

Hälsouniversitetet
Arbetsterapeutprogrammet

Slutversion
- språkgranskad

”Det jag saknar är tid och resurser”

Enkätstudie om arbetsterapeuters förskrivning av kognitiva
hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning

Författare: Emma Jäder och Tove Stolt

Handledare: Pia Käcker

Godkänd version: _____
Signatur av handledare

Antal sidor: 42

Datum: 08062010

Hälsouniversitetet
Arbetsterapeutprogrammet

Arbetets art: Uppsatsarbete omfattande 15 högskolepoäng, 90 poängsnivå, inom ramen för arbetsterapeutprogrammet, 180 hp.

Titel: ”Det jag saknar är tid och resurser” Enkätstudie om arbetsterapeuters förskrivning av kognitiva hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning

Titel på engelska: ”What I lack is time and resources” A questionnaire study on the prescription of cognitive assistive devices by occupational therapists for persons with psychiatric disabilities

Författare: Emma Jäder och Tove Stolt

Handledare: Pia Käcker

Termin: Vårterminen 2010

Antal sidor: 42

SAMMANFATTNING

Synen på personer med psykiska sjukdomar har förändrats i stor utsträckning de senaste 40 åren. Den psykiska sjukdomen kan i en kontext skapa ett funktionshinder som kan ge nedsatt aktivitetsförmåga. För att underlätta vardagsaktiviteter för denna målgrupp kan kognitiva hjälpmedel användas. Arbetsterapeuter är en av de yrkeskategorier som får förskriva kognitiva hjälpmedel utifrån lokala och nationella riktlinjer. Syftet med studien var att undersöka arbetsterapeuters uppfattning om nyttan av kognitiva hjälpmedel samt vad som påverkar förskrivningen av dessa till vuxna personer med psykiska funktionsnedsättningar. Detta har undersökts med hjälp av en webbaserad enkät som skickats till arbetsterapeuter inom två landsting. Datan bearbetades i korstabeller och en deskriptiv analys av den kvalitativa datan genomfördes. Resultatet visade att de flesta arbetsterapeuterna hade förskrivningsrätt för kognitiva hjälpmedel men efterfrågade mer kunskap och resurser. Syftet med hjälpmedlen ansågs vara att uppnå självständighet, delaktighet, struktur och tidshantering. Resultatet visade också på att det fanns ett samband mellan hur ofta arbetsterapeuter förskriver kognitiva hjälpmedel och om de anser att syftet med hjälpmedlet uppfylls.

Nyckelord: Kognitiva hjälpmedel, arbetsterapeut, förskrivning, resurser, psykiska funktionsnedsättningar.

Faculty of Health Sciences

Occupational Therapy Programme

Title: "What I lack is time and resources" A questionnaire study on the prescription of cognitive assistive devices by occupational therapists for persons with psychiatric disabilities

Authors: Emma Jäder och Tove Stolt

Term: Spring 2010

ABSTRACT

Attitudes to people with mental illnesses have changed over the past 40 years to a large extent. Mental illness can in certain contexts create a disability that may impair capacity for activity. To facilitate daily activities for affected persons cognitive assistive devices can be used. Occupational therapists may prescribe these, based on local and national guidelines. The purpose of this study was to examine occupational therapists' perceptions about the usefulness of cognitive assistive devices, and consider factors that influences the prescription of the devices for adults with psychiatric impairment. The research was carried out using a web-based survey of occupational therapists in two counties. Data were processed with cross tabulation and a descriptive analysis of qualitative data was conducted. The results showed that most occupational therapists had the right to prescribe these devices but wanted more knowledge and resources. The devices were considered to help in achieving independence, participation, structure and time management. The results also showed that there was a correlation between the frequency of the prescriptions of such devices and whether the purpose of the devices was considered to be achieved.

Key words: Cognitive assistive devices, occupational therapist, prescription, resources, and psychiatric impairment.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund	1
2.1 Psykiatrireform och handikappolitik.....	1
2.2 Kognition och psykiska funktioner	2
2.3 Psykiska funktionsnedsättningar.....	2
2.4 Aktivitetsproblematik vid psykisk funktionsnedsättning	3
2.4.1 Aktivitetsproblematik vid specifika diagnoser	3
2.5 Hjälpmedel.....	4
2.5.1 Definition av hjälpmedel	4
2.5.2 Hjälpmedels nytta.....	4
2.5.3 Kognitiva hjälpmedel	5
2.5.4 Satsningar inom kognitiva hjälpmedel	5
2.6 Ramverk för arbetsterapeuter gällande förskrivning av hjälpmedel.....	6
2.6.1 Förskrivningsprocessen	7
3. Syfte	7
4. Metod.....	7
4.1 Enkätkonstruktion	7
4.2 Urval.....	8
4.3 Datainsamling	9
4.4 Bortfall.....	9
4.5 Bearbetning av data.....	10
4.5.1 Bearbetning av kvantitativ data.....	10
4.5.2 Bearbetning av öppna frågor.....	10
4.6 Etiska aspekter	10
5. Resultat.....	11
5.1 Beskrivning av respondenterna.....	11
5.2 Förskrivningsrätt och år som verksam	12
5.3 Förskrivningsfrekvens och år med förskrivningsrätt	13
5.4 Förskrivningsfrekvens och hjälpmedlets syfte	14
5.5 Utbudets utformning och hjälpmedlets syfte.....	15
5.6 Efterfrågan av kunskap och upplevd kunskapsnivå.....	16
5.7 Förskrivna hjälpmedel.....	16
5.8 Hjälpmedlets ändamål.....	17
5.8.1 Brister kring hjälpmedlets ändamål.....	18
5.9 Faktorer som påverkar förskrivning.....	18
5.9.1 Kunskap kring kognitiva hjälpmedel.....	18
5.10 Synpunkter på utbudet.....	19
5.11 Påverka utbudet.....	20
5.11.1 Möjlighet att påverka utbudet	20
6. Diskussion.....	21
6.1 Metoddiskussion	21
6.1.1 Enkätkonstruktion	21
6.1.2 Urval	21
6.1.3 Datainsamling	21
6.1.4 Bortfall.....	22
6.1.5 Bearbetning av data	22
6.2 Resultatdiskussion.....	22
7. Förslag till fortsatt forskning	27

Referenser	
Bilagor	
Bilaga 1. Enkät för C-uppsats, arbetsterapeuters attityd till och förskrivning av kognitiva hjälpmedel.	
Bilaga 2. Följebrev	
Bilaga 3. Internt bortfall fördelat på enkätfråga.	

1. Inledning

Personer med psykiska funktionsnedsättningar har ofta nedsatt aktivitetsförmåga, vilket kan innebära svårigheter med att organisera, planera och motivera sig själv till aktivitet (Lundin & Ohlsson, 2002). För denna målgrupp är kognitiva hjälpmedel ett sätt att i vardagen uppnå en ökad självständighet och trygghet samt ett ökat aktivitetsdeltagande (Blomquist & Rydén, 2009). Arbetsterapeuter är en av de yrkeskategorier som kan förskriva kognitiva hjälpmedel utifrån nationella och lokala riktlinjer (Blomquist & Nicolaou, 2007). Idag finns dock ingen övergripande definition av begreppet hjälpmedel och än mindre av begreppet kognitiva hjälpmedel (Socialstyrelsen, 2000), vilket leder till att förskrivningen av hjälpmedel kan skilja sig åt mellan landsting. Regeringen gör i dagsläget en stor satsning på att förbättra livsvillkoren för personer med psykiska funktionsnedsättningar och kognitiva hjälpmedel är en del av denna satsning (Socialdepartementet, 2009).

Denna satsning kan komma att påverka arbetsterapeuter i stor utsträckning, varpå författarna fann det intressant att undersöka arbetsterapeuters syn på kognitiva hjälpmedel samt förskrivning av dessa till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

2. Bakgrund

2.1 Psykiatrireform och handikappolitik

Under 1970-talet påbörjades avinstitutionaliseringprocessen inom den psykiatriska vården i Sverige och 1987 lades det första mentalsjukhuset ned, vården skulle förflyttas från institution till öppen psykiatrisk vård (Lundin & Ohlsson, 2002). Personer med psykisk sjukdom skulle ha samma rättigheter som andra grupper i samhället, men även samma skyldigheter. Insatserna skulle utgå från individens egna val och prioriteringar, insatserna skulle stödja oberoende och integritet samt den enskildes välfärd (Psykiatriutredningen, 1992). Personer med psykisk sjukdom skulle kunna delta i samhället som andra människor. I och med psykiatrireformen gjorde staten en stor satsning i form av stimulansbidrag i stöd till landsting och kommuner i deras nya roller (Lundin & Ohlsson, 2002). Dessa pengar bidrog till att många nya verksamheter startades upp, många gånger i form av projekt. När sedan stimulanspengarna tog slut lades även de flesta projekt ned (Brunt & Hansson, 2005). Den nationella handikappolitiken från 2000 har som mål att samhället ska utformas så att alla människor oavsett funktionsnedsättning ska kunna delta på lika villkor. Detta gäller inte enbart att fysiskt kunna delta i samhället utan även psykiskt genom att det inte ska finnas diskriminering av personer med till exempel psykiska funktionsnedsättningar (Hjälpmedelsinstitutet [HI], 2008). I dagsläget genomförs dels ekonomiska satsningar för att förbättra hjälpmedelsförsörjningen för personer med psykiska funktionsnedsättningar, och dels satsningar för att förändra attityder gentemot denna grupp (Hägglund, Larsson & Älfvåg, 2009, oktober 1).

2.2 Kognition och psykiska funktioner

Kognition är alla de mentala processer som handlar om att inhämta, bearbeta samt använda information (Creek, 2002; Grieve & Gnanasekaran, 2008; Lundh, Montgomery & Waern, 1992). Genom dessa kognitiva processer blir det möjligt för individen att anpassa sig till omvärlden som ständigt förändras och ställer nya krav. På så sätt styr människans kognition hennes beteende (Grieve & Gnanasekaran, 2008). Enligt International Classification of Functioning disability and Health [ICF] består kognition av de specifika psykiska funktionerna vilka är uppmärksamhet, minne, psykomotoriska, emotionella, perceptuella, tanke-, högre kognitiva, psykiska språk- samt kalkyleringsfunktioner med flera. I klassifikationen finns också andra psykiska funktioner bestående av de övergripande psykiska funktionerna så som medvetandefunktioner, orienteringsfunktioner, intellektuella funktioner, övergripande psykosociala funktioner, temperament och personlighetsfunktioner, energi och driftsfunktioner samt sömnfunktioner (Socialstyrelsen, 2003). Det finns enligt Eriksson (2001) och Lundh, Montgomery och Waern (1992) andra sätt att dela upp funktionerna inom kognition, men oavsett hur de olika processerna benämns ska de inte ses som särskiljda (Eriksson, 2001; Lundh, Montgomery & Waern, 1992).

2.3 Psykiska funktionsnedsättningar

En psykisk störning eller sjukdom innebär vanligen någon form av psykosjukdom, personlighetsstörning, allvarligare affektivt syndrom, neuropsykiatriska tillstånd samt samsjuklighet mellan missbruk och psykisk sjukdom (Socialdepartementet, 2006). Enligt den Nationella Psykiatrisamordningen (Socialdepartementet, 2006) innebär psykiskt funktionshinder de konsekvenser en psykisk störning ger individen. En psykisk funktionsnedsättning innebär svårigheter att utföra aktiviteter i vardagen, dessa svårigheter är konsekvenser av den psykiska störningen (Socialdepartementet, 2006). Den psykiska sjukdomen ger alltså förlust av funktioner som i en kontext ger ett funktionshinder (Grönberg Eskel, 2005 ; Lundin & Ohlsson, 2002; Socialdepartementet, 2006).

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik [SBU] (1997) säger att en person med psykiska funktionsnedsättningar kan fungera på ett bra sätt om personen har ett socialt nätverk, anhöriga som stöttar samt stöd från samhället i form av kompetent personal. Detta innebär att funktionen inte enbart beror på den psykiska diagnosen. Det som behövs för att detta ska uppnås är att personal som arbetar mot denna målgrupp får utbildning och kunskap (SBU, 1997). Psykisk sjukdom är i stor utsträckning tabubelagt i dagens samhälle. Psykisk funktionsnedsättning kan leda till att personer inte släpps in i samhällets gemenskap och att de har små chanser att bli delaktiga och kunna utvecklas (Hägglund, Larsson & Älfvåg, 2009, oktober 1).

2.4 Aktivitetsproblematik vid psykisk funktionsnedsättning

I det dagliga livet är välfungerande kognition en förutsättning för att kunna använda tidigare erfarenheter, att hantera nuet och tillgodose de behov som uppstår på ett säkert och effektivt sätt (Creek, 2002). Vardagens aktiviteter är också olika kognitivt krävande beroende på hur rutinmässiga de är. Detta eftersom en rutinmässig aktivitet kräver mindre uppmärksamhet medan en ovan aktivitet kräver mer uppmärksamhet under en längre sammanhållen period (Grieve & Gnanasekaran, 2008). För personer med psykisk sjukdom kan många olika aktivitetsproblem uppstå, detta eftersom störningar i kognitionen kommer att innebära att förmågan att utföra vardagens alla uppgifter påverkas (Everett, Donaghy & Feaver, 2003). Kognitiva nedsättningar inom de exekutiva funktionerna kan leda till att personen får svårigheter med att organisera och planera, ta initiativ och motivera sig själv. Psykisk funktionsnedsättning kan även ge svårigheter när det gäller förmågan att se samband mellan enskilda delar och uppnå en helhetsbild. Detta kan gälla såväl socialt samspel som uppgifter. Även minnesförmågor kan vara nedsatta vilket kan yttra sig i svårigheter att komma ihåg men även att generalisera kunskap samt använda sig av rätt kunskap i en specifik situation. Kroppsuppfattning och stresskänslighet kan vara nedsatt vilket exempelvis kan göra att individen inte återgår till viloläge efter stress. Förmågan att sätta sig in i andra personers tankar och känslor kan vara nedsatt, vilket kan leda till svårigheter i det sociala samspelet (Lundin & Ohlsson, 2002). Vilka aktivitetsbegränsningar som förekommer är varierande och beror på miljö-, individ- och omvärldsfaktorer (Atchison & Dirette, 2007).

2.4.1 Aktivitetsproblematik vid specifika diagnoser

Personer med schizofreni har ofta nedsatt funktion i både övergripande och specifika psykiska funktioner. Detta kan handla om svårigheter gällande uppmärksamhet, koncentration, psykomotoriska funktioner, inläring, minne samt nedsatta exekutiva funktioner. Nedsatt initiativförmåga samt nedsatt vilja kan påverka förmågan att påbörja samt fullfölja en handling (Atchison & Dirette, 2007). Personer med psykossjukdomar har ofta svårt att upprätthålla och genomföra rutiner vilket kan leda till obalans i aktivitetsutförandet (Leufstadius, & Eklund, 2008). Detta kan bland annat få konsekvenser för förmågan att arbeta, gå i skola, ha relationer, ta hand om sig själv och njuta av fritiden (Häfner, Löffler, Maurer, Hambrecht & Heiden, 1999).

Liknande svårigheter existerar även hos personer med neuropsykiatriska diagnoser (Lundin & Ohlsson, 2002). Hos personer med Attention Deficit Hyperactivity Disorder [ADHD] är det vanligast med problem kring uppmärksamhet. Andra problem som personer med ADHD kan ha är svårigheter med att organisera, svårigheter med att sätta igång aktiviteter, en ökad stresskänslighet och ökad psykomotorisk orolighet. Även arbetsminnet kan fungera på ett annorlunda sätt, vilket kan leda till problem gällande att initiera och sköta ett arbete, samt sköta uppgifter i hemmet (Socialstyrelsen, 2004).

Hos personer med förstämningssyndrom förekommer nedsättningar i

övergripande och specifika psykiska funktioner. Detta kan innebära att orienteringsförmågan påverkas sömnstörningar är vanligt förekommande, liksom förändringar i personliga funktioner. Förmågorna uppmärksamhet och minne blir ofta påverkade vid depressioner. Energinivån kan bli påverkad, antingen genom att bli förhöjd eller försänkt. Vilket påverkar motivationen till att utföra aktiviteter (Atchison & Dirette, 2007).

Sammanfattningsvis kan sägas att psykiska funktionsnedsättningar kan försvåra möjligheterna att ta hand om sig själv i det dagliga livet, att skapa och upprätthålla sociala kontakter samt möjligheterna att arbeta eller delta i dagliga aktiviteter (Lundin & Ohlsson, 2002).

2.5 Hjälpmedel

2.5.1 Definition av hjälpmedel

Det finns ingen övergripande definition av begreppet hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Många olika instanser och företag definierar begreppet olika (Handikappförbunden, 2009). Socialstyrelsen (2000) definierar att hjälpmedel i den dagliga livsföringen behövs för att en person ska kunna tillgodose grundläggande personliga behov, förflytta sig, fungera i sitt hem och i sin närmiljö, kommunicera, orientera sig, sköta vardagsaktiviteter i hemmet, utföra rutiner, delta i fritids- och rekreationsaktiviteter samt gå i skolan. En annan definition av begreppet är att hjälpmedel är produkter som förbättrar funktioner, vidmakthåller funktioner samt förebygger försämring av funktioner (Dahlberg, 2008). Ett hjälpmedel behöver inte innebära ett föremål som förskrivs av vårdpersonal, det kan även vara vilken typ av produkt som helst som används för att öka, upprätthålla eller förbättra funktionell kapacitet hos individen med nedsättning (Cook & Hussey, 2002).

2.5.2 Hjälpmedels nytta

För att ett hjälpmedel ska kunna göra någon nytta för individen behöver denne själv acceptera hjälpmedlet och förstå syftet med det. Genom att använda sig av hjälpmedel kan individen uppnå ett bättre liv, en möjlighet att vara självständig samt få en förbättrad livskvalitet (McMillen & Söderberg, 2002). Mann med flera (2008) beskriver att användandet av hjälpmedel är relaterat till förmågan att upprätthålla funktionell självständighet. Enligt en studie gjord av McMillen och Söderberg (2002) upplevde deltagarna i studien en rädsla och oro inför framtiden när det gällde resurser till hjälpmedel. Deltagarna upplevde att det var bättre förr då det fanns ett större utbud av hjälpmedel. De upplevde även att det var svårt att finna information kring hjälpmedel, och upplevde också att förskrivaren inte delgav dem all information som denne hade kring hjälpmedel. Deltagarna upplevde att de blev bemötta på ett mer positivt sätt av omgivningen och samhället tack vare hjälpmedlet. McMillen och Söderberg (2002) rekommenderar bättre information kring hjälpmedel samt bättre metoder för att välja och förskriva rätt hjälpmedel.

Fördelen med att vara beroende av ett hjälpmedel framför att vara beroende av personer i omgivningen är att hjälpmedlet inte kräver något pågående samarbete med andra personer och därför förstärker hjälpmedlet känslan av självständighet. Dock kan ett hjälpmedel symbolisera förlust av förmåga och självständighet. Individens upplevelse av hjälpmedlet kan påverkas av psykosociala och kulturella influenser, det kan även påverka individens självbild och identitetsupplevelse. Resultatet av Häggblom-Kronlöf och Sonn (2007):s studie, gällande äldres upplevelse av hjälpmedel, var att deltagarna upplevde att den främsta anledningen att använda hjälpmedlet var att det gav en ökad säkerhet (Häggblom-Kronlöf & Sonn, 2007). Detta tas även upp av Mann med flera (2008). Mann med flera (2008) nämner dessutom att syftet med att använda hjälpmedel för äldre var att spara energi och tid, samt reducera frustration.

2.5.3 Kognitiva hjälpmedel

Hjälpmedel, inklusive kognitiva hjälpmedel, används för att underlätta vardagsaktiviteter, hjälpmedlen ska ge ökad trygghet, säkerhet, självständighet, aktivitet samt delaktighet i samhället. Kognitiva hjälpmedel kan vara ett stöd för individen, men även för anhöriga då de kan uppleva en avlastning och ökad trygghet då personen ifråga har ett hjälpmedel (Blomquist & Rydén, 2009). De kognitiva hjälpmedlen syftar till att kompensera för olika funktionsnedsättningar eller förbättra någon eller flera funktioner, flera typer av hjälpmedel kan stötta olika funktioner. Många hjälpmedel har funktioner som stöttar minnet såsom olika tidshjälpmedel, handdatorer och hjälpmedel med påminnelsefunktioner. För initiativförmågan kan olika kom-ihåg-klockor, handdatorer samt armbandsur med alarm vara effektivt. Tidsuppfattningen kan stöttas med handdatorer, timers och andra tidshjälpmedel för att starta och avsluta aktiviteter. För att skapa struktur kan olika almanackor, tavlor och hjälpmedel med påminnelsefunktioner användas. Stresshantering och stressreduktion kan uppnås genom att använda till exempel bolltäckor, handdator, almanacka, olika tidshjälpmedel och klockor samt datorer (HI, 2010).

2.5.4 Satsningar inom kognitiva hjälpmedel

För 2009-2011 planerar Regeringen att satsa stora ekonomiska resurser i syfte att utveckla kunskapen kring hjälpmedel och möjligheten för personer med psykiska funktionsnedsättningar att få ta del av hjälpmedlen (Socialdepartementet, 2009). Kompetensen gällande hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar anses bristfällig och behöver stärkas. Det behövs ett nationellt kunskapsnätverk eftersom detta kan påverka utvecklingen positivt inom området (Socialdepartementet, 2006). Enligt Socialdepartementet (2009) behöver hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar utvecklas för att dessa personer ska kunna bli mer delaktiga i samhället. Hjälpmedlen behöver bli mer kända och de som är i behov av dessa hjälpmedel ska enkelt kunna ta del av utbudet (Socialdepartementet, 2009). Idag är det enbart ett fåtal personer inom

målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning som har tillgång till hjälpmedel (Socialdepartementet, 2006).

I dagsläget finns en begränsad mängd forskning kring kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar (Socialdepartementet, 2006). De studier som gjorts inom fältet kognitiva hjälpmedel har gällt målgrupper med somatiska sjukdomar, så som stroke eller multipel skleros. En del forskning finns även gällande äldre (Hägglom-Kronlöf & Sonn, 2007) och deras användning av kognitiva hjälpmedel.

2.6 Ramverk för arbetsterapeuter gällande förskrivning av hjälpmedel

De krav som Socialstyrelsen ställer på arbetsterapeuters kompetens och arbete beskrivs i kompetensbeskrivningarna för arbetsterapeuter. Dessa handlar om arbetsterapeutens arbete att förebygga, förbättra och kompensera individens aktivitetsutförande och delaktighet i dagliga livet. Detta kan ske genom olika typer av arbetsterapeutiska interventioner med individen i fokus och genom att ta tillvara individens egna resurser, behov och önskemål (Socialstyrelsen, 2001). Likaså klargör Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter [FSA] (2004) detta. Arbetsterapeuten arbetar under två lagar som styr arbetet kring förskrivning av hjälpmedel: Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] och Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område [LYHS]. I sitt arbete gällande hjälpmedel måste arbetsterapeuten kunna välja ut lämplig produkt för individen ur ett befintligt sortiment, arbetsterapeuten ska även utveckla produkter och eventuellt specialanpassa produkten för att den ska passa syftet (Socialstyrelsen, 2001). Arbetsterapeuten ska även se till att individen, samt eventuellt anhöriga till individen, som ska använda produkten förstår hur den ska användas på ett säkert sätt (FSA, 2004; Socialstyrelsen, 2001). Kompetensbeskrivningarna (Socialstyrelsen, 2001) säger att arbetsterapeuten skall följa och använda sig av forskning i sitt arbete, söka relevant kunskap baserad på forskning samt visa på behov av forskning.

Arbetsterapeuter styrs som tidigare nämnts av HSL (Socialstyrelsen, 2001) och grunden i lagen är att alla ska få vård och god hälsa på lika villkor. Enligt lagen ska varje enskild verksamhet som har ansvar för behandling även erbjuda hjälpmedel som ingår i verksamhetens ramar (Svensk Författningssamling [SFS], 1982:763). Hjälpmedel ska bekostas av landstinget, men i vissa fall tas det ut avgifter för hjälpmedlet (Socialdepartementet, 2004). Hälso- och sjukvårdslagen är en ramlag som ger kommun och landsting riktlinjer, men respektive kommun och landsting bestämmer själva inom ramarna av HSL (SFS, 1982:763). HSL säger att hjälpmedel ska förskrivas efter behov, dock styr inte behovet fullt ut då man i varje kommun och landsting har olika hjälpmedelsutbud att tillgå.

2.6.1 Förskrivningsprocessen

Arbetsterapeuter är en av de yrkesgrupper som kan förskriva hjälpmedel, att just denna yrkesgrupp kan göra detta är dock inte lagstadgat. Behörigheten kommer från landstingens eller kommunernas lokala riktlinjer. Därför är det också de enskilda landstingen som bestämmer riktlinjer för förskrivningen. En person som behöver ett hjälpmedel får detta genom en förskrivning, vilken utförs av en anställd inom hälso- och sjukvården som har förskrivningsrätt (Landstinget i Östergötland [LiÖ], 2009). Hjälpmedel är en del av de samlade hälso- och sjukvårdsinsatserna och ska inte ses som en fritt stående insats. För att tydliggöra hur hjälpmedel förskrivs kan förskrivningen ses som en egen process med stödprocesser som behövs för att denna ska fungera (Blomquist & Nicolaou, 2007). Enligt Blomquist och Nicolaou (2007) består huvudprocessen i förskrivningsprocessen av följande fem steg: bedöma behov av insatser, prova ut anpassa och välja lämplig specifik produkt, instruera träna och informera, specialanpassa vilket innebär att initiera och utfärda anvisning vid behov, följa upp och utvärdera funktion och nytta. Dessa steg ska förskrivaren gå igenom i varje enskild förskrivning av hjälpmedel. En modell att utgå från vid förskrivningen av hjälpmedel är den som beskrivs av Cook och Hussey (2002). I denna finns tre komponenter representerade: aktiviteten, människan och hjälpmedlet, dessa komponenter finns i en kontext som också påverkar samspelet. Alla dessa delar måste uppmärksammas i val av och beslut gällande hjälpmedel (Cook & Hussey, 2002).

3. Syfte

Att undersöka arbetsterapeuters uppfattning om nyttan av kognitiva hjälpmedel samt vad som påverkar förskrivningen av dessa till vuxna personer med psykiska funktionsnedsättningar.

4. Metod

4.1 Enkätkonstruktion

För att besvara syftet utarbetades en webbaserad enkät med öppna och slutna svarsalternativ (bilaga 1). Enkäten utformades utifrån syftet och efter det att författarna läst in sig på litteratur inom området vilket av Trost (2007) beskrivs som viktigt. Antalet frågor och då särskilt antalet öppna frågor övervägdes noga eftersom en enkät enligt Ejlertsson (2005) och Bryman (2007) inte får vara för svår eller för omfattande då detta kan påverka svarsfrekvensen. Enkäten innehöll 22 frågor, 15 frågor med fasta svarsalternativ och sju med öppna frågor. De öppna frågornas syfte var att ge en djupare vetskap inom undersökningsområdet. Enkätfrågorna rörde respondenternas uppfattning kring nyttan av kognitiva hjälpmedel och omständigheterna kring förskrivningen av dessa till personer inom psykiatrisk verksamhet. Utifrån Brymans (2007) rekommendationer utformades

frågorna samt svarsalternativen med hänsyn till läsbarhet och förståelse för att undvika missförstånd och bortfall. Vidare utformades enkäten för att få en så logisk följd som möjligt, frågor skrevs för att vara tydliga och icke värderande. Även svarsalternativen utformades för att vara tydliga med alternativ som inte överlappade varandra, samt med lika många positiva som negativa alternativ. Detta beskrivs av Ejlertsson (2005) som grunden för att skapa en enkät med god validitet.

Innan enkäten skickades ut till respondenterna i studien skickades den ut till en pilotgrupp bestående av fyra personer som var arbetsterapeutstudenter i slutet av sin utbildning. Pilotgruppen kom med kommentarer som togs i beaktande och enkäten justerades efter kommentarerna. Dessa inkluderades alltså inte i det slutgiltiga resultatet.

4.2 Urval

Urvalet skedde genom ett målinriktat urval, för att svara på syftet sökte författarna respondenter till studien bland arbetsterapeuter som arbetade med vuxna personer inom landstingets psykiatri. Det innebar att författarna gjorde urvalet där de ansåg att svar på vissa antaganden skulle kunna finnas, vilket av Merriam (1994) beskrivs som målinriktat urval. Dessa antaganden handlade bland annat om i vilka verksamheter det kunde finnas lämpliga potentiella respondenter. Två landsting valdes ut för att begränsa datainsamling och skapa en mer varierad urvalsgrupp. Sundström och Östlund (2008) beskriver i sin kartläggning av kognitiva hjälpmedel för barn och ungdomar att Stockholms läns landsting [SLL] har ett stort utbud av kognitiva hjälpmedel. Därför valde författarna att undersöka arbetsterapeuters förskrivning inom SLL. Även LiÖ valdes eftersom det var författarnas utbildningsort. Dessa två landstings utbud av kognitiva hjälpmedel skiljde sig åt genom att det ena landstingets utbud innehöll flera olika hjälpmedel för samma problematik, detta enligt Hjälpmedelscentrum (2009) och SLL (2009). Namn och kontaktuppgifter till arbetsterapeuter inom psykiatrin söktes via landstingens hemsidor och ibland via enhets- eller verksamhetschefer, detta beroende på vilka kontaktuppgifter som fanns att tillgå på landstingens hemsidor. Med utgångspunkt i det målinriktade urvalet skedde ett snöbollsurval vilket enligt Bryman (2007) är ett tillvägagångssätt för att komma i kontakt med fler respondenter. Respondenter till studien blev därmed även funna genom att de respondenter som kontaktades via det målinriktade urvalet ibland kunde hänvisa till andra som var relevanta för studien. Därefter kontaktades de potentiella respondenterna via e-post eller telefon. Dessa blev då tillfrågade om intresse för att delta i studien.

Inklusionskriterierna för deltagarna i studien var att de skulle:

- vara verksamma som arbetsterapeuter
- arbeta med vuxna personer med psykiska funktionsnedsättningar
- arbeta inom något av de två utvalda landsting

Det målinriktade urvalet ihop med snöbollsurvalet resulterade i mailadresser till totalt 116 respondenter inom två landsting. SLL, som hädanefter kallas landsting

A och LiÖ, som kallas landsting B. Dessa mailadresser bestod av 53 mailadresser i landsting A och 63 i landsting B. Då antalet insamlade e-postadresser slutligen översteg behovet för studien gjordes ett strategiskt urval av dessa, vilket är ett sätt att reducera antalet respondenter beskrivet av Borg och Westerlund (2006) tills 40 respondenter i vardera landstinget fanns representerade. Detta skedde genom att namnen på författarnas lista över potentiella respondenter togs bort med ett jämnt intervall. Var fjärde namn inom landsting A togs bort. Inom landsting B togs varannan gång var tredje namn bort, och varannan gång var fjärde bort från listan. På så sätt blev det ett strategiskt urval med 80 respondenter.

Av de totalt 80 respondenterna var det 41 som slutgiltigt besvarade enkäten, 24 inom landsting A och 17 i landsting B.

4.3 Datainsamling

Datainsamling gjordes genom en webbaserad enkät som skickades till respondenternas e-postadresser inom landstingen. Det första utskicket av enkäten (bilaga 1) tillsammans med följebrev (bilaga 2) skickades till 80 respondenter, 40 i vardera landstinget. I detta utskick svarade 32 respondenter på enkäten och fem respondenter utöver dessa svarade att de av olika skäl inte kunde delta i studien. En påminnelse med enkäten inkluderad skickades ut efter tre veckor vilket enligt Bryman (2007) är en lämplig tidpunkt för en påminnelse. Denna påminnelse skickades ut till samtliga utom till de fem som meddelat att de inte kunde delta. I denna påminnelse ombads respondenterna att inte svara igen om de redan besvarat enkäten. Efter denna påminnelse uppgick svarsfrekvensen till 39 besvarade enkäter. En andra påminnelse skickades ut till samtliga respondenter fem veckor efter den första påminnelsen. Detta eftersom det enligt Bryman (2007) är olämpligt att skicka ut enkäter vid högtider och jul och nyår inföll under denna period. Det innebar att det blev en fördröjning av utskicket av den andra påminnelsen. Vid slutdatumet två och en halv vecka senare uppgick svarsfrekvensen till 41 svar.

4.4 Bortfall

I det första utskicket av enkäten inkom svar från fem deltagare att de ej var relevanta för studiens urvalsgrupp. Dessa skulle alltså egentligen inte ha varit med i urvalet i överhuvudtaget (Borg & Westerlund, 2007). Då den totala svarsfrekvensen uppgick till 41 respondenter var det ett externt bortfall på 34 personer. Det förekom även ett internt bortfall gällande enkätsvaren vilket redovisas i sin helhet i bilaga 3.

4.5 Bearbetning av data

4.5.1 Bearbetning av kvantitativ data

I och med att enkäten var webbaserad samlades datan av dataprogrammet för enkäten. Författarna sammanställde sedan datan i kalkylprogrammet Excel, vilket föreslås av Körner och Wahlgren (1998). Med hjälp av Excel sorterades den kvantitativa datan efter kombinationer av olika frågor. Två variabler i taget sammanställdes med utgångspunkt i denna sortering i korstabeller för att ge en översikt över fördelning av svar, vilket beskrivs som metod av Stukát (1993) och Patel och Davidson (2003). Svarsfördelningen räknades ut i relativa frekvenser och utifrån detta gjordes manuella jämförelser för att se hur svaren fördelade sig mellan de olika grupperna, vilket Patel och Davidson (2003) beskriver som syfte med korstabeller.

4.5.2 Bearbetning av öppna frågor

En deskriptiv metod användes för de sju öppna frågorna. Denna metod för bearbetning av kvalitativ data beskrivs av Taylor och Bogdan (1998). Bearbetningen började med att författarna skrev ut och läste igenom materialet för varje enskild fråga, därefter identifierades övergripande kategorier. Detta gjordes först enskilt av författarna, sedan diskuterade sig författarna tillsammans fram till konsensus om övergripande kategorier och deras innehåll. Att diskutera sig fram till konsensus kan vara ett sätt att validera bearbetningens giltighet (Bryman, 2007). Frågorna kategoriserades först var och en för sig, en fråga i taget. Sedan när samma kategorier med liknande innehåll återkom i bearbetningen av flera frågor fogades dessa samman för att få fylligare data.

4.6 Etiska aspekter

I genomförandet av studien har hänsyn tagits till forskningsetiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet enligt Vetenskapsrådets (2002) rekommendationer. Informationskravet uppfylldes genom att respondenterna i informationsbrevet (bilaga 2) informerades om studiens syfte samt att de när som helst kunde bryta sitt deltagande. Samtycke inhämtades genom att respondenterna själva valde att delta, de uppmanades i informationsbrevet att uppsöka godkännande från sin chef gällande att besvara enkäten på arbetstid. Konfidentialitetskravet tillgodosågs i och med att författarna använde sig av ett dataprogram och respondenterna förblev genom detta anonyma i studien. Detta till skillnad från om respondenterna hade svarat på ett vanligt e-brev till någon av författarnas e-postadress. Respondenterna informerades också om att endast författarna samt handledare skulle ha tillgång till insamlad data. Författarna har i enlighet med konfidentialitetskravet valt att i studien namnge landstingen vid namn enbart i urvalet. Nyttjandekravet uppfylldes genom att insamlad data endast används i denna studie.

5. Resultat

I resultatet beskrivs mottagaren av det kognitiva hjälpmedlet som patient då detta är det begrepp som respondenterna använder sig av i sina enkätsvar.

5.1 Beskrivning av respondenterna

Totalt svarade 41 av de inkluderade 75 respondenter på enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 55 %. Av dessa arbetar 24 i landsting A och 17 i landsting B. Av respondenter arbetar 37 i öppen psykiatrisk verksamhet och fyra i sluten psykiatrisk verksamhet. Av respondenterna är det 13 som har arbetat i 0-5 år och 11 i över 20 år. Lägst antal respondenter är det inom gruppen som varit verksamma i 11-15 år (n=5) och 16-20 år (n=5). Av respondenter har sju varit verksamma i 6-10 år. Förskrivningsrätt för kognitiva hjälpmedel har 35 respondenter, fem har inte förskrivningsrätt. Det är en respondent som inte svarat på frågan om förskrivningsrätt varpå det är ett bortfall. Det finns en spridning gällande hur länge respondenterna har haft förskrivningsrätt, från 0-5 år till mer än 20 år.

5.2 Förskrivningsrätt och år som verksam

Utifrån fråga 3 "Hur länge har du varit verksam arbetsterapeut?" och fråga 5 "Hur länge har du haft förskrivningsrätt för kognitiva hjälpmedel?" framkommer att respondenterna som har haft förskrivningsrätt 0-5 år är den största gruppen, bestående av 54 %. Av respondenterna har 31 % varit verksamma i 0-5 år och haft förskrivningsrätt i 0-5 år. De som har haft förskrivningsrätt och varit verksamma i mer än 20 år utgör 14 %. De minsta grupperna består av 3 % av respondenterna, vilka är de som har haft förskrivningsrätt och varit verksamma 11-15 år samt varit verksamma och haft förskrivningsrätt i 16-20 år. Detta presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Fråga 3 "Hur länge har du varit verksam arbetsterapeut?" och fråga 5 "Hur länge har du haft förskrivningsrätt för kognitiva hjälpmedel?" (n=35)

År som verksam	År med förskrivningsrätt					Totalt (n=35)
	0-5 år (n=19)	6-10 år (n=9)	11-15 år (n=1)	16-20 år (n=1)	>20 år (n=5)	
0-5 år (n=11)	31 % (n=11)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	31 % (n=11)
6-10 år (n=5)	3 % (n=1)	11 % (n=4)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	14 % (n=5)
11-15 år (n=4)	9 % (n=3)	0 % (n=0)	3 % (n=1)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	11 % (n=4)
16-20 år (n=5)	6 % (n=2)	6 % (n=2)	0 % (n=0)	3 % (n=1)	0 % (n=0)	14 % (n=5)
>20 år (n=10)	6 % (n=2)	9 % (n=3)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	14 % (n=5)	29 % (n=10)
Totalt (n=35)	54 % (n=19)	26 % (n=9)	3 % (n=1)	3 % (n=1)	14 % (n=5)	100 % (n=35)

5.3 Förskrivningsfrekvens och år med förskrivningsrätt

Fråga 5 "Hur länge har du haft förskrivningsrätt för kognitiva hjälpmedel?" och fråga 6 "Hur ofta förskriver du i genomsnitt kognitiva hjälpmedel till personer med psykiska funktionsnedsättningar?" besvaras av 35 respondenter. Av svaren framkommer att 51 % av respondenterna som förskriver kognitiva hjälpmedel, förskriver dessa någon gång per kvartal oavsett hur länge de har haft förskrivningsrätt. Bland respondenterna som har haft förskrivningsrätt mer än 20 år förskriver 9 % aldrig hjälpmedel. De som förskriver hjälpmedel en gång per vecka eller flera gånger per vecka är 3 % (tabell 2).

Tabell 2. Fråga 5 "Hur länge har du haft förskrivningsrätt för kognitiva hjälpmedel?" och fråga 6 "Hur ofta förskriver du i genomsnitt kognitiva hjälpmedel till personer med psykiska funktionsnedsättningar?" (n=35)

Förskrivningsfrekvens	År med förskrivningsrätt					Totalt (n=35)
	0-5 år (n=19)	6-10 år (n=9)	11-15 år (n=1)	16-20 år (n=1)	>20 år (n=5)	
Aldrig (n=7)	6 % (n=2)	6 % (n=2)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	9 % (n=3)	20 % (n=7)
Någon gång per kvartal (n=18)	31 % (n=11)	9 % (n=3)	3 % (n=1)	3 % (n=1)	6 % (n=2)	51 % (n=18)
Någon gång i månaden (n=5)	11 % (n=4)	3 % (n=1)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	14 % (n=5)
Flera gånger i månaden (n=3)	3 % (n=1)	6 % (n=2)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	9 % (n=3)
En gång per vecka (n=1)	3 % (n=1)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	3 % (n=1)
Flera gånger per vecka (n=1)	0 % (n=0)	3 % (n=1)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	3 % (n=1)
Totalt (n=35)	54 % (n=19)	26 % (n=9)	3 % (n=1)	3 % (n=1)	14 % (n=5)	100 % (n=35)

5.4 Förskrivningsfrekvens och hjälpmedlets syfte

Vid en jämförelse mellan fråga 6 "Hur ofta förskriver du i genomsnitt kognitiva hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning?" och fråga 8 "Anser du att de kognitiva hjälpmedel du förskriver uppfyller sitt syfte?" framkommer att 88 % av respondenterna anser att hjälpmedlet uppfyller sitt syfte. Av de 88 % som anser att syftet uppfylls är det 52 % som förskriver hjälpmedel någon gång per kvartal vilket utgör den största gruppen. I jämförelsen framkommer att 12 % anser att syftet inte uppfylls. Dessa 12 % förskriver mer sällan hjälpmedel än de som anser att syftet uppfylls. Respondenterna som inte anser att hjälpmedlet uppfyller sitt syfte förskriver någon gång per månad, någon gång per kvartal och 6 % förskriver aldrig kognitiva hjälpmedel (tabell 3).

Tabell 3. Fråga 6 Hur ofta förskriver du i genomsnitt kognitiva hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning?" och fråga 8 "Anser du att de kognitiva hjälpmedel du förskriver uppfyller sitt syfte?" (n=33)

Förskrivningsfrekvens	Anser att hjälpmedlet uppfyller sitt syfte		
	Ja (n=29)	Nej (n=4)	Totalt (n=33)
Aldrig (n=4)	6 % (n=2)	6 % (n=2)	12 % (n=4)
Någon gång/kvartal (n=18)	52 % (n=17)	3 % (n=1)	55 % (n=18)
Någon gång/månad (n=6)	15 % (n=5)	3 % (n=1)	18 % (n=6)
Flera ggr/månad (n=3)	9 % (n=3)	0 % (n=0)	9 % (n=3)
En gång/vecka (n=1)	3 % (n=1)	0 % (n=0)	3 % (n=1)
Flera ggr/vecka (n=1)	3 % (n=1)	0 % (n=0)	3 % (n=1)
Totalt (n=33)	88 % (n=29)	12 % (n=4)	100 % (n=33)

5.5 Utbudets utformning och hjälpmedlets syfte

Utifrån fråga 8 "Anser du att de kognitiva hjälpmedel du förskriver uppfyller sitt syfte?" och fråga 21 "Anser du att utbudet av kognitiva hjälpmedel är tillräckligt?" framkommer att 74 % anser att utbudet inte är tillräckligt, av dessa anser 65 % att hjälpmedlet uppfyller sitt syfte. Av respondenterna anser 26 % att syftet med hjälpmedlet uppfylls och att utbudet är tillräckligt (tabell 4). Bland dem som inte anser att syftet uppfylls är det ingen som anser att utbudet är tillräckligt.

Tabell 4. Fråga 8 "Anser du att de kognitiva hjälpmedel du förskriver uppfyller sitt syfte?" och fråga 21 "Anser du att utbudet av kognitiva hjälpmedel är tillräckligt?" (n=31)

Anser att hjälpmedlet uppfyller sitt syfte			
Anser att utbudet är tillräckligt	Ja (n=28)	Nej (n=3)	Totalt (n=31)
Ja (n=8)	26 % (n=8)	0 % (n=0)	26 % (n=8)
Nej (n=23)	65 % (n=20)	10 % (n=3)	74 % (n=23)
Totalt (n=31)	90 % (n=28)	10 % (n=3)	100 % (n=31)

5.6 Efterfrågan av kunskap och upplevd kunskapsnivå

I en jämförelse mellan fråga 14 "Hur upplever du den kunskap du har kring kognitiva hjälpmedel?" och fråga 15 "Skulle du vilja ha mer kunskap och information kring kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar?" framkommer att 90 % vill ha mer kunskap och information om kognitiva hjälpmedel. Av de 41 respondenterna är det 39 % som anser sig ha tillräcklig kunskap, 5 % anser sig ha väldigt bra kunskap. Av respondenterna som vill ha mer kunskap är det 34 % som samtidigt anser att de har tillräcklig kunskap. De respondenter som anser att de har väldigt bra kunskap vill alla ha mer kunskap. Av respondenterna vill 10 % inte ha mer kunskap, bland dessa anser 5 % att de har tillräcklig kunskap. Av dem som inte vill ha mer kunskap är det ingen som anser sig ha väldigt bra kunskap (tabell 5).

Tabell 5. Fråga 14 "Hur upplever du den kunskap du har kring kognitiva hjälpmedel?" och fråga 15 "Skulle du vilja ha mer kunskap och information kring kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar?" (n=41)

Upplevd kunskap					
Vill ha mer kunskap	Väldigt bra (n=2)	Bra (n=12)	Tillräcklig (n=16)	Dålig (n=11)	Totalt (n=41)
Ja (n=37)	5 % (n=2)	27 % (n=11)	34 % (n=14)	24 % (n=10)	90 % (n=37)
Nej (n=4)	0 % (n=0)	2 % (n=1)	5 % (n=2)	2 % (n=1)	10 % (n=4)
Totalt (n=41)	5 % (n=2)	29 % (n=12)	39 % (n=16)	27 % (n=11)	100 % (n=41)

5.7 Förskrivna hjälpmedel

Utifrån fråga 7 "Vilka kognitiva hjälpmedel förskriver du till personer med psykiska funktionsnedsättningar?" framkommer att respondenterna förskriver handdatorn Handi allra mest (n=26). Respondenterna inom landsting A anger i enkätsvaren att Handi är det enda kognitiva hjälpmedel som är förskrivningsbart. Därefter förskrivs bolltäckor i hög grad av respondenterna (n=12). Andra kognitiva hjälpmedel som förskrivs är tidshjälpmedlen Timstock (n=10) och Kvartur (n=2), samt övriga (n=12) vilket innefattar bland andra minneshjälpmedlet Memo och det strukturskapande hjälpmedlet Sigvart dygnstavla. Enligt fråga 13 "Vilka kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning har du erfarenhet av?" har respondenterna också erfarenhet av tidshjälpmedlen Pajalaklockan och Shake Awake, dessa förskrivs dock inte.

5.8 Hjälpmedlets ändamål

Fråga 9 "Om ja, hur uppfattar du detta?" och fråga 11 "Vad vill du uppnå med förskrivningen av kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar?" hade liknande svar varpå svaren till dessa två frågor slogs ihop. Utifrån följdfråga 9 för de (n=25) som anger att de upplever att hjälpmedlet uppfyller sitt syfte samt de (n=29) som svarar på fråga 11 framkommer flertalet kategorier. Dessa kategorier är självständighet, struktur och tidshantering, delaktighet samt utvärdering. Totalt finns det alltså 54 svar från respondenterna utifrån de två frågorna.

Självständighet

Respondenterna (n=25) beskriver självständighet som något centralt i syftet med det kognitiva hjälpmedlet, detta framkommer på flera sätt. Hjälpmedlet kan bli en kompensation för funktionshindret och med hjälp av det kan patienten bli mer oberoende av andra och därmed mer självständig. Detta gör att patienten på egen hand kan klara sin vardag på ett tillfredställande sätt vilket i sin tur ökar självförtroendet hos patienten. En annan aspekt av hjälpmedlet är att patienten känner sig friare och uppnår en större tillfredsställelse.

Struktur och tidshantering

Respondenterna (n=28) visar på att en tydlig struktur underlättar för patienten att hantera sin vardag självständigt. Exempelvis genom att det kognitiva hjälpmedlet bidrar till en visuell tydlighet över dagens struktur och kan därmed ge goda rutiner för patienten. Den tydliga strukturen och de påminnelser som hjälpmedlet bidrar med underlättar för patienten att passa tider, planera och genomföra planerade aktiviteter. Strukturen bidrar till att förbättra tidsuppfattning, tidshantering samt minnesfunktioner vilket kan förbättra patientens dygnsrytm samt minska energiåtgången hos patienten. Detta kan öka hanterbarheten och enkelheten i vardagen för patienten, och detta bidrar till att minska oro, stress och nervositet. Då patienten har en bättre struktur och bättre utförandekapacitet kan patientens livskvalitet också öka.

Delaktighet

Respondenterna (n=9) uppger att det kognitiva hjälpmedlet kompenserar för nedsatta kognitiva och exekutiva funktioner vilket underlättar patientens aktivitetsutförande i olika sammanhang och sociala aktiviteter i samhället. Det kognitiva hjälpmedlet ökar dennes aktivitetsdeltagande och därmed även delaktigheten, tack vare strukturen hjälpmedlet skapar hos patienten. Exempelvis kan patientens delaktighet i samhället öka genom en bättre förmåga att passa tider och genom att andra personer kan lita på patienten.

Utvärdering

Respondenterna (n=5) poängterar vikten av att utvärdera och följa upp hjälpmedlet eftersom hjälpmedlet inte alltid uppfyllde sitt syfte hos alla patienter. Detta eftersom det bland annat krävs att miljön stödjer användandet av hjälpmedlet.

5.8.1 Brister kring hjälpmedlets ändamål

Enligt svaren på följdfrågan nummer 10 "Om nej, varför inte?" är det fem respondenter som anser att det kognitiva hjälpmedlet inte uppfyller sitt syfte. De beskriver detta i form av faktorer gällande patientens problematik, utomliggande faktorer samt utbudsfaktorer.

Patientens problematik

En respondent anser att patientens problematik ibland hindrade ett effektivt användande av det kognitiva hjälpmedlet genom att patienten glömmet bort att använda det eller tappar bort det kognitiva hjälpmedlet. Ytterligare ett problem som en respondent anger är att patienten inte kan hantera hjälpmedlet.

Utomliggande faktorer

En respondent rapporterar att de kognitiva hjälpmedlen är klumpiga och en angav att de kräver mycket stöd av omgivningen för att kunna införas i vardagen.

Utbudsfaktorer

Det förekommer även att respondenterna (n=2) vill förskriva andra hjälpmedel än de som är förskrivningsbara och därmed upplever de att det påtvingade andrahandsvalet inte uppfyller syftet helt.

5.9 Faktorer som påverkar förskrivning

Enligt svar på fråga 12 "Vad påverkar förskrivningen av kognitiva hjälpmedel till personer med psykiska funktionsnedsättningar?" är det respondenternas egen kunskap som är den mest förekommande orsaken (n=31). Landstingets ekonomi anses av många ha betydelse för förskrivningen (n=26). Lokala riktlinjer (n=18) följt av nationella riktlinjer (n=7) anses också av vissa påverka förskrivningen.

5.9.1 Kunskap kring kognitiva hjälpmedel

Enligt svaren på följdfråga 16 "Om ja, på vilket sätt och i vilket syfte vill du ha mer kunskap och information?" av dem som vill ha mer kunskap och information kring kognitiva hjälpmedel framkommer flera underkategorier kring vilken typ av kunskap som önskas av respondenterna (n=38). Dessa kategorier är: syfte med ökad kunskap, praktisk kunskap samt teoretisk kunskap.

Syfte med ökad kunskap

Respondenterna (n=11) anger som syfte till att de vill ha ökad kunskap att kognitiva hjälpmedel är ett område som ständigt utvecklas och de hela tiden måste hålla sig uppdaterad. Detta då kognitiva hjälpmedel ofta innefattar teknik som ständigt utvecklas. De (n=11) beskriver det som att de aldrig kan få nog med kunskap och att de behöver hålla sig informerade kring hjälpmedlen för att kunna ge patienten det denne behövde. Ökad kunskap ger respondenterna bredare förståelse för det kognitiva hjälpmedlets alla aspekter.

Efterfrågan av kunskap

Utbildningar, workshops, kurser och andra former av kunskapsutbyte är olika sätt att öka sin kunskap enligt respondenterna (n=15). Detta skall vara återkommande inslag i arbetet och inte enstaka tillfällen anger två respondenter. Dock är det vissa respondenter (n=2) som anser att de redan har tillräcklig kunskap och inte efterfrågar ytterligare. Respondenterna (n=4) eftersöker mer praktisk erfarenhet av de kognitiva hjälpmedlen. En respondent anger att det vore fördelaktigt att ha tillgång till de kognitiva hjälpmedlen på arbetsplatsen för att kunna se och prova hjälpmedel själv eller tillsammans med patient. Respondenterna (n=2) tar upp att ett sätt att underhålla samt öka sin kunskap är att skriva ut hjälpmedlen oftare. Respondenterna (n=2) efterfrågar praktisk kunskap kring hjälpmedel bland redan befintlig teknik såsom datorer. Respondenterna (n=2) saknar tid att hålla sig uppdaterade och önskar mer tid avsatt till detta. I motsats till detta anger en respondent att det är andra arbetsuppgifter som upplevs viktigare än hjälpmedel. Både kunskap kring förskrivningsbara och ickeförskrivningsbara kognitiva hjälpmedel lyfts fram som viktigt för respondenterna (n=5). En respondent lyfter möjligheten att få stöd vid förskrivning som viktigt, till exempel genom utbyte med kollegor eller en expert i frågan. En anger att den redan har en expert att vända sig till.

5.10 Synpunkter på utbudet

Utifrån följdfråga 22 "Om nej, vad saknar du?" som berör dem som inte anser att utbudet uppdateras tillräckligt ofta uppger respondenterna (n=28) många synpunkter ur flera olika perspektiv. Dessa utmynnar i kategorierna konkreta exempel, funktioner och alternativ samt utveckling och utformning.

Konkreta exempel

Inom landstingen anger respondenterna (n=11) att de efterfrågar konkreta föremål vilka exempelvis är bolltacke, diktafon, handifon, Shake Awake och Memocomai.

Funktioner och alternativ

Utöver konkreta exempel på hjälpmedel eftersöker respondenterna (n=11) hjälpmedel med funktioner såsom motiverare inför aktiviteter, tjuvare, utveckling av mobiltelefoner, elektroniska almanackor, medicinpåminnare, enklare kalenderfunktioner, fler alternativ av handdatorer och kognitiva hjälpmedel för olika nivåer av funktionsnedsättning. Fler alternativ av hjälpmedel efterfrågas då ett hjälpmedel inte passar alla patienter och det därmed behövs fler alternativ att prova. En respondent svarar att den inte saknar något utan litade på att hjälpmedelskonsulenter uppdaterar utbudet.

Utveckling och utformning

Något som lyfts fram som viktigt av några respondenter (n=3) är att hjälpmedlen inte ska utmärka patienten utan hjälpmedlen ska likna verktyg som alla använder i vardagen. Detta skulle kunna åstadkommas genom modernare och nyare former av kognitiva hjälpmedel. Ytterligare en aspekt av utbudet som önskas hos respondenterna (n=3) är att landstingen i högre grad ska följa med i utvecklingen

kring kognitiva hjälpmedel samt att utveckling och användning av hjälpmedlen ska bygga på forskning och evidens.

5.11 Påverka utbudet

Utifrån svaren på fråga 18 "Kan du påverka utbudet av kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning i ditt landsting?" anger majoriteten av respondenterna (n=25) att de inte kan påverka utbudet av kognitiva hjälpmedel. Drygt en tredjedel av respondenterna (n=15) anser att de kan påverka utbudet.

Enligt fråga 20 "Anser du att utbudet av kognitiva hjälpmedel uppdateras tillräckligt ofta?" framkommer att merparten av respondenterna (n=27) inte anser att utbudet uppdateras tillräckligt ofta. Cirka en fjärdedel (n=11) anser att utbudet uppdateras tillräckligt ofta.

5.11.1 Möjlighet att påverka utbudet

Med utgångspunkt i följdfråga 19 för dem som anser att de kan påverka utbudet: "Om ja, hur kan du påverka utbudet av kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning?" framkommer flera kategorier från respondenterna (n=17). Dessa är visa på behov, korrekt påverkan samt svårigheter med att påverka.

Visa på behov

Respondenterna (n=5) uppger att de ofta förskriver ickeförskrivningsbara hjälpmedel för att visa på behovet av dem och därmed kanske påverka möjligheten till att förskriva dem i framtiden.

Formell påverkan

Ett annat sätt att påverka utbudet av kognitiva hjälpmedel som respondenterna (n=9) uppger är att förmedla behovet av vissa hjälpmedel till hjälpmedels- eller sortimentsgrupper, även Hjälpmedelscentralen och Hjälpmedelscentrum. En respondent beskriver att den kan delta i sortimentsgrupper för att på så sätt påverka utbudet.

Svårigheter med att påverka

Respondenterna (n=3) anger att de är tveksamma till hur mycket de kan påverka utbudet, de har försökt att påverka men får inget gensvar. Ekonomiska restriktioner anses vara en stor del av detta.

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

6.1.1 Enkätkonstruktion

Författarna strävade efter att med stöd i Bryman (2007) och Ejlertsson (2005) utforma en lättförstådd enkät som var fri från värderingar. Kanske uppnåddes detta inte helt, vilket kunde ha påverkat både det interna och externa bortfallet. Respondenterna kunde också ha känt sig styrda av frågorna och därmed inte svarat helt sanningsenligt. Det hade varit värdefullt att istället för arbetsterapeutstudenter använda några av de potentiella respondenter som föll bort i det strategiska urvalet som provgrupp. Detta för att få deras synpunkter på enkäten då dessa kanske hade varit annorlunda och gjort att enkäten slutligen hade sett annorlunda ut. Att enkäten var utformad som en webbenkät kan ha inneburit både för- och nackdelar. Dels kan det påverka antalet som valde att svara genom en ökad enkelhet och dels genom att enkäten kan vara lättare att förbise.

6.1.2 Urval

Författarnas förkunskap inom området och eventuella förutfattade meningar påverkade valet av landsting och författarnas val av landsting hade stor betydelse för studiens resultat. Valet av de två landstingen påverkade resultatet genom att utbudet av kognitiva hjälpmedel inom dessa i stor utsträckning skiljde sig åt och på så sätt skapade olika förutsättningar för respondenternas förskrivning, vilket borde ha påverkat resultatet. Vad gäller urvalet hade detta gjorts som ett snöbollsurval vilket har gjort att författarna inte har kunnat kontrollera vilka som deltog i studien. Resultatet kan därför inte ses som representativt för gruppen arbetsterapeuter inom psykiatri, icke desto mindre ger det ändå en bild av hur förskrivningen ser ut hos respondenterna. I och med urvalets utformning söktes inget direkt godkännande av respondenternas chefer, de uppmanades istället att söka detta själva innan deltagandet. Detta kan ses som en brist i studien. Om författarna hade skickat enkäten till alla respondenter som de hade kontaktuppgifter till hade det strategiska urvalet inte behövt göras och inte heller hade påminnelser behövt skickas ut. På så sätt hade vissa brister i studiens genomförande kunnat undvikas. Att författarna ändå valde detta tillvägagångssätt hade sin grund i att en ursprunglig tanke med studien var att kunna göra jämförelser mellan de två landstingen. För att kunna göra detta ville författarna uppnå en hög svarsfrekvens i båda landstingen och därmed i högre grad kunna dra slutsatser om eventuella skillnader. Landstingsjämförelserna har dock tonats ner under arbetets gång.

6.1.3 Datainsamling

Författarna skickade på grund av enkätens tekniska utformning påminnelser till

alla respondenter vilket innebar att det fanns en risk att de som redan hade besvarat enkäten svarade igen. Ett försök att motverka detta har gjordes genom att tydliggöra detta i följebrevet.

6.1.4 Bortfall

Det externa bortfallet blev förhållandevis stort, 41 av de totalt 75 kontaktade respondenter svarade slutligen på enkäten, detta var ändå mer än svarsfrekvensen på 50 % som enligt Bryman (2007) ska föreligga för att studien ska anses tillförlitlig. Författarna anser det troligt att det stora externa bortfallet berodde på att respondenter som inte förskrev kognitiva hjälpmedel valde att inte delta i studien, varför detta antagligen påverkade studiens resultat. I studien fanns också ett visst internt bortfall som redovisas i bilaga 4, författarna tror att detta orsakas i hög grad av enkätens utformning där respondenterna skulle hoppa över vissa frågor.

6.1.5 Bearbetning av data

I bearbetningen av materialet fanns vissa ställningstaganden och brister som kan ha påverkat resultatet och de slutsatser som går att dra av detta. En mer omfattande kvantitativ analys hade varit möjlig för att göra korrelationsberäkningar och prova om det fanns statistiskt signifikanta skillnader mellan olika grupper i resultatet. Författarna valde att ange relativa frekvenser i tabellerna för att ge en tydligare bild av fördelningen, detta trots att Ejlertsson (2005) beskriver att detta inte bör göras vid antal under 100. Vid den deskriptiva analysen av den kvalitativa datan kan författarnas förförståelse ha påverkat kategoriseringen genom att vissa aspekter lyftes fram på bekostnad av andra. Författarna har försökt att motverka detta genom att tillsammans diskutera kategoriseringar och på så sätt öka medvetenheten kring eventuell bias. Denna förförståelse var dock också nödvändig för att kunna genomföra studien, bearbeta materialet och förstå respondenternas resonemang.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka arbetsterapeuters uppfattning om nyttan av kognitiva hjälpmedel samt vad som påverkar förskrivningen av dessa till vuxna personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Arbetsterapeuterna i studien beskrev att anledningen till att de förskrev det kognitiva hjälpmedlet var att det bland annat skulle ge personen en ökad självständighet och ökad delaktighet. Arbetsterapeuterna beskrev detta som att hjälpmedlet bidrog till att kompensera för funktionsnedsättningen varpå personen kunde fungera mer tillfredsställande i vardagen, vilket då kunde öka patientens självförtroende. Arbetsterapeuterna i studien beskrev att det kognitiva hjälpmedlet

möjliggjorde för personen att vara friare, det gav struktur åt vardagen, underlättade tidshantering, personen kunde genomföra planerade aktiviteter, vilket då ökade personens aktivitetsdeltagande och även delaktighet i samhället. Ovan nämnda är också vad Blomquist och Rydén (2009) säger angående vad det kognitiva hjälpmedlet kan fylla för funktion, liknande beskriver Mann med flera (2008) hur hjälpmedel kan leda till bibehållen självständighet. Enligt Häggblom-Kronlöf och Sonn (2007) kan hjälpmedlen också förstärka självständigheten genom att minska beroendet av andra personer i omgivningen. Enligt psykiatrireformen ska insatserna för personer med psykisk funktionsnedsättning stödja oberoende och integritet. Personer med psykisk sjukdom ska kunna delta i samhället som andra människor (HI, 2008; Lundin & Ohlsson, 2002). Resultatet visar på en överensstämmelse mellan arbetsterapeuternas och litteraturens uppfattning kring syftet med användning av hjälpmedlen genom att de lyfter upp samma aspekter. Författarna till denna studie ser hur det som framkommer i resultatet avseende effekten av det kognitiva hjälpmedlet kan leda fram till självständighet. Det blir också tydligt att alla olika aspekter beträffande hjälpmedlets avsedda effekter har ett dynamiskt förhållande till varandra. Hjälpmedlet kan skapa struktur i vardagen, vilket kan innebära att personen kan utföra tänkta aktiviteter vilket leder till ökad delaktighet i samhället. En ökad delaktighet kan göra personen mer självständig och fri och utifrån detta kan aktivitetsförmågan öka ytterligare.

I resultatet framkom i de öppna frågorna att arbetsterapeuterna ibland upplevde att de avsedda effekterna med hjälpmedlet inte kunde uppnås. Detta bland annat då arbetsterapeuterna beskrev att de inte alltid hade möjlighet att förskriva det hjälpmedel som de ansåg kunde uppfylla behovet hos den enskilda patienten. En möjlig relation som författarna därför hade förväntat sig var att respondenterna som upplevde att hjälpmedlet inte uppfyllde personens behov inte heller skulle anse att utbudet var tillräckligt, vilket resultatet från de öppna frågorna också visade på. Vid en jämförelse mellan de två frågorna angående om arbetsterapeuterna ansåg att syftet med förskrivningen av hjälpmedel och om utbudet av hjälpmedel var tillräckligt, såg författarna dock ingen relation mellan hur arbetsterapeuterna upplevde att det avsedda syftet med hjälpmedlet uppfylldes och om utbudet ansågs vara tillräckligt. Dock visade resultatet på att de som ansåg att hjälpmedlets syfte uppfylldes ändå upplevde att utbudet inte var tillräckligt. Författarna hade sett som troligt att dessa arbetsterapeuter skulle anse att utbudet var tillräckligt eftersom de ansåg att hjälpmedlen kunde uppfylla sitt avsedda syfte. I resultatet framkom också att de respondenter som inte ansåg att det kognitiva hjälpmedlet kunde uppfylla behovet hos personen ansåg heller inte att utbudet var tillräckligt. Enligt Kompetensbeskrivningarna för arbetsterapeuter (Socialstyrelsen, 2001) ska arbetsterapeuten utifrån befintligt sortiment välja ut för personen lämpligt hjälpmedel. Författarna ser att arbetsterapeuterna i studien kunde välja ut hjälpmedel som uppfyllde behovet hos personen, men samtidigt uppmärksammade att det var ett bristfälligt utbud. Att arbetsterapeuterna i studien gjorde det bästa av befintlig situation visar på ett professionellt förhållningssätt då de kunde förhålla sig till de olika krav som ställdes på dem.

Resultatet visar att 20 % av arbetsterapeuterna i studien aldrig eller i låg grad förskrev kognitiva hjälpmedel. Samtidigt pekade arbetsterapeuterna själva på de många positiva effekterna av kognitiva hjälpmedel, vilket även litteraturen gör

(Hägglom-Kronlöf & Sonn, 2007). Resultatet visade att de som inte ansåg att hjälpmedlet kunde uppfylla behovet hos personen mer sällan förskrev kognitiva hjälpmedel. De arbetsterapeuter som ansåg att hjälpmedlets avsedda syfte uppfylldes förskrev oftare. Detta ser författarna som en logisk följd av arbetsterapeuternas syn på målet med det kognitiva hjälpmedlet, när behovet inte ansågs kunna tillgodoses av det kognitiva hjälpmedlet förskrevs detta mer sällan. Detta är dock intressant med tanke på de många positiva effekter som av andra anses kunna uppnås genom förskrivningen av kognitiva hjälpmedel. HSL (SFS, 1982:763) betonar att varje enskild verksamhet som har behandling ska erbjuda hjälpmedel. Det är dock tveksamt om detta kan erbjudas när en stor andel av arbetsterapeuterna aldrig förskriver kognitiva hjälpmedel. Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter (2001) och arbetsterapeuternas etiska kod (FSA, 2004) poängterar att det är arbetsterapeutens yrkesuppgift att hitta sätt att kompensera för individens bristande aktivitetsutförande samt främja dennes delaktighet i dagliga livet. Att förskriva kognitiva hjälpmedel ser författarna därmed som ett sätt att uppfylla professionens krav och uppgifter genom att hjälpmedlen kan fungera som denna kompensation och därmed främja delaktighet.

Med utgångspunkt i frågorna 3 och 5 som berör hur länge arbetsterapeuterna har varit verksamma och hur länge de har haft förskrivningsrätt framkom att hur länge arbetsterapeuterna hade varit verksamma inte verkade påverka hur länge de hade haft förskrivningsrätt. Det som resultatet visade var att de som hade haft förskrivningsrätt och hade varit verksamma 0-5 år var den största gruppen, samt att den näst största gruppen var de som hade haft förskrivningsrätt och varit verksamma i över 20 år. Författarna upplever det som intressant att det var arbetsterapeuterna som hade haft förskrivningsrätt och varit verksamma 0-5 år som var den största gruppen. Även att den näst största gruppen var de arbetsterapeuter som hade haft förskrivningsrätt och varit verksamma i över 20 år är intressant då dessa är motpoler till varandra och det är svårt att se någon orsak till denna fördelning. Resultatet av fråga 5 "Hur länge har du haft förskrivningsrätt för kognitiva hjälpmedel?" och fråga 6 "Hur ofta förskriver du i genomsnitt kognitiva hjälpmedel till personer med psykiska funktionsnedsättningar?" visar på att oavsett hur länge arbetsterapeuterna hade haft förskrivningsrätt förskrev de flesta någon gång per kvartal. Tendenser till att de som hade haft förskrivningsrätt en längre tid förskrev mer sällan kunde dock ses. Orsaker till detta kan enligt författarna vara att de inte har hållit sig uppdaterade med ny kunskap och teknologi då de tidsmässigt var längre ifrån sin utbildning till arbetsterapeut, till skillnad från dem som hade varit verksamma i 0-5 år. De kan också ha funnit andra metoder för att tillgodose personens behov, vilket gjorde att de hade en lägre förskrivningsfrekvens vad gäller kognitiva hjälpmedel.

I resultatet framkom att arbetsterapeuterna eftersökte hjälpmedel som inte utmärkte personen i samhället. Hägglom-Kronlöf och Sonn (2007) beskriver att trots att ett hjälpmedel kan öka självständigheten hos en person kan hjälpmedel även symbolisera en förlust av självständighet. Personens egen upplevelse av ett hjälpmedel påverkas också av kulturella och psykosociala influenser i samhället vilket kan påverka individens självbild. Enligt Brunt och Hansson (2005) är det inom alla kulturer vanligt med negativa attityder gentemot personer med psykiska funktionsnedsättningar. Ett hjälpmedel för en person med psykisk

funktionsnedsättning kan då utmärka personen ytterligare, vilket kan öka stigmatisering och diskriminering (Brunt & Hansson, 2005) och detta kan i sin tur påverka personens självbild (Hägglund-Kronlöf & Sonn, 2007). Författarna instämmer utifrån detta i arbetsterapeuternas önskemål beträffande hjälpmedel som inte utmärker personen ytterligare eftersom hjälpmedlet ska öka delaktigheten i samhället. Ett klumpigt hjälpmedel kan i högre grad väcka uppmärksamhet kring patientens funktionsnedsättning och därmed eventuellt öka stigmatiseringen. Det blir därför viktigt att ha ett utbud med kognitiva hjälpmedel som uppfyller kraven genom att vara diskreta och användarvänliga.

Arbetsterapeuterna i denna studie eftersökte ett större utbud av hjälpmedel för att täcka och kompensera för den variation av funktionsnedsättningar som fanns hos personerna de förskrev till. De eftersökte även en mer kontinuerlig uppdatering av utbudet. I SBU (1997) beskrivs att funktionen hos patienten inte avgörs av den psykiatriska diagnosen. I och med att funktionen är individuell hos alla individer behövs ett stort utbud av kognitiva hjälpmedel. Lundin och Ohlsson (2002) samt Atchison och Durette (2007) beskriver att det finns en stor variation av hur psykiska funktionsnedsättningar skapar aktivitetsproblematik utifrån den psykiska funktionsnedsättningen. Författarna instämmer i arbetsterapeuternas åsikter om utbudet, i och med att alla individer och deras aktivitetsproblematik är olika behövs också olika typer av hjälpmedel för att täcka de behov som kan uppstå. För att som arbetsterapeut kunna arbeta klientcentrerat (FSA, 2004) inom detta område behöver en större variation av hjälpmedel finnas att tillgå.

Flera av arbetsterapeuterna angav att de försökte påverka utbudet genom att förskriva hjälpmedel som inte var förskrivningsbara, de tvivlade dock på hur mycket de kunde påverka utbudet på grund av ekonomiska begränsningar. Utifrån detta blir det enligt författarna tydligt att det är ekonomin som styr förskrivningen av kognitiva hjälpmedel, därmed inte i enlighet med HSL (SFS, 1982:763). Dock anser författarna att det är viktigt att arbetsterapeuterna fortsätter visa på brister i utbudet för att på sikt kunna påverka.

I resultatet framkom att det som påverkade förskrivningen av kognitiva hjälpmedel först och främst var arbetsterapeuternas kunskap, men även ekonomin inom landstinget påverkade i hög grad. Som tidigare nämnts ska arbetsterapeuten enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter (2001) kunna välja ut lämpligt hjälpmedel för att kompensera för patientens bristande aktivitetsutförande. Författarna ser att arbetsterapeuterna inte fritt kunde förskriva lämpligt hjälpmedel då de var påverkade både av ekonomi samt sin egen kunskapsnivå. Detta kan innebära att de inte uppfyllde kompetensbeskrivningarna. Utifrån jämförelsen mellan frågorna 14 och 15 som berörde hur arbetsterapeuterna upplevde sin kunskap kring kognitiva hjälpmedel och om de vill ha mer kunskap och information kring dessa, framkom att de flesta arbetsterapeuterna önskade mer kunskap oavsett sin upplevda kunskapsnivå. Författarna hade förväntat sig att de arbetsterapeuter som upplevde sin kunskapsnivå som högre inte skulle vilja ha ökad kunskap i lika stor utsträckning, vilket resultatet alltså inte visade på. Under denna period genomfördes en satsning på försörjningen av kognitiva hjälpmedel samt attityder mot personer med psykisk sjukdom (Hägglund, Larsson & Älfvåg, 2009, oktober 1). Möjligen är det enligt författarna detta som avspeglas i att arbetsterapeuterna oavsett upplevd kunskapsnivå identifierade att de behövde mer

kunskap. Detta genom att det under denna tid har varit fokus på kognitiva hjälpmedel och arbetsterapeuterna därmed kan ha insett sina kunskapsluckor. Det kan även vara denna satsning som speglas i hur länge arbetsterapeuterna hade haft förskrivningsrätt, detta eftersom det var gruppen som hade haft förskrivningsrätt 0-5 år som var störst, vilket författarna ser som en möjlig effekt av den ökade satsningen under denna tid.

Resultatet visar att majoriteten av arbetsterapeuterna ville ha mer kunskap i form av teoretisk och praktisk kunskap och det i syftet att hålla sig uppdaterade inom det ständigt föränderliga området kognitiva hjälpmedel. En del arbetsterapeuter ansåg sig inte heller ha tid eller möjlighet att hålla sig ajour med utvecklingen av kognitiva hjälpmedel. Den stora satsning som regeringen gör fram till 2011 bland annat i syfte att utveckla kunskapen kring kognitiva hjälpmedel (Socialdepartementet, 2009) ser författarna som mycket positiv. Detta då arbetsterapeuterna i och med denna satsning kan få ta del av mer kunskap eller uppmanas till att sätta av tid för att hålla sig ajour. Dock finns fortfarande ingen tydlig definition av begreppet hjälpmedel och än mindre av kognitiva hjälpmedel (Handikappförbunden, 2009). Författarna ifrågasätter därför vart regeringens satsning leder. Författarna är även kritiska till hur situationen kommer att se ut efter satsningens slut. Detta eftersom en liknande situation fanns vid psykiatrireformens uppkomst då staten satsade pengar i stimulansbidrag (Lundin & Ohlsson, 2002). När pengarna tog slut lades projekten man startat upp för pengarna ner (Brunt & Hansson, 2005). Om detta även sker efter den pågående satsningen ser författarna en risk att kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar kommer att glömmas bort eller prioriteras ned i tider av ekonomiska åtstramningar.

Ett exempel på att det inte finns någon övergripande definition av hjälpmedel kan ses i form av att bolltäcke enligt studiens resultat något arbetsterapeuterna förskrev som ett kognitivt hjälpmedel. Som nämnts fanns det skillnader i utbudet av kognitiva hjälpmedel mellan de två landstingen, men varken landsting A eller landsting B klassificerar bolltäcke som ett kognitivt hjälpmedel (Hjälpmiddelscentrum, 2009; SLL, 2009). Detta kan enligt författarna möjligen vara en följd av att det inte finns en enhetlig definition av kognitiva hjälpmedel, inte på en nationell nivå, men utifrån resultatet inte heller på en lokal nivå inom landstingen. Författarna anser att resultatet även kan bero på att det saknas en tydlig nationell samordning kring förskrivning av hjälpmedel.

Arbetsterapeuterna i studien poängterade att utvärdering var av yttersta vikt i förskrivningsprocessen, detta är steg nummer fem i förskrivningsprocessen enligt Blomquist och Nicolaus (2007). Cook och Hussey (2002) betonar dynamiken mellan aktivitet, människa och hjälpmedel och hur viktigt det är att ta hänsyn till alla dessa delar vid förskrivning av hjälpmedel. Författarna av denna studie instämmer i arbetsterapeuternas uppfattning om utvärderingens vikt eftersom denna är ett sätt att se om hjälpmedlet har tillgodosett behovet hos personen. Dessutom ger utvärdering av hjälpmedlet en möjlighet att göra korrigerande av förskrivningen utifrån de komponenter som beskrivs av Cook och Hussey (2002). Författarna anser sig hos vissa arbetsterapeuter i studien kunna se tendenser till att arbeta med helheten kring patienten och hjälpmedlet, vilket författarna ser som positivt. Detta exempelvis genom att arbetsterapeuterna uppgav att patientens

problematik försvårade användandet av hjälpmedlet samt att omgivningen inte var tillräckligt stöttande.

Några av arbetsterapeuterna angav att de saknade forskning och evidens för användning och utveckling av kognitiva hjälpmedel. Detta har också författarna uppmärksammat vid litteratursökning inom denna studie. Författarna ser det dock som mycket positivt att vissa arbetsterapeuter efterfrågade detta i och med att Kompetensbeskrivningarna för arbetsterapeuter (Socialstyrelsen, 2001) ställer krav på att arbetsterapeuter ska visa på behov av samt använda forskning i sitt arbete. Att bygga sitt arbete med kognitiva hjälpmedel på evidens är dock inte möjligt i nuläget på grund av den bristande tillgången på forskning och evidens kring detta område, varpå författarna ser ett stort behov av utveckling inom detta. Författarna ställer sig frågan om det är möjligt att omsätta forskning från andra målgrupper till personer med psykiska funktionsnedsättningar så som arbetsterapeuterna idag måste göra och anser att detta inte är pålitligt då förutsättningarna skiljer sig mycket åt mellan olika målgrupper. Förhoppningsvis leder regeringens satsning (Socialdepartementet, 2009) till ett ökat intresse och fortsatta satsningar inom detta område.

7. Förslag till fortsatt forskning

Mer forskning är nödvändigt för att validera det kognitiva hjälpmedlets syfte gällande hur hjälpmedlet kan stötta en person med psykisk funktionsnedsättning i dagliga aktiviteter. Forskning behövs även för att utveckla nya kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning, för att dessa i högre grad ska likna vardagsverktyg som kan stötta personens aktivitetsutförande och främja delaktighet. Det behövs även ytterligare forskning utifrån arbetsterapeuternas perspektiv för att kartlägga deras resonemang bakom förskrivningen av kognitiva hjälpmedel till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Referenser

Atchison, B. J., & Dirette, D. K. (2007). *Conditions in occupational therapy: effect on occupational performance*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Blomquist, U., & Nicolaou, I. (2007). *Förskrivningsprocessen för hjälpmedel till personer med funktionshinder*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.

Blomquist, U., & Rydén, M. (2009). *Förskrivning av hjälpmedel till personer med kognitiva funktionsnedsättningar Delrapport i projektet Integrerad rehabilitering*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.

Borg, E., & Westerlund, J. (2006). *Statistik för beteendevetare*. 2:a uppl. Malmö: Liber AB.

Brunt, D., & Hansson, L. (2005). *Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bryman, A. (2007). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.

Cook, A., & Hussey, A. (2002). *Assistive technologies Principles and Practice*. 2nd Ed. St Louise, MO: Moseby.

Creek, J. (2002). *Occupational Therapy and Mental Health*. 3rd Ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Dahlberg, R. (2008). *Kognitiva hjälpmedel Nationell kartläggning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, H. (2001). *Neuropsykologi: Normalfunktion, demenser och avgränsade hjärnskador*. Stockholm: Liber AB.

Everett, T., Donaghy, M., & Feaver, S. (2003). *Interventions for mental health an evidence based approach for physiotherapists and occupational therapists*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter [FSA] (2004). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: FSA.

Grieve, J., & Gnanasekaran, L. (2008). *Neuropsychology for Occupational Therapists- Cognition in Occupational Performance*. 3rd Ed. Oxford: Blackwell Publishing.

Grönberg Eskel, M. (2005). "För första gången på länge är jag en vanlig människa" en kvalitativ utvärdering av projekt HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel. Karlstad: Karlstads Universitet, Institutet för

kvalitets och utvecklingsarbete.

Handikappförbunden (2009). *Handikappförbundens plattform för hjälpmedel*. Hämtad 100415

<http://www.hso.se/Global/Material/Val%202010/Hj%C3%A4lpmedelplattform2mars.pdf>

Hjälpmedelscentrum (2009). *Kognitionshjälpmedel, nr 2009*. Linköping: Hjälpmedelscentrum AB. Hämtad 091025

<http://www.hjmost.se/images/stories/kognitionskatalog%202009.pdf>

Hjälpmedelsinstitutet (2010). *Tips på smarta lösningar*. Vällingby:

Hjälpmedelsinstitutet. Hämtad 100413 <http://www.hi.se/sv-se/Arbetsomraden/Hjalpmedelsinstitutets-prioriterade-omraden/Kognitiva-funktionsnedsattningar/Tips-pa-smarta-losningar/>

Hjälpmedelsinstitutet (2008). *Hjälpmedel och annat stöd för personer med psykiska funktionsnedsättningar: Man kan inte ha kaos både i huvudet och hemma*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.

Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M., & Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 100, 105–118.

Hägglom-Kronlöf, G., & Sonn, U. (2007). Use of assistive devices - a reality full of contradictions in elderly person's everyday life. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 2(6), 335-345.

Hägglund, G., Larsson, M., & Älfvåg, C. (2009, oktober 1). *Vi ska förändra attityden till alla som är psykiskt sjuka*. *Dagens Nyheter*. Hämtad 091122

<http://www.dn.se/opinion/debatt/vi-ska-forandra-attityden-till-alla-som-ar-psykiskt-sjuka-1.964451>

Körner, S., & Wahlgren, L. (1998). *Statistiska metoder*. Studentlitteratur: Lund.

Landstinget i Östergötland. (2009). *Riktlinjer för hjälpmedelsförskrivning*. Hämtad 091122

<http://www.lio.se/upload/44500/Riktlinjer%20med%20inne%C3%A5llsf%C3%B6rteckning%202009.pdf>

Leufstadius, C., & Eklund, M. (2008). Time use among individuals with persistent mental illness: identifying risk factors for imbalance in daily activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, 23-33.

Lundh, L.-G., Montgomery, H., & Waern, Y. (1992). *Kognitiv psykologi*. Lund: Studentlitteratur.

Lundin, L., & Ohlsson, O. (2002). *Psykiska funktionshinder: stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar*. Stockholm: Cura.

Mann, W.C, Johnson, J.L, Lynch, L.G, Justiss, M.D., Tomita, M., & Wu, S.S. (2008). Changes in impairment level, functional status, and use of assistive devices by older people with depression symptoms. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 9-17.

McMillen, A-M., & Söderberg, S. (2002). Disabled Person's experience of dependence on assistive devices. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 9, 176-183.

Merriam, S. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Psykiatriutredningen (1992). *Välfärd och valfrihet service, stöd och vård för psykiskt störda. Slutbetänkande av Psykiatriutredningen*. (SOU 1992:73) Stockholm: Allmänna förlaget.

Svensk Författningssamling [SFS] (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 091023
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?bet=1982:763&nid=3911>

Socialdepartementet (2004). *Hjälpmedel* (SOU 2004:83) Stockholm. Hämtad 100124 <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/82/43/c2bbcfdc.pdf> samt <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/82/43/fa6da1f8.pdf>

Socialdepartementet (2006). *Ambition och ansvar- Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning*. (SOU 2006:100) Stockholm.

Socialdepartementet (2009). *Uppdrag att sprida kunskap om och utveckla hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning samt uppdrag att utbetala medel*. (1:8 2009) Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 091022
<http://www.hi.se/Global/Hj%C3%A4lpmedel%20i%20fokus/Regeringsbeslut-2009-0073.pdf>

Socialstyrelsen (2000). *Hjälpmedel för funktionshindrade. Socialstyrelsens meddelandeblad nr 21 1999*. Stockholm.

Socialstyrelsen (2001). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter*. Bohus: Ale Tryckteam AB.

Socialstyrelsen (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – Svensk version av ICF*. Hämtad 100125
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4-1_200342.pdf

Socialstyrelsen (2004). *Kort om ADHD hos barn och vuxna: En sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt*. Hämtad 100511
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10347/2004-110-7_20041107.pdf

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik [SBU] (1997).
Behandling med neuroleptika: Volym 1. Rapportnr: 133/1, 133/2.

Stockholms Läns Landsting [SLL] (2009). *Kloka hjälpmedelslistan: kognitionshjälpmedel*. Stockholm: Stockholms Läns Landsting, Hämtad 091020
http://www.sll.se/upload/Hjalpmedel_Stockholm/Kloklistor/klok_kognition0905.pdf

Stukát, S. (1993). *Statistiska grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Sundström, A., & Östlund, Å. (2008). *Kartläggning hjälpmedel för kognitivt stöd: Delstudie i projekt: Kognitivt stöd för barn och ungdomar: Handikapp och habilitering*. Stockholm: Stockholms Läns Landsting.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1998). *Introduction to qualitative research methods: a guidebook and resource*. 3rd Ed. New York: John Willey & Sons Inc.

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. 3:e Uppl. Polen: Pozkal.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 100405
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Bilagor

Bilaga 1. Enkät för C-uppsats, arbetsterapeuters attityd till och förskrivning av kognitiva hjälpmedel.

*Obligatorisk

1. Var arbetar du? *

- Landstinget i Östergötland
- Stockholms läns Landsting

2. Vilken typ av verksamhet arbetar du inom? *

- Öppen psykiatrisk verksamhet
- Sluten psykiatrisk verksamhet

3. Hur länge har du varit verksam arbetsterapeut?

- 0-5 år
- 6-10 år
- 11-15 år
- 16-20 år
- Mer än 20 år

4. Har du förskrivningsrätt för kognitiva hjälpmedel?

- Ja
- Nej (om nej, gå vidare till fråga 12)

5. Hur länge har du haft förskrivningsrätt för kognitiva hjälpmedel?

- 0-5 år
- 6-10 år
- 11-15 år
- 16-20 år
- Mer än 20 år

6. Hur ofta förskriver du i genomsnitt kognitiva hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning?

- Aldrig
- Någon gång per kvartal
- Någon gång i månaden
- Flera gånger i månaden
- En gång i veckan
- Flera gånger i veckan

7. Vilka kognitiva hjälpmedel förskriver du till personer med psykiska funktionsnedsättningar? (Flera val möjliga)

- Minnesklocka
- Pajalaklockan
- Kvartur
- Handi
- Timstock
- Bolltäcke
- Övrigt:

8. Anser du att de kognitiva hjälpmedel du förskriver uppfyller sitt syfte?

- Ja
- Nej (om nej, gå till fråga 10)

9. Om ja, hur uppfattar du detta? (gå sedan vidare till fråga 11)

10. Om nej, varför inte?

11. Vad vill du uppnå med förskrivning av kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar? Beskriv.

12. Vad påverkar förskrivningen av kognitiva hjälpmedel till personer med psykiska funktionsnedsättningar? (Flera val möjliga)

- Landstingets ekonomi
- Din kunskap
- Nationella riktlinjer
- Lokala riktlinjer
- Övrigt:

13. Vilka kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning har du erfarenhet av? (Flera val möjliga)

- Minnesklocka
- Pajalaklockan
- Kvartur
- Handi
- Timstock
- Bolltäcke
- Övrigt:

14. Hur upplever du den kunskap du har kring kognitiva hjälpmedel?

- Väldigt bra
- Bra
- Tillräcklig
- Dålig

15. Skulle du vilja ha mer kunskap och information kring kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar?

- Ja
- Nej (om nej, gå till fråga 17)

16. Om ja, på vilket sätt och i vilket syfte vill du ha mer kunskap och information? (gå sedan till fråga 18)

17. Om nej, varför vill du inte ha mer kunskap och information?

18. Kan du påverka utbudet av kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning i ditt landsting?

- Ja
- Nej (om nej, gå till fråga 20)

19. Om ja, hur kan du påverka utbudet av kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning?

20. Anser du att utbudet av kognitiva hjälpmedel uppdateras tillräckligt ofta?

- Ja
- Nej

21. Anser du att utbudet av kognitiva hjälpmedel är tillräckligt?

- Ja
- Nej

22. Om nej, vad saknar du?

Bilaga 2. Följebrev

Hej.

Vi heter Tove Stolt och Emma Jäder och går sista året på Arbetsterapeutprogrammet vid Linköpings Universitet. Vi genomför just nu vår c-uppsats med syftet att kartlägga ett urval av arbetsterapeuters attityd till och förskrivning av kognitiva hjälpmedel till vuxna personer med psykiska funktionsnedsättningar inom Landstinget i Östergötland och Stockholms läns Landsting.

Din e-postadress har vi fått genom kontakt med dina kollegor inom SLL, och du får därför nu denna enkät. Om du vill besvara denna förutsätter vi att du kan göra det på arbetstid med din arbetslednings godkännande. Alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och du kommer att förbli anonym under hela processen och därefter. Det är enbart vi och vår handledare som kommer att ha tillgång till insamlad data. Du kan när som helst dra tillbaka ditt godkännande om deltagande i studien och deltagandet i studien är hela tiden frivilligt.

Vi önskar att få svar på enkäten senast den 29/1 2010. Vi kommer att skicka ut påminnelser, har du då redan besvarat enkäten ber vi dig att bortse från dessa och inte besvara enkäten igen. Om du har några frågor angående studien är du välkommen att kontakta oss eller vår handledare via telefon eller mail. Om du är intresserad av att få ta del av den färdiga studien är du också varmt välkommen att kontakta oss för denna efter vårterminen 2010.

Ser du inte enkäten här nedan nås den genom att följa länken vid "If you have trouble viewing..." ovanför detta brev. Enkäten skickas sedan in genom att klicka på "Submit".

Vi vore mycket tacksamma för din medverkan.

Tove Stolt, student
Tovst777@student.liu.se
Telefonnummer: xxxx

Emma Jäder, student
Emmja775@student.liu.se
Telefonnummer: xxxx

Pia Käcker, handledare
pia.kacker@norrkoping.se

Bilaga 3. Internt bortfall fördelat på enkätfråga

Fråga	Bortfall	Skulle svara
1. Var arbetar du?	0	41
2. Vilken typ av verksamhet arbetar du inom?	0	41
3. Hur länge har du varit verksam arbetsterapeut?	0	41
4. Har du förskrivningsrätt för kognitiva hjälpmedel?	1	41
5. Hur länge har du haft förskrivningsrätt för kognitiva hjälpmedel	1	36
6. Hur ofta förskriver du i genomsnitt kognitiva hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning?	0	36
7. Vilka kognitiva hjälpmedel förskriver du till personer med psykiska funktionsnedsättningar?	4	36
8. Anser du att de kognitiva hjälpmedel du förskriver uppfyller sitt syfte?	3	36
9. Om ja, hur uppfattar du detta?	6	32
10. Om nej, varför inte?	0	4
11. Vad vill du uppnå med förskrivning av kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar?	6	36
12. Vad påverkar förskrivningen av kognitiva hjälpmedel till personer med psykiska funktionsnedsättningar?	2	41
13. Vilka kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning har du erfarenhet av?	3	41
14. Hur upplever du den kunskap du har kring kognitiva hjälpmedel?	0	41
15. Skulle du vilja ha mer kunskap och information kring kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar?	0	41
16. Om ja, på vilket sätt och i vilket syfte vill du ha mer kunskap och information?	1	37
17. Om nej, varför vill du inte ha mer kunskap och information?	0	4
18. Kan du påverka utbudet av kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning i ditt landsting?	0	41

19. Om ja, hur kan du påverka utbudet av kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning?	0	16
20. Anser du att utbudet av kognitiva hjälpmedel uppdateras tillräckligt ofta?	3	41
21. Anser du att utbudet av kognitiva hjälpmedel är tillräckligt?	3	41
22. Om nej, vad saknar du?	2	27