjelpemiddel oftere enn kvinner. Det ble også her gjennomført en kji-kvadrat test for å teste sammenhengen mellom observerte data og forventede data statistisk. Denne testen viser en teststørrelse med verdi 0,512 og en p-verdi på $p = 0,474$. Vi kan derfor ikke konkludere med en statistisk signifikant forskjell ($p > 0,05$) og nullhypotesen beholdes.

Neste spørsmål var å se på forskjellen mellom ulike type hjelpemidler og om de kunne ha en innvirkning på hyppigheten av bruk. Følgende hypoteser har da blitt brukt:

H0: Det er ikke sammenheng mellom i hvilken grad AHM blir brukt og hvilken type AHM man har.

H1: Det er sammenheng mellom i hvilken grad AHM blir brukt og hvilken type AHM man har.

Tabell 7: Krysstabell: Hyppighet i bruk av type aktivitetshjelpemiddel, observert og forventet (n=111). 1 = sitski alpint, 2 = sitski langrenn, 3 = trehjulssyssel arm- og beindrif, 4 = tandemssyssel to- og trehjuls, 5 = spesialstol og rullestolfront, 6 = annet, T = total

Hyppighet	1	2	3	4	5	6	T
Ofte n (%)	0 (0)	10 (40)	33 (71,7)	5 (55,6)	9 (62,2)	4 (40)	61 (55)
Sjelden n (%)	8 (100)	15 (60)	13 (28,3)	4 (44,4)	4 (30,8)	6 (60)	50 (45)

Tabell 7 viser store variasjoner mellom de ulike typene og om de har blitt benyttet ofte eller sjelden. I denne krysstabellen har vi flere enn 20% av cellene med færre enn 5 data i, vi kan derfor ikke bruke kji-kvadrat for å se på sammenhengen, men må bruke Fisher exact test. Den viser en teststørrelse på 19,737 og en p-verdi på $p = 0,001$. Siden $p < 0,05$ kan vi kaste nullhypotesen og bruke den alternative hypotesen som sier at det er en sammenheng mellom hvilken type aktivitetshjelpemiddel man har og hvor ofte man benytter det. Sitski alpint (1) benyttes sjelden i alle tilfellene (100%). Trehjulssyssel (3) benyttes oftest med 71,7%.

Tabell 8 viser observerte og forventede data i forhold til om man trenger ledsager for å benytte aktivitetshjelpemiddelet. For å finne ut av dette ble følgende hypoteser testet:

H0: Det er ikke sammenheng mellom i hvilken grad AHM blir brukt og om man har behov for ledsager.

H1: Det er sammenheng mellom i hvilken grad AHM blir brukt og om man har behov for ledsager.

Tabell 8: Krysstabell: Hyppighet i bruk av aktivitetshjelpemidler relatert til behov for ledsager (n=111)

Hyppighet	Med ledsager	Uten ledsager	Total
Ofte n (%)	7 (35)	54 (59,3)	61 (55)
Sjelden n (%)	13 (65)	37 (40,7)	50 (45)

Det er en vesentlig større andel av de aktivitetshjelpemidlene som ikke krever ledsager, der det rapporteres at de benyttes ofte (59,3% mot 35%). Kji-kvadrat test har her en teststørrelse på 3,924 og en p-verdi på 0,048. I og med at $p < 0,05$ kan vi kaste nullhypotesen og si at det er en

sammenheng mellom i hvor hyppig man benytter aktivitetshjelpemidler og om man er avhengig av ledsager.

Et annet viktig element når man skal benytte et aktivitetshjelpemiddel er hvor god opplæring man har fått i å bruke det. Ved å benytte følgende hypoteser kan man se på dette:

H0: Det er ikke sammenheng mellom i hvilken grad AHM blir brukt og god opplæring på BHSS.

H1: Det er sammenheng mellom i hvilken grad AHM blir brukt og god opplæring BHSS

Tabell 9: Krysstabell: Hyppighet i bruk av aktivitetshjelpemidler relatert til opplevelse av god opplæring på BHSS (n=111).

Hyppighet	Enig	Verken eller	Uenig	Total
Ofte n (%)	56 (56,6)	1 (33,3)	4 (44,4)	61 (55)
Sjelden n (%)	43 (43,4)	2 (66,7)	5 (55,6)	50 (45)

Vi ser i Tabell 9, at hjelpemidlene ble benyttet ofte både hos de som i stor grad sa seg enige i at de fikk god opplæring på BHSS og de som ikke sa det. I denne tabellen er det 5 observasjoner eller færre i 67% av cellene og χ^2 kvadrat kan ikke benyttes. Derfor benyttes Fisher exact test. Denne viser en teststørrelse på 1,200 og en p-verdi på 0,543. Nullhypotesen beholdes dermed i og med at $p > 0,05$.

Hovedandelen av brukerne på BHSS er fra Helse Sør-Øst sitt nedslagsfelt, noe også den deskriptive analysen over utvalget viser (Tabell 1). Det er likevel interessant å se på om det kan være noen sammenheng mellom hvilken landsdel informantene bor i og om de benytter aktivitetshjelpemiddelet sitt ofte eller sjelden. Hypotesene blir da:

H0: Det er ikke sammenheng mellom i hvilken grad AHM blir brukt og hvor man bor.

H1: Det er sammenheng mellom i hvilken grad AHM blir brukt og hvor man bor.

Tabell 10: Krysstabell: Hyppighet i bruk av aktivitetshjelpemidler i forhold til hvilken helseregion man bor i (n=111). 1 = Helse Nord, 2 = Helse Midt, 3 = Helse Vest, 4 = Helse Sør

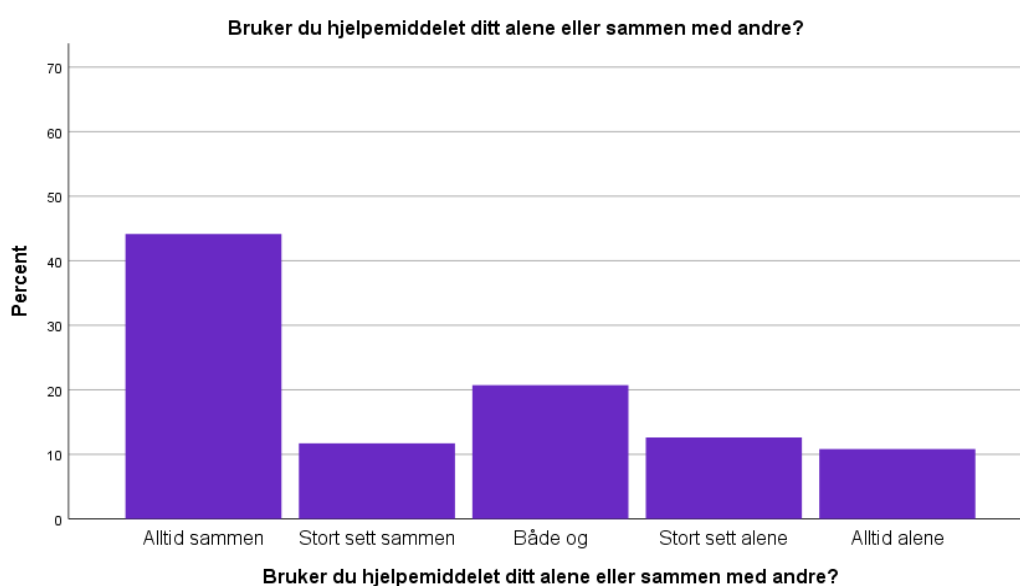
Hyppighet	1	2	3	4	Total
Ofte n (%)	2 (100)	9 (52,9)	14 (40)	36 (63,2)	61 (55)
Sjelden n (%)	0 (0)	8 (47,1)	21 (60)	21 (36,8)	50 (45)

Tabell 10 viser at det kun er hjelpemidlene til informanter bosatt i Helse Vest sitt område som benyttes mer sjelden enn ofte, 60% mot 40%. I de tre andre helseregionene er andelen størst på at aktivitetshjelpemiddelet blir benyttet ofte. I Nord-Norge var det bare to hjelpemidler. Til

gjengjeld har disse blitt benyttet ofte. I denne krysstabellen er det også færre enn 5 data i flere enn 20% av cellene. Fisher exact test er derfor benyttet. Den viser en teststørrelse på 5,972 og en p-verdi på 0,086. Siden $p > 0,05$ kan vi ikke forkaste nullhypotesen.

4.1.3 Bruk og sosial deltakelse

I kapittel 1.3.2 står det en del om aktivitetshjelpemidler og deltakelse. Deltakelse forbindes oftest med å være sammen med andre eller være sosial. I spørreskjemaet skulle informantene svare på om de benyttet hjelpemiddelet alene eller sammen med andre. Figur 6 viser svarene de ga.



Figur 6: Frekvensfordeling i henhold til i hvilken grad aktivitetshjelpemiddelet benyttes alene eller sammen med andre ($n=111$)

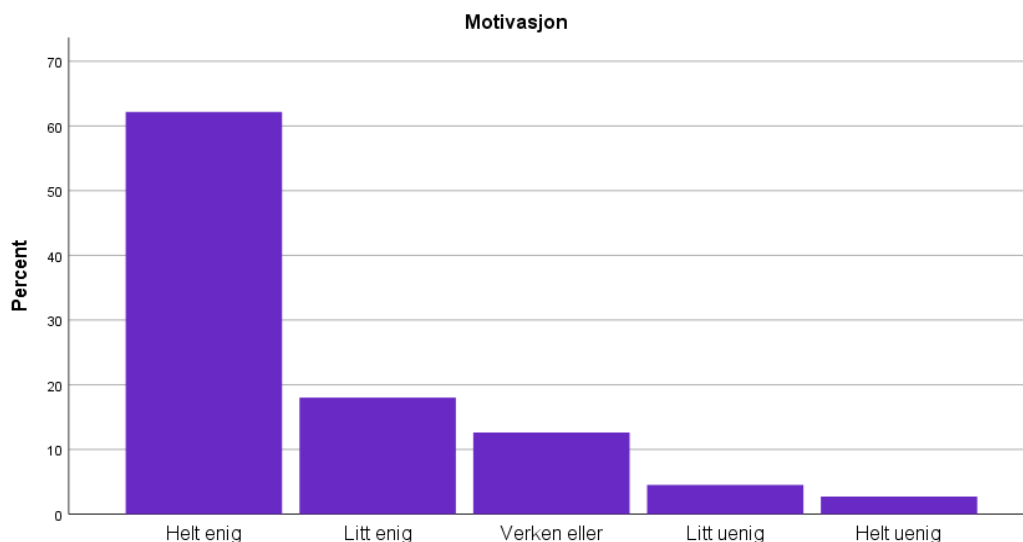
Vi ser at under 25% av hjelpemidlene blir benyttet alene eller stort sett alene. Med andre ord så kan vi si at de aller fleste hjelpemidlene ($>75\%$) benyttes sammen med en eller flere andre.

4.3 Hemmende og fremmende faktorer

For å se på hva som kan være hemmende og fremmende faktorer når det gjelder bruk av aktivitetshjelpemidler og hyppigheten av dette var det i spørreskjemaet utarbeidet spørsmål som muligens kunne besvare dette, se vedlegg 3: Spørreskjema, spørsmål 11 og 13. Spørsmål 11 kunne kun besvares av de som krysset av for at de hadde benyttet aktivitetshjelpemiddelet og spørsmål 13 kun av de som krysset av for at de ikke hadde brukt det. I tillegg har mange av informantene skrevet kommentarer som omhandler dette i frisvarfeltet, på spørsmål 12 for de som brukte aktivitetshjelpemiddelet og spørsmål 14 for de som ikke har brukt det.

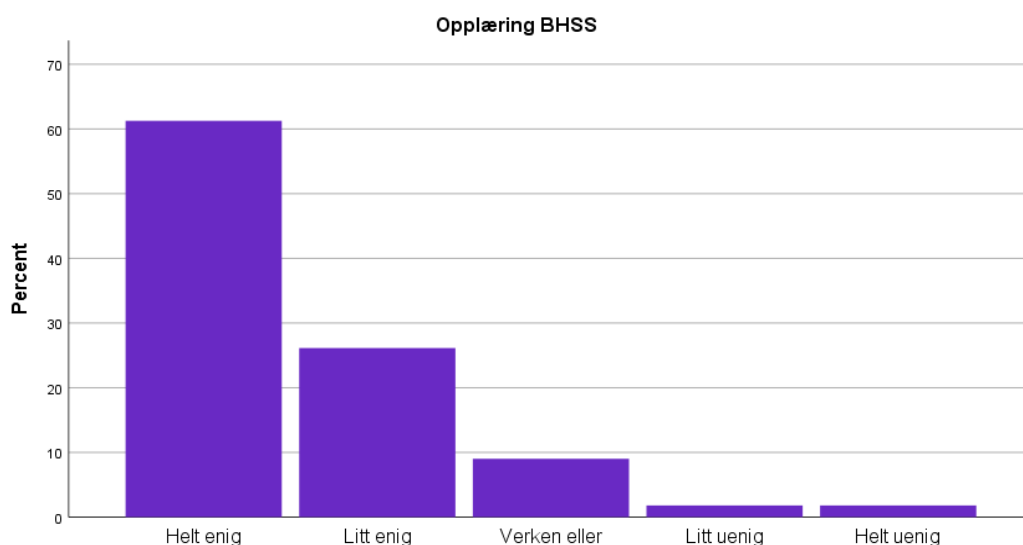
4.3.1 Fremmende faktorer

Søylediagrammene nedenfor viser den prosentvise graden av enighet, hentet fra spørsmål 11. En høy grad av enighet i det enkelte diagrammet kan indikere at dette er en fremmende faktor. Cronbachs Alpha er på 0,71, noe som viser en generell korrelasjon mellom spørsmålene.



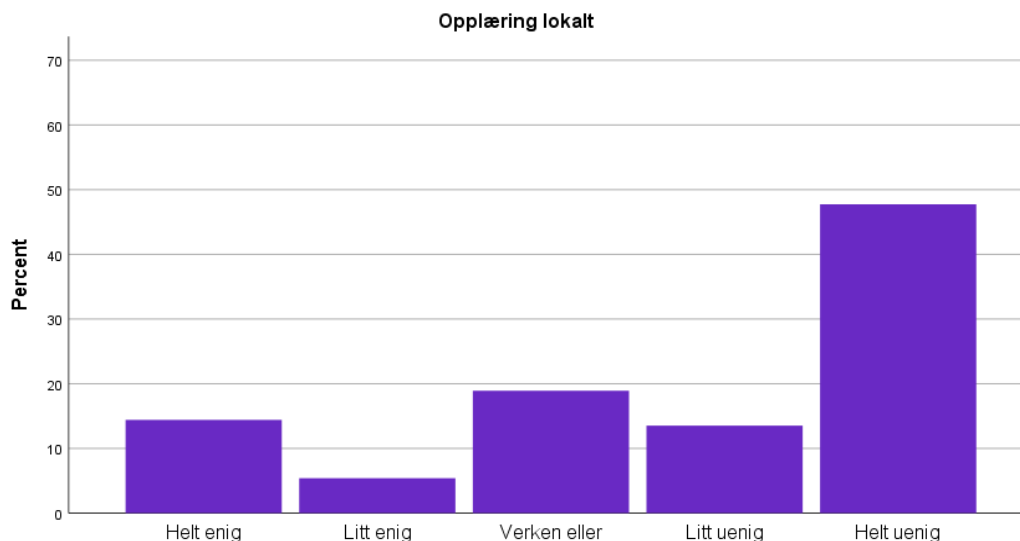
Figur 7.1: Andel AHM som brukes relatert til motivasjon (n=111)

Når det gjelder motivasjon ser vi at informantene i stor grad svarer at de er motiverte for å benytte AHM i aktivitet. Det er 80% av AHM som blir brukt fordi brukerne er litt eller veldig motivert.



Figur 7.2: Andel AHM det ble gitt god opplæring i på BHSS (n=111)

I figur 7.2 ser vi at informantene er enige i at opplæringen som ble gitt på BHSS i bruk av AHM var god. I 87% av tilfellene er de helt eller litt enig i dette.



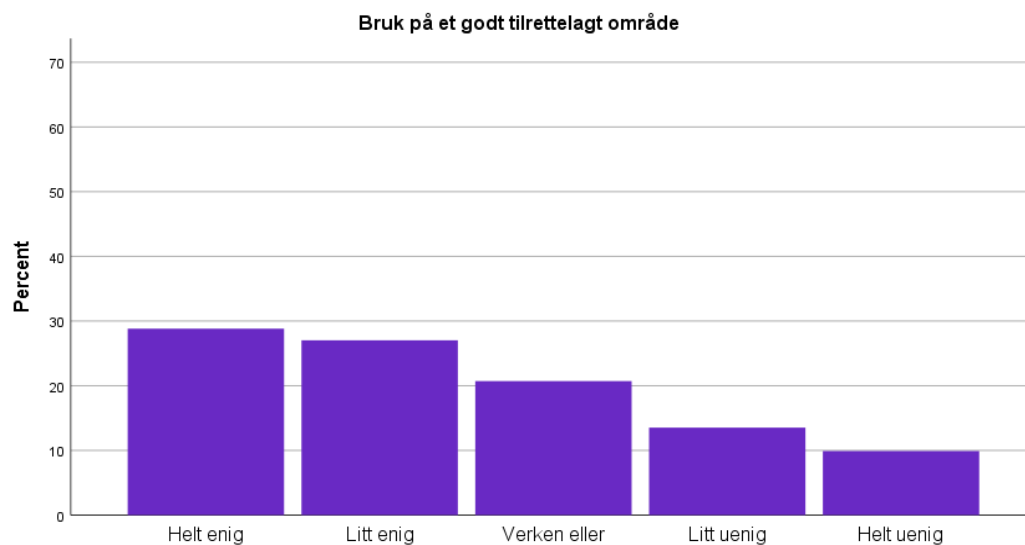
Figur 7.3: Andel AHM det ble gitt god opplæring i lokalt (n=111)

Når det gjelder den lokale oppfølgingen etter at hjelpemiddelet har blitt utlevert, så ser vi i Figur 7.3 at for 62% av AHM er informantene helt eller litt uenig i at de fikk god opplæring.



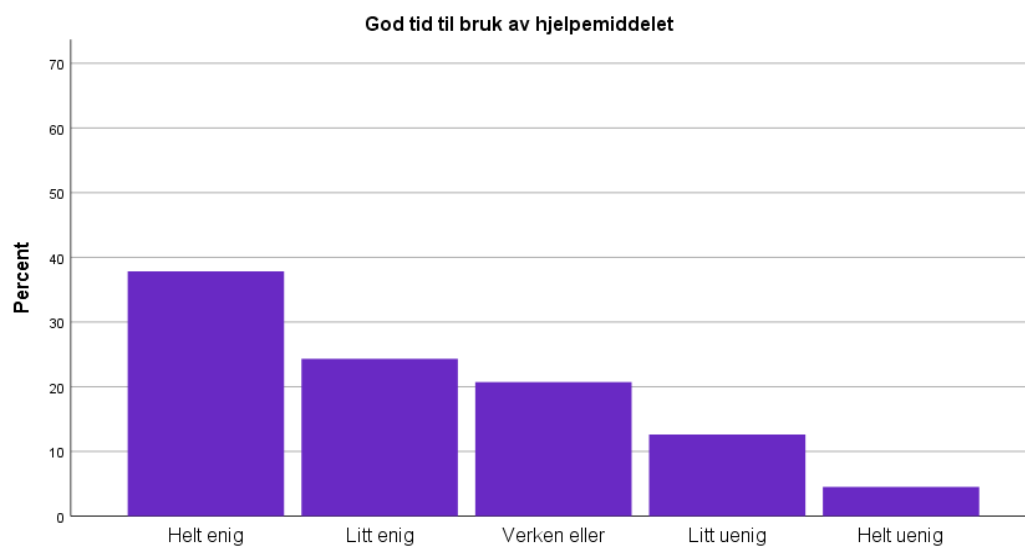
Figur 7.4: Andel AHM det ble gitt god tilpassing på lokalt (n=111)

Når det gjelder bistand til tilpassing av hjelpemiddelet lokalt, ser vi på Figur 7.4 at for 47% av AHM er informantene litt eller helt uenig i at de har fått god bistand til tilpassing lokalt.



Figur 7.5: Andel AHM som blir brukt på et godt tilrettelagt område (n=111)

Figur 7.5 viser at 56% av AHM blir benyttet på et godt tilrettelagt område.



Figur 7.6: Andel AHM rapportert med god tid til bruk (n=111)

Tidsaspektet, som vises på Figur 7.6, er viktig når man skal være aktiv, og her ser vi at 62% av AHM blir benyttet for at brukerne har nok tid.

For å kunne finne ut om det er en sammenheng mellom de seks søylediagrammene over med tanke på om det er fremmede faktorer, følger her en krysstabell (Tabell 11) der disse faktorene analyseres opp mot hyppighet i bruk. For å forenkle tabellen er ikke forventede verdier tatt med, men de er en faktor når SPSS har regnet ut p-verdien på det enkelte spørsmål.

Hypotesene er:

H0: Det er ikke sammenheng mellom de seks ulike påståtte fremmede faktorene og graden av hyppighet.

H1: Det er sammenheng mellom de seks ulike påståtte fremmede faktorene og graden av hyppighet

Tabell 11: Krysstabell, hyppighet sett opp mot grad av enighet fremmede faktorer (N=111).
1 = Motivasjon, 2 = God opplæring på BHSS, 3 = God opplæring lokalt, 4 = God tilpassing lokalt, 5 = Bruk på et godt tilrettelagt område, 6 = God tid til bruk av AHM.

Sp.mål		Enig	Verken eller	Uenig	Total	p
1	Hyppig n (%)	54 (88,5)	6 (9,8)	1 (1,6)	61 (100)	0,020
	Sjelden n (%)	35 (70)	8 (16)	7 (14)	50 (100)	
2	Hyppig n (%)	54 (88,5)	6 (9,8)	1 (1,6)	61 (100)	0,545
	Sjelden n (%)	43 (86)	4 (8)	3 (6)	50 (100)	
3	Hyppig n (%)	16 (26,2)	10 (16,4)	35 (57,4)	61 (100)	0,166
	Sjelden n (%)	6 (12)	11 (22)	33 (66)	50 (100)	
4	Hyppig n (%)	26 (42,6)	10 (16,4)	25 (41)	61 (100)	0,231
	Sjelden n (%)	14 (28)	8 (16)	28 (56)	50 (100)	
5	Hyppig n (%)	43 (70,5)	9 (14,8)	9 (14,8)	61 (100)	0,003
	Sjelden n (%)	19 (38)	14 (28)	17 (34)	50 (100)	
6	Hyppig n (%)	49 (80,3)	5 (8,2)	7 (11,5)	61 (100)	0,000
	Sielden n (%)	20 (40)	18 (36)	12 (24)	50 (100)	

Når vi ser på spørsmål 1 i tabellen ser vi at de aller fleste som både benytter AHM ofte og sjelden sier seg enig i at de er motiverte for aktiviteten. Fisher exact test oppgir her en p-verdi på 0,02. Her er $p < 0,05$, dermed kan vi forkaste nullhypotesen som sier det ikke er en sammenheng mellom grad av bruk og motivasjon for aktiviteten, i forhold til observerte og forventede verdier.

I raden for spørsmål 2 ser vi også at de fleste er enige, både blant de som benytter AHM ofte og de som benytter det sjelden, i at de fikk god opplæring på BHSS. Her gir Fisher exact test imidlertid en p-verdi på 0,545, så vi kan ikke kaste nullhypotesen her i og med at $p > 0,05$.

Spørsmål 3 viser en stor grad av at begge grupper sier seg uenig i om de fikk god opplæring i bruk av AHM lokalt. En kji kvadrat test viser en p-verdi på 0,166. Med $p > 0,05$ kan vi heller ikke her kaste nullhypotesen.

På spørsmål 4 er det litt mer variasjon i besvarelsene, men hovedvekten sier seg uenig i at de har fått god tilpassing av AHM lokalt. Av de som rapporterer om hyppig bruk av AHM, er det én

mer som sier seg enig enn uenig i dette, mens hos de som sjelden benytter sitt AHM er det dobbelt så mange på uenig. Kji kvadrat har regnet ut en p-verdi på 0,231. Her er $p > 0,05$ så vi kan ikke kaste nullhypotesen som sier at det ikke er en sammenheng mellom graden av hyppighet i bruk og god tilpassing av AHM lokalt.

På oppgitte svar på spørsmål 5, ser vi at det er en større andel av de som benytter sitt AHM hyppig som svarer at de er enige i at de kan bruke det på et godt tilrettelagt område, enn de som benytter sitt AHM sjelden. En utregning av p-verdi med kji kvadrat viser en p-verdi på 0,03. $P < 0,05$ og vi kan forkaste nullhypotesen vår om at det ikke er en sammenheng mellom disse faktorene.

Siste spørsmål, spørsmål 6, viser mye av det samme som forrige spørsmål. Blant de som oppgir hyppig bruk av sitt AHM, oppgir de fleste at de er enige i at de har god tid til aktiviteten. Blant de som oppgir sjelden bruk, er det færre som oppgir dette. P-verdien på denne krystabellen er 0,00 og vi kan forkaste nullhypotesen da $p < 0,05$.

For å oppsummere de signifikante funnene, så viser tabellen at motivasjon for aktiviteten, tilgang til et godt tilrettelagt område å bedrive aktiviteten på og god tid til å bedrive aktiviteten har størst betydning for hyppig bruk.

For å finne frem til enda flere mulig fremmede faktorer har jeg sett på hva informantene har svart i fritekstfeltet på spørsmål 12. Kategorisering av disse svarene ser man i tabell 12.

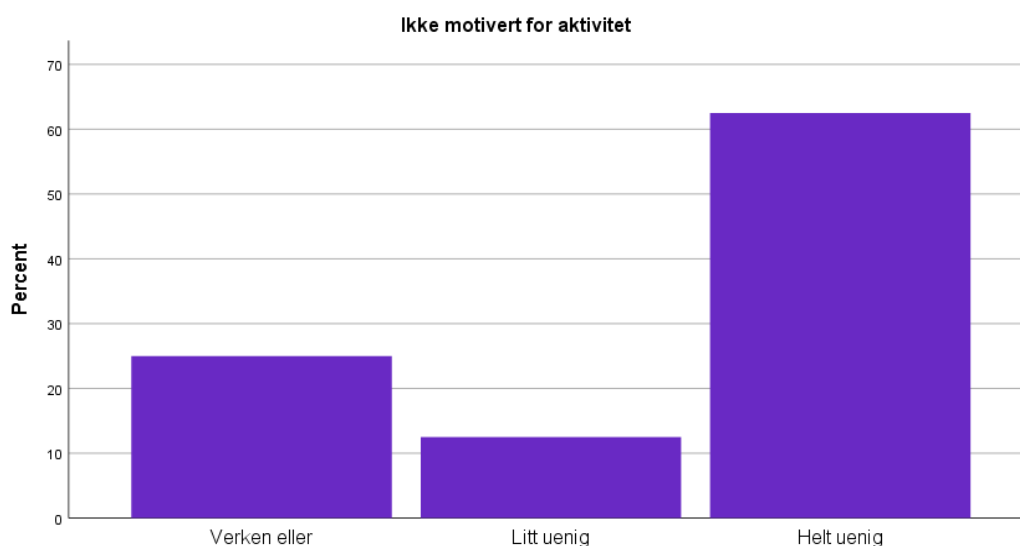
Tabell 12: Kategorisering av svarene fra fritekstfeltet i spørsmål 12 om fremmede faktorer for å bruke AHM (n=62)

Kategori	n (%)
Gøy/moro	7 (11,3)
Sosialt med venner/familie	10 (16,1)
Bedre form fysisk/psykisk	23 (37,1)
Frisk luft, komme seg ut	13 (21)
Skole	2 (3,2)
Kombinasjon av ovennevnte	7 (11,3)

Som vi ser av tallene i Tabell 12, så er tre kategorier som skiller seg ut i forhold til hvorfor informantene benytter aktivitetshjelpemidlene sine. Det å komme i bedre form har størst oppslutning med 37,1%. Deretter følger å komme seg ut og få frisk luft (21%), før det å være sosial enten sammen med venner eller familie kommer som nummer tre (16,1%).

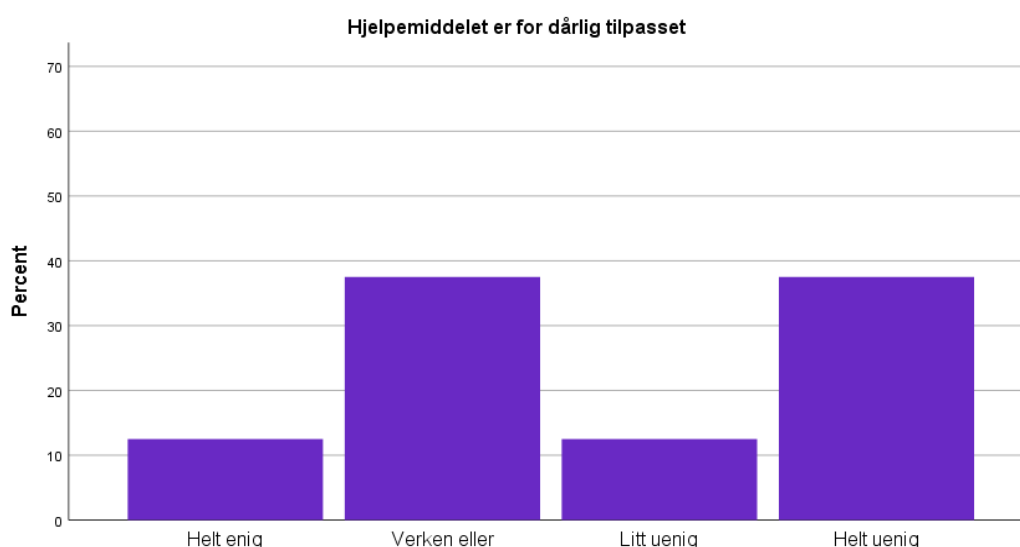
4.3.2 Hemmende faktorer

Jeg har også sett på besvarelsene fra de 8 som meldte om at de ikke har brukt aktivitets-
hjelpemidlene. Søylediagrammene nedenfor viser den prosentvise graden av enighet, hentet fra
spørsmål 13. En høy grad av enighet i det enkelte diagrammet kan indikere at dette er en
hemmende faktor. Ikke alle kategoriene innenfor hvert spørsmål er besvart. Cronbachs Alpha er
på 0,75, noe som viser en generell korrelasjon mellom spørsmålene.



Figur 8.1: Andel AHM som ikke benyttes relatert til manglende motivasjon (n=8)

Når det gjelder mangel på motivasjon, ser vi at AHM som ikke blir benyttet ikke skyldes dette.
Figur 8.1 viser at over 70% har sagt seg helt eller litt uenig i dette.



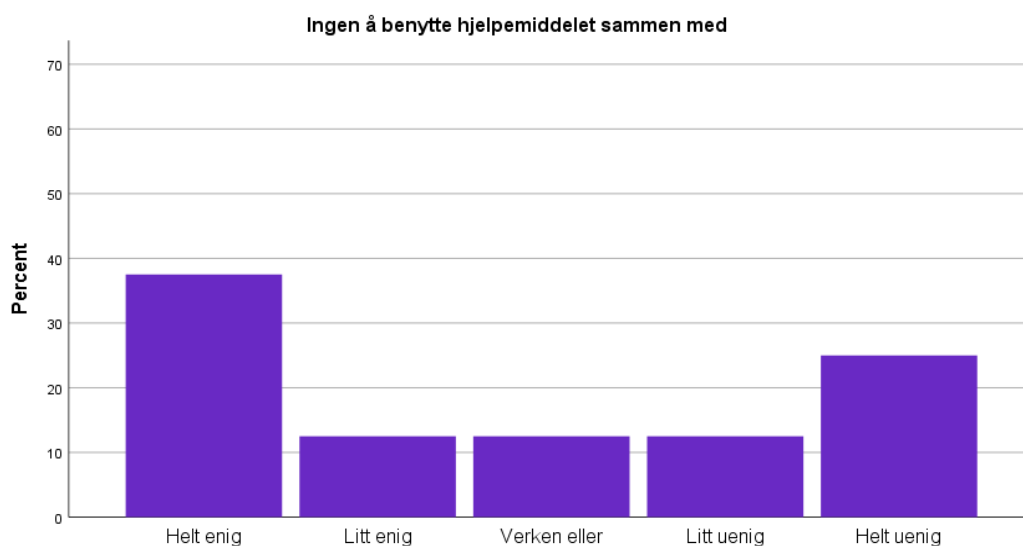
Figur 8.2: Andel AHM som ikke benyttes relatert til for dårlig tilpassing (n=8)

I Figur 8.2 viser søylediagrammet at kun litt over 10% av AHM ikke blir benyttet grunnet dårlig tilpassing. Angående resten av de AHM som ikke benyttes melder informantene om at de er likegyldige eller uenige i at manglende bruk skyldes dette.



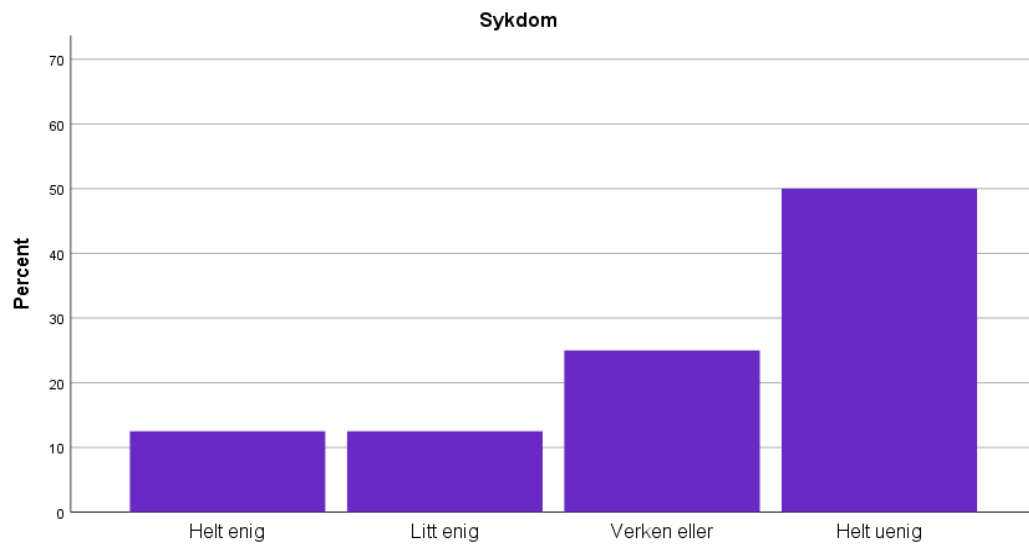
Figur 8.3: Andel AHM som ikke brukes relatert til mangel av tid (n=8)

Figur 8.3 viser at kun 24% av AHM ikke blir benyttet grunnet mangel på tid.



Figur 8.4: Andel AHM som ikke brukes relatert til om man har noen å drive aktivitet sammen med (n=8)

Når det gjelder å ha noen å drive aktivitet sammen med, så ser vi, i Figur 8.4, at cirka 50% av AHM ikke benyttes grunnet mangel på dette.



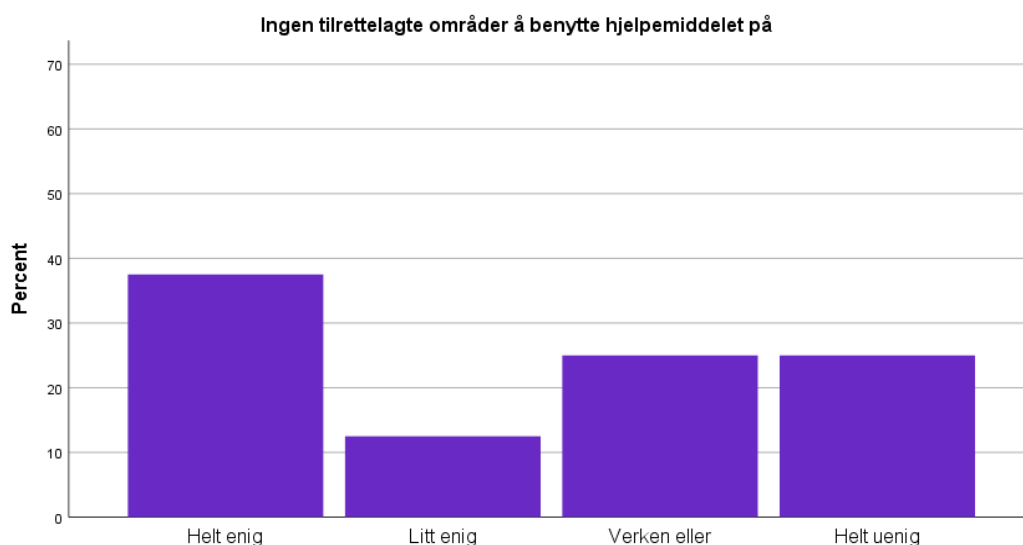
Figur 8.5: Andel AHM som ikke benyttes relatert til sykdom (n=8)

Figur 8.5 viser at 24% av AHM i stor eller liten grad ikke benyttes grunnet sykdom.



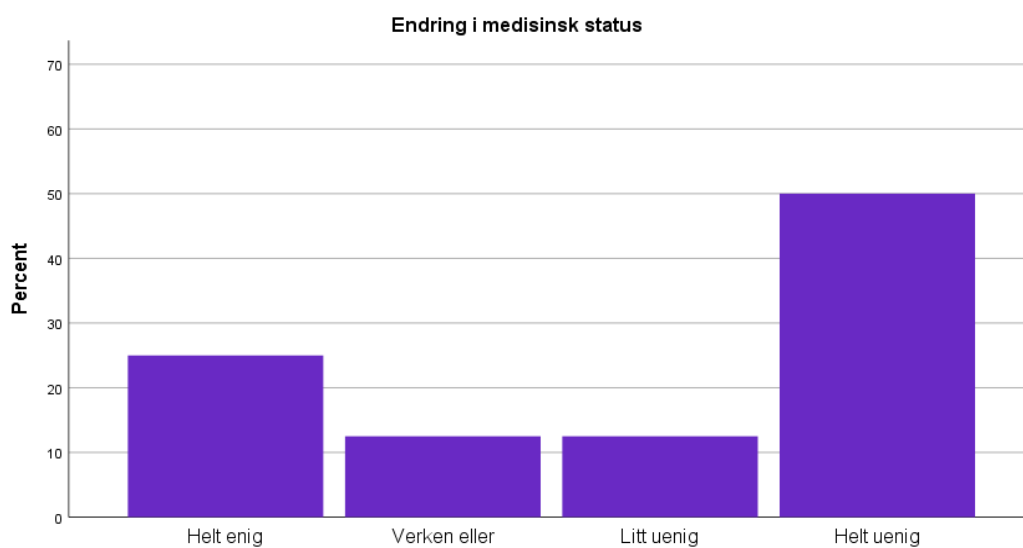
Figur 8.6: Andel AHM som ikke brukes relatert til om hjelpemiddelet virker som det skal (n=8)

I figur 8.6 ser vi at 24% av AHM, helt eller delvis, ikke benyttes grunnet manglende funksjon.



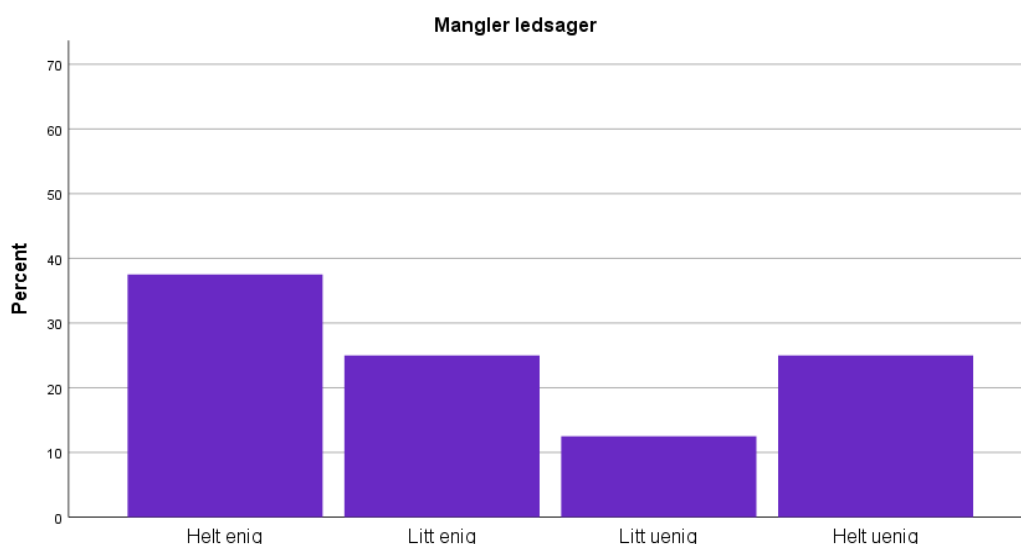
Figur 8.7: Andel AHM som ikke brukes relatert til tilrettelagte områder å benytte AHM på (n=8)

Vi ser i Figur 8.7 at 50% av AHM i stor eller noen grad ikke benyttes grunnet mangel på tilrettelagte områder å benytte aktivitetshjelpemiddelet på.



Figur 8.8: Andel AHM som ikke brukes relatert til endring i medisinsk status (n=8)

Vi ser i Figur 8.8 at det er 24% av AHM som ikke benyttes grunnet endring i medisinsk status.



Figur 8.9: Andel AHM som ikke brukes relatert til mangel på ledsager (n=8)

Når det gjelder mangel på ledsager, ser vi i Figur 8.9, at er det over 60% av AHM som ikke blir benyttet grunnet dette.

For å oppsummere de hemmende faktorene så viser de at mangel på ledsager og mangel på et godt tilrettelagt område å drive aktiviteten på er de viktigste hemmende faktorene.

Jeg har også sett på svarene i fritekstfeltet på spørsmål 13 fra de som ikke har brukt sitt aktivitetshjelpemiddel, samt også sett på de svarene fra spørsmål 11 som omhandlet hemmende faktorer. Dette var 12 svar og som nevnt i kapittel 3.6 Analyse, så ble disse flyttet over sammen med de seks andre. Dermed har 18 svar fra fritekstfeltet blitt kategorisert som hemmende faktorer.

Tabell 13: Kategorisering av svarene fra fritekstfeltet i spørsmål 14, samt overflyttede fra spørsmål 12 om hemmende faktorer for bruk av AHM (n=18)

Kategori	n (%)
Mangler ledsager	3 (16,7)
Ikke tilrettelagt/ikke snø	6 (33,3)
Ikke tilpasset/ødelagt AHM	5 (27,8)
For tungt/vanskelig å bruke	2 (11,1)
Sykdom/skade	2 (11,1)

Som vi ser av svarkategoriene er ikke dette svar som temamessig skiller seg ut fra de lukkede spørsmålene som søylediagrammene representerer. Mangel på snø og tilrettelegging av område å benytte aktivitetshjelpemiddelet på er høyest representert med 33,3%. Deretter følger ødelagt eller ikke tilpasset aktivitetshjelpemiddel med 27,8%. Mangel på ledsager er det 3 av 18 (16,7%) som trekker frem, noe mindre enn vi ser i Figur 8.9. Denne variasjonen kan skyldes at ikke alle kommenterer i frisvarfeltet, som Tabell 13 er basert på.

5.0 Diskusjon

Dette kapittelet er delt i to hovedavsnitt. Det første avsnittet omhandler de metodiske vurderingene som er gjort i studien for å på best mulig måte få de riktige svarene til å belyse problemstillingen. Det andre avsnittet tar for seg funnene i oppgaven og diskuterer disse opp mot annen forskning og litteratur på fagfeltet, presentert i kapittel 2.0 Teoretiske perspektiver.

5.1 Metodediskusjon

For å kunne belyse både intern og ekstern validitet, er det viktig med diskusjon og vurderinger rundt valgt metode. Måten en undersøkelse er gjennomført på vil påvirke tillitten til om resultatene er en god tilnærming til den sanne, underliggende effekten, også kalt intern validitet (Kunnskapssenteret, 2015). I denne oppgaven, der jeg har sett på i hvilken grad aktivitetshjelpemidler blir brukt, og om det er signifikante forskjeller mellom hvor ofte de brukes i forhold til hvor deltakerne bor, hvilket kjønn de har, hvilke aktivitetshjelpemidler de har, om de har behov for ledsager og om de har fått god opplæring, falt valget på gjøre en kvantitativ tverrsnittstudie med surveymetodikk. Med en kvantitativ metode gis det muligheter til å kunne se tendenser eller sammenhenger blant mange informanter. Kvalitative intervjuer av de samme informantene, eller et utvalg av dem, ville kunne gitt større dybde i svarene, men i denne oppgaven var jeg først og fremst ute etter å se hva flertallet svarte.

Et tverrsnittdesign benytter data fra et definert utvalg på ett bestemt tidspunkt.

Surveymetodikken er velegnet når man ønsker flere opplysninger fra hver enkelt informant, der det er snakk om relativt mange informanter (Befring, 2002). Fordelen med en slik studie er at det er relativt rimelig, spesielt når jeg valgte å gjennomføre undersøkelsen som et digitalt postintervju, det gir svar raskt og det er få utfordringer knyttet til manglende data. Det stiller heller ingen store krav til oppfølging utover å purre på de som ikke besvarer ved første henvendelse. Andre fordeler med denne type spørreskjema er at informantene kan svare i sitt eget tempo og når det passer for hen. Det gir også mulighet for absolutt anonymitet (Dalland, 2007). Ulemper med denne typen datainnsamling kan ofte være at det er vanskelig å få høy svarprosent, og slik få et så riktig bilde av tematikken som ønsket. Det er heller ingen som er til stede når informanten svarer og kan sikre at spørsmålene forstås riktig. Det krever også leseferdighet og en viss kognitiv forståelse (ibid.). Derfor ble det presisert at foreldre/foresatte måtte bistå sine barn i å svare på spørreskjemaet. Jeg har heller ikke hatt noen mulighet til å kontrollere om riktig person har besvart spørsmålene, men må gå ut i fra dette, da det også presiseres i informasjonsskrivet. En svakhet med tverrsnittdesign er at man ikke får observert en

utvikling over tid. Slik sett kunne det vært en fordel å samle inn data fra flere tidspunkter for å gjennomføre samme undersøkelse flere ganger. Nå var ønsket med denne studien å se på sammenheng mellom rapportert bruk av aktivitetshjelpemidler og ulike faktorer, blant annet en intervensjon (utprøving, opplæring og søknad på aktivitetshjelpemiddel), og derfor ble denne metoden valgt som den mest hensiktsmessige. Et annet element i valg av metode var hvem jeg ønsket som informanter som kunne besvare min problemstilling og mine forskningsspørsmål. For å få et så stort utvalg som mulig, og slik sett få mest mulig nøyaktige data, måtte jeg se på mulige informanter tilbake i tid. Hvis vi hadde få kandidater å gå ut i fra måtte en annen type design velges sammenlignet med om det var mange. Som nevnt tidligere i oppgaven var populasjonen relativt stor og med håp om en god svarprosent kom jeg fram til at designet og metoden som ble valgt var den beste.

Siden jeg selv utformet spørreskjemaet basert på min problemstilling og mine forskningsspørsmål, kunne jeg være spesifikk i spørsmålsstillingen. Man har ikke mulighet til å gå tilbake til de som har svart å be om forklaring på hva de har svart i en slik undersøkelse, derfor er betydningen av ord og uttrykk i spørsmålene viktige. Det samme gjelder hvilke målestokker informantene blir bedt om å bruke når de svarer (Dalland, 2007). Man vil i et spørreskjema unngå at spørsmålene stilles slik at informantene lar være å svare eller svarer ut i fra egen tankegang. Spørsmålene og svaralternativene må derfor være tydelige og lett forståelige. Samtidig skal svarene bearbeides statistisk og kodes. Det er enda et element som taler for at man er avhengig av standardiserte formuleringer og standardisert rekkefølge på spørsmålene (ibid.). Ved at jeg hadde en referansegruppe som var bredt sammensatt, fikk jeg testet spørreskjemaet grundig før jeg sendte det ut. Etter disse testene gjorde jeg forandringer for å etterkomme nevnte krav til spørreskjema. På spørsmål 11 og 13 der informantene skulle svare på flere utsagn knyttet til samme spørsmål benyttet jeg Cronbachs Alpha for å teste reliabiliteten i spørsmålene. Denne testen benyttes ofte for å sjekke om spørsmålene i rimelig grad måler det samme, noe som i kombinasjon med mange nok oppgaver bidrar til en samlet reliabilitetskoeffisient (Lie i Martinussen, 2010b). Cronbachs Alpha bør være over 0,7 for spørsmål innad i en egenskap eller konstrukt for å vise god reliabilitet (ibid.). På spørsmål 11 og 13 viser Cronbachs Alpha henholdsvis 0,71 og 0,75, noe som viser en valid og reliabel skårverdi med intern konsistens. Jeg har ikke fått inn noen svarskjema med tydelige feilsvar eller manglende svar blant de lukkede svaralternativene. I fritekstfeltene (spørsmål 12 og 14) har en del informanter, spesielt på spørsmål 12 skrevet om grunnen til hvorfor de ikke benytter hjelpemiddelet så ofte i stedet for hvorfor de benytter det. Svarene herfra ble ikke hypotesetestet, men benyttet til å se på hemmende og fremmende faktorer. Disse 12 svarene ble derfor flyttet fra fremmende faktorer og

kategorisert sammen med svarene for hemmende faktorer. Slik sett mener jeg at studien har en god intern validitet. Den er designet til å gi svar på det jeg ønsker å belyse.

Statistisk validitet handler om i hvilken grad man trekker de riktige konklusjonene gjennom de statistiske analysene som gjøres. Det å finne ut om det er grunnlag for en generalisering og hvilke feilmarginer man skal operere med referer til signifikansnivå (Befring, 2002). I denne oppgaven med hypotesetesting går den statistiske validiteten ut på å avklare om det er forskjeller mellom undergrupper i utvalget og å finne ut om disse også er gyldige for populasjonen.

Verifisering eller forkasting av nullhypotesen gjøres på grunnlag av en statistisk vurdering med sannsynlige slutningsfeil. Dette kalles et signifikansnivå. Signifikansnivået angir i hvor stor grad det er sannsynlig at man aksepterer å trekke feil slutning. Det opereres som oftest med et signifikansnivå på 5% i medisinsk og samfunnsvitenskapelig forskning (ibid.). Dette uttrykkes ved å skrive $p < .05$. Det er dette signifikansnivået som er gjeldende i denne oppgaven.

Hypotesetesting, som er gjort i denne oppgaven, vil ikke føre til en absolutt sikker konklusjon, men det vil gi et holdepunkt for å trekke en sannsynlig slutning. Ved hypotesetesting kan man få to typer feil, kalt «type I-» og «type II-feil». Type I-feil innebærer at man forkaster en sann nullhypotese. Det vil si at den hypotesen man har om populasjonen er sann, mens den statistiske testen med bakgrunn i utvalget sier at den ikke er det. En type II-feil betyr at man ikke oppdager at nullhypotesen er feil og forkaster en alternativ hypotese, selv om den viser seg å være riktig (ibid.). En annen faktor å tenke på i forhold til den statistiske validiteten er mitt valg rundt det å dikotomisere en del av målevariablene. Ved å dikotomisere deler man dataene i to grupper og får slik flere data per gruppe, men får også et skille mellom forhøyede verdier og normalverdier.

Utfordringen rundt dikotomisering er å velge rett grenseverdi i forhold til klassifiseringen av informantene i to grupper (Skovlund, 2017). Hvor går et naturlig og allment akseptert skille? Dersom det finnes et naturlig skille, velger man vanligvis dette. Om ikke, er det vanligste å dele ved medianen (ibid.). Fordelen ved å dele ved medianen er at man får like mange i hver gruppe. Man slipper også å prøve seg frem med forskjellige grenseverdier for så å velge den dikotomiseringen som gir det mest overbevisende resultatet og lav p-verdi. Man risikerer da type I-feil ved at man kan overestimere effekten. Siden hyppighet i bruk av aktivitetshjelpemidler er hovedspørsmålet i denne oppgaven, ble informantene spurt om, på en skala fra 1-5 der 1 var daglig, og 5 var sjeldnere enn en gang i måneden, hvor ofte de benyttet hjelpemiddelet. Ved å kjøre deskriptiv statistikk på svarene ble det tydelig at hovedandelen av informantene lå på svarene 1-3. Likevel lå medianen på 3. I tillegg var skillet mellom 3 og 4 (ukentlig versus månedlig) også et naturlig skille, slik at dikotomiseringen her ga seg selv. Ved å dele disse dataene i to kunne alle forskningsspørsmålene som omhandlet hyppighet testes statistisk med

krysstabeller. Dette forenklet analysene og presentasjonen av resultatet. På spørsmålene som omhandlet hemmende og fremmende faktorer var en todeling ikke hensiktsmessig. For det første var midtverdien på skalaen fra 1-5 «verken eller», en verdi som vanskelig lar seg skille naturlig mot enig eller uenig. For det andre var prosentandelen på de ulke svaralternativene både mer interessant og viktig for å kunne diskutere rundt disse påstandene. Derfor ble det kun foretatt deskriptiv analyse av disse spørsmålene.

I en surveyundersøkelse, som denne, er det viktig at det er de personene som har noe å fortelle om problemstillingen som har svart (Dalland, 2007). Derfor er utvalget i denne oppgaven ikke tilfeldig innhentet rent statistisk, som man vanligvis gjør i surveyer. Ved å aktivt rekruttere «de riktige» informantene er det viktig at utvalget blir stort nok for å unngå type II-feil. Man opererer da ofte med at man bør ha et deltakerantall på over 100 personer (Pallant, 2010). Denne oppgaven har et antall personer på 114, som slik sett bør være tilstrekkelig for å sikre statistisk styrke og dermed god statistisk validitet.

Den eksterne validiteten handler om i hvilken grad resultatene er gyldige under andre betingelser og for andre utvalg – altså generaliserbarheten (Pripp, 2018). Undersøkelsen i denne oppgaven er spesifikt knyttet til en intervensjon som skjer på BHSS. Resultatene fra denne studien vil derfor ikke kunne være direkte overførbare til andre. Resultatene vil imidlertid kunne si noe om modellen vi bruker på BHSS og hvor godt den ser ut til å fungere. Slik sett kan vi si noe om modellen bør tas i bruk også hos de andre. For å kunne si om vår modell er mer vellykket enn modellen hos de andre, måtte vi ha gjennomført tilsvarende undersøkelse også hos dem. Resultatene vil med andre ord kun vise virkeligheten for vår populasjon og underbygge viktigheten av å arbeide på den måten vi gjør. Studien er ment å gi viktig informasjon om sammenhengen mellom god opplæring og hyppighet i bruk. Dette funnet er viktig å ta med seg for andre tilsvarende institusjoner, samt NAV Hjelpemiddelsentral, som også jobber innen det samme fagfeltet. Basert på dette mener jeg å ha grunnlag for å si at den eksterne validiteten også er tilfredsstillende.

5.2 Resultatdiskusjon

Denne studien har gitt innsikt i hvordan bruken av aktivitetshjelpemidler har vært etter at brukere som har fått bistand i søknadsprosessen på BHSS har fått utlevert sine aktivitetshjelpemidler. Informantene har gitt tilbakemelding på i hvilken grad de har benyttet hjelpemidlene og besvart ulike grunner for hvorfor de har benyttet/ikke benyttet hjelpemidlene. I lys av dette vil jeg i dette kapittelet diskutere studiens funn opp mot relevant teori og annen forskning på området.

Inndelingen vil i størst mulig grad følge samme inndeling som resultatkapittelet, som følger problemstillingen og forskningsspørsmålene.

5.2.1 Aktivitetshjelpemidler, i hvilken grad blir de brukt?

Problemstillingen tar for seg i hvor stor grad aktivitetshjelpemidlene det er søkt på blir brukt. Som den deskriptive statistikken viser så meldes det om en stor grad av bruk. Det ble returnert besvarte spørreskjema som omhandlet 124 aktivitetshjelpemidler fra de 114 informantene og 111 av disse hjelpemidlene var i bruk. Det vil si at nesten 90% aktivitetshjelpemidlene har blitt benyttet etter utlevering til brukeren. Vi må imidlertid ta med i vår analyse at det var 60 informanter som ikke besvarte spørreskjemaet. Vi vet ikke hva disse ville svart eller hvorfor de har valgt å ikke svare. Svarene fra disse 60 kunne ha påvirket resultatet i en eller annen retning. Frafall vil alltid forekomme i forskning ved at man ikke får data fra en del av deltakerne. Dette er det vanskelig å beskytte seg mot (Mørch i Martinussen et. al., 2010). Det ble derfor gjort en frafallsanalyse som kunne belyse eventuelle forskjeller i gjennomsnittlige skårer. Denne analysen viser at de to gruppene er relativt like. Det er i frafallsgruppa en noe lavere medianalder, 16,5 år mot 28 år. Det er i begge gruppene litt over halvparten som er kvinner og de er geografisk bosatt hovedsakelig i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Når det gjelder type aktivitetshjelpemidler, så er dette også relativt jevnt fordelt, med unntak av sitski alpint (Tabell 1). Hvis vi ser dette opp mot Tabell 7, som viser hyppighet i bruk av de ulike aktivitetshjelpemidlene, ser vi at dette er det hjelpemiddelet som benyttes sjeldnest. Min erfaring fra over 15 år på Beitostølen Helsesportsenter sier også at de yngste brukerne trenger ledsager og assistanse oftere enn de eldre. Tabell 8 viser at de som har aktivitetshjelpemidler der det er behov for ledsager, benytter sitt hjelpemiddel sjeldnere enn de som ikke har behov for ledsager. Når vi da ser at frafallsgruppa er yngre og har en større andel hjelpemidler der det er behov for ledsager kan man tenke at det i frafallsgruppa er mindre bruk av aktivitetshjelpemidlene enn i informantgruppa. Forskjellene er imidlertid ikke større enn at man kan regne informantene som et representativt utvalg og konkludere med stor grad av bruk.

Når vi ser på hvor ofte aktivitetshjelpemidlene benyttes finner vi i Tabell 3 at 55% av hjelpemidlene benyttes ukentlig eller oftere. Hele 82% er benyttet månedlig eller oftere. Vi kan derfor konkludere med at aktivitetshjelpemidlene blir brukt og de blir brukt relativt jevnlig. Dermed er det lagt et grunnlag for økt mulighet til fysisk aktivitet, deltakelse på lik linje med andre, samt å komme seg ut og få positive opplevelser slik informantene i Bergems (2012) forskning påpeker. Hva denne store graden av bruk skyldes, eller hvorfor de som ikke benytter

hjelpemiddelet ikke gjør det det ser jeg nærmere på senere i diskusjonen der fremmende og hemmende faktorer diskuteres. Jeg kan med bakgrunn i dette mene at det arbeidet som legges ned i utprøving og søknadsprosesser på BHSS ser ut til å være godt. Det er viktig i prosessen å være kritisk med tanke på om hjelpemidlene blir benyttet slik brukeren har som mål, og om det er lagt til rette for god grad av benyttelse lokalt. Lover og retningslinjer rundt søknadsvurderingene presiserer at målet med bruken og brukerens behov skal tydeliggjøres. Bruker og fagperson skal sammen gjøre en kritisk vurdering av nytteverdien av utstyret. Kartlegging av hvordan det skal brukes og om brukeren har behov for hjelp og bistand i bruken er også viktige element i denne vurderingen (Rikstrygdeverket, 1997). I rapporten til Oslo Economics (2020) trekkes viktigheten av å kunne prøve ut aktivitetshjelpemidler over tid i et så realistisk miljø som mulig frem som en suksessfaktor. Forskningen som er bakgrunnen for dette er gjort av Pedersen (2020) gjennom sitt doktorgradsarbeid. Hun presiserer at på denne måten er det lettere for brukeren å kunne identifisere muligheter og begrensninger i bruken og slik danne seg et mer realistisk bilde av sitt eget behov (ibid.).

5.2.2 Forskjell i hvilken grad aktivitetshjelpemidlene blir brukt i forhold til om man er over eller under 26 år

Som nevnt er det to ulike regelverk for om du er over eller under 26 år og skal søke om aktivitetshjelpemiddel. I denne oppgaven har jeg forsøkt å se på om dette utgjør en forskjell også i bruk av hjelpemidlene. Krysstabellanalysen (Tabell 5) viser at aktivitetshjelpemidlene som brukes av de over 26 år blir hyppigere brukt enn for gruppen under 26 år, men forskjellen er ikke statistisk signifikant. Hvis vi ser på den kliniske verdien, som for BHSS sin del viser at de aktivitetshjelpemidlene vi søker på til de over 26 år i stor grad blir brukt ofte, så er det gledelige tall. Dette er aktivitetshjelpemidler som betales av en pott med en viss sum penger og som de siste 3 årene har gått tom tidlig i budsjettåret. Hvis skåren for bruk hos de over 26 år hadde vært lav, både på benyttelse og hvor ofte det ble benyttet, måtte vi gått tilbake og sett på prosedyrer og retningslinjer i prosessen, da dette hadde bidratt til dårlig samfunnsøkonomi.

Hos brukerne av aktivitetshjelpemidler under 26 år, så er skåren på bruk, ofte og sjelden, relativt jevn. I denne gruppa er en stor del barn. Selv om barn i størst mulig grad skal være med i bestemmelser rundt seg selv og sin aktivitet, blir de endelige avgjørelsene ofte tatt av voksenpersonene rundt barnet. I dybdeintervju med barn som bruker aktivitetshjelpemidler fant Gjessing (2014) at barna ga uttrykk for å ikke ha vært veldig deltakende i spørsmål om det skulle søkes på aktivitetshjelpemidler, eller hva slags aktivitetshjelpemiddel det eventuelt skulle søkes

på. For å skape engasjement og aktivitet hos barn, mener jeg det er viktig å innlemme barnene selv i prosessen. Dette støttes også av Nyquist (2012) der hun påpeker at barnene selv opplever det som viktig å bli involvert i utprøvinger av nye aktiviteter som helst skal bli en aktivitet som gjøres jevnlig. Barn ønsker å bli hørt og oppleve at de selv er en viktig ressurs i prosessen med å prøve ut nye aktiviteter og aktivitetshjelpemidler (ibid.).

5.2.3 Sammenheng mellom kjønn, type hjelpemiddel, behov for ledsager, samt geografiske forhold og grad av bruk av aktivitetshjelpemidler

Når det gjelder forskjeller i bruk av aktivitetshjelpemidler knyttet til kjønn viser funnene i denne studien at det ikke er en signifikant forskjell (Tabell 6). Vi kan dermed med rimelig grad av sikkerhet si at om du er mann/gutt eller kvinne/jente ikke har noen betydning for om du benytter aktivitetshjelpemiddelet ditt eller ikke. Sett opp mot Statistisk Sentralbyrå sin Levekårsundersøkelse fra 2009 (nyeste), viser denne at kvinner i Norge så vidt er noe mer aktive enn menn (Statistisk Sentralbyrå, 2009a). Så for befolkningen generelt så er det ikke kjønnsavhengig om man er aktive eller ikke. Dette sammenfaller også med tidligere forskning på aktivitet hos mennesker med fysiske funksjonsnedsettelse (Sæbu, 2011).

I analysen som ser på hyppighet i forhold til hvilken type aktivitetshjelpemiddel man har ser vi en signifikant forskjell. Hvis vi ser på sitski alpint, så rapporterer alle at de benytter dette sjelden. Basert på det vi vet om sittende alpint gjennom mange år på BHSS, kan vi si at dette er en aktivitet som krever mye trening for å mestre alene. De aller fleste er i starten avhengig av en ledsager til å bistå. Ikke bare i aktiviteten, men også til og fra. Det enkleste er å lære seg å kjøre sitski ned bakken. De store utfordringene ligger i å komme seg til bakken, for eksempel fra parkeringsplassen og bort til skiheisen. Sitskikjørere er ofte rullestolbrukere og det å frakte seg selv og sitski fra en bil og bort til bakken er utfordrende. Det å komme seg fra rullestol og over i en sitski er også utfordrende. Først når man er på plass i sitskia er det klart for å ta heisen opp til toppen av bakken for å kjøre ned. For veldig mange er heisen også en baug, spesielt stolheis. Tidsaspektet i søknadsprosessen er også en viktig faktor, som gjelder alle hjelpemidler. Fra vi sender inn en søknad til NAV kan det erfaringsmessig gå fra to uker til 3 måneder før brukeren får utlevert hjelpemiddelet sitt. Det vil si at når det gjelder sittende alpint, kan vinteren være over før sitskien blir utlevert. Da må man begynne så å si helt på nytt med opplæring igjen vinteren etter. Hovedutfordringen da er at man er «alene». Den første opplæringen skjedde på BHSS, der fagpersoner var med i hver økt. Disse fagpersonene følger ikke med hjelpemiddelet hjem. Hvis man er barn eller ungdom i vekst, så kan det også hende at man har rukket å vokse ut av sitskia

før man har fått tatt den i bruk. Da må man igjennom en søknadsprosess for å få byttet hjelpemiddel. Vi ser også litt samme tendens i sitski langrenn, eller langrennspigging som aktiviteten heter. Her er det delt 60-40 mellom sjelden og ofte bruk av piggekjelken. Langrennspigging er også en aktivitet som ofte krever litt planlegging og bistand fra andre. I likhet med sitski alpint, så sitter også langrennspiggere ofte i rullestol, med samme utfordringen om å frakte seg selv og utstyr til egnede løyper og områder å bedrive aktiviteten. I tillegg er de fleste lysløypene i Norge lagd for å være utfordrende nok for de beste gående langrennsløperne, noe som gjør det vanskelig for de som pigger i en sitski for langrenn. Både sitski alpint og sitski langrenn krever en nøyaktig og god tilpassing av aktivitetshjelpemiddelet i forhold til kroppen til den som skal benytte dem. Hvis man sitter løst eller feil fører dette til at mye krefter forsvinner i løse lufta og man finner ikke balansen. Dette fører til lite mestring og dårlige opplevelser. Begge disse aktivitetene er også fysisk og teknisk krevende, og fordrer at de gjøres hyppig for å bevare teknikk og styrke. De krever også snø. I sitt masterstudie finner Gjessing (2014) at ingen av hennes informanter, som var barn, benyttet aktivitetshjelpemidler til bruk på snø uten at voksne ledsaget dem eller var i nærheten. Det at disse aktivitetshjelpemidlene ofte fordrer ledsager i starten av opplæringsperioden, kan nok være en viktig faktor som påvirker hyppigheten i bruk.

Et aktivitetshjelpemiddel som ikke krever like mye teknikk og styrke, ei heller snø, er spesialsykler. Her ser vi også at bruken er vesentlig hyppigere. En sykkel er i all hovedsak stillbar og kan justeres ut i fra brukerens vekstutvikling. Trehjulssyklene i studien har hatt enten armdrift eller beindrift. Her rapporteres det om hyppig bruk. Nesten tre fjerdedeler av informantene har rapportert at de benytter syklene ofte. Når det gjelder barn og unge ser vi at det å sykle er en del av en identitet. Mange av barna vi har på BHSS uttrykker under utprøving at de gleder seg til å sykle med vennene sine. Med spesialsykler, som oftest har motor og er stødige, opplever de også at de ikke blir etter vennene sine, men deltar i aktiviteten på lik linje. Sykling er ofte også en aktivitet som ikke er organisert. «Alle» sykler og det gjør presset om å være god mindre. Det samme støtter forskningen til Løvgren (2009) opp under. Hun fant at flere av hennes informanter følte seg mer bekvem med aktiviteter som ikke var organiserte. Da slapp de å føle seg lite inkludert eller utenfor. En sykkel er også ofte lett å kunne benytte uten å måtte frakte den først. Det å sette seg på sykkelen hjemme, rett utenfor egen bolig, å sykle av gårde, gjør aktiviteten lett tilgjengelig. Syklene krever ofte også mindre tilpassing for å fungere på en god måte. Når det gjelder tandemsykkel, som i funksjon av å være en sykkel for to, krever ledsager for å benyttes, ser vi også at de i mest grad benyttes ofte. Utover at de krever en pilot sammen med brukeren, så er dette hjelpemidler som det er lite tilpassinger og justeringer på og er derfor enkle i bruk. Det samme gjelder spesialstoler og rullestolfronter. De er forholdsvis enkle i

tilpassing og bruk, og vi ser i Tabell 7 at hovedandelen rapporterer om ofte bruk. Spesialstoler er ofte knyttet til en idrett eller aktivitet, som rullestolbasket eller el-innebandy. Her er det allerede etablerte miljø som er trygge og inkluderende, og som gir mulighet for både sosial og fysisk mestring. Før vi søker på disse aktivitetshjelpemidlene kartlegger vi om det finnes eksisterende miljø for denne type aktivitet i brukerens nærmiljø. Er man eneste rullestolbruker i en liten kommune på Helgelandskysten er det lite sannsynlig at man begynner med rullestolkrevende lagidrett. I de tilfellene anbefaler vi å finne noe annet i stedet. Ved at man allerede har et fungerende tilbud oppe å gå er suksessfaktoren mye høyere for å komme i gang med ønsket aktivitet når man får hjelpemiddelet utdelt.

Sett i et ICF-perspektiv så vil en person her, gjennom en miljøfaktor (aktivitetshjelpemiddel), være fysisk aktiv i en sosial setting som krever et engasjement. Vi får tydeliggjort, som ICF-modellen sier, at det ikke er en årsak-virkning-sammenheng mellom kroppens funksjon og det å delta (World Health Organization, 2001). Deltakelse handler i bunn og grunn om å kunne være en kvalifisert deltaker i de kontekstene og fellesskapene livet byr på.

I analysen for Tabell 7 ble behov for ledsager trukket frem som en faktor som kan påvirke bruken av aktivitetshjelpemidler. I Tabell 8 ser vi på nettopp dette. Vi ser at det er en klar tendens for at aktivitetshjelpemidlene som benyttes uten ledsager blir brukt oftere enn de som fordrer ledsager. Gjessing (2014) finner i sin forskning at det å ha hjelpebehov ofte fører til begrenset mulighet til å utøve aktivitet, samt at flere av dem som trengte assistanse uttrykte ønske om å bruke aktivitetshjelpemiddelet oftere. Coster & Khetani (2008) konkluderer også med at man for å kunne delta, i tillegg til å være avhengig av en vilje, trenger de rette hjelpemidlene og at andre hjelper til og tilrettelegger når det trengs. For de som har behov for ledsager er det altså ikke nok å ha lyst til å være aktiv selv, man er også avhengig av en ledsager med samme lyst.

For å kunne benytte et aktivitetshjelpemiddel på en god og hensiktsmessig måte er man avhengig av god opplæring i bruk av sitt hjelpemiddel. Det var derfor interessant å se dette opp mot hvor hyppig hjelpemidlene ble benyttet. I Tabell 9 ser vi for det første at 99 av 111 (cirka 89%) har svart at de har fått god opplæring på BHSS, noe som i seg selv er et gledelig funn. Når vi ser på hyppigheten, så ser vi at gruppen som svarte at de benyttet hjelpemidlene sine ofte, er noe, men ikke signifikant større enn de som rapporterte om sjelden bruk. Vi ser at det i kategorien med informanter som er uenige i at de fikk god opplæring, så vidt er flere som har benyttet hjelpemiddelet sitt sjelden enn ofte. Vi kan derfor heller ikke konkludere med at dårlig opplæring statistisk sett fører til lite bruk. I Oslo Economics (2020) sin rapport der de evaluerer

hjelpepiddelordningen for de over 26 år, trekkes ikke opplæring fram som en viktig faktor. De intervjuede informantene her trekker fram manglende tilpassing og utprøving av aktivitetshjelpepiddelene som de to store grunnene til lite eller ingen bruk. Dette er faktorer jeg ser nærmere på i kapitlene om hemmende og fremmende faktorer senere i oppgaven.

I Tabell 10 har jeg sett på om hyppigheten i bruk har noen sammenheng med hvilken helseregion man bor. Den statistiske analysen viser ingen signifikant forskjell. I tabellen ser vi at informantene bosatt i Helse Vest rapporterer om sjeldnest bruk. I alle de andre regionene benyttes aktivitetshjelpepiddelene mer ofte enn sjelden. Jeg har ikke funnet noe annen forskning som har sett på bruk og geografi som jeg kan sammenligne mine resultater med. Hvis vi, som en kuriositet, derimot ser på Levekårsundersøkelsen fra 1997-2007 (Statistisk Sentralbyrå, 2009b) ser vi en tendens om at det var innbyggerne på Sør-Østlandet som var mest aktive, mens vestlendingene var minst aktive.

5.2.4 Bruk og sosial deltakelse

Når det kommer til aktivitet alene eller sammen med andre er dette et todelt spørsmål som denne analysen ikke tar høyde for. Man kan benytte aktivitetshjelpepiddelene sammen med andre for at man er del av et fellesskap som gjør aktivitet sammen eller man kan være avhengig av ledsager og slik sett benytte hjelpepiddelene sammen med andre. Vi ser i Figur 6 at under 25% svarer at de benytter hjelpepiddelene alene eller stort sett alene. Med andre ord så kan vi si at de aller fleste av informantene (>75%) er sammen med en eller flere når de er aktive med sitt aktivitetshjelpepiddel. Hvis vi ser dette resultatet opp mot Tabell 8, der behov for ledsager er analysert og som viser vi at under 20% av informantene har rapportert om behov for ledsager i benyttelse av aktivitetshjelpepiddelene, kan vi si at *sammen med andre* i denne analysen stort sett dreier seg om deltakelse i en type aktivitetsfellesskap. Dette bygger opp under funnene til Bergem (2012) og Pedersen (2019b) om at aktivitetshjelpepidler gir brukerne økte muligheter for fysisk aktivitet, samt også større mulighet til å delta i vanlige, verdsatte aktiviteter. Dette kan gi mulighet til en forbedret sosial funksjon og status blant andre. Imms (2020) deler deltakelse i tilstedeværelse og involvering. Analysen av Figur 6 skiller ikke mellom disse, men er en sum av begge. Vi kan derfor ikke si noe om graden av deltakelse og videre ei heller da kunne utdype forståelsen av informantenes erfaringer eller evaluere effekten av de intervensjonene som er gjort. Dette viser noe av kompleksiteten i skillet mellom aktivitet og deltakelse. WHO (2001) uttaler også at dette er et vanskelig skille og lar det i ICF være opp til den enkelte å skille mellom aktivitet og deltakelse ut i fra en liste med kategorier (ibid.). I ICF kan aktivitetshjelpepiddelene

ses på som en kapasitetsmodifikator, som gjør øker brukerens evne til å være fysisk aktiv. Kapasitetsmodifikatoren kan kun brukes om aktivitet, derfor operer ICF også med en utførelsesmodifikator, som beskriver hva brukeren kan utrette. Her inkluderes også miljøfaktorer og slik sett aktivitetshjelpemidler. Hjelpemiddelet fjerner ikke funksjonsavviket, men aktivitetsbegrensningene slik at man kan delta i aktivitet (ibid.).

5.2.5 Fremmende faktorer

Fremmende faktorer for bruk av aktivitetshjelpemidler kan i noen grad tolkes ut i fra resultatene beskrevet i kapittel 4 med underpunkter. For å gå noe dypere inn i spørsmålet om hva som kan fremme bruk, har jeg valgt å se på de lukkede svarene fra spørsmål 11, samt kommentarene fra de 62 deltakerne som omhandler fremmende faktorer, skrevet i frsvarfeltet på spørsmål 12.

I Figur 7.1 ser vi at langt over 75% sa seg enig i å være motivert for aktiviteten de benytter hjelpemiddelet sitt i. Når vi ser dette opp mot hvor hyppig de samme benyttet hjelpemiddelet sitt, i Tabell 11, ser vi at det er statistisk signifikans som indikerer at motivasjon i aktivitet er en fremmende faktor for hyppig bruk av aktivitetshjelpemidler. Dette samsvarer med det Sæbu (2011) fant i sin studie, at det er en stor sammenheng mellom høy motivasjon og hyppig aktivitet. Motivasjonen for aktivitet kan ha ulike bakgrunn. Man kan være motivert for å være sosial, komme i bedre form, bli bedre i aktiviteten eller rett og slett for at aktiviteten er morsom i seg selv. Gjessing (2014) intervjuet barn som brukte aktivitetshjelpemiddel om motivasjon, og de trakk blant annet fram at det å komme i bedre form, få mer overskudd i hverdagen, være med venner og utveksle erfaringer var motiverende faktorer for å delta i aktivitet.

Figur 7.2 viser at over 80% var enige i at de hadde fått god opplæring i bruk av hjelpemiddelet på Beitostølen Helse- og idrettsenter. Tabell 11 viser imidlertid ikke en signifikant sammenheng mellom god opplæring og hvor ofte man benytter hjelpemiddelet. Dette sier ikke noe om viktigheten av god opplæring, kun at vi ikke kan konkludere med at det er en fremmende faktor. Vi vet fra tidligere forskning at en god opplæring i bruk av aktivitetshjelpemidler er viktig. Både Bergem (2018) og Pedersen (2020) konkluderer i sine studier med at god opplæring, med utprøving i hjelpemiddelets rette miljø er viktig for å øke graden av suksess ved bruk av hjelpemiddelet. Dette tas også opp i evalueringsrapporten fra Oslo Economics (2020) der de poengterer viktigheten av å få prøve ut hjelpemiddelet i et naturlig miljø som en del av opplæringen.

Etter at et aktivitetshjelpemiddel er levert til brukeren er det et kommunalt ansvar å sørge for videre opplæring og tilpassing (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Figur 7.3 og 7.4 viser at

informantene i stor grad ikke har fått slik bistand. I tabell 11 ser vi at det ikke kan påvises en signifikant sammenheng mellom dette og hvor ofte aktivitetshjelpemidlene ble benyttet. Det at så mange svarer at de ikke har fått bistand lokalt etter utdeling av hjelpemidlene, kan også skyldes at de ikke har hatt behov for slik bistand. Mange av aktivitetshjelpemidlene leveres ferdig innstilt fra leverandør etter mål av brukeren, eller er enkle å stille inn selv. Spesialsykler er ofte like enkle å justere som vanlige sykler, noe veldig mange mestrer selv. Likevel har vi erfart på BHSS at brukere kommer på opphold med aktivitetshjelpemidler som fortsatt er pakket inn i papp eller plast og ikke er montert eller tilpasset, og følgelig ikke brukt. Så manglende kommunal oppfølging bidrar erfaringsvis til mindre bruk av hjelpemidler. Jeg kommer nærmere inn på dette der jeg ser på hemmende faktorer.

Alle som driver aktivitet i en eller annen form har erfart viktigheten av at det er tilrettelagt for den aktiviteten som skal gjøres der den bedrives. Tidligere forskning gjort på aktivitet for mennesker med funksjonsnedsettelse viser at dette er spesielt viktig hvis man er avhengig av et hjelpemiddel enten i bruk under aktiviteten eller for å komme seg til området aktiviteten skal bedrives (Saebu & Sørensen, 2011). Ginis (2012) fant også at tilrettelegging og tilgjengelighet, som hun kaller «systemfaktorer» er viktige faktorer for å påvirke graden av økt deltakelse i fysisk aktivitet. I figur 7.5 ser vi at hovedvekten av svarene ligger på enighetssiden vedrørende om de har et godt tilrettelagt område å benytte aktivitetshjelpemiddelet på. Hvis vi ser på analysen i Tabell 11, ser vi at det er en signifikant sammenheng mellom hvor hyppig hjelpemiddelet benyttes og om området det skal benyttes på er godt tilrettelagt. Vi kan derfor si at et godt tilrettelagt område er en vesentlig fremmende faktor for hyppig bruk av aktivitetshjelpemidler.

For å være fysisk aktiv må man kunne sette av tid til å være det. Brukere av aktivitets-hjelpemidler trenger ofte mer tid enn oss som bare kan snøre på oss joggeskoene eller spenne for skiene. Noen aktivitetshjelpemidler, som en del sykler, kan man bare sette seg på å starte aktiviteten med en gang, mens på andre hjelpemidler er det ofte reimer som skal festes, stag som skal justeres og det kan være utfordrende å frakte både seg selv og hjelpemiddelet til et egnet område. Figur 7.6 viser at over 60% av informantene svarte at de hadde god tid til å bruke aktivitetshjelpemiddelet. Vi ser disse svarene opp mot hvor hyppig de har svart at de bruker hjelpemiddelet (Tabell 11) finner vi en statistisk signifikans som forteller oss at god tid har en sammenheng med hvor ofte man får benyttet hjelpemiddelet.

I Tabell 12 har jeg kategorisert kommentarene informantene har skrevet om hvorfor de benytter sitt aktivitetshjelpemiddel. Her ser vi at det viktigste for dem å presisere er at de kommer i bedre

form både fysisk og psykisk ved å kunne være aktive. Det å komme seg ut og å få frisk luft er den nest viktigste faktoren. I tabell 14 er noen eksempler på kommentarer innen de ulike kategoriene. Vi ser i kategorien for «Bedre form» at dette omhandler både det å trene for å øke den fysiske kapasiteten, men også vedlikeholdstrening eller å holde sykdommen i sjakk. I kombinasjonskategorien ser vi også at det å holde seg i god form er viktig. Det å trene/være i aktivitet for å holde seg i form eller god form gjenspeiler befolkningen for øvrig. Det er den største faktoren det meldes om også i Levekårsundersøkelsen (Statistisk sentralbyrå, 2017). Det er slik sett ikke noen forskjeller mellom personer med og personer uten fysisk funksjonsnedsettelse. Vi kan si at «folk er folk».

I tillegg til kommentarene i tabellen har jeg lyst til å trekke fram et par andre kommentarer som summerer opp mye rundt fremmende faktorer for bruk av aktivitetshjelpemidler.

- *«Jeg bruker piggekjelken jevnlig så sant det er snø og føret tillater det. Jeg benytter den til trening, samt sosialt samvær utendørs med andre. Uten piggekjelken hadde jeg ikke fått samme gleden av vinteren.»*
- *«Jeg var mye ute og syklet før jeg fikk min diagnose, så det er deilig å fortsatt kunne være ute og sykle, selv om jeg har havnet i rullestol.»*

Det handler om aktivitetsglede. Det å selv kunne bestemme hva man skal gjøre når man vil gjøre det. Det å være leder i eget liv. Det å være en likeverdig del av et fellesskap. I en sykkelgruppe er man en syklist. I en alpingruppe er man en alpinist. Som Pedersen (2019a) også skriver, man kan endre identitet fra en person med funksjonsnedsettelse til en utøver av en aktivitet.

Da det ikke er gjennomført noen kvalitativ analyse av frisvarstekstene, har jeg valgt å bare kategorisere dem i Tabell 14 og bruke dem som supplerende diskusjonsgrunnlag.

Tabell 14: Eksempler på kommentarer innenfor de fremmende kategoriene

Kategori	Kommentar
Gøy/moro	Veldig kjekt å sykle
	Det er moro
	Jeg liker å sykle
	Hjelper på humør og stress
Sosialt med venner/familie	Familien kommer seg på tur sammen
	Kan være med familien på sykkelstur uten at alle må vente på meg
	Være sosial sammen med mannen min, voksne barn og mine små barnebarn
	Sykkelen gjør det mulig for foreldre og barn å forflytte seg trygt sammen
Bedre form	For å holde kroppen i form
	Holde beinfunksjonen ved like
	Holde diagnosen i nakken
	Fin kondisjonstrening
Frisk luft, komme seg ut	Kommer meg ut i vinterhalvåret
	Jeg kommer meg ut i frisk luft
	Får meg ut i friluft sammen med andre og føler med inkludert i aktiviteter
	Kommer meg mer ut
Skole	Krav fra skolen om at barna må sykle
	Barna benytter syklene til og fra skolen
Kombinasjon av ovennevnte	Viktig å holde seg i form, være med familien på skitur og få frisk luft
	Holde seg i form, være med på lagidrett, livskvalitet
	Elsker å være ute og trives med å trene
	Fysisk og psykisk forebygging, komme meg ut i skog og mark, besøke venner

For å oppsummere de fremmende faktorene så er det en betydelig sammenheng mellom hvor ofte aktivitetshjelpemidler blir brukt og hvor god tid man har til å bruke det, hvor godt tilrettelagt det er for å bruke det og hvor motivert man er for å bruke det. Samtidig ser vi at informantene i denne studien, som alle benytter aktivitetshjelpemiddelet sitt til en viss grad, er enige i at de har fått god opplæring i bruk av hjelpemiddelet. Basert på dette og allerede nevnt forskning innenfor samme område kan vi si at en god opplæring er en fremmende faktor for om aktivitetshjelpemiddelet blir brukt i det hele tatt.

5.2.6 Hemmende faktorer

Når det gjelder hemmende faktorer har jeg langt færre svar å gå ut i fra. Det er 13 informanter som ikke har benyttet aktivitetshjelpemiddelet etter søknad fra BHSS. Fem av disse fikk ikke innvilget sin søknad. De resterende åtte informantene danner derfor svargrunnlaget for svarene på spørsmål 13 som danner grunnlaget for resultatene presentert i kapittel 4.3.2. Antall informanter som legges til grunn i analysene på hemmende faktorer er så få at de ikke vil kunne brukes statistisk. Teori som omhandler de samme temaene som i kapitlet om fremmende faktorer blir ikke presentert på nytt i dette kapitlet.

På spørsmålet om motivasjon (Figur 8.1) er informantene uenige i at manglende motivasjon er grunnen til at de ikke har benyttet aktivitetshjelpemidlene. Vi kan derfor ikke si at det er manglende motivasjon som er den hemmende faktoren for manglende bruk i denne studien.

På spørsmålet om hjelpemiddelet er for dårlig tilpasset (Figur 8.2) ser vi at det er en informant som har sagt seg helt enig i at det er grunn til manglende bruk. Resten av gruppa med informanter sier i stor grad at det ikke er grunnen til at hjelpemiddelet ikke har blitt brukt. Den ene informanten har kommentert dette med: «*Vi strever med å gjøre ferdig monteringen av bremsene på sykkel.*» Montering av bremsen på en sykkel bør være en enkel sak å løse, slik at man kunne kommet seg i aktivitet. Her ser vi et godt eksempel på en case som kan skyldes manglende informasjon og/eller dårlig samhandling. Bergem (2020) fant i sin studie at mange fysio- og ergoterapeuter i kommunen var usikre på hva som var deres oppgaver og hvor langt oppfølgingsansvaret gikk. De uttrykte også selv at de av og til ikke føler seg kompetente til jobben og hadde behov for bistand, enten fra NAV Hjelpemiddelsentral eller leverandører. Flere av terapeutene erfarte også mangelfull dialog i forbindelse med utlevering av aktivitets-hjelpemidler og kunne fortelle om farlige hendelser som følge av mangelfull tilpassing eller montering. Representanter fra NAV Hjelpemiddelsentral uttrykte på sin side at de ikke trodde alle terapeuter er godt nok kjent med det oppfølgingsansvaret de har (ibid.).

Figur 8.3 viser i stor grad at det ikke skyldes for liten tid at hjelpemiddelet ikke har blitt benyttet. Tid som vi så var en fremmede faktor blir dermed ikke trukket fram som en hemmende faktor.

Det å ikke ha noen å drive aktivitet sammen med ser vi i Figur 8.4 at nesten 50% er enig i og 12% verken eller. Hvis vi ser dette opp mot Figur 6, som viser at over 75% av de som har brukt aktivitetshjelpemidlene sine stort sett gjør det sammen med andre, kan vi lage følgende logiske resonnement:

A: De fleste som bruker aktivitetshjelpemidler gjør det sammen med andre.

B: De fleste som ikke har brukt aktivitetshjelpemidlene sine har ingen å være aktive sammen med.

C: Hvis man har noen å drive aktivitet sammen med er sjansene større for at man får brukt aktivitetshjelpemiddelet sitt enn hvis man ikke har noen å drive aktivitet sammen med.

Ergo er mangel på noen å drive aktivitet sammen med en hemmende faktor.

Halvparten er uenig i at manglende bruk skyldes sykdom. Vi kan derfor ikke konkludere med at sykdom er en hemmende faktor for informantene i denne studien. På generell basis kan vi vel si at sykdom er en hemmende faktor for all aktivitet, gitt at vi av helsemessige årsaker skal være forsiktige med fysisk aktivitet under sykdom (Lein, 2017).

Det at hjelpemiddelet ikke fungerer som det skal rapporteres heller ikke av informanten som en entydig hemmende faktor for manglende bruk av aktivitetshjelpemidlene. Det er én som har sagt seg helt enig. Det er samme informant som ble omtalt tidligere med manglende bremses.

Halvparten er uenig i denne påstanden. På generell basis er et ikke fungerende hjelpemiddel en hemmende faktor. Bergem (2020) viser også til dette når han omtaler samhandlingen mellom bruker, NAV Hjelpemiddelsentral og førstelinjetjenesten, der manglende samhandling og kompetanse går ut over brukeren som ikke får vært aktiv da hen har et aktivitetshjelpemiddel som ikke virker. Evalueringsrapporten til Oslo Economics (2020) tar også opp dette og kommer med forslag om at det bør vurderes å etablere sjekklister eller annen enkel informasjonsformidling slik at ikke bruker og kommunens representant glemmer viktige forutsetninger for egnet bruk av aktivitetshjelpemidler.

Gode tilrettelagte områder for å bruke aktivitetshjelpemidlene på ble trukket fram som en fremmede faktor i forrige kapittel. Ergo kan vi kanskje si at mangel på sådanne områder bør være en hemmende faktor. Hvis vi ser på Figur 8.7 så er under 25% uenige i dette. I kommentarene skriver tre av informantene at mangel på snø er grunnen til at aktivitetshjelpemidlene ikke har blitt benyttet. Et område kan jo være godt tilrettelagt selv om det ikke er snø. Da er det snømangel som er grunnen ikke mangelfull tilrettelegging. Tidligere forskning (Nyquist, 2012) (Saebu & Sørensen, 2011) som er gjort på aktivitet for mennesker med fysiske funksjonsnedsettelse, har i stor grad vist at mangel på tilrettelegging av områder eller ikke universelt utformet område helt klart er en hemmende faktor for aktivitet. Hvis vi ser på Tabell 13 og kategoriseringen av kommentarene som omhandler hemmende faktorer er manglende tilrettelegging/mangel på snø den største kategorien.

Endring i medisinsk status kan på generell basis være en medvirkende årsak til at aktivitetshjelpemidler ikke blir benyttet. Den ene informanten som har sagt seg helt enig i dette skriver at hen har fått en hofte ut av ledd og har måttet operere. For vedkommende har dette helt klart vært en hemmende faktor, men over halvparten av informantene svarer at de er uenige i at dette er grunnen.

Det å mangle ledsager for å få benyttet sitt aktivitetshjelpemiddel ser vi i Figur 8.9 at over 60% sier seg enig i. Hvis vi i tillegg ser dette resultatet opp mot Tabell 8 som viser hyppighet av bruk

relatert til behov for ledsager, ser vi en tendens på at det er viktig med ledsager for å kunne benytte aktivitetshjelpemidlene sine ofte eller i det hele tatt. Denne tendensen tolker jeg til å si at mangel på ledsager er en hemmende faktor.

Tabell 13, som samler opp svar og kommentarer fra informantene tegner det samme bildet som søylediagrammene. De tre største kategoriene er «*Ikke tilrettelagt/ikke snø*», «*Ikke tilpasset/ødelagt AHM*» og «*Mangler ledsager*». Jeg lar en kommentar fra en informant oppsummere de hemmende faktorene:

«Lite snø og hjelp til å komme inn og ut av ski. Krevende og for lite opplæring av nye folk som jobber her. Møter motstand fra ergoterapeut i kommunen.»



6.0 Avslutning

Jeg vil i dette kapittelet oppsummere de viktigste funnene fra studien og med bakgrunn i disse trekke en konklusjon som svarer på studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Deretter vil jeg komme inn på noen anbefalinger for videre klinisk praksis innen dette fagfeltet og avslutningsvis presentere noen forslag til videre forskning.

6.1 Konklusjon

Aktivitetshjelpemidlene søkt om fra BHSS blir brukt og de blir brukt relativt ofte. Fra populasjonen på 114, var det søkt om 124 hjelpemiddel. Av disse var det 111 (89,5%) som ble brukt. En liten andel benyttes hver dag, mens hovedtyngden brukes fra flere ganger i uka til en gang i måneden. I analysene valgte jeg å dele denne gruppa, slik at jeg fikk et skille på ofte (ukentlig og oftere) og sjelden (månedlig og sjeldnere). Det viste seg da at den største andelen av aktivitetshjelpemidlene blir benyttet ofte.

Videre analyser viser ingen signifikant sammenheng mellom hyppighet i bruk og kjønn. Ei heller om man er over eller under 26 år. Denne aldersinndelingen ble satt med bakgrunn i lovverket som skiller på de over og under 26 år.

Analysene viser en signifikant sammenheng mellom bruk og type aktivitetshjelpemiddel der sykler, både trehjulssykler og tandemmer, sammen med spesialrullestoler og rullestolfronter, blir brukt hyppigst og sitski alpint og langrenn sjeldnest. Vi vet fra praksis at det er en tidkrevende prosess å lære seg å kjøre sittende alpint.

Det er også en signifikant sammenheng mellom bruk og om man har behov for ledsager eller ikke. Barn har ofte behov for ledsager i de fleste aktiviteter som fordrer bruk av aktivitetshjelpemidler, både for å lære seg å bruke det, men også for å komme seg til og fra områder der hjelpemiddelet skal benyttes. De fleste voksne har et ledsagerbehov i starten av opplæringen av et nytt aktivitetshjelpemiddel. Ved at vi på BHSS har mulighet til drive opplæring hele den tiden brukeren er hos oss (3-4 uker), er mange voksne selvhjulpne i bruk av hjelpemiddelet når de drar etter endt opphold. Det er stort sett på sittende alpint og langrenn det er mest utfordrende å bli selvstendig. Selve aktiviteten som foregår på snø blir mange gode på mens de er hos oss, og de aller fleste informantene melder at de synes de fikk god opplæring i bruk av hjelpemiddelet under oppholdet på BHSS. Det er alt rundt som er de største utfordringene. Hvordan komme seg til og fra alpinanlegget eller langrennsløypene? Hvordan komme seg fra rullestol og over i aktivitetshjelpemiddelet? Hvordan komme seg opp igjen hvis

man faller? Hvor forberedt er egentlig brukerne for aktivitet hjemme når de drar fra BHSS? Jeg ønsker å belyse dette videre i kapittel 6.2.

Innenfor hvilken helseregion man bor ser ut til å ha lite å si for hvor ofte man benytter aktivitetshjelpemiddelet. Slik skal det også være. Uavhengig av hvor man bor skal man ha like muligheter til å drive aktivitet. Det vil selvsagt være utfordringer knyttet til lokale forhold når det gjelder aktivitetstilbud, tilrettelagte områder, samt vær- og føremessige faktorer, men dette er forhold vi skal ta hensyn til også når vi tilbyr aktivitet og utprøving av aktivitetshjelpemidler på BHSS. Vi fokuserer kanskje ikke på vinteraktivitet hvis brukeren bor på Sørlandet. Da er det kanskje mer aktuelt med sykkel.

Motivasjon hos brukeren, et godt tilrettelagt område og god tid til å benytte hjelpemiddelet er betydelige fremmende faktorer. Motivasjon er en personlig faktor (ICF) som her påvirkes av miljøfaktorer som tilrettelegging, egnet utstyr, ledsager og tid. Når det gjelder tilrettelagte områder, så har vi under utprøving og opplæring godt tilrettelagte områder på BHSS. Vi har ikke oversikt over hvor godt det er tilrettelagt i brukerens lokalmiljø for å bedrive aktivitet. Her har vi kun brukeren eller ledsagerens viten å støtte oss på. Eventuelt lokal terapeut som er med i samhandlingen rundt hjelpemiddelsøknaden. Jeg sier ofte, både til brukere, ledsager og fagpersoner, at det å drive aktivitet på BHSS de tre til fire ukene de er der, er det enkleste. Det er når de kommer hjem utfordringene kommer og jobben må gjøres. Tidsmessig er det også godt tilrettelagt på BHSS. Her skal brukerne kun tenke på aktivitet, mat og hvile. Når de kommer hjem skal «resten av livet» også passe inn med ønsket om å være aktiv med et aktivitetshjelpemiddel. Man har heller ikke samme assistanse rundt aktivitetene og må tilrettelegge alt selv. Når ting tar tid, blir de vanskeligere å gjennomføre.

BHSS har «*Aktivitet og deltakelse*» som motto. Et gledelig resultat fra studien er derfor å se, at mange benytter aktivitetshjelpemiddelet sitt sammen med andre. Dette kan for noen oppleves som positivt ved at de er aktive sammen med andre og slik sett er deltakere i en sosial setting. For andre kan det være negativt ved at de er avhengige av andre for å drive aktivitet. Det vi imidlertid kan si er at de færreste er alene og overlatt til seg selv i aktiviteten.

Med bakgrunn i dette kan jeg si at det arbeidet som legges ned i utprøving og søknadsprosesser på Beitostølen Helsesportsenter ser ut til å være bra. Aktivitetshjelpemidlene vi søker om blir i stor grad brukt og blir brukt relativt jevnlig. Det er likevel en del faktorer og spørsmål som dukker opp som er aktuelle å ta med videre for å bedre vårt tilbud rundt aktivitetshjelpemidler ytterligere. Dette vil jeg komme inn på i neste kapittel.

6.2 Praksisanbefalinger

Gjennom denne studien har jeg vist at aktivitetshjelpemidlene søkt om fra BHSS stort sett er jevnlig i bruk. Jeg har noen statistisk signifikante funn og andre funn som ikke er statistisk signifikante. Hypotesetesting og p-verdier gir ikke noe direkte svar på de spørsmål man stiller, men p-verdien har vist seg nyttig i praksis (Pripp, 2015). Signifikanstesting på 5%-nivå er nyttig som en første statistisk screening før videre vurdering og klinisk drøfting. Det vil si at funn som ikke er statistisk signifikante kan være nyttig for videre klinisk praksis. Til syvende og sist er det hvordan man får funn fra forskning over i klinisk praksis som er det viktige. Vårt FoU-motto på BHSS er: «*FoU tur-retur.*» Her vil jeg komme med noen anbefalinger for videre praksis i arbeidet på BHSS med aktivitetshjelpemidler.

Når en bruker på BHSS får opplæring i bruk av et aktivitetshjelpemiddel med bakgrunn i økt fysisk aktivitet hjemme, hvem har ansvar for at hen når målet? Uavhengig av type aktivitetshjelpemiddel mener jeg det her er viktig med en god lokal forankring og en tydelig avtale om mulighetene hjemme, og hva som skal skje etter at brukeren har fått hjelpemiddelet utdelt og skal begynne å benytte det. Hva kan lokale fagpersoner bidra med, og hva kan vi fra BHSS bidra med som oppfølging. Det er alltid en lokal terapeut som godkjenner å stå som oppfølgingsansvarlig på søknader sendt fra BHSS, men hva innebærer egentlig dette ansvaret, og er vedkommende i stand til å ta dette ansvaret? Hva trenger den lokale terapeuten av bistand fra BHSS for at brukeren skal få et godt tilbud og utbytte? For noen kan e-postkontakt med erfaringsutvekslinger være nok, mens for andre vil det kanskje være nødvendig med praktiske økter der fagpersoner fra BHSS kommer hjem til bruker for å tilpasse hjelpemiddelet og bidra i aktivitet den første økten. Her trenger vi på BHSS å lage bedre rutiner og retningslinjer. Kartlegging av muligheter for aktivitet i nærmiljøet og hvor godt tilrettelagt disse er, er viktige elementer i tillegg til den faglige kommunale kontakten. I denne prosessen er det viktig med brukermedvirkning. Før brukeren drar fra BHSS bør man kartlegge hvor forberedt brukeren egentlig er på å fortsette aktiviteten hjemme. Vet hen hvordan parkeringsforholdene er i den lokale alpinbakken? Har hen nødvendig bistand hjemme til å kunne utføre aktiviteten? Har hen mulighet til å prioritere nok tid til å mestre aktiviteten? Dette er noen spørsmål som bør stilles før man sender brukere hjem med søknaden i hendene.

Et annet element er selve søknadsprosedyren. Vi har på BHSS et eksternt lager fra NAV Hjelpemiddelsentral Gjøvik. Dette lageret skal til enhver tid være oppdatert i henhold til gjeldene rammeavtaler (prisforhandlet utstyr). I tillegg har vi demoutstyr fra ulike leverandører, som enten er lavt rangert på rammeavtalen, eller ikke er på rammeavtale i det hele tatt. For noe av

dette utstyret har vi tilsagnsmyndighet. Det vil si at vi kan ordne søknadsprosessen muntlig via hjelpemiddelsentralen på Gjøvik og ordne det nødvendige papirarbeidet i ettertid. Denne ordningen kom i gang for å minke tiden fra vi søkte til brukeren fikk sitt aktivitetshjelpemiddel. I en ideell verden skal brukeren få hjelpemiddelet sitt mens hen er på BHSS, få det tilpasset og ha begynt å bruke det før endt opphold. Dette får vi i liten grad til. Ofte skyldes det krav om spesialtilpassinger på prisforhandlet utstyr som må monteres hos leverandør, eller mangel på lagervare. Vi har imidlertid opplevd at bruker får det demoproduktet vi har med seg hjem, og at vi får vi tilsendt nytt etterpå. Jo raskere man kan komme i gang med aktiviteten og bruken av hjelpemiddelet etter oppholdet, jo større sjanse er det for å lykkes med målsettingen om økt aktivitet og deltakelse. Mitt forslag til endring i praksis her er å få gjort nye avtaler med NAV Hjelpemiddelsentral Gjøvik om utvidet tilsagnsmyndighet, slik at flere produkter kan bli levert ut raskere. Vi bør også være mer bevisst på årstider og sesong ved søknader om hjelpemidler. Å søke om vinteraktivitetshjelpemidler på slutten av vintersesongen til barn og unge, kan resultere i at hjelpemiddelet ikke passer neste vinter.

Vi ser at alpin sitski er det som blir benyttet sjeldnest etter endt opphold på BHSS. Hva dette skyldes bør undersøkes nærmere, men uavhengig av dette bør vi se på vår praksis ved utprøving og opplæring. Alle med ønske om å komme seg i bakken og kjøre alpint har nettopp det å kjøre ned bakken i fokus. Dette er det enkleste å lære seg. Det er imidlertid ikke nok å lære seg hvordan man på en trygg måte kommer seg ned bakken. Man må også lære seg hvordan man kommer seg opp på toppen av bakken. Oftest med stolheis eller skitrekke. Dette er også noe de fleste lærer seg. Disse to elementene i sitskikjøring er hovedfokuset vårt i opplæringsarbeidet med brukerne på BHSS. Vi gjør brukerne trygge i utførelsen av selve aktiviteten. Det er vel og bra, men hjelper lite hvis brukerne ikke er i stand til å komme seg til en alpinbakke selv. Vi skal ikke flytte fokus fra aktivitetsutførelsen, for den er det mest motiverende å jobbe mot for å mestre, men vi må være tydelige på alle ytre forutsetninger som kreves for å kunne mestre dette hjemme. Komme seg til og fra bakken. Forflytte seg mellom for eksempel rullestol og sitski. Komme seg fra parkeringsplass bort til skiheis og så videre. Når brukeren er i stand til å mestre selve aktivitetsutførelsen på en tilfredsstillende måte, bør vi sette av tid til å trene også på dette andre. Brukere som mestrer alt dette har en vesentlig større mulighet til å lykkes i å bli fysisk aktiv også hjemme.

Et godt fungerende aktivitetshjelpemiddel og en god opplæring kan sammen med et godt tilrettelagt område bidra til å minke gapet mellom samfunnets krav, her aktivitet, og individets forutsetninger.

6.3 Videre forskning

Denne studien har ført til at jeg har fått en del svar, men også gitt meg nye spørsmål. Noen av disse kunne det vært interessant å finne svar på med videre forskning. Jeg vil her foreslå noen slike prosjekter.

I denne oppgaven har aldersskillet på over og under 26 år vært vesentlig, da det er forskjeller i regelverket for disse gruppene. I vårt praktiske arbeid med aktivitetshjelpemidler hadde det kanskje vært mer aktuelt å se på andre alderskategorier og bruk. Forslag til videre forskning blir derfor å se på bruk i forhold til alderskategorier der det deles inn i barn, ungdom, voksne og eldre for eksempel. Siden dataene til denne oppgaven er anonymisert og all bruker- og kontaktinformasjon slettes ved innlevering, kan undersøkelsen gjøres på de samme dataene i henhold til regelverk og forskningsetikk.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011, revidert mai 2018) skriver at *«den enkelte bruker skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»* Hva har aktivitetshjelpemidler å si for økt aktivitet og selvstendighet som brukerne kan ta med seg videre inn i utdanning og arbeid?

Min oppgave omhandler bruk av aktivitetshjelpemidler søkt om fra BHSS. Hvordan er det med bruken hos alle de som ikke har fått opplæring på BHSS? For å kunne si at BHSS sin modell, med utprøving over tid i hjelpemiddelets naturlige miljø er det beste, bør vi undersøke hvordan det er med bruken hos de andre og sammenligne funnene.

Sæbu og Sørensen (2011) sier i sin forskning at det å inneha en identitet som en person som er fysisk aktiv, og den indre motivasjonen for å være fysisk aktiv, ble sett på som aller viktigst for å være fysisk aktiv. Identitet hos enkeltindivid bygges tidlig, vi bør derfor inn med både aktivitetshjelpemidler og andre hjelpemidler så tidlig som mulig. Funksjonsfriske barn lærer ofte å gå på ski i 2-3-årsalderen. Da bør også barn med funksjonsnedsettelse få de nødvendige aktivitetshjelpemidlene for å kunne være fysisk aktive. Dette fordrer hjelpemidler som er mulig å tilpasse til så små barn, noe leverandører bør se på. For vår del hadde det vært interessant å følge disse barna som får en tidlig intervensjon med bruk av aktivitetshjelpemidler over tid, for å finne ut om de på sikt blir mer aktive enn de som får aktivitetshjelpemidler senere i livet. Vi har per nå ikke barn som er yngre enn 5 år på BHSS, men dette kan det bli endringer på. Samtidig kan vi i samarbeid med kommunal helsetjeneste og NAV kunne fått til forskning på dette. Dette fokuset på tidlig intervensjon presiseres også i ICF-CY (WHO, 2013), der det står at aktivitet og deltakelse rangeres til å være like viktig som kroppsfunksjoner og -strukturer. Tidlig innsats for å

fremme aktivitet og deltakelse tidlig i livet hos barn med funksjonsnedsettelse er viktig for å sørge for så lik utvikling med jevnaldrende barn uten funksjonsnedsettelse som mulig.



Referanseliste

- Alltinget. (2008). *Lov om helseforsikring 2008 Nr. 112 16. september*.
<https://www.thingi.is/lagas/149b/2008112.html>: Alltinget.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (1997). *St. meld. nr. 34 Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*. In St.meld., Vol. nr 34 (1996-97).
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2017a). *En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling - for økt deltakelse og mestring : rapport fra et ekspertutvalg*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2017b). *Gjennomgang av hjelpemiddelformidlingen*. (9410). Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Arbeidsdepartementet. (2010). *Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering : et helhetlig hjelpemiddeltilbud : utredning fra et offentlig utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 25. april 2008 : avgitt til Arbeidsdepartementet 4. mai 2010* (Vol. NOU 2010:5). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Aviram, R., Harries, N., Shkedy Rabani, A., Amro, A., Nammourah, I., Al-Jarrah, M., . . . Aviram, R. (2019). Comparison of Habitual Physical Activity and Sedentary Behavior in Adolescents and Young Adults With and Without Cerebral Palsy. *Pediatric exercise science*, 31(1), 60-66. doi:10.1123/pes.2017-0285
- Baksjøberget, P. E., Nyquist, A., Moser, T., & Jahnsen, R. (2017). Having Fun and Staying Active! Children with Disabilities and Participation in Physical Activity: A Follow-Up Study. *Phys Occup Ther Pediatr*, 37(4), 347-358. doi:10.1080/01942638.2017.1281369
- Befring, E. (2002). *Forskingsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Samlaget.
- Befring, E., & Tangen, R. (2012). *Spesialpedagogikk* (5 ed.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bergem, S. (2012). Aktivitetshjelpemidlers betydning for fysisk aktivitet og deltakelse for barn og unge med fysisk funksjonsnedsettelse. *Ergoterapeuten*, 4, 6.
- Bergem, S. (2018). Knowledge among important actors in the field of adaptive equipment for young people with disabilities. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1-10. doi:10.1080/17483107.2018.1538393
- Bergem, S. (2020). Ulike aktører og tjenesteyteres erfaringer med å samhandle på aktivitetshjelpemiddelområdet for barn og unge med funksjonsnedsettelser. *Ergoterapeuten*, 1, 15.
- Bernd, T., Van Der Pijl, D., & De Witte, L. P. (2009). Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice. *Scand J Occup Ther*, 16(3), 146-158. doi:10.1080/11038120802449362
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Brandt, Å., Christensen, A., & Grünberger, P. (2015). How to Accomplish the Assistive Technology Service Delivery Process for Adults in Order to Obtain the Best Outcomes - A Literature Review. *Stud Health Technol Inform*, 217, 469-477.
- Coster, W., & Khetani, M. A. (2008). Measuring participation of children with disabilities: Issues and challenges. In (pp. 639-648). [London] :
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Digitaliseringsdirektoratet, & Arbeids- og sosialdepartementet. (2019). Evaluering av ordningen med aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år. Retrieved from <https://doffin.no/Notice/Details/2019-324659>
- Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W., & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, 388(10051), 1311-1324. doi:10.1016/S0140-6736(16)30383-X
- Eide, T., & Aadland, E. (2020). *Etikkhåndboka : refleksjon, organisasjon, ledelse* (3. utgave. ed.). Oslo: KF.
- Ekelund, U., Tarp, J., Steene-Johannessen, J., Hansen, B. H., Jefferis, B., Fagerland, M. W., . . . Lee, I.-M. (2019). Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ*, 366, l4570. doi:10.1136/bmj.l4570
- European Federation of Adapted Physical Activity. (2010). *European Standards in Adapted Physical Activities* (M. Kudláček, N.
- Morgulec-Adamowich, & J. Verellen Eds. 1 ed.). Olomouc, Polen: Palacký University, Olomouc.
- Fornyings- og administrasjonsdepartementet, N. (2007). *Lov og forskrift om offentlige anskaffelser : lov 16. juli 1999 nr. 69 : ajourført med endringer, senest ved lov 30. juni 2006 nr. 41 : forskrift fastsatt ved kgl.res. 7. april 2006 nr. 402 med hjemmel i lov 16. juli 1999 nr. 69 om offentlige anskaffelser § 11 første ledd : fremmet av Fornyings- og administrasjonsdepartementet : endret ved forskrift 24. november 2006 nr. 1295* (2. oppl. ed.). Oslo: Fornyings- og administrasjonsdepartementet.
- Gjessing, B. (2014). *Mulig for meg! Barns erfaringer med aktivitetshjelpemidler*. (Master Masteroppgave), Universitetet i Bergen, Bergen.
- Gjøsund, P., & Huseby, R. (2000). *Alle inkludert, spesialpedagogikk for lærerutdanning*. Oslo: NKS-forlaget AS.
- Grue, L. (1999). *Funksjonshemmet ungdom og livskvalitet*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *St. meld. 10 (2012-2013) God kvalitet - trygge tjenester : kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Sammen om aktive liv - Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*,. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon,.
- Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken : fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2019, 29.04.2019). Fysisk aktivitet for barn, unge, voksne, eldre og gravide. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide>
- Imms, C., Granlund, M., Wilson, P. H., Steenbergen, B., Rosenbaum, P. L., & Gordon, A. M. (2017). Participation, both a means and an end: a conceptual analysis of processes and outcomes in childhood disability. In (Vol. 59, pp. 16-25).
- Imms, C., & Green, D. (2020). *Participation : Optimising Outcomes in Childhood-Onset Neurodisability*. In.
- Indenrigsministeriet, Ø.-o. (2019). *Lov om social service - Ankestyrelsens principafgjørelse 8-19 om merudgifter - hjælpemiddel - fritidsaktivitet - elitesport - nødvendig*. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9203>: Civilstyrelsen.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2005). *Likeverd og tilgjengelighet : rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne : bedret tilgjengelighet for alle : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 29. november 2002 : avgitt til Justis- og politidepartementet 18. mai 2005* (Vol. NOU 2005:8). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- Kissow, A.-M. (2020b). Deltakelse. In A. Midtsundstad (Ed.), *Barn og unge med funksjonsnedsettelse - Aktivitet og deltakelse i fellesskap* (Vol. 1, pp. 95-112). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kissow, A.-M., & Klasson, L. (2018). *Deltakelse for barn og unge med nedsatt funksjonsevne, med særlig fokus på deltakelse i fysisk aktivitet* (Vol. nr. 1 2018). Valnesfjord: Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse.

- Kissow, A. M. (2020a). Aktivitet og deltakelse i habilitering og rehabilitering. In A. Midtsundstad (Ed.), *Barn og unge med funksjonsnedsettelse - Aktivitet i fellesskap* (Vol. 1, pp. 11-23). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kith, A. S., & World Health, O. (2013). ICF-CY : internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse - versjon for barn og ungdom (ICF-CY). *ICF-CY : internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse - versjon for barn og ungdom (ICF-CY)*.
- Kunnskapssenteret. (2015). *Slik oppsummerer vi forskning : håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. In.
- Larsson Ranada, Å., & Lidström, H. (2019). Satisfaction with assistive technology device in relation to the service delivery process—A systematic review. *Assistive Technology*, 31(2), 82-97. doi:10.1080/10400435.2017.1367737
- Lauruschkus, K., Nordmark, E., & Hallström, I. (2015). "It's fun, but ..." Children with cerebral palsy and their experiences of participation in physical activities. *Disability and Rehabilitation*, 37(4), 283-289. doi:10.3109/09638288.2014.915348
- Lein, M. (2017, 21.11.17). Forkjølelse - Kan man trene? Retrieved from <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/treningsrad-generelle/forkjoelse-kan-man-trene/?hp=true>
- Lie, S. (2010). Måling av kunnskap og holdninger i et krysskulturelt perspektiv. In M. Martinussen (Ed.), *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag* (pp. 121-150). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lovdata. (2014). Forskrift om aktivitetshjelpemidler til personer over 26 år. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2014-06-25-865>
- Løvgren, M. (2009). *Unge funksjonshemmede : selvbilde, sosial tilhørighet og deltakelse i fritidsaktiviteter*. In NOVA-rapport (online), Vol. 9/09.
- Laake, P. (2016). *Innføring i SPSS*. Blindern, Oslo: Universitetet i Oslo.
- Martin Ginis, K. A., Jörgensen, S., & Stapleton, J. (2012). Exercise and Sport for Persons With Spinal Cord Injury. *PM R*, 4(11), 894-900. doi:10.1016/j.pmrj.2012.08.006
- Moen, R., Schmidt-Lucke, C., käferle, j., Berner, B.-M., Ahlborg, L., Hansen, H., . . . Lauruschkus, K. (2019). Effect of assisted walking-movement in patients with genetic and acquired neuromuscular disorders with the motorised Innwalk device: an international case study meta-analysis. *PeerJ*, 7, e7098. doi:10.7717/peerj.7098
- Mørch, W.-T. (2010). Evaluering av tiltak. In M. Martinussen (Ed.), *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag* (pp. 199-224). Bergen: Fagbokforlaget.
- NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. (2017, 01.09.2019). Ståstativ, gå- og ståtreningshjelpemidler. Retrieved from https://www.hjelpemiddeldatabasen.no/news.asp?newsid=3892&x_newstype=7

- Nyquist, A. (2012). *Jeg kan delta! : barn med funksjonsnedsettelse og deltakelse i fysisk aktivitet - en multimetodestudie i en habiliteringskontekst*. Norges Idrettshøgskole, Oslo.
- Nyquist, A., Moser, T., & Jahnsen, R. (2016). Fitness, Fun and Friends through Participation in Preferred Physical Activities: Achievable for Children with Disabilities? *International journal of disability, development, and education*, 63(3), 334-356. doi:10.1080/1034912X.2015.1122176
- Oslo Economics. (2020). *Aktivitetshjelpemidler til personer med fysisk funksjonsnedsettelse - Evaluering av stønadsordning for personer over 26 år (2020-36)*. Retrieved from Oslo:
- Palisano, R., Rosenbaum, P. L., Bartlett, D., & Livingston, M. (2007). *Gross Motor Function Classification System - Expanded and Revised*. Ontario, Canada: CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using SPSS* (4th ed. ed.). Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press.
- Pedersen, H., Kermit, P. S., & Söderström, S. (2020). “You have to argue the right way”: user involvement in the service delivery process for assistive activity technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1-11. doi:10.1080/17483107.2020.1741702
- Pedersen, H., Söderström, S., & Kermit, P. S. (2019a). Assistive activity technology as symbolic expressions of the self. *Technology and disability*, 31(3), 129-140. doi:10.3233/TAD-190236
- Pedersen, H., Söderström, S., & Kermit, P. S. (2019b). The fact that I can be in front of others, I am used to being a bit behind: How assistive active technology affects participation in everyday life. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 14, 9.
- Pripp, A. H. (2015). Hvorfor p-verdien er signifikant. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 135(16), 1462-1464. doi:10.4045/tidsskr.15.0493
- Pripp, A. H. (2018). Validitet. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. doi:10.4045/tidsskr.18.0398
- Ramm, J. (2010). *På like vilkår? : helse og levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne* (Vol. 115). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Riksrevisjonen, N. (2017). *Revisjonsrapport for 2017 om anskaffelser av hjelpemidler i arbeids- og velferdsetaten*. Retrieved from Oslo:
- Rikstrygdeverket. (1997, 160620). Rundskriv til Folketrygdlovens §10-7. Bokstavene a, c og d, samt annet og tredje ledd. Retrieved from <https://www.lovdata.no/nav/rundskriv/r10-07acd?q=Rundskriv%20til%20Folketrygdlovens%20%C2%A7%2010-7>
- Saebu, M., & Sørensen, M. (2011). Factors associated with physical activity among young adults with a disability. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 21(5), 730-738. doi:10.1111/j.1600-0838.2010.01097.x

- Skovlund, E. (2017). Dikotomisering av målevariabler – hva er prisen? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. doi:10.4045/tidsskr.17.0972
- Solvang, P. K., & Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). *NOU 2001:22 Fra bruker til borger : En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. (8258305964). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- Statistisk Sentralbyrå. (2009a, 15.06.2009). Hvor ofte man trener eller mosjonerer på fritiden, etter kjønn. Retrieved from <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/gammel-og-ung-alle-er-mer-fysisk-aktive>
- Statistisk Sentralbyrå. (2009b). *Mosjon, friluftsliv og kulturaktiviteter - Resultater fra Levekårsundersøkelsene 1997 til 2007*. Retrieved from Oslo:
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *Slik har vi det - livskvalitet og levekår i Norge*. Retrieved from <https://www.ssb.no/levekar-og-livskvalitet/2017>
- Sæbu, M. (2011). *Physical activity and motivation in young adults with a physical disability : a multidimensional study based on a cross-sectional survey and an intervention-study*. Norwegian School of Sport Sciences, Oslo.
- Vårdguiden. (2018, 28.11.18). Fritidshjälpmedel.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. In.
- World Health Organization. (2001). *ICF : Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse* (Kort versjon ed.). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- World Health Organization. (2007). *International classification of functioning, disability and health : children and youth version : ICF-CY*. In *Children & youth version*.

Vedlegg

Vedlegg 1: Avviksskjema

Vedlegg 2: Første e-post til deltakerne

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til deltakerne

Vedlegg 4: Spørreskjema

Vedlegg 5: Andre e-post til deltakerne (purring)

Vedlegg 6: Godkjenningsbrev fra NSD

Vedlegg 7: Svarbrev fra REK

Vedlegg 1: Avviksskjema hjelpemidler BHSS

Nr	Dato	Hjelpemiddelsentral	Kommentar
1	12.07.16	Rogaland	Stricker sykkelfront som ble levert, der en kommunal vaktmester fikk i oppdrag å tilpasse den. Noe vedkommende ikke hadde kompetanse til å gjøre. Har ført til negative opplevelser i sykkelaktiviteten, da hjelpemiddelet ikke har virket optimalt og nesten blitt ødelagt. Vi har her tilpasset og justert fronten slik at det nå er riktig.
2	Juni 2016	Buskerud	Medema 3-18 trehjuls sykkel med bolstøtte – Helt feil sittestilling. Bruker henger på bolstøtten og blir helt passiv i overkropp. Ikke hjelpemotor, men helt klart behov for dette. Utprøvd april 2016 – søker om bytte til Easy Rider jr m/hjelpemotor, juli 2016.
3	Juni 2016	Møre og Romsdal	Medema 3-18 trehjuls sykkel. Pas. har dårlig balanse og stabilitet og sykkelen fungerer dårlig. Lokal terapeut forteller at det ble søkt i hastverk for at pas. skulle ha en sykkel til sykkeldag på skolen. Søker om bytte til Easy Rider jr m/hjelpemotor da denne fungerer langt bedre.
4	Juni 2016	Vestfold	HASE Lepus som bruker har med seg til opphold. Denne ble levert lokalt, der kommunal vaktmester fikk i oppgave å montere og tilpasse den. Flere ledninger har ligget i klem og blitt påført skade. Sykkelen virker ikke som den skal og vi har måttet reparere det elektriske på sykkelen for å få den til å fungere.
5	September 2016	Hordaland	Bruker har med seg sitski av typen Prashberger Monoski. Denne er fortsatt ikke montert, da det ikke var noen i kommunen som kunne gjøre dette. Når vi monterer den, viser det seg at den er altfor liten. Brukeren får tilpasset og prøvd en sitski av oss, men det viser seg raskt at hun ikke har forutsetning for å klare denne typen sitski. Hun har nedsatt kraft og motorikk i høyre hånd og klarer ikke å benytte krykkeski, samt har nedsatt sittebalanse grunnet halvsidig lammelse. Vi prøver derfor ut en Biski Glide med lavere tyngdepunkt og to ski, som gir bredere støtteflate. Denne mestrer hun raskt å kjøre selv. Det søkes derfor bytte.
6	Oktober 2016	Hedmark	Bruker har fått utdelt en Sunny Clip Pas trehjuls sykkel med polstret bolstøtte. Hun mestrer ikke å sykle på denne, da hun er utrygg og ustødig, samt at bolstøtten gnager ikke sitter fast riktig. Må ved bruk støttes av ledsager. Prøver ut en HASE Lepus hos oss. Sitter her behagelig og føler seg stødig og trygg. Denne har også god nakkestøtte, slik at hun ikke blir sliten i nakken. Opplever med en gang økt aktivitetsglede og blir i løpet av få økter 100% selvhjulpen i aktiviteten. Søker bytte.

7	Oktober 2016	Rogaland	Bruker ankommer med en sitski av typen Tessier Uniski. Han har nedsatt sittebalanse og nedsatt armfunksjon, noe som gjør at han ikke er i stand til å mestre en sitski med så høyt tyngdepunkt. Ved utprøving av Biski Glide, mestrer han denne mye bedre og blir sammen med sin kone, raskt nesten selvhjulpen i aktiviteten. Søkes bytte. Loakl fysioterapeut søkte om denne, rangert som nummer en, med bakgrunn i ønske ra bruker om alpinaktivitet. Ikke utprøving, kun tatt mål.
8	Januar 2017	Akershus	Biski Glide som ble feilmontert ved levering. Tyngdepunkt 25 cm for langt bak, noe som fører til at biskia er umulig å kjøre med. Montering er gjort av ansatt hos leverandør. Leverandør er varslet. Vi justerer tyngdepunktet og bruker mestrer å benytte sitskia i løpet av oppholdet.
9	Februar 2017	Nord-Trøndelag	Bruker med kvadriplegisk Cp, hvor høyre hånd er passiv støttehånd helt uten funksjon, har fått utdelt en Küschall XLT Swing på 12 kg, 22" drivhjul som hun så vidt når ned til. Stolen er overhodet ikke tilpasset brukers funksjon og gir henne liten mulighet til selvstendig forflytning. For lang setedybde som gjør at hun ikke kommer seg ut av stolen selvstendig. Faller mot affisert side – ingen tilpasninger ifht dette med spesialrygg eller pute. Det søkes om lokal utprøving av lettere aktivstol med enhåndsdrift.
10	Februar 2017	Sør-Trøndelag	Slagpasient med Quickie Life Swing away rullestol. Får framdrift ved å bruke høyre arm og høyre fot. Svært belastende sittestilling og bevegelsesmønster. Har hatt stolen ca et halvt år. 22" drivhjul som hun så vidt når ned til. Søkes om lokal utprøving av Küschall K-series med enhåndsdrift.
11	Februar 2017	Hordaland	Bruker ankommer senteret med en piggekjelke av typen Handisnow 4. Denne sitter han meget lite hensiktsmessig i. Blir hengende veldig på bekkenet og får kun brukt armene for å skape fart fremover. Dette har ført til betennelser i skuldre og albuer, da belastningen har vært for stor. Prøver ut en knestående kjelke med ryggstøtte og får raskt en helt annen opplevelse av aktiviteten. Får her brukt det han har av muskulatur i mage, rygg og bryst for å bistå armene i fremdriften. Blir helt selvhjulpen i våre løyper med denne piggekjelken. Søkes bytte.
12	Mars 2017	Rogaland	WheelDrives – Ødelagt i starten av oppholdet. To skruer knekt rett av i festet og sitter fast inni batteridelen. Mor forteller at de ble påmontert av lokal HMS, men at de ble feil tilpasset og senere tilpasset riktig av leverandør. Trolig ødelagt pga overbelastning etter feil montering fra starten. Søkes om bytte herfra. De nye blir montert i løpet av oppholdet og tilpasset riktig.

13	Mars 2017	Rogaland	Praschberger Snowball – innvilget tilsagn via Oppland mars 2016, utlevert sommer 2016 fra Rogaland HMS. Resirkulert hjelpemiddel. Ikke tilpasset til brukers mål, med ca 12 cm for lang setedybde (8-9cm gap mellom brukers rygg og ryggen på sitteskall). BHSS kapper setedybden 3cm, noe som er maks pga festene mellom setet og understell. Behov for puter i ryggen i tillegg. For høy rygg som gnager i armhulene til bruker. Utlevert uten ledsagertilbehør som må lånes ved BHSS. Skiene har nedslitte stålkanten og er fulle av riper, bruker tar de med til lokal sportsbutikk og får de slipt for egen regning. Skruer som mangler, samt at alle skruer på fotbrett og ledsagerbøyle er rustet. Mor vil gi tilbakemelding til HMS.
14	Mars 2017 (påbegynt mai 2016)	Hordaland	Bruker med OI og kortvoksthet har søkt om KMX liggesykkel da tilsvarende sykler er for store. HMS har liten tillitt til utprøving gjort ved BHSS og vil ha ny lokal utprøving. HMS enig i at syklene som er prøvd ut her ikke fungerer. Får likevel utlevert sykkel fra HMS som er for stor. Pga sin diagnose kan det ta lang tid før pasient vokser inn i hjelpemiddelet. Tar over 9 mnd før saken er ferdig behandlet.
15	Mars 2017	Hordaland	Søkt om Panthera X til bruker under opphold her. Pas. har tydelig behov for denne stolen da hun skal løfte den selvstendig inn i bil. Saken henlagt pga av mangelfulle opplysninger. HMS har verken kontaktet pasient, lokal terapeut eller faglig kontaktperson for innhenting av informasjon. Pas. får dermed ikke nødvendig hjelpemiddel. April: Lokal ergoterapeut tok saken videre med rådgiver hos Nav og det endte med at bruker fikk innvilget stolen.
16	Mars 2017	Buskerud	Bruker er 191 cm høy. Sitter i en meget dårlig tilpasset manuell rullestol: 4 cm for bred, 6 cm for kort i setedybden, 6'' svinghjul som tar borti fotbrett hver gang han skal svinge, altfor høy rygg som hemmer bevegelsen, 24'' drivhjul (fingre når langt under senter på drivhjul, behov for 26''). Ny utprøving av stol her på BHSS og søknad om bytte.
17	Mai 2017	Sør Trøndelag	Bruker fikk utlevert Quickie helium rullestol i fjor sommer. Den mangler kjørehåndtak, hoftebelte, tippesikringer, klesbeskyttere, sittepute og fotplate med stropper!! NAV HMS Sør Trøndelag kontaktes for å få tilsendt det manglende utstyret. Vi monterer alt her på BHSS.
18	Mai 2017	Sør-Trøndelag	Bruker fikk i fjor Quickie Helium. Rullestolen er for bred, remmen for kort ift hennes lengde, fotbrettet for høyt, stolryggen for lav og tippepunktet alt for tungt. Vi justerer stolen så bra som mulig for bruker i påvente av ny rullestol som det søkes på herfra.

19	Juni 2017	Hedmark	Bruker sitter i qQuickie Argon, Jay J3 rygg, Jay Easy sittepute 38 x 40. Sitter meget tilbakelent, sitterskjevt – høyre hofte «sklir ut» slik at overkroppen faller mot venstre. Tiltak: Ryggvinkel justert to hakk frem. Laget provisorisk kilepute som bruker har under sitteputen. Opprettet kontakt med lokal ergo som søker på utprøving av ny stol samt sittepute og rygg.
20	Juni 2017	Sør-Trøndelag	Bruker sitter i en Quickie helium. Sitter veldig tilbakelent. Sitter skjevt, overkroppen faller mot venstre. Lite støtte distalt lår. Tiltak: Ryggen ble justert et hakk frem, samt et hakk opp. Velcro i rygg ble strammet i overkant. Fotbrett justert 1 cm opp.
21	Sept. 2017	Vestfold	Elektrisk rullestol med dårlig tilpasninger ifht sittestilling. Pas. når ikke ned til fotbrett, har altfor høye armlener, for smale armlener. Ingen av delene kan justeres eller tilpasses. Lokal terapeut informert og vil ta saken videre.
22	Sept. 2017	Hordaland	Søknad på Pino tandemsykel. Søknad <u>henlagt</u> på grunn av manglende begrunnelse for kjøring i pristilbud. Lovverket sier at det skal hentes inn nye og utfyllende opplysninger ved mangler i søknad, ikke henlegges.
23	Sept. 2017	Sør-Trøndelag	Pas. søkte om Sitski etter forrige opphold fordi dette fungerte best og fordi den tok liten plass i bilen. Fikk ikke innvilget sitski, men utlevert Biski som de ikke får transportert i bil, får ikke brukt den.
24	Juli 2017	Hordaland	Søknad om manuell rullestol til voksen bruker – saken henlagt på grunn av manglende argument. HMS mener uansett at bruker ikke trenger den manuelle rullestolen da han har elektrisk (???). Saksbehandler tar ikke hensyn til brukers behov, men bestemmer hva som er brukers behov!!!
25	Oktober 2017	Hordaland	2 tvillinger sitter i 5 cm for brede Quickie rullestoler som ble fortalt at de kom til å vokse inn i. Det søkes på Panthera S3 med oppfellbare fotbrett herfra, som passer brukerne.
26	Nov 2017	Akershus	Bruker sitter i 8 cm for bred rullestol. Har fått kryssrammestol som hun knapt klarer å løfte inn ut av bil. Det søkes på Panthera S3 med oppfellbare fotbrett herfra
27	Nov 2017	Oslo	Bruker har nylig fått K-series rullestol. Den er litt knapp i bredden, har kompaktdekk og tippesikringer. Opplevs MEGET tung å trille. Er ikke fornøyd med rullestolputen, Jay Basic, får vondt når hun sitter over lengre tid. Tiltak gjort herfra: Klesbeskyttere blir blokket ut, tippesikringer fjernes, fotbrett justert høyere, søker på lettere drivhjul og ny pute

28	Feb 2018	Hordaland	Bruker sitter i Panthera S2. Han var på Catosenteret i nov 2017. Der ble det bestilt 26" drivhjul. Etter byttet fra 24" opplever han stolen som tung å kjøre og vanskelig å forsere dørterskler. Fotbrettet tar nesten nedi bakken. Det viser seg at de har ikke byttet gaffler til svinghjulene og stolen har dermed helt feil vinkel. Forlenget gaffel med gaffeltapper bestilt herfra. Har også anbefalt utprøving av høyere sittepute da han sitter veldig lavt i stolen og belaster dermed skuldrene unødvendig mye under kjøring.
29	Sep 2018	Oppland	Stricker sykkelfront som, etter brukerens påstand, hadde vært inn til hjelpemiddelsentralen for service og innstilling. Ingenting passet og fint lite virket. Vi juserer og tar service på front her, slik at bruker får benyttet den. Fronten er utslitt (oppbrukt) og det søkes om ny herfra.
30	Nov 2018	Sogn og Fjordane	Bruker sitter i en meget tung og slitt kryssramme rullestol. Den har verken fotføyle, sittepute eller klesbeskyttere. Søker på K-series herfra
31	Nov 2018	Trøndelag	Sitter i en Cross5 kryssrammestol. Opplevs altfor tung å trille og for ustabil. Skal bruke stolen til avlastning og pigging. Det søkes på K-series herfra
32	Nov 2018	Akershus	Bruker sitter i Compact Attract som er for bred, for dyp, for høy rygg, med kompakt dekk. Klarer ikke kjøre stolen selv da den er altfor tung. Kommer ikke godt nok inn i setet da setetrekket tar borti knehasene. Søkes på Panthera S3 herfra
33	Nov 2018	Akershus	Bruker sitter i Compact Attract som er for dyp, for høy rygg. Fotbrettet er så langt frem at hun har store problemer med å manøvrere stolen. Hun kommer ikke godt nok inn i stolen da den er for dyp og hun får en uhensiktsmessig sittestilling. Søkt på Panthera S3 swing herfra
34	Jan 2019	Sør-Trøndelag	Bruker har fått en Quickie helium som hun ikke klarer å kjøre uten hjelp fra ledsager. Stolen er 6 cm for bred. Har fått tilpasset spesialrygg som er så høy at den hindrer bevegelse. Ryggen er polstret så kraftig at hun ikke kommer godt nok inn i stolen, får dermed ikke noe særlig støtte av ryggen.. Dermed blir tippepunktet helt feil og hun klarer ikke forsere dørterskler. Tippepunktet blir justert noe frem, men likevel for tung for henne å trille. Hun får prøve ut Rouge under oppholdet. Eergoterapeut her innhenter pristilbud. Lokal ergoterapeut ønsker selv å søke om bytte av stol.
35	Jan 2019	Akershus	Bruker sitter i Quickie helium stol. Ryggen har veldig åpen vinkel, sånn at bruker «ligger» i stolen. Ryggvinkelen justeres slik at han får mer oppreist sittestilling. Bruker er meget lang og burde hatt ny rullestol med lengre ramme. Bruker ønsker ikke dette da han allerede har problemer med å komme innunder mange bord.

36	Feb 2019	Oppland	Bruker fikk i november ny manuell rullestol, Jump kryssramme. Opplever denne som altfor tung å trille og er avhengig av mer hjelp enn hun ønsker for å trille stolen. Hun får prøve Little Wave Klik under oppholdet her og det blir søkt på bytte herfra.
37	April 2020	Oppland	Bruker fikk i fjor en Allround Cross 5 rullestol til avlastning!! Stolen er så tung at han ikke har brukt den. Har fått drivaggretat til, men de er så tung at han ikke kan bytte til vanlige drivhjul. Har søkt på K-series med Smartdrive herfra
38	April 2020	Oslo	Bruker har en kryssrammestol som er så tung at hun ikke klarer å være selvstendig i stolen. Det søkes om bytte til K-series fastramme herfra
39	Mai 2020	Akershus	Bruker har en Exigo allroundstol som er så tung at hun ikke klarer å være selvstendig i stolen. Det søkes om bytte til K-series fastramme herfra
40	Mai 2020	Buskerud	Bruker har en Myon kryssrammestol som er så tung at hun ikke klarer å være selvstendig i stolen. Hun er meget kort i bena og rekker i ned på fotplaten. Hun sier dette har vært tilfelle på alle stolene hun har hatt. Det søkes om bytte til K-series fastramme herfra
41	Juni 2020	Aust-Agder	Bruker har en Panthera S3 swing. Fotbrettet er så lavt at hun flere ganger har falt ut av stolen. Pga store føtter må hun sitte med de sentrert på fotbrettet ellers tar de borti svinghjulene. Fotbrettene svikter når hun har føttene sentrert. Hun ba egentlig om å søke på S3, men det ville ikke lokal ergo. Puten er for dyp og tar borti knehasene. Det er søkt på ny stol (S3) og pute herfra.
42	Juni 2020	Akershus	Bruker sitter i Panthera S3swing som er 3 cm for bred, og en Zoid pute som er helt flat og utslitt. Hun har aldri justert luften i puten. Det er søkt på ny S3 swing, 3 cm smalere og Varilite Reflex pute som hun ikke trenger å stille inn.
43	Juni 2020	Vest-Agder	Bruker sitter i K-series med Vicair Vector02 sittepute. Er ikke fornøyd m sitteputen. Sier selv at den ble valgt fordi den er på bestillingsordningen og lokal ergo ikke visste om annen pute! Han opplever at rullestolryggen er for lav og puten for høy. Han opplever å ha mye ryggsmarter og relaterer det selv til dårlig tilpasset stol. Han sitter høyt i stolen, fingre når ca 10 cm over navet. Ryggen er tiltet bakover og han har derfor bakovertiltet bekken. Har for mye trykk på lårene og rekker ikke godt ned på fotbøylen. Fotbøylen kan ikke justeres høyere. Sier han ofte får spasmer og tror selv det er fordi han ikke får hvilt bena på fotbøylen. Stolen er for lang i setedybde. Stolen lar seg ikke justere slik at det blir bra tilpasset. Det er gjennomført utprøving på ny K-series og søkt om ny stol herfra. Han har fått låne stol her gjennom hele oppholdet.

44	Juli 2020	Rogaland	Bruker har nylig fått en K-series med V-track rygg. Stolen oppleves altfor tung, mestrer ikke å kjøre den uten å fr smerter i skulderen. I følge bruker er det prøvd ut ulike typer drivaggregat uten at dette har fungert hensiktsmessig da hun ikke klarer å ta disse av og på selv. V-track ryggen gjør at hun ikke kommer godt nok inn i stolen. Hun blir sittende med det meste av tyngden over svinghjulene, umulig for henne å komme opp i bakhjulsbalanse og svært vanskelig å forsere hindringer. På bhss har bruker fått låne Panthera X. Hun ble da mindre smertepreget. Ergoterapeut her tok kontakt med Rogaland HMS med tanke på å søke på Pantehra X. Rådgiver frarådet sterkt at søknad sendes herfra, men at det gjøres fra lokal fysioterapeut som har fulgt opp bruker. Lokal fysioterapeut var på ferie mens bruker var her, han ble derfor informert pr mail. Bruker fikk med et langt skriv som eventuelt kan legges ved en søknad. Skrivet ble også sendt til fysioterapeut. Fysioterapeut sendte mail tilbake og mente at argumenter i notatet «blir brukt slik det passer for å få en ny rullestol»!!! Han mener bruker foretrekker elektrisk rullestol og at det derfor ble valgt en stol på rammeavtale. Det ble sendt svar herfra med anmodning om at notat med tverrfaglige observasjoner og vurderinger legges til grunn ved lokal vurdering av ny stol. Har ikke hørt noe mer fra fysioterapeuten.
45	Okt 2020	Oslo	Bruker sitter i 4 cm for bred stol (Rogue). Opplever stolen altfor tung å løfte inn/ut av bil. Får prøve U3 light på messe her, som hun mestrer å løfte ut og inn av egen bil, og søkt på den herfra
46	Jan 2020	Akershus	Pas fikk K-series for ca ett år siden. Den er 4 cm for bred, 7.5 cm for dyp (!), har for høy rygg og har armlen som hun ikke har behov for. Søkt på bytte av stol herfra
47	Okt 2020	Aust-Agder	Bruker har Little Wave Klik. Stolen er 3 cm for bred, oppleves altfor tung. Byttesøknad herfra, søkes byttet til Panthera S3 Junior kort
48	Okt 2020	Nordland	Bruker har K-series. Sitter for høyt i stolen og bruker mye krefter når hun kjører stolen. Stolen er for bred med for høy rygg. Kjører med kompaktdekk. Ønsker bytte til Pantjhera S3 Junior kort. Stol prøvd ut her og rapport fra utprøving med leverandør er sendt lokal hjelpemiddelsentral. Byttesøknad er sendt fra lokal fysio, men de ville avvente konklusjon til ny rammeavtale kom 01.10
49	Okt 2020	Rogaland	Bruker sitter i Little Wave Klik. Har utoverroterte ben, og har derfor fått en stol som er for bred ved hoften for at han skal ha plass til knærne ved rammerørene. Stolen oppleves tung å trille. Byttesøknad sendt herfra, søkt på Panthera S3 med abduksjonsfront (og smalere setebredde)

50	Okt 2020	Akershus	Bruker sitter i Panthera S3 med innsvingt rygg. Opplever at ryggryorene gnager. Sliter med at fottene hele tiden sklir av fotbøylen. Sendt bytteskjema herfra for å få standardrygg med innlagte kileputer for bedre sidestøtte, og for å få polstret hoftebelte med flipplås som han kan benytte som leggstropp
----	----------	----------	--

Vedlegg 2: Første e-post til deltakerne

Hei!

Du/dere får denne mailen med bakgrunn i at du/dere i 2017 eller 2018 fikk assistanse fra Beitostølen Helsesportsenter i å søke på et eller flere aktivitetshjelpemidler.

Jeg er nå i gang med en masteroppgave på Oslo Met, der jeg ønsker å se på om den bistanden vi gir på aktivitetshjelpemidler, fører til økt aktivitet og deltakelse.

I første rekke ønsker jeg da å få vite i hvor stor grad hjelpemiddelet har blitt brukt og hva som er grunner for bruk eller eventuelt ikke bruk.

Det kan hjelpe oss i å kunne gi et enda bedre tilbud til våre brukere, samt på sikt kunne være med å utforme «morgendagens» praksis på området.

Vedlagt finner du/dere et infoskriv med mer formelle opplysninger, samt fremgangsmåte for besvarelse. Hele undersøkelsen tar toppen 10 minutter å besvare.

For å besvare det elektroniske spørreskjemaet trenger du/dere et referansenummer per aktivitetshjelpemiddel dere har fått bistand til.

Besvar ved å følge denne linken <https://forms.gle/1ohYXSqovrRyAMry9> eller linken i infoskrivet.

Ditt/deres referansenummer er:

1117 for Trehjuls liggesykkel med beindrift, med hjelpemotor

Mvh
Viljar Aasan
Masterstudent Oslo Met
Fagleder Hjelpemidler
Beitostølen Helsesportsenter
Tlf: 95962152/61340822
Mail: viljar@bhss.no

Forskningsprosjekt: Aktivitetshjelpemidler, blir de brukt?

Jeg kontakter deg fordi du har fått bistand fra oss på Beitostølen Helsesportsenter i å søke på et eller flere aktivitetshjelpemiddel. I den forbindelse ønsker jeg å gjennomføre et forskningsprosjekt for å kartlegge i hvilken grad aktivitetshjelpemidler brukes, etter at de er søkt på fra Beitostølen Helsesportsenter. Jeg har adressen din fordi du har vært på opphold på helsesportsenteret, og det er helt frivillig å delta i denne undersøkelsen. Dersom du ikke ønsker å delta, vil det ikke ha noen konsekvenser for ditt forhold til Beitostølen Helsesportsenter. Det er også viktig for meg å presisere at det for forskningens del er meget viktig at du svarer ærlig, da resultatene fra prosjektet forhåpentligvis kan føre til bedre rutiner og arbeidsmetoder. Det presiseres derfor at dine svar ikke er sporbare og ikke vil ha noen som helst konsekvens for deg i forhold til hjelpemiddelet du har nå eller hjelpemidler du ønsker å søke på i fremtiden.

Lenger ned i dette skrevet finner du en link for å besvare spørreskjemaet elektronisk. Spørsmålene omhandler din bruk av aktivitetshjelpemidler og hva som er grunnen til at du bruker eller ikke bruker disse i aktivitet. Opplysningene vil bli analysert av meg og inngå i min mastergrad i rehabilitering ved Oslo Met - storbyuniversitetet. Resultatene vil benyttes til å øke Beitostølen Helsesportsenter sin kunnskap om hvilke faktorer som bidrar i bruk av aktivitetshjelpemidler, for senere å kunne utvikle og styrke vårt tilbud innen dette fagfeltet. Videre vil vi kunne utarbeide anbefalinger for denne type arbeid også til de andre rehabiliteringsinstitusjonene i Norge, samt formidle resultatene til NAV Styringsenhet. Målet på sikt er å kunne bistå til å utarbeide en bedre og mer samfunnsøkonomisk formidling av aktivitetshjelpemidler.

Det er Oslo Met – storbyuniversitetet som er ansvarlig for undersøkelsen. Beitostølen Helsesportsenter er medansvarlig.

Undersøkelsen er pseudoanonymisert. Det vil si at ditt navn og hjelpemiddelet/ene du har søkt på er knyttet til et referansenummer, som du benytter i besvarelsen. Dette for å kunne sende ut purring til de som ikke besvarer før tidsfristen. Når purring er sendt ut en gang, slettes denne listen og studien blir anonymisert.

Det er viktig at du selv besvarer spørsmålene, og at det er brukeren av aktivitetshjelpemiddelet (eventuelt pårørende) sine erfaringer, og meninger som kommer frem i besvarelsene. Hvis du har søkt om flere aktivitetshjelpemidler, har du fått et referansenummer per hjelpemiddel. Jeg vil sette stor pris på om du besvarer undersøkelsen, en utfylling for hvert hjelpemiddel du har søkt på.

For å besvare spørreskjemaet, gå inn på: <https://forms.gle/1ohYXSgovrRyAMry9>

Besvarelse av spørreskjemaet vil ta 5 – 10 minutter.

Ved å gå inn elektronisk og besvare spørreskjemaet godkjenner du deltakelse i studien. Du kan når som helst trekke deg fra studien ved å sende meg en mail om at du ønsker å trekke deg. Besvarelsen din blir da slettet. Dette infoskrivet er adressert til foreldre/foresatte til de informantene som er under 18 år. Dette for å sikre godkjenning til deltakelse av en myndig person.

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,

- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og Norsk senter for forskningsdata.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Oslo Met – Storbyuniversitetet:
 - Masterstudent Viljar Aasan
 - Mail: viljar@bhss.no
 - Tlf: 95962152
 - Veileder Reidun Jansen
 - Mail: reijah@ous-hf.no
 - Tlf: 41513839
 - Personvernombud Ingrid Jacobsen
 - Mail: ingrid.jacobsen@oslomet.no
 - Tlf: 99302316
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Dette studiet skal være ferdig innen juni 2021. Etter avslutning av studiet vil alle dataene bli oppbevart uten personopplysninger på en egen harddisk.

Med vennlig hilsen

Viljar Aasan
 Masterstudent Oslo Met.
 Fagleder Hjelpemidler, Beitostølen Helseportsenter
 Mail: viljar@bhss.no
 Tlf: 95 96 21 52

Bruk av aktivitetshjelpemidler

Spørreskjema til masteroppgave - Viljar Aasan, Beitostølen Helseportsenter (BHSS) - Oslo
Met

**Må fylles ut*

1. 1. Referansenummer *

Du finner referansenummeret ditt i tilsendt mail

2. 2. I hvilket år er du født? *

3. 3. Kjønn *

Markér bare én oval.

☐ Kvinne/Jente

☐ Mann/Gutt

☐ Annet

4. 4. Hvilket fylke er du bosatt i? *

Kun ett kryss

Markér bare én oval.

- ☐ Finmark
- ☐ Troms
- ☐ Nordland
- ☐ Trøndelag
- ☐ Møre og Romsdal
- ☐ Sogn og Fjordane
- ☐ Hordaland
- ☐ Rogaland
- ☐ Aust-Agder
- ☐ Vest-Agder
- ☐ Vestfold
- ☐ Telemark
- ☐ Buskerud
- ☐ Oppland
- ☐ Akershus
- ☐ Oslo
- ☐ Østfold
- ☐ Hedmark

5. 5. Hvilken type aktivitetshjelpemiddel har du søkt via BHSS? *

Kun ett kryss. Hvis du har søkt på og fått flere, finner du et referansenummer per hjelpemiddel i mailen fra oss.

Markér bare én oval.

- ☐ Sitski - alpint, egenkjørt
- ☐ Sitski - alpint, ledsagerkjørt
- ☐ Langrennspiggekjelke, sittende
- ☐ Langrennspiggekjelke, knestående
- ☐ Akeutstyr
- ☐ Trehjulssyssel beindrift med sete, uten hjelpemotor
- ☐ Trehjulssyssel beindrift med sete, med hjelpemotor
- ☐ Trehjuls liggesyssel med beindrift, uten hjelpemotor
- ☐ Trehjuls liggesyssel med beindrift, med hjelpemotor
- ☐ Trehjuls håndrevet sittesyssel, uten hjelpemotor
- ☐ Trehjuls håndrevet sittesyssel, med hjelpemotor
- ☐ Trehjuls håndrevet liggesyssel, uten hjelpemotor
- ☐ Trehjuls håndrevet liggesyssel, med hjelpemotor
- ☐ Trehjuls tandemsyssel, uten hjelpemotor
- ☐ Trehjuls tandemsyssel, med hjelpemotor (Fun2Go, Krabat Monobike og Velo Plus teller her)
- ☐ Tohjuls tandemsyssel, uten hjelpemotor
- ☐ Tohjuls tandemsyssel, med hjelpemotor
- ☐ Tohjuls spesialsyssel (eks: Skeno)
- ☐ Sykkelfront til rullestol
- ☐ Hjelpemotor til tohjulsyssel
- ☐ Støttehjul til tohjulsyssel
- ☐ Freewheel til rullestol
- ☐ Piggekjelke for kjelkehockey
- ☐ El-innebandystol
- ☐ Sportsrullestol (eks: basket eller tennis)
- ☐ Løpesyssel
- ☐ Trehjuls piggerullestol
- ☐ Skilator
- ☐ Svømmehjelpemiddel
- ☐ Terrengvogn (eks: Joelette, Fjellgeita)

6. 6. Jeg fikk god opplæring i bruk av hjelpemiddelet ved utprøving på BHSS *
Velg et av alternativene i menyen

Markér bare én oval.

- ☐ Helt uenig
☐ Litt uenig
☐ Verken eller
☐ Litt enig
☐ Helt enig

7. 7. Fikk du innvilget søknaden og har fått hjelpemiddelet utlevert? *

Markér bare én oval.

- ☐ Ja
☐ Nei *Hopp til del 6 (Tusen takk for din deltakelse!).*

Hvis ja på spørsmål 7

8. 8. Har du brukt aktivitetshjelpemiddelet etter at du fikk det utlevert? *
Du sendes automatisk videre basert på om du svarer ja eller nei. Ja til del 2, Nei til del 4

Markér bare én oval.

- ☐ Ja *Hopp til spørsmål 9*
☐ Nei *Hopp til spørsmål 13*

Hvis "ja" på spørsmål 8

9. 9. Hvor ofte benytter du aktivitetshjelpemiddelet? *

(I sesong)

Markér bare én oval per rad

	Daglig	Flere ganger i uka	Ukentlig	Månedlig	Sjeldnere
Hyppighet	☐	☐	☐	☐	☐

10. 10. Bruker du hjelpemiddelet alene eller sammen med andre? *

Markér bare én oval.

- ☐ Alltid alene
- ☐ Stort sett alene
- ☐ Både og
- ☐ Stort sett sammen med andre
- ☐ Alltid sammen med andre

Nå følger noen påstander rundt din bruk av aktivitetshjelpemiddelet. Jeg vil at du svarer så godt du kan innenfor de oppsatte katagoriene.

11. 11. Hva er grunnen/grunnene til at du benytter aktivitetshjelpemiddelet? *

Kryss av på svaralternativet du føler passer best.

Markér bare én oval per rad

	Helt uenig	Litt uenig	Verken eller	Litt enig	Helt enig
Jeg er motivert for aktiviteten	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg fikk god opplæring i bruk av hjelpemiddelet på BHSS	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har fått god opplæring i bruk av hjelpemiddelet lokalt	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har fått god tilpassing av hjelpemiddelet lokalt	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg får brukt hjelpemiddelet på et godt tilrettelagt område	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har god tid til å bruke hjelpemiddelet	☐	☐	☐	☐	☐

12. 12. Er det andre grunner til at du benytter aktivitetshjelpemiddelet?

Skriv gjerne inn andre grunner du mener er viktige for at du får benyttet ditt aktivitetshjelpemiddel.

Hvis nei på spørsmål 8

Nå følger noen påstander rundt din bruk av aktivitetshjelpemiddelet. Jeg vil at du svarer så godt du kan innenfor de oppsatte kategoriene.

13. 13. Hva er grunnen/grunnene til at du ikke har benyttet hjelpemiddelet? *

Kryss av på svaralternativet du føler passer best.

Markér bare én oval per rad

	Helt uenig	Litt uenig	Verken eller	Litt enig	Helt enig
Jeg er ikke motivert for aktivitet	☐	☐	☐	☐	☐
Hjelpemiddelet er for dårlig tilpasset	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har ikke tid	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har ingen å drive aktivitet sammen med	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har vært syk	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg får ikke hjelpemiddelet til å virke som det skal	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har ingen tilrettelagte områder i nærheten	☐	☐	☐	☐	☐
Det har vært en endring i medisinsk status	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg mangler ledsager	☐	☐	☐	☐	☐

14. 14. Er det andre grunner til at du ikke benytter aktivitetshjelpemiddelet?

Skriv gjerne inn andre grunner du mener er viktige for at du ikke får benyttet ditt aktivitetshjelpemiddel.

Tusen takk for din
deltakelse!Du oppfyller ikke kravene til å besvare resten av
spørsmålene.

Vedlegg 5: Andre e-post til deltakerne (purring)

Hei!

Før jul sendte jeg deg/dere en mail angående deltakelse i forskning på aktivitetshjelpemidler her på Beitostølen Helsesportsenter (se mail under (blå)).

Jeg har fått svar fra over 50 stykker, men ønsker fortsatt svar fra flere, slik at jeg kan danne meg et bedre og bredere bilde av saken.

Jeg vil også nevne at de jeg har fått svar fra kun er de som har benyttet hjelpemiddelet regelmessig etter utdeling.

Det er jo supert, men for å få bilde av den absolutte sannhet, trenger jeg svar fra dere som kanskje bruker hjelpemiddelet sjelden, eller kanskje ikke i det hele tatt.

Dere er like viktige for min forskning. Målet med dette er at tilbudet skal bli bedre for alle i Norge og da trenger jeg å vite hva det er som gjør at man ikke bruker hjelpemiddelet også.

Som det står i infoskrivet som er vedlagt, så får det overhodet ingen konsekvenser for deg om du ikke har brukt det. Svarene er anonymisert og det er kun jeg som har tilgang på de.

Verken NAV Hjelpemiddelsentral eller BHSS generelt får innsyn i svarene deres. Jeg håper derfor at du/dere tar dere tid til å svare på spørreskjemaet (linken finner du nederst i forrige mail (blå skrift) under).

Mvh Viljar

Hei!

Du/dere får denne mailen med bakgrunn i at du/dere i 2017 eller 2018 fikk assistanse fra Beitostølen Helsesportsenter i å søke på et eller flere aktivitetshjelpemidler.

Jeg er nå i gang med en masteroppgave på Oslo Met, der jeg ønsker å se på om den bistanden vi gir på aktivitetshjelpemidler, fører til økt aktivitet og deltakelse.

I første rekke ønsker jeg da å få vite i hvor stor grad hjelpemiddelet har blitt brukt og hva som er grunner for bruk eller eventuelt ikke bruk.

Dette kan hjelpe oss i å kunne gi et enda bedre tilbud til våre brukere, samt på sikt kunne være med å utforme «morgendagens» praksis på området.

Vedlagt finner du/dere et infoskriv med mer formelle opplysninger, samt fremgangsmåte for besvarelse. Hele undersøkelsen tar toppen 10 minutter å besvare.

For å besvare det elektroniske spørreskjemaet trenger du/dere et referansenummer per aktivitetshjelpemiddel dere har fått bistand til.

Besvar ved å følge denne linken <https://forms.gle/1ohYXSqovrRyAMry9> eller linken i infoskrivet.

Ditt/deres referansenummer er:

1088 for Langrennspiggekjelke, sittende

Mvh

Viljar Aasan

Fagleder Hjelpemidler

Beitostølen Helsesportsenter

Tlf: 95962152/61340822

Mail: viljar@bhss.no

Vedlegg 6: Godkjenningsbrev fra NSD

NSD Personvern

13.09.2019 13:20

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 120088 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 13.09.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Prosjektleder skal innhente etisk godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Dersom vedtak fra REK medfører endringer i prosjektet må dette meldes til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Behandlingen kan starte når vedtak fra REK foreligger og eventuelle endringer er vurdert av NSD.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/ pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Ina Nepstad

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 7: Svarbrev fra REK

Viljar Erlend Aasan

44077 Aktivitetshjelpemidler - blir de brukt?

Forskningsansvarlig: OsloMet - storbyuniversitetet

Søker: Viljar Erlend Aasan

Søkers beskrivelse av formål:

Kartlegge om aktivitetshjelpemidler som innvilges etter utprøving på Beitostølen Helsesportsenter blir benyttet, og i hvilken grad de blir benyttet. Hva kan bidra til mer og bedre bruk? Hvorfor blir de eventuelt ikke brukt? Basert på min jobb som fagleder for hjelpemidler på Beitostølen Helsesportsenter (BHSS), der jeg har koordineringsansvar for brukere, NAV, hjelpemiddelleverandører og klinisk virksomhet, ser jeg at vi er dyktige i jobben vår med utprøving, tilpassing og søknader på aktivitetshjelpemidler. Samtidig ser jeg i den samhandlingen vi gjør med kommunehelsetjenesten og lokalt støtteapparat at det skorter en del på oppfølging og bruk av hjelpemidlene. Dette ønsker jeg å få mer håndfaste data på, slik at vi kan få satt i gang et kvalitetssikringsarbeid og potensielt utvikle nye modeller for vårt oppfølgingsarbeid. Jeg vil sende spørreskjema til alle våre brukere som mottok søknadshjelp i 2017 og 2018 (ca 200 stk). Studiet er kvantitativt.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst A) i møtet 24.10.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningslovens § 10.

Formålet med prosjektet er å kartlegge i hvilken grad aktivitetshjelpemidler som innvilges etter utprøving på Beitostølen Helsesportsenter blir benyttet, og hvilke faktorer som anses avgjørende for om de benyttes eller ikke.

I samhandlingen mellom kommunehelsetjeneste og lokalt støtteapparat skorter det på oppfølging og bruk av hjelpemidler. Det er derfor ønske om å samle inn informasjon om i hvilken grad aktivitetshjelpemidler som innvilges blir brukt, om de har ført til økt aktivitet og deltakelse, samt hvilke faktorer som er fremmende eller hemmende for bruk. Studien skal gjennomføres som en kvantitativ studie med tverrsnittdesign, og deltakerne er omtrent 200 tidligere brukere ved Beitostølen Helsesportsenter som i 2017 og 2018 fikk bistand til utprøving av aktivitetshjelpemiddel. Deltakerne vil få tilsendt et informasjonsbrev på epost med link til et egenutviklet elektronisk spørreskjema. Ved å besvare spørreskjema gir deltakerne samtidig samtykke til deltakelse i studien.

Slik komiteen forstår prosjektet, er formålet med studien å kartlegge bruk av aktivitetshjelpemidler med den hensikt å gi et bedre og mer målrettet helsetilbud i fremtiden. Etter komiteens vurdering vil ikke prosjektet, slik det er beskrevet i søknad og protokoll, kunne bringe ny kunnskap om helse eller sykdom. Prosjektet faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde.

Hva som er medisinsk og helsefaglig forskning fremgår av helseforskningsloven § 4 bokstav a hvor medisinsk og helsefaglig forskning er definert slik: «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom».

Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

Vennlig hilsen

Knut Engedal
Professor dr. med.
Leder REK sør-øst

Tove Irene Klock
Rådgiver
Sekretariatet REK sør-øst

Kopi til: postmottak@oslomet.no

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst A. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst A, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

