

Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper
FoU Valfärd Värmland

Per Folkesson & Therese Karlsson

Tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning

En fallstudie och brukarundersökning i Värmland

Per Folkesson & Therese Karlsson

Tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning

En fallstudie och brukarundersökning i Värmland

© Författarna

FoU-rapport

ISSN 1651-2138

Per Folkesson och Therese Karlsson. *Tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning*

FoU-rapport 2010:6

ISSN 1651-2138

© Författarna

Distribution:

Karlstads universitet

Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper

FoU Välfärd Värmland

651 88 KARLSTAD

Tryck: Universitetstryckeriet, Karlstad 2010

Catarina Brun tillägnar vi detta arbete. Catarina är den enskilda person som betytt allra mest för utvecklingen av det område som står i fokus i denna rapport.

Stort tack till dig Catarina från

Per & Therese

Sammanfattning

Denna rapport redovisar resultatet av en undersökning av tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Undersökningen har genomförts i Värmland av FoU Välfärd Värmland på uppdrag av Hjälpmedelsinstitutet. Den omedelbara bakgrunden till Hjälpmedelsinstitutets uppdrag var regeringens särskilda fleråriga satsning på kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar våren 2009. Huvudsyftet med undersökningen var att den skulle leda till åtgärdsinriktad kunskap för att förbättra tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Undersökningen är en brukarundersökning och fallstudie. En brukarundersökning utgår från brukares egna erfarenheter. En fallstudie är en undersökning av en särskild enhet, i detta fall Värmlands län. Ett omfattande empiriskt material har samlats in, huvudsakligen genom intervjuer med brukare och yrkesverksamma inom området.

Huvudresultat av undersökningen är att tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar är låg och att det tar tid att få ett hjälpmedel man behöver. Kompensationstanken, tanken att kognitiva hjälpmedel kan kompensera för psykiska funktionshinder, är central när det gäller tillgång till kognitiva hjälpmedel. Förutom att man tänker denna tanke behövs information och kunskap hos såväl brukare och anhöriga som yrkesverksamma inom området och en tillgängliggörande organisering av resurser.

Vår undersökning, dess resultat och våra slutsatser utmynnar i tre uppmaningar till uppdragsgivaren:

- Sprid kompenationstanken!
- Främja rehabiliterande organisationskulturer!
- Etablera lokala kognitionscentra med en aktiv visningsmiljö!

Förord

FoU Valfärd Värmland har uppdraget att bidra till en kunskapsbaserad socialtjänst i kommunerna i Värmlands län. I FoU Valfärd Värmlands rapportserie publiceras resultat från olika projektarbeten med utgångspunkt i kunskaps- eller utvecklingsbehov inom kommunernas välfärdsverksamheter. Projekten och rapporterna har oftast ett generellt intresse och kan bidra till en långsiktig kunskapsstillväxt. Studierna genomförs utifrån ett grundläggande vetenskapligt förhållningssätt.

FoU Valfärd Värmland (före detta IKU) har under det senaste decenniet bidragit till att höja kunskapsnivån inom området kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning genom projekten *Human-Teknik psykiska funktionshinder och hjälpmedel* som genomfördes 2001-2004 (Grönberg Eskel, 2005) och *Nationellt kunskapsnätverk med inriktning på psykiska funktionshinder och hjälpmedel*, som genomfördes 2005-2008 (Folkesson, 2009)

Denna rapport redovisar resultatet från en undersökning av tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning i Värmlands län. Den ska ses som en förlängning av tidigare arbeten och en ambition om att fortsatt vara med att bidra till kunskapsutvecklingen inom området.

Undersökningen är utförd på uppdrag av Hjälpmedelsinstitutet. Den är omfattande och tar ett helhetsgrepp kring målgruppens vardagliga villkor med fokus på kognitiva hjälpmedels betydelse för livskvaliteten.

Rapporten har skrivits av Per Folkesson, fil dr i socialt arbete tillika tf vetenskaplig ledare vid FoU Välfärd Värmland och Therese Karlsson fil kand i social omsorgsvetenskap, FoU Välfärd Värmland. Therese Karlsson har svarat för insamling och bearbetning av undersökningens empiriska material. Per Folkesson har varit vetenskapligt ansvarig för arbetet och är huvudförfattare till kapitlen 1 Inledning, 3 Undersökningsmetoder, 5 Förslag till åtgärder och avsnittet 4.16 Våra resultat i sammanfattning. Therese Karlsson är huvudförfattare till kapitlen 2 Bakgrund, utgångspunkter och inramning och 4 Resultat.

Under ett rapportseminarium vid FoU Välfärd Värmland och Karlstads universitet den 26 augusti framförde Marit Grönberg Eskel, doktorand i sociologi vid Karlstads universitet, och Gunilla Barse Persson, leg arbetsterapeut, Karlstads kommun, Arbetsmarknads- och Socialförvaltningen, Socialpsykiatri, alkohol och narkotika sina synpunkter på ett utkast till föreliggande rapport. Deras synpunkter har varit viktiga i slutarbetet med rapporten.

Jag har förhoppningar om att resultatet från denna studie i förlängningen blir en del av det fortsatta utvecklingsarbetet inom området. Därvid bör den också ses som ett bidrag till att möjliggöra en ökad livskvalitet för personer med psykisk funktionsnedsättning.

FoU Välfärd Värmland, Karlstads universitet oktober 2010

Birgit Häger

Tf föreståndare

Innehållsförteckning

1 Inledning	15
1.1 En ny tankefigur och diskurs	16
1.2 Hjälpmedelsinstitutets uppdrag till FoU Välfärd Värmland	21
Syfte och frågeställningar	21
1.3 Definitioner av begrepp	22
Brukare	23
Psykiskt funktionshinder och psykisk funktionsnedsättning	25
Kognitiva hjälpmedel	26
Förskrivning av kognitiva hjälpmedel	27
Tillgänglighet	31
1.4 Den befintliga organisationen av resurser i Värmland	33
2 Bakgrund, utgångspunkter och inramning	35
2.1 Teoretiska utgångspunkter	38
Återhämtning	38
Rehabilitering	39
2.2 Arbetsterapi	40
2.3 Publicerat om kognitiva hjälpmedel	42
3 Undersökningsmetoder	47
3.1 Fallstudien som forskningsstrategi	47
3.2 Brukarundersökning som forskningsansats	49
3.3 Undersökningens empiriska material och deltagande informanter	50
3.4 Etiska aspekter och etisk prövning	52
3.5 Metoder för insamling av data	53
Intervjuer	54
Kartläggning av information på Internet	54
3.6 Metoder för bearbetning av data	55
3.7 Genomförande	56
3.8 Intervjumaterialets bearbetning	62
3.9 Om studiens generaliserbarhet, giltighet och trovärdighet	63

4 Resultat	69
4.1 Information om kognitiva hjälpmedel	69
Information på Internet.....	73
Att få och finna information.....	74
4.2 Inflytande	76
Inflytande förutsätter information.....	77
4.3 Var och hur man talar om hjälpmedel spelar roll	80
4.4 Relationer, stöd och bemötande	83
4.5 Vardagen och livssituationen	87
Ensamhet och skam.....	88
Hjälpmedel som används.....	89
4.6 Den egna återhämtningen	92
Socialt sammanhang.....	96
Motivation och vilja.....	98
4.7 Design och funktion - normalisering och stämpling	100
4.8 Ekonomi	102
Hjälpmedel - en klassfråga?.....	104
4.9 Tjänster och stöd	106
4.10 Hänvisningsprocessen i kommuner och landsting	110
4.11 Information på Internet	111
4.12 En krånglig organisation av resurser	113
Huvudmannaskap.....	116
Hjälpmedel till låns.....	119
Diagnos.....	120
4.13 En nödvändig kedja av händelser	121
4.14 Personliga ombud	124
4.15 Arbetsmodeller och utvecklingsområden	127
Att bedöma behov.....	129
Arbeterapeuters behovsbedömning.....	130
Att prova sig fram - det enkla först.....	131
Nätverk.....	132

Visningsmiljöer, mötesfora, kunskapsutbyte och information.....	139
Psykiatrin	142
4.16 Våra resultat i sammanfattning	144
5 Förslag till åtgärder	151
Sprid kompensationsstanken.....	154
Främja rehabiliterande organisationskulturer	154
Etablera lokala kognitionscentra med en aktiv visningsmiljö.....	156
Referenser	159

1 Inledning

Den här rapporten handlar om Värmland. Om tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar, som bor i Värmland. Rapporten redovisar resultatet av en undersökning som FoU Välfärd Värmland (www.kau.se/fou-valfard-varmland). genomförde mellan 1 juli 2009 och 30 juni 2010, på uppdrag av Hjälpmedelsinstitutet (www.hi.se).

Undersökningen var en brukarundersökning och fallstudie. En brukarundersökning sätter brukaren i centrum med syftet att undersöka hur brukare upplever och värderar en verksamhet för att visa vilka områden som behöver förbättras (Socialstyrelsen, 2009a; www.scb.se; www.socialstyrelsen.se). En fallstudie är en typ av undersökning där man studerar en aktuell företeelse i sitt sociala sammanhang (Yin, 2007), i detta fall tillgången till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar i Värmlands län.

Huvudsyftet med uppdraget från Hjälpmedelsinstitutet var att undersökningen skulle leda till en så god åtgärdsinriktad kunskap som möjligt för att förbättra tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Rapporten inleds med en presentation av undersökningens bakgrund och sammanhang. Inledningen tar sin utgångspunkt i en ny tankefigur som vuxit fram under de senaste två decennierna, *komensationstanken*; ”kognitiva hjälpmedel kan kompensera för psykiska funktionshinder”. Denna

tanke har varit avgörande för att realisera förbindelserna mellan kognitiva hjälpmedel och psykiska funktionshinder (Folkesson, 2009).

I kapitel 2 redovisar vi undersökningens inramning avseende bakgrund, teoretisk anknytning och andra publikationer inom området. Kapitel 3 är ett metodkapitel som översiktligt presenterar deltagarna i undersökningen liksom de undersökningsmetoder vi tillämpat. Därefter följer en redovisning av resultaten i kapitel 4. Rapporten avslutas med kapitel 5 som innehåller våra förslag till åtgärder.

1.1 En ny tankefigur och diskurs¹

Den 19 februari 2009 beslutade regeringen om ett uppdrag åt Hjälpmedelsinstitutet att;

- öka och utveckla informationen samt förbättra informationsvägarna om hjälpmedel till brukare, anhöriga och olika huvudmän,
- utforma och genomföra utbildningar om hjälpmedel till olika personalgrupper, bl.a. handläggare och andra tjänstemän som bedömer behov av stödinsatser i kommuner och landsting, samt
- utveckla nya hjälpmedel, tjänster och metoder till personer med psykiska funktionshinder samt främja användningen av bra produkter. (Regeringsbeslut, 2009)

¹ Med diskurs menas "alla slags användande av språk i muntliga och skriftliga sociala sammanhang, det vill säga utsagor och skriftliga dokument. En diskurs är en social text." (Alvesson & Skoldberg, 1994, sidan 281)

Detta uppdrag från regeringen till Hjälpmedelsinstitutet kan ses som det senaste och hittills mest kraftfulla² uttrycket för ett nytt sätt att tänka och tala, för en ny diskurs som utvecklats under de senaste 20 åren.

Med en ny diskurs menas att ett nytt urskiljbart sätt att samtala uppstått och utvecklats om ett fenomen eller förhållande. Man kan urskilja att nya ordval, talesätt, begrepp och tankeformer framträder i ett samtal som pågår inom ett visst område. Begreppen 'psykiska funktionshinder' och 'kognitiva hjälpmedel' är sådana "nyheter." Till det nya samtalet hör också att dessa båda begrepp kommit att förbindas med varandra i utsagan; *kognitiva hjälpmedel kan kompensera för psykiska funktionshinder*. En utsaga som uttrycker den i detta sammanhang centrala compensationstanken.

Att på tal om psykisk ohälsa börja säga att "kognitiva hjälpmedel kan kompensera för psykiska funktionshinder" var att börja tala på ett nytt sätt. Ett sätt att tala som inte är möjligt utan begreppet psykiska funktionshinder. Delbegreppet 'funktionshinder' i psykiska funktionshinder anknyter på ett annat sätt till compensation och hjälpmedel än delbegreppet 'sjukdom' i psykisk sjukdom, det tidigare dominerande begreppet i det offentliga samtalet om psykisk ohälsa. Det anknyter till principen om att kompensera med hjälpmedel i människors vardagsliv för att en funktionsnedsättning inte ska bli ett funktionshinder, medan delbegreppet 'sjukdom' i psykisk sjukdom anknyter till en medicinsk modell för förståelse och förklaring och till läkemedelsbehandling.

² Hjälpmedelsinstitutet beviljades 15 miljoner om året i tre år för att kunna genomföra sitt uppdrag.

Tanken att kognitiva hjälpmedel kan kompensera för psykiska funktionshinder härstammar från början av 1990-talet och har två olika källor. Dels arbetsterapin vid Mariebergskliniken i Kristinehamn dels dåvarande Handikappinstitutet i Stockholm. De avgörande stegen togs av personer man brukar benämna "eldsjälar"³. Så småningom kom dessa personer att samarbeta med varandra och andra vilket efter ett drygt decennium ledde till två avgörande projekt, först projektet *HumanTeknik psykiska funktionshinder och hjälpmedel* (Brun, 2005; Grönberg Eskel, 2005; www.hi.se), som genomfördes 2001-2004, och därefter projektet *Nationellt Kunskapsnätverk med inriktning på psykiska funktionshinder och hjälpmedel*, som genomfördes 2005-2008 (Barse Persson & Olsson, 2007; Folkesson, 2009; www.humanteknik.se).

Tankarna, samtalet och praktiken att omsätta tanke och tal i handling började i all enkelhet. Ungefär fram till millennieskiftet var den kompensatoriska tanke som styrde utvecklingen inom detta område, endast känd av ett fåtal personer.

Kunskapen om psykiska funktionshinder var således bristfällig och kunskapen om kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder var i princip obefintlig eller "spårlos" fram till slutbetänkandet från Nationell psykiatrisamordning *Ambition och ansvar Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*, (SOU 2006:100). Där omnämns begreppet "hjälpmedel" 56

³ Elisabeth Ernholm och Anna-Karin Bergius i Kristinehamn och Catarina Brun i Stockholm.

gångar, i betydelsen kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder. (Folkesson, 2009, s. 14)

Man kan också konstatera att det i regeringsuppdraget till Hjälpmedelsinstitutet våren 2009 hänvisades till projektet HumanTeknik. Tillsammans med det ovan nämnda projektet Nationellt kunskapsnätverk med inriktning på psykiska funktionshinder och hjälpmedel utgör HumanTeknik således en väsentlig bakgrund till regeringens uppdrag till Hjälpmedelsinstitutet. Dessa båda projekt utgör de viktigaste inslagen i diskursens institutionalisering, vilket visar sig, först i slutbetänkandet från Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100) och sedan i regeringens uppdrag till Hjälpmedelsinstitutet (Hi, 2009; Regeringsbeslut, 2009).

Utvärderingen av projektet HumanTeknik ledde till den generella slutsatsen att "hjälpmedel hjälper" (Grönberg Eskel, 2005). Utvärderingen av projektet Nationellt kunskapsnätverk ledde till värderingen att det samlade utfallet av nätverket var "mycket värdefullt" (Folkesson, 2009) när det gällde målet att vara en nationell resurs för att sprida ny kunskap om psykiska funktionshinder i allmänhet och kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder i synnerhet. Samtidigt konstaterades att endast en person av tio, **10%**, med psykiska funktionshinder hade tillgång till de kognitiva hjälpmedel de ansågs behöva, enligt en nationell enkät till välinformerade informanter.

Området psykiska funktionshinder och kognitiva hjälpmedel som kompensatorisk resurs kan mot bakgrund av dessa resultat sägas omfatta två typer av praktik, visserligen relaterade till varandra men ändå olika:

1. Tänkandets och talandets praktik; att tänka och tala om psykiska funktionshinder och kognitiva hjälpmedel.
2. De konkreta beslutens och produktiva handlingarnas praktik; att faktiskt producera, distribuera, informera om, prova ut och förskri-
va ändamålsenliga kognitiva hjälpmedel till personer som är i be-
hov av dem.

Att tänka och tala är således en sak men att gå från ord till handling är något annat. Inte något totalt annorlunda, det finns viktiga förbindelser, men hur man tänker och talar övergår inte automatiskt i handling. Inom detta praktikområde krävs inte bara tanke och tal utan målmedvetna handlingar för att personer i behov av kognitiva hjälpmedel ska få faktisk tillgång till dem.

Genom regeringens beslut våren 2009 att tilldela Hjälpmedelsinstitutet 45 miljoner kronor under tre år visar sig att denna nya samtalsordning (Foucault, 1983, 1993) inom området psykisk ohälsa även slagit igenom som beslutsordning, på högsta nationella nivå. Huruvida denna nya tankefigur och samtalsordning utgör en operativ mekanism som leder till beslut, handling och tillgång till kognitiva hjälpmedel när enskilda personer i behov av stöd söker kontakt med det offentliga välfärdssamhället är däremot inte känt och undersökt. Det är detta okända förhållande som utgjorde kärnan i det uppdrag som FoU Välfärd Värmland fick av Hjälpmedelsinstitutet i juni 2009.

1.2 Hjälpmedelsinstitutets uppdrag till FoU Välfärd Värmland

I Hjälpmedelsinstitutets plan (Hi, 2009) för att genomföra regeringens uppdrag under tre år hänvisas under rubriken ”Starkare brukarinflytande” till sista stycket i den utvärdering av projektet *Nationellt kunskapsnätverk med inriktning på psykiska funktionshinder och hjälpmedel* (Folkesson, 2009) som genomförts vid dåvarande Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete inom socialtjänsten, IKU, vid Karlstads universitet, nuvarande FoU Välfärd Värmland.

Ett förslag är att ”man” som en förlängning av projekten HumanTeknik och Nationellt kunskapsnätverk genomför brukarundersökningar av tillgängligheten till organisationer, befattningshavare, tjänster och produkter vad avser kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder. Det finns väletablerade modeller och former för hur man kan genomföra sådana och jag föreslår till sist att ”man” omgående inleder ett sådant arbete. (Folkesson, 2009)

Med utgångspunkt i detta stycke uppmanades FoU Välfärd Värmland av Hjälpmedelsinstitutet att utarbeta en plan för genomförande av en sådan brukarundersökning. Denna plan ledde i juni 2009 fram till uppdraget att genomföra den undersökning som avrapporteras i denna text.

Syfte och frågeställningar

Syftet med Hjälpmedelsinstitutets uppdrag till FoU Välfärd Värmland var att genomföra en brukarundersökning som ger en så god åtgärdsinriktad

kunskap som möjligt för att öka tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Följande frågeställningar har varit vägledande för underökningarna:

- 1) *Vilka erfarenheter har personer med psykisk funktionsnedsättning av tillgänglighet till kognitiva hjälpmedel och kvalitet i utförda tjänster av hjälpmedelsförmedlande verksamheter?*
- 2) *Hur ser tillgängligheten ut till kognitiva hjälpmedel för personer som är i behov av men ännu inte använder sig av sådana för att kompensera för psykisk funktionsnedsättning.*

1.3 Definitioner av begrepp

I Hjälpmedelsinstitutets plan för genomförande av regeringsuppdraget hänvisar man till den definition av psykiska funktionshinder som formulerades inom ramen för Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100):

En person har ett psykiskt funktionshinder om hon/han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning. (SOU 2006:100)

I definitionen ovan kan man finna spår av ett varierande och föränderligt språkbruk. Man kan använda flera olika ord och begrepp för att tänka och tala om den typ av fenomen som står i fokus när det gäller kognitiva

hjälpmedel; psykisk störning, psykiska funktionshinder, psykiska funktionsnedsättningar, psykisk ohälsa, psykisk sjukdom. Språkbruk förändras över tid och därmed också sätten att tänka och samtala. Flera olika begrepp behöver definieras för att vi som formulerar utsagor inom ramen för diskursen om psykisk ohälsa ska kunna bli överens om vad vi samtalar om.

Om man utgår från Hjälpmedelsinstitutets uppdrag till FoU Välfärd Värmland, dess syfte och frågeställningarna ovan så är följande begrepp viktiga att definiera och förhålla sig till; *brukare, psykiskt funktionshinder, psykisk funktionsnedsättning, kognitiva hjälpmedel, förskrivning av kognitiva hjälpmedel och tillgänglighet.*

Brukare

Begreppet 'brukare' syftar vanligtvis, inte på person, utan på en roll i förhållande till en verksamhet. Man är brukare av tjänster och produkter en verksamhet gör tillgänglig för bruk. I detta fall den tillgänglighet personer med psykiska funktionsnedsättningar har dels till produkter som klassificeras som kognitiva hjälpmedel dels till tjänster som krävs för att få tillgång till och kunna använda sig av dem på ett meningsfullt sätt.

Begreppet brukare⁴ betonar rätten till inflytande på ett annat sätt än begreppen patient och klient och man syftar då på inflytande på tre nivåer; individnivå, verksamhetsnivå och systemnivå. Inflytande på *individnivå*

⁴ Även begreppet 'kund' förekommer i detta sammanhang men är kanske mer anpassat till en friare marknad av tjänster än den offentliga sektorn. 'Medproducent' är ytterligare ett begrepp som syftar på en brukares direkta vardagliga delaktighet och inflytande i det välfärdsarbete hon eller han deltar i (Eriksson & Karlsson, 2008).

utgörs av brukarens möjlighet att påverka sin livssituation, sin vård och sitt sociala stöd. Inflytande på *verksamhetsnivå* syftar på möjligheterna att påverka den verksamhet man har en direkt och personlig brukarrelation till. Inflytande på *systemnivå* innebär att brukare ska ha ett inflytande på en generell strukturell nivå. (Ershammar & Hulth-Wallgren, 2007; Hagberg, 2006; Johansson, 2006)

Även om begreppet brukare i allmänhet syftar på roll och inte person menar vi att det är viktigt att abstraktionsgraden i begreppet brukare inte blir så hög att den personliga dimensionen försvinner eller urholkas. I den brukarundersökning vi genomfört har det varit viktigt att upprätthålla en nära förbindelse mellan begreppen brukare och person eftersom det som är kunskapsobjektet här är enskilda personers vardagliga behov av, tillgänglighet till och bruk av kognitiva hjälpmedel. I denna undersökning definieras 'brukare' som *en person med psykiska funktionsnedsättningar som använder kognitiva hjälpmedel för att kompensera för dessa*.

Begreppet 'icke-brukare' är också av väsentlig betydelse i detta sammanhang och definieras som en person med psykiska funktionsnedsättningar som inte använder kognitiva hjälpmedel för att kompensera för dessa. Begreppet icke-brukare behöver dock förtydligas och delas upp ytterligare eftersom villkor och förutsättningar för personer som ingår i denna kategori kan vara mycket olika. Dels finns icke-brukare av kognitiva hjälpmedel som inte är i behov av sådana dels icke-brukare som är i behov av men ännu inte använder sig av dem för att kompensera för psykiska funktionsnedsättningar. Den senare kategorin uppfattar vi som en central målgrupp i regeringens satsning på och uppdrag till Hjälpmedelsinstitutet

att fokusera på kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder.

Psykiskt funktionshinder och psykisk funktionsnedsättning

Sedan 2007 används inte längre begreppen psykiskt funktionshinder och psykisk funktionsnedsättning synonymt. Psykisk funktionsnedsättning har föreslagits som den officiella beteckningen (Andersson, 2009).

Begreppet psykiskt funktionshinder hänvisar enligt Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100) till de konsekvenser en psykisk störning har för en person. Dessa konsekvenser anses uppstå till följd av funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar hos individen, och/eller omgivningens utformning och reaktioner⁵.

Vår användning av begreppet 'funktionshinder' bygger på en beskrivning av funktionshinder som *"något som uppstår i samspelet mellan en individ med funktionsnedsättning och ett samhälle som inte är tillgängligt eller anpassat till alla"* (Lindkvist, Markström, & Rosenberg, 2010)⁶. Utifrån studiens syfte blir det också viktigt att betona en definition av funktionshinder som lokaliserar problematiken till brister och hinder i samhällsorganisationen (a.a).

⁵ Den svenska benämningen 'psykiskt funktionshinder' är anpassad efter ICF-terminologin i "Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa". ICF är ett klassifikationsverktyg utvecklat av WHO för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd, där hänsyn tas till både individfaktorer och omgivningsfaktorer. ICF möjliggör klassificering av alla människor i alla situationer, där negativt värdeladdade begrepp som skada och handikapp är borttagna. ICF klassificerar personen i situationen och ses som en interaktiv modell där omgivningen påverkar i alla dimensioner. ICF bygger både på en social och en medicinsk modell (Socialstyrelsen, 2003).

⁶ Sidan 43.

Medan funktionshindersbegreppet lägger fokus på de svårigheter och begränsningar som uppstår mellan individen och samhället så syftar begreppet funktionsnedsättning på de fysiska, psykiska och intellektuella nedsättningar som kan finnas i en persons funktionsförmåga (www.socialstyrelsen.se). En psykisk funktionsnedsättning orsakas av psykiska sjukdomar och tillstånd och kan leda till kognitiva svårigheter. Det kan handla om en nedsättning i förmågan att komma ihåg saker, ta initiativ, planera, skapa struktur i vardagen, lösa problem och hantera stress och sömn (Brun, Grönberg Eskel, & Fritzon, 2008; Lundin & Ohlsson, 2009). Biverkningar av mediciner kan också bidra till nedsättningar av psykiska funktioner (Sandlund, 2005).

Detta kan i sin tur innebära att det sociala och vardagliga livet påverkas på ett negativt sätt, då funktionsnedsättningarna kan påverka förmågan att umgås med andra, att arbeta eller att delta i olika aktiviteter. Då psykiska funktionsnedsättningar ofta är dolda uppstår ofta svårigheter i mötet med det omgivande samhället⁷.

Kognitiva hjälpmedel

Det finns ingen enhetlig definition av begreppet 'hjälpmedel'. Hjälpmedel beskrivs som produkter, lösningar och tjänster som syftar till att förebygga, förbättra eller vidmakthålla funktioner eller förmågor samt ha förmågan att kompensera för nedsatt eller förlorad funktion (www.hi.se). Hjälpmedel används för att lösa praktiska problem i det dagliga livet (Bar-

⁷ Vi använder oss av båda begreppen med förankring i den betydelse som ges av de båda definitionerna ovan.

se Persson, Olsson & Ullman, 2007). Kognitiva hjälpmedel är hjälpmedel för att stödja en persons kognitiva funktioner, exempelvis när det gäller att skapa struktur, för att påminna, hålla reda på tiden, stress- och sömnhantering (a.a).

Kognitiva hjälpmedel delas ofta in i enklare icke-tekniska hjälpmedel och tekniska hjälpmedel. Exempel på icke-tekniska hjälpmedel kan vara almanackor, whiteboardtavlor och scheman över veckans aktiviteter och händelser. Med tekniska hjälpmedel menar man exempelvis handdatorer, mobiltelefoner, tidshjälpmedel, medicinpåminnare, väckarklockor med extra funktioner och andra minneshjälpmedel (www.humanteknik.se; www.hi.se). Ytterligare en indelning som är avgörande i detta sammanhang är hjälpmedel som är 'förskrivningsbara' eller 'icke-förskrivningsbara' (Hi, 2009).

Kognitivt stöd är ett samlande begrepp för att beskriva hjälpmedel, bostadsanpassningar, strategier och metoder för att stödja en persons kognitiva funktioner och möjliggöra att en person med psykiska funktionsnedsättningar klarar sitt vardagsliv (Hi, 2009). De relationer som skapas mellan brukare och behandlare ses som viktiga och avgörande för hur det kognitiva stödet utformas och upplevs (Eklund & Svensson, 2010; Grönberg Eskel, 2005; Johansson, 2010; Rask & Brunt, 2010).

Förskrivning av kognitiva hjälpmedel

Utredningen och betänkandet från LSS- och hjälpmedelsutredningen (SOU 2004:83) har sin utgångspunkt i den nationella handlingsplanen för

handikappolitiken och i de nationella målen för äldrepolitiken. De centrala målen är jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet. Målen och syftet med det politiska arbetet uppges vara att undanröja de hinder som finns för att personer med funktionshinder ska kunna delta till fullo i samhället. I betänkandet står ”att en behovsbedömning inte kan vägras någon med hänvisning till typ av funktionshinder, diagnos eller vilket hjälpmedel som kan vara aktuellt”⁸. Det betonas också att hjälpmedel och tillgänglig miljö är en grundläggande förutsättning för att personer med funktionsnedsättning ska kunna leva ett så aktivt och självständigt liv som möjligt.

Utan en god tillgång till hjälpmedel kommer många att utestängas från möjligheten att studera, arbeta, utöva medborgerliga rättigheter och skyldigheter samt klara det dagliga livet.
(SOU 2004:83, s. 59)

Hjälpmedel till personer med funktionshinder förskrivs utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)⁹. Landstingets ansvar att tillhandahålla hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning regleras i 3 b § HSL. Den hjälpmedelsverksamhet som anses vara en kommunal angelägenhet regleras i 18 b § HSL. Lagen anger att landsting och kommun var för sig har ansvar för hjälpmedel. I de *Riktlinjer och råd för hjälpmedelsverksamheten* som finns i Värmland (www.liv.se) står att denna uppdelning inte får innebära svårigheter för den enskilde att få tillgång till ett hjälpmedel. I Värmland har kommuner och landsting gemensamt ansvar för hjälpmedel inom hälso- och sjukvården (a.a). Det finns en hjälpmedelsnämnd

⁸ Sidan 21.

⁹ (www.notisum.se)

som ska verka för att länets invånare erbjuds en god hjälpmedelsförsörjning på lika villkor. Landstinget och kommunerna har också ett gemensamt ansvar att informera om hjälpmedel (a.a).

Hälso- och sjukvårdslagen anger att sjukvården är skyldig att erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel men att sjukvårdshuvudmännen har rätt att tolka och komplettera lagtexten. Hälso- och sjukvårdslagens utformning som ramlag, gör alltså att kommuner och landsting själva kan besluta om vilka hjälpmedel som ska kunna förskrivas. Det innebär att man utarbetar lokala riktlinjer och policys med mer detaljerade regler för vilka hjälpmedel som kan förskrivas, avgifter, vilken personal som har förskrivningsrätt med mera. I Värmland har det utarbetats gemensamma riktlinjer för förskrivning och en gemensam sortimentslista över de kognitiva hjälpmedel som är förskrivningsbara inom länet. I de riktlinjer som används i Värmland vid förskrivning av kognitiva hjälpmedel görs också en avgränsning av de hjälpmedel som landstinget respektive kommunerna har ekonomiskt ansvar för (www.liv.se). Oavsett vilka riktlinjer som gäller bör förskrivningsprocessen kring hjälpmedel innehålla följande steg:

- Bedöma behov av insatser.
- Prova ut, anpassa och välja lämplig produkt.
- Eventuellt specialanpassa produkten.
- Instruera, träna och informera.
- Följa upp och utvärdera funktion och nytta. (www.hi.se)

Tillgången till ett hjälpmedel ska vara behovsstyrt och kräver därför en behovsbedömning av förskrivare. Oavsett hur behov av hjälpmedel aktualiseras måste brukaren ha rätt att få sitt behov bedömt utifrån sina förut-

sättningar (SOU 2004:83)¹⁰. Att få hjälpmedel är alltså ingen rättighet, och ett avslag kan inte överklagas. I Betänkandet av LSS- och hjälpmedelsutredningen står också att utredningen föreslår att varje patient eller brukare som vänder sig till hälso- och sjukvården för att få ett personligt hjälpmedel skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en bedömning av sitt hjälpmedelsbehov. När det gäller brukarnas möjlighet att få hjälpmedel ska detta vara baserat på deras behov och inte på deras ekonomiska förutsättningar (a.a). Hjälpmedel provas ut och förskrivs genom att en förskrivare, ofta en arbetsterapeut gör en behovsbedömning och kartläggning av individens svårigheter, resurser och vardag (Bejerholm, 2010). Förskrivning av hjälpmedel ska utgå från brukarens medicinska status, sociala situation, boendemiljö och hjälpmedlets funktion.¹¹

Utifrån arbetsterapeutens behovsbedömning kan ett hjälpmedel föreslås om det anses att personen har behov av ett sådant. I förskrivningsprocessen är det viktigt med introduktion, uppföljning och stöd i användandet av ett hjälpmedel för att det ska komma till största möjliga nytta¹². Arbetsterapeutens fokus inom psykiatri är att vägleda klienter mot en självständig vardag, men självständighet för en person med psykiska funktionshinder ofta associeras med ensamhet och isolering (Bejerholm 2010). Därför anses det viktigt att bedöma förmågor och förutsättningar i relation till aktivitet och delaktighet, för att få förståelse för de begränsningar som kan uppstå inom arbete, fritid, socialt samspel och personlig vård (a.a). Gällande förskrivningen av kognitiva hjälpmedel till personer med psy-

¹⁰ Sidan 21.

¹¹ Riktlinjer och råd för hjälpmedelsverksamheten, Landstinget i Värmland, flik 4, sida 1 (www.liv.se).

¹² Riktlinjer och råd för hjälpmedelsverksamheten, Landstinget i Värmland, flik 4, sida 1 (www.liv.se).

kiska funktionsnedsättningar blir det ofta också viktigt att engagera den sociala omgivningen runt en person med psykiska funktionsnedsättningar för att användningen ska fungera (Grönberg Eskel 2005).

Tillgänglighet

I Svenska Akademiens ordbok definieras 'tillgänglighet' som "förhållandet att vara tillgänglig" (www.saob.se). Ordet tillgänglig i sin tur har sex betydelser i samma källa:

1. Ställe, lokalitet, naturföremål eller dylikt som man utan större svårighet kan komma fram till.
2. Något som man kan komma åt, ha tillgång till, förfoga över.
3. Något som lätt går att förstå, tillägna sig, särskilt om begrepp, tanke.
4. Någon är möjlig att träffa, komma i kontakt med, anträffbar.
5. Mottaglig, känslig för påverkan, intryck och dylikt. (Numera mindre bruklig betydelse)
6. Någon som går att komma i samtal med och att närmare lära känna, lätt att umgås med, öppen, vänlig, även i överförd användning om någons sätt, sinne och natur.

Nationalencyklopedin (www.ne.se) definierar 'tillgång' som "de olika resurser som personer, företag eller länder har" och 'resurs' som "en tillgång, något som är bra att ha". Hög tillgänglighet ger människor tillgång till resurser "som är bra att ha".

Vi definierar 'tillgång' och 'tillgänglighet' ur ett brukarperspektiv. Med 'tillgänglighet' menar vi att en person med behov av kognitiva hjälpmedel för att kompensera för psykiska funktionsnedsättningar dels har kunskap om hjälpmedlen och deras kompensatoriska förmåga dels *använder* dem i

sitt vardagsliv på ett sätt som bidrar till en ökad trygghet, en högre grad av självständighet, större delaktighet i samhället och ett mer aktivt liv.

Vi utgår från följande villkor och förutsättningar för att definiera 'tillgänglighet' till kognitiva hjälpmedel, i denna mening:

- Brukaren har kännedom om *kompensationstanken* eftersom den är en förutsättning för initiativ, handling, beslut och användning av kognitiva hjälpmedel.
- Brukaren har tillgång till god *information* om kognitiva hjälpmedel.
- Brukaren har tillgång till *särskilda resurspersoner* med kunskap, kompetens och professionell erfarenhet av kognitiva hjälpmedel och psykiska funktionshinder.
- Brukaren har tillgång till *professionella tjänster* inom området.
- Brukaren har tillgång till *produkter* som faller under benämningen kognitiva hjälpmedel.
- Brukaren *använder* dem i sitt vardagsliv för att kompensera för psykiska funktionsnedsättningar.

I denna operativa definition av 'tillgänglighet' är människors vardagsliv en viktigare utgångspunkt än logistik, det vill säga informations- och materialflöden och hur man organiserar verksamheter för att tjänster och produkter ska finnas på vissa platser vid vissa tidpunkter. Logistik och organisation är inte oväsentligt för tillgänglighet till kognitiva hjälpmedel men i detta sammanhang underordnat människors vardagsliv och en ändamålsenlig användning av det man behöver för att leva ett bra liv.

1.4 Den befintliga organisationen av resurser i Värmland

Värmland har som tidigare nämnts en Hjälpmedelsnämnd som sedan 2005 utarbetat policys och riktlinjer för hur förskrivning av kognitiva hjälpmedel ska gå till. Kommuner och landsting haft gemensam förskrivningsrätt sedan 2008. Det finns en länsövergripande samverkansgrupp för intresserade arbetsterapeuter kring kognitiva hjälpmedel och kognitivt stöd som träffas en gång per termin där deltagarna har möjlighet att diskutera nya produkter och även ta med sig case för att diskutera vilka lösningar som kan vara lämpliga för enskilda klienter.

En sortimentsgrupp har skapats, bestående av arbetsterapeuter från kommuner och landsting och brukarrepresentanter som föreslår vilka hjälpmedel som ska vara förskrivningsbara, sätts upp på den så kallade *Sortimentslistan*. Beslut om vilka hjälpmedel som ska ingå i Sortimentslistan tas dock av nätverket för hjälpmedelsfrågor. Nätverket för hjälpmedelsfrågor sorterar under Hjälpmedelsnämnden och består av chefer för kommunal rehabilitering och hjälpmedelsansvariga i kommuner och landsting. Innan de gemensamma riktlinjerna kom hade de kommunala arbetsterapeuterna inte möjlighet att förskriva kognitiva hjälpmedel till personer med psykiska funktionsnedsättningar, dock har förskrivning av kognitiva hjälpmedel skett till personer med till exempel utvecklingsstörning. Arbetsterapeuterna vid landstingets öppenvårdspsykiatri uppges ha saknat ekonomiska möjligheter att kunna förskriva till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Värmland har en hjälpmedelscentral som kallas Hjälpmedelsservice. Den är landstingets centrala enhet med ansvar för utprovning, anpassning och

teknisk service av komplicerade och dyra hjälpmedel. Hjälpmedelsservice har också kostnadsansvar för samtliga hjälpmedel inom detta ansvarsområde. De säljer också hjälpmedel till kommunernas och landstingets hjälpmedelsverksamheter/förråd¹³. På Hjälpmedelsservice finns en arbetsterapeut anställd på 50 % i egenskap av hjälpmedelskonsulent. Tjänsten uppges ha tillkommit på initiativ från samverkansgruppen för kognitiva hjälpmedel. I Hjälpmedelskonsulentens arbetsuppgifter ingår att utbilda förskrivare och andra yrkesgrupper gällande kognitiva hjälpmedel. I uppdraget ligger också att sprida kunskap om kognitiva hjälpmedel, anordna studiebesök vid Hjälpmedelsservice, samt låna ut kognitiva hjälpmedel innan de förskrivas. Hjälpmedelskonsulenten har en konsulterande funktion för arbetsterapeuter vid utprovning och förskrivning av kognitiva hjälpmedel. Enheten fungerar alltså som ett Resurscenter för information, rådgivning och konsultinsatser.¹⁴ Hjälpmedelskonsulenten anordnade i november 2009 en steg-2-utbildning för 20 arbetsterapeuter, inriktad på kognitiva hjälpmedel. För att förskriva hjälpmedel krävs att man genomgått en steg-1-utbildning. En steg-2-utbildning är en fördjupning för att få en fördjupad kunskap inom området kognition.

Hjälpmedelscentralens siffror över sålda kognitiva hjälpmedel redovisar 203 sålda kognitiva hjälpmedel år 2009¹⁵. Statistiken gäller de hjälpmedel som har sålts till kommuner. Siffrorna säger dock inte vad som faktiskt har förskrivits till brukare, då hjälpmedlen kan läggas i lager eller användas som visningsexemplar. Statistiken anger inte heller till vilken målgrupp hjälpmedlen avses.

¹³ Riktlinjer och råd för hjälpmedelsverksamheten, Landstinget i Värmland

¹⁴ Riktlinjer och råd för hjälpmedelsverksamheten. Landstinget i Värmland, www.liv.se

¹⁵ Hjälpmedelsservice statistik genom kontakt med hjälpmedelskonsulent.

2 Bakgrund, utgångspunkter och inramning

Lindkvist et al (2010) skriver att såväl våra föreställningar om psykisk ohälsa som insatserna från det sociala stödsystemet har förändrats de senaste årtiondena gällande personer med psykiska funktionsnedsättningar. Under mitten på nittioalet genomfördes psykiatrireformen, vars syfte var att förbättra levnadsvillkoren och att skapa ökade förutsättningar för psykiskt funktionshindrade personer att vara delaktiga i samhället. Nedläggningen av mentalsjukhus innebar att personer som tidigare bott på institution flyttade till andra boendeformer i samhället och att den institutionsbaserade vården ersattes av samhällsbaserade insatser (Hydén, 2005; Markström, 2005). De övergripande målen med psykiatrireformen beskrivs som överensstämmande med de handikappolitiska målen om normalisering och integrering, och syftade till att humanisera vården och stödet till människor med psykisk ohälsa. Genom psykiatrireformen fastslogs att personer med psykiska funktionshinder ska ha samma möjligheter att leva som andra med allt vad det innebär i form av sysselsättning, arbete, och meningsfull fritid (Lindkvist, et al., 2010; Markström, 2003).

Genom psykiatrireformen förtydligades också kommunernas ansvar gällande boende, sysselsättning, rehabilitering och fritid, medan landstingets fokus på vård och behandling förstärktes (Markström, 2003). En samhällelig omdefinition av det psykiska lidandet blev också möjlig, då man började tala om personer drabbade av psykisk ohälsa i termer av funktionshinder (Lindkvist, et al., 2010). Genom de processer som föranledde psykiatrireformen kan vi alltså se en förskjutning i fråga om hur vi betraktar psykiska problem, genom att allt mer fokusera på individens sätt att fun-

gera i vardagen, i stället för att fokusera på sjukdom och symtombild (Markström, 2003; Topor, 2004). Att funktionshindersbegreppet introducerades var också en förändring som var nödvändig för att legitimera kommunernas ansvar för målgruppen (SOU 2006:100)¹⁶.

Gruppen psykiskt funktionshindrade uppges ha sämre levnadsförhållanden både i jämförelse med andra funktionshindersgrupper och den övriga befolkningen (SOU 2006:100). Tillgången till adekvat och evidensbaserad vård, socialt stöd och rehabilitering uppges vara bristfällig. De ekonomiska villkoren är mycket sämre jämfört med den övriga befolkningen och målgruppen löper även vid normala inkomstförhållanden risk att sakna kontantmarginal och ha svårt att klara löpande utgifter (a.a). Detta kan medföra svårigheter till exempel när det gäller att betala höga hjälpmedelsavgifter (SOU 2004:83). Personer med psykiskt funktionshinder har generellt sett också en svagare förankring på arbetsmarknaden och fler upplevelser av marginalisering (SOU 2006:100). Nationell psykiatrisamordning (a.a) redovisar också bristfälliga bostadsförhållanden för personer i denna grupp begränsningar i det sociala livet och möjligheter till sysselsättning. Unga personer med psykiska funktionshinder beskrivs som en särskilt utsatt grupp.

Det finns svårigheter i att enas kring en operationaliserbar definition av målgruppen. Vem som betraktas ha ett psykiskt funktionshinder kan bero på vem som definierar målgruppen, hur omgivningen betraktar och förhåller sig till begreppet och hur samhället utformas för att underlätta för den person som har en psykisk funktionsnedsättning (Sandlund, 2005). Vilka utgångspunkter och förklaringsmodeller organisationer har i sin be-

¹⁶ Sidan 19.

dömning och utformning av stöd till målgruppen spelar därmed också stor roll. Den oklara begreppsdefinitionen leder också till svårigheter att uppskatta hur många personer med psykiska funktionshinder som finns (Sandlund, 2005; Socialstyrelsen, 2005). En uppskattning som gjorde i samband med psykiatrireformen baseras på inventeringar hos psykiatri, socialtjänst, primärvård och försäkringskassa, där 40000 - 60000 personer med psykiska funktionshinder antas vara kända inom vård- och stödorganisationerna. Detta är dock siffror bör dock tolkas med försiktighet (a.a, s 26). Att funktionsnedsättningarna är dolda gör också att det uppstår svårigheter att identifiera vilka personer som kan tänkas tillhöra målgruppen. I regel avses personer med nedsatt funktionsförmåga på grund av schizofreni eller annan psykossjukdom. Dock uppges upp till 40 % av dem som kategoriseras till målgruppen ha andra psykiatriska problem, så som tvång, personlighetsstörningar, missbruksproblem och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (a.a). Målgruppen beskrivs också som bestående av två huvudsakliga grupper; personer som tillhör en äldre generation, ofta med långvarig erfarenhet av institutionsvård, samt en yngre målgrupp med liten eller ingen erfarenhet av slutenvård, med en vagare och mer svårformulerad psykiatrisk problematik som ofta har svårt att klara sig i samhällslivet (Lindkvist, et al., 2010).

Personer med psykisk funktionsnedsättning riskerar att drabbas av långvariga problem, varför det både ur individ- och samhällsperspektiv anses vara extra viktigt med effektiva insatser för ett så gott liv och minskad vårdtyngd som möjligt (SOU 2006:100). Dock visar studier att många personer med en psykisk problematik inte har kontakt med vare sig landstingets eller kommunens psykiatri och att många istället söker sig till andra aktörer för att få hjälp med ekonomi eller för att ta sig ut i arbetsliv

och till studier (D. Rosenberg, 2009). Därför anses det finnas ett stort behov av att arbeta med ett helhetsperspektiv, arbeta förebyggande och rehabiliterande med återhämtning till ett normalt liv som mål (a.a).

2.1 Teoretiska utgångspunkter

Den teoretiska utgångspunkten i vår undersökning utgår framförallt från begreppen återhämtning och rehabilitering. Dessa båda begrepp är förankrade i en social förklaringsmodell som syftar till att se individen i sitt sammanhang. Ett sådant perspektiv gör det möjligt att synliggöra den samhällsstruktur i vilken individen blir funktionshindrad (D. Rosenberg, 2009). Till skillnad från sociala förklaringsmodeller utgår medicinska förklaringsmodeller från att psykisk ohälsa kan härledas till hjärnans funktioner och att en psykisk sjukdom är orsak till ohälsosymptom. Orsaken till den psykiska ohälsan anses då ofta vara genetiskt betingad och man använder sig ofta av paralleller med somatiska sjukdomar för att förklara psykiska sjukdomar (Lindkvist, et al., 2010). Denna förklaringsmodell anses idag inte vara tillräcklig och ur sociala och återhämningssinriktade perspektiv betonas istället att mentala processer kan vara socialt betingade och relaterade till dålig ekonomi, arbetslöshet, fattigdom, isolering och dysfunktionella familjeförhållanden (a.a).

Återhämtning

Återhämtningsrörelsen har uppmärksammats alltmer i Sverige de senaste tio åren, främst i den socialpsykiatriska praktiken och bland brukarorgani-

sationer. På senare tid förekommer begreppet också i nationella dokument och riktlinjer¹⁷. Återhämtning förstås ofta som en individuell eller social process, där *individens egen roll* i återhämtningsarbetet framhävs som den avgörande faktorn (Schön, 2009; Topor, 2004). Återhämtningsinriktad forskning beskrivs ibland som en länk mellan de teorier och den ideologi som finns i sociala utgångspunkter kring funktionshinder (D. Rosenberg, 2009). Perspektivet knyts också alltmer till principer och evidensbaserade metoder när det gäller rehabilitering för personer med psykiska funktionsnedsättningar (a.a). Sociala stödåtgärder, som tidigare haft en utgångspunkt i en medicinsk modell och utgått från diagnoser, sätter i större utsträckning återhämtning och inte diagnos i centrum (D. Rosenberg, 2009; Topor, 2004).

Rehabilitering

Lindström (2007) belyser två huvudinnebörder i begreppet rehabiliteringsprocess; *individens* faktiska förändring över tid i samspel med sin omgivning eller *organisationens* planerade och medvetna handlingsmönster för att påverka och skapa ett resultat. En individ kan med andra ord under gynnsamma förhållanden utveckla sin kapacitet och uppnå ökad livskvalitet även utan professionell inblandning. Ur ett organisationsperspektiv anses rehabilitering dock betona den professionella uppgiften med planerade tillvägagångssätt enligt en viss process. Verksamheter med rehabiliterande syfte, anser Lindström (2007), bör utgå från tydligt definierade tillvägagångssätt med beprövade metoder och rätt använd kompe-

¹⁷ Topor et al (2007) beskriver återhämtningsperspektivet som marginaliserat i Sverige, då det fram till nyligen inte förekommit i nationella policydokument, till skillnad från tex USA och Nya Zeeland, som under 90- talet aktivt började använda begreppet i viktiga styrdokument gällande psykiatrisk vård, stöd och behandling.

tens genom hela vård-, stöd- och rehabiliteringskedjan. Ett rehabiliteringsperspektiv skiljer sig därmed från ett återhämtningsperspektiv genom att tydligare betona professionens roll i processen. Rehabiliteringsmodeller fokuserar ofta på individen i det vardagliga livet, och tar hänsyn till de styrkor och förmågor och det potentiella stöd från andra som personen tar med sig i rehabiliteringsprocessen (Lindström, 2007).

2.2 Arbetsterapi

Arbetsterapi kan beskrivas som ett processinriktat arbete som många gånger går hand i hand med empowerment¹⁸ och återhämtningsperspektiv (Argentzell & Leufstadius, 2010). Gemensamt för dessa perspektiv är att de betonar individens utvecklingsprocesser och tar mer hänsyn till individens önsknings, resurser och sociala möjligheter än till den psykiatriska professionens bedömning av sjukdomen eller funktionsnedsättningen.

Arbetsterapeuter inom psykiatri inriktar sig mot de konsekvenser som kan uppstå till följd av psykisk sjukdom, där målsättningen är att stödja individen till ett fungerande vardagsliv, trots begränsning i funktion, aktivitet eller delaktighet (Lindström, 2007). Arbetsterapeuters arbete består av att göra funktionsbedömningar, förskriva hjälpmedel och innefattar terapeutiska, pedagogiska och arbetsledande kunskaper. Deras arbete anses ha kapacitet att understödja hälsa, aktivitet och delaktighet för personer med psykiska funktionshinder. Arbetsterapi och social färdighetsträning anses

¹⁸ Empowerment är ett begrepp som på individnivå ofta används för att beskriva de processer som ger människor egenmakt över det egna livet, ökad självförtroende, positiv identitetsutveckling etc (Askheim & Starrin, 2007).

alltså förbättra livskvaliteten och ge ökad livstillfredsställelse för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Aktiviteter som skapar möjligheter att utveckla den personliga och sociala identiteten betonas, och anses ofta ha samband med ett ökat välbefinnande och en förbättrad psykisk hälsa. Förutom aktivitet, så ses också den terapeutiska relationen mellan behandlande personal och med brukaren som viktig, dels då relationen i sig kan anses terapeutisk, dels för att den kan bana väg för själva terapin. Den terapeutiska och psykosociala miljöns betydelse framhålls också som viktig i en rehabiliteringsprocess (Eklund & Svensson, 2010).

Tillgången till kontinuerlig och metodisk rehabilitering och tillgången till arbetsterapeuter inom kommunal psykiatri beskrivs som mycket eftersatt (Lindström, 2007). Regeringen (2009) skriver att stödet till personer med psykiska funktionshinder har förbättrats men att det finns många utvecklingsområden. Att verksamheter inte har utvecklats i den takt som behoven efterfrågas, anses bero på bristande rutiner, kvalitetssystem, kompetens och avsaknad av uppbyggda verksamheter (Lindström, 2007; SOU 2006:100) Detta menar Lindström (2007) innebär att flertalet personer med psykiskt funktionshinder inte erbjuds rehabilitering och stöd som motsvarar deras behov för att minska begränsningar i aktivitet och delaktighet från kommunala socialpsykiatriska organisationer (a.a).

Arbetsterapeuter är den yrkesgrupp som vanligtvis har rätten att förskriva hjälpmedel. I Sverige fanns 2008 6991 arbetsterapeuter anställda inom primärkommunala verksamheter och landsting (www.scb.se). I Värmland var samma år antalet 209. Förbundet för Sveriges arbetsterapeuter (FSA) anger på sin hemsida att 90% av landets arbetsterapeuter är medlemmar hos dem, varav 5,3% är anställda inom socialpsykiatri, 5,3% inom psyki-

atrisk öppenvård, 0,5% inom rättspsykiatri samt 0,8% inom sluten psykiatrisk vård. Detta kan jämföras med 27,2% som arbetar inom kommunal äldreomsorg (www.fsa.akademikerhuset.se). 2005 arbetade cirka 600 arbetsterapeuter inom psykiatrisk vård i Sverige, varav dryga hundra beräknades arbeta i kommunal psykiatri (Lindström, 2007).

2.3 Publicerat om kognitiva hjälpmedel

En nypublicerad kostnadsnyttobedömning (Dahlberg, 2010) visar att hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning är samhälls-ekonomiskt mycket lönsamma, i synnerhet när hjälpmedlen leder till jobb på öppna marknaden, men även till anställningar med lönebidrag eller till anställningar med hjälp av andra former av särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning¹⁹. Förutom dessa effekter, skriver Dahlberg (a.a.), kan hjälpmedelsanvändningen få andra direkta ekonomiska konsekvenser, som att minska belastningen på sjukvården i form av minskat vårdbehov, färre besök på psykiakuter och minskat behov av mediciner. Att personer med psykiska funktionshinder får bättre struktur på sin tillvaro kan också betyda att det blir lättare att passa tider för besök hos myndigheter, läkare, tandläkare osv.

En annan sannolik effekt som tas upp i rapporten kan vara att brukarna i större utsträckning kan bo kvar i eget boende i stället för särskilt boende, med kostnadsminskningar som följd. Att hjälpmedlen kan skapa förutsättningar för att påbörja eller fortsätta en utbildning, som på sikt kanske leder till jobb är också en faktor som tas upp. De vinster som anges för

¹⁹ Se också Grönberg Eskel (2005).

brukarna i rapporten är framförallt ökad självständighet och trygghet samt förbättrad livskvalitet²⁰. De direkta ekonomiska vinsterna ur ett brukarperspektiv uppges i stor utsträckning sammanhånga med möjligheten att få eller behålla ett jobb, vare sig det är på öppna arbetsmarknaden eller med lönesubvention.

I Socialstyrelsens ”Lägesrapport om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning” (Socialstyrelsen, 2009b) tillika regeringens skrivelse 2009/10:166 ”Uppföljning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken och grunden för en strategi framåt” (Regeringen, 2009) beskrivs hjälpmedelsområdet för personer med kognitiva funktionsnedsättningar som alltmer uppmärksammat, främst genom de utvecklingsprojekt och försöksverksamheter som gjorts av Hjälpmedelsinstitutet tillsammans med brukarorganisationer (exempelvis projekten HumanTeknik, Teknik och demens, samt Kognet)²¹. Området beskrivs som i stort behov av kompetens- och utvecklingsarbete.

I regeringsskrivelsen nämns att försöksverksamheter (Fritt val) genomförs i tre landsting, där brukare får en rekvisition för att själv köpa sitt hjälpmedel. Genom detta vill Regeringen pröva ett system som ger den enskilde större valfrihet och inflytande över sina egna hjälpmedel. De begränsningar som lokala upphandlingar och hjälpmedelslistor uppges innebära för det fria valet upphävs i försöksverksamheterna och skapar därmed möjlighet för den enskilde att påverka valet av hjälpmedel utifrån sina

²⁰ Se också Lindstedt (2008) och Grönberg Eskel (2005).

²¹ Tekniska hjälpmedel nämns också i den preliminära versionen av ”Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid Schizofreni och Schizofreniliknande tillstånd”, liksom betoningen på psykosociala insatser i rehabiliterings- och återhämtningsarbetet (Socialstyrelsen, 2010).

individuella behov. Det innebär också att den enskildes kunskap och engagemang över det egna hjälpmedlet bättre tas tillvara (Regeringen, 2009).

NovusOpinion (Modig & Wemminger, 2009) genomförde en undersökning för Hjälpmedelsinstitutets räkning som visar att det råder kunskapsbrister bland yrkesprofessionella kring området kognitiva hjälpmedel och psykiska funktionsnedsättningar. Resultaten visar att chefer, politiker och beslutsfattare inom socialförvaltningen har vaga kunskaper om hjälpmedel. 74 % av de intervjuade politiska beslutsfattarna hade begränsad kunskap om kognitiva hjälpmedel och 33 % av politikerna kände inte till kognitiva hjälpmedel överhuvudtaget. Detsamma gäller för 13 % av cheferna inom socialförvaltningen. 6 av 10 intervjuade i undersökningen ansåg att tillgången till hjälpmedlen bör öka, men bara varannan var själv beredd att göra något den närmaste tiden för att öka tillgängligheten (a.a).

En uppföljning av projektet HumanTeknik har gjorts inom ramen för Boendeprojektet²² (G Barse Persson, Olsson, & Ullman, 2007). Uppföljningen syftade till att se om användningen av kognitiva hjälpmedel har ökat i de verksamheter som gjorde studiebesök i den visningslägenhet som fanns under projekttiden. Resultaten visar att användningen av kognitiva hjälpmedel har ökat efter studiebesöket, dock beskrivs att verksamheterna i hög utsträckning köpt in egna hjälpmedel, medan det upplevs svårare att få hjälpmedel förskrivna. Bristen på klara riktlinjer, rutiner och bristande kompetens inom området anses vara huvudorsaker till varför brukare i behov av hjälpmedel inte får tillgång till dem genom förskrivning. Några synpunkter som lyfts upp i rapporten fokuserar på behovet

²² Boendeprojektet är ett riktat projekt inom ramen för kansliet för Nationell psykiatrisamordning som finansieras av Socialstyrelsen. För mer information, se <http://let.o.vxu.se/ivos/a/forskn/boendeprojekt/>.

av riktade informations- och utbildningsåtgärder och en större marknadsföring inom området, men att också organisatoriska förändringar är nödvändiga för att skapa en ökad tillgänglighet till hjälpmedlen. Rapporten belyser också de svårigheter som kan uppstå i samverkan mellan yrkesgrupper när det gäller att skapa en fungerande hjälpmedelsanvändning.

Ett fåtal personer har disputerat på kognitiva hjälpmedel i Sverige. Lena Rosenbergs (2009) avhandlingsarbete avser tekniska lösningar för äldre personer med demensproblematik. Resultaten visar att tekniska hjälpmedel för målgruppen ska vara lätta att använda, flexibla, smarta, icke-stigmatiserande och estetiskt tilltalande för den som använder dem. Resultaten visar också att arbetsterapeuter med en flexibel och processororienterad förskrivningsprocess bättre kunde möta den komplexa situation som äldre personer med demens och deras anhöriga befinner sig i. Viljan att använda hjälpmedel hängde också ihop med den relevans hjälpmedlet hade för brukarens livssituation i övrigt.

En avhandling av Boman (2009) avsåg tekniska minneshjälpmedel för personer med kognitiva funktionsnedsättningar efter förvärdad hjärnskada. Resultaten från denna studie visar att regelbunden kognitiv träning i hemmet i samband med tekniska hjälpmedel ökade funktionsförmågan och gav en ökad självständighet, likaså livskvalitet och säkerhet för brukaren och deras familjer som upplevde sig avlastade genom hjälpmedelsanvändningen. Resultaten visade också att de personer som upplevde svårigheter i minnesfunktion förbättrade sitt minne och sin uppmärksamhetsförmåga. Boman (a.a) betonar också vikten av individuell bedömning och anpassning till både den kognitiva förmågan och till specifika aktiviteter för att få en bra matchning mellan hjälpmedel och behov.

I dagsläget efterfrågas vetenskapliga studier om kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar (Dahlberg, 2010). Utvärderingarna från projekten HumanTeknik (Grönberg Eskel, 2005) och Kognitek (Lindstedt, 2008) refereras ofta i sammanhanget och är viktiga dokument som bildat underlag och grund för en kunskapsbas gällande kognitiva hjälpmedel för personer med kognitiva/psykiska funktionsnedsättningar.

3 Undersökningsmetoder

Den översättning av uppdraget som gjordes vid FoU Välfärd Värmland innebar att 'fallstudie' (Merriam, 1998; Yin, 2007, 2004) och 'brukarundersökning' (Socialstyrelsen, 2009a; www.scb.se; www.socialstyrelsen.se) formulerades som metodologiska referensramar för de studier vi genomförde.

3.1 Fallstudien som forskningsstrategi

En fallstudie är en undersökning av en särskild enhet som kan vara en händelse, en person, en situation, en institution (Merriam, 1998) eller som i detta fall, ett län, Värmlands län. Det avgörande för en fallstudie är att man kan identifiera en sådan enhet som då kommer att utgöra det fall som studeras på djupet.

Fallstudien är en forskningsstrategi man väljer när man vill undersöka aktuella och komplicerade sociala skeenden i sitt sammanhang, när man som forskare saknar möjligheten att kontrollera händelseförlopp, som i ett experiment. I en fallstudie bibehåller man det helhetsperspektiv som representeras av det särskilda fallet, för att undersöka, beskriva, förstå och förklara meningen med händelser och förhållanden, inom ramen för denna helhet (Yin, 2007).

Fallstudiens specifika logik (Yin, 2007) är att man undersöker ett fenomen i dess faktiska sammanhang, att man använder sig av flera olika informationskällor och metoder för empirisk underbyggnad, att den information

man samlar in verkar triangulerande²³ och att man i sitt analytiska arbete använder sig av sina framväxande teoretiska hypoteser när man samlar in och bearbetar data. En fallstudie ger möjlighet att undersöka den kontext som inramar ett visst förhållande eller händelseförlopp med hjälp av såväl kvantitativ som kvalitativ information. Merriam (1998) menar att fallstudien ”riktar uppmärksamheten mot det sätt varpå grupper av människor hanterar problem av olika slag utifrån ett helhetsperspektiv”²⁴.

Man ska med andra ord använda fallstudiemetoden för att man uttalat vill ta sig an kontextuella betingelser, vilket beror på att man anser att dessa har relevans för det man studerar. (Yin, 2007)²⁵

De metoder vi använt oss av i den undersökning som redovisas i denna rapport har tjänat syftet att samla in och bearbeta information för att försöka se, förstå, beskriva och förklara fenomenet *tillgänglighet till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättning* ur ett brukarperspektiv och i sin kontext.

Det undersökande arbetet inleddes med att ställa ett antal följdfrågor till uppdragets frågeställningar:

- Hur hanterar man sina problem när man har en psykisk funktionsnedsättning?
- Vart vänder man sig?
- Hur ser sammanhanget ut när en person söker stöd och hjälp för sina psykiska funktionshinder?
- Hur bemöts personer med psykiska funktionshinder av dem som är anställda för att vara ett stöd för dem, när de söker stöd och kontakt?

²³ Förstärker varandra.

²⁴ Sidan 26.

²⁵ Sidan 31.

- Hur ser strukturerna, processerna och resultaten ut i dessa avseenden i det sammanhang som utgörs av den psykiska ohälsan i Värmlands län?
- Vilka sociala mekanismer verkar för att en brukare får tillgång till kognitiva hjälpmedel?

Yin (2007) skriver att en fallstudie generellt sett är;

...den metod som föredras då frågor om ”hur” eller ”varför” ställs, då man har ringa kontroll över den situation som studeras och då fokus ligger på aktuella skeenden i ett konkret socialt sammanhang. (Sidan 17)

Det fanns alltså flera goda argument och skäl att välja fallstudien som forskningsstrategi för den undersökning vi genomfört.

3.2 Brukarundersökning som forskningsansats

Kunskapsobjektet i en brukarundersökning är vanligtvis ett relativt väl-etablerat och välkänt erfarenhetsområde som exempelvis förskolan, socialtjänsten, hemtjänsten eller liknande. I den brukarundersökning som redovisas i denna rapport är kunskapsobjektet däremot relativt nytt och okänt; *’tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar’*.

Socialstyrelsen genomför på uppdrag av regeringen nationella brukarundersökningar (Socialstyrelsen, 2009a; www.socialstyrelsen.se). Utformning och genomförande av dessa följer nära de kund- och brukarundersökningar som genomförs av Statistiska centralbyrån (www.scb.se). En bru-

karundersökning baseras på brukares egna erfarenheter. Den har syftet att ta reda på hur brukare upplever och värderar en verksamhet²⁶ för att visa vilka områden som behöver förbättras. Den ska leda till åtgärdsinriktad information. Man tar fokus på hur väl en verksamhets resurser och insatser motsvarar brukares behov och förväntningar och hur nöjda de är. Brukarundersökningar sätter brukaren i centrum och ger kunskap om brukarens egna upplevelser, erfarenheter och uppfattningar.

3.3 Undersökningens empiriska material och deltagande informanter

Att öka tillgängligheten för de personer som ännu inte använder kognitiva hjälpmedel men kan vara i behov av sådana för att kompensera psykiska funktionsnedsättningar, har stått i fokus för intresset och det undersökande arbetet. För att få en bild av tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel, har vi vänt oss till personer som redan har erfarenhet av kognitiva hjälpmedel, för att få tillgång till bearbetningsbar relevant information kring de fenomen som står i fokus för undersökningen.

Det totala empiriska materialet har följande omfattning och karaktär:

1. *Information från ett 60-tal telefonintervjuer med personer yrkesverksamma i Värmlands 16 kommuner och landstinget i Värmland.*
2. *Information från Värmlands läns 16 kommunhemsidor, hälso- och sjukvårdens hemsidor, Hjälpmedelscentralens hemsida med flera.*
3. *Intervjuer²⁷ med 49 yrkesverksamma inom området varav;*
 - 4 arbetsterapeuter inom landstingspsykiatri
 - 17 kommunala arbetsterapeuter varav;
 - 3 inom äldreomsorg

²⁶ I detta fall den verksamhet som skall tillgodose behovet av kognitiva hjälpmedel hos personer med psykisk funktionsnedsättning.

²⁷ Genom 9 fokusgrupper och 3 individuella intervjuer.

- 1 inom LSS
- 5 inom socialpsykiatri, varav 3 inom dagliga verksamheter
- 8 distriktsarbetsterapeuter som arbetar i geografiska områden (LSS, ÄO, SP)
- 3 verksamhetschefer inom den kommunala socialpsykiatrin, en delad tjänst som chef/boendestödjare
- 1 enhetschef inom LSS
- 1 verksamhetsledare inom EBL- skolan
- 1 verksamhetschef personliga ombud
- 8 personliga ombud
- 10 boendestödjare
- 1 psykiatrisköterska
- 1 kurator/biståndsbedömare
- 1 kurator
- 1 hjälpmedelskonsulent.

4. *Intervjuer med 22 brukare²⁸ varav;*

5. 12 kvinnor och 10 män.
6. Ålder mellan 23 år och 50+.
7. 21 brukare och 1 anhörig.

22 brukare valde att delta i undersökningen, varav 12 kvinnor och 10 män (varav en anhörig). Åldern varierade mellan 23 och dryga 50 år. Vid fyra intervjuer deltog en arbetsterapeut i samtalet. De flesta bor ensamma i egen lägenhet, ett par personer bor i villa med familj. En person bor på ett stödboende, och en person på ett gruppboende. Två personer har kvarboende barn, två personer har utflugna barn. Alla bor i tätort. Informanterna erhåller eller har erhållit någon form av stöd från psykiatri och/eller socialpsykiatri. De vanligaste försörjningsformerna som uppges är sjukpension, lönebidragsanställning, sjukpenning, samt försörjningsstöd. 13 av de intervjuade har kognitiva hjälpmedel, 3 står i kö för att få ett och 5 personer har inte kognitiva hjälpmedel (anhörig inte inklude-

²⁸ Rekryterade från kommunal socialpsykiatri, 12 personer, RSMH, 3 personer och EBL-skolan, 7 personer.

rad). Brukarna har endera fått hjälpmedel förskrivna genom socialpsykiatris arbetsterapeut, fått låna hjälpmedel via arbetsterapeuter vid öppenpsykiatri eller låna via de arbetsterapeuter de möter i den dagliga sysselsättningen. Några har också köpt egna hjälpmedel eller fått av anhöriga.

Skäl för många av de intervjuade brukarna att på vår förfrågan tacka ”ja” och delta i undersökningen var en önskan att bidra till kunskapsutvecklingen och att underlätta för andra att få tillgång till kognitiva hjälpmedel.

3.4 Etiska aspekter och etisk prövning

De Forskningsetiska principer för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning som antagits av Vetenskapsrådet (www.codex.vr.se) har utgjort etiska riktlinjer för arbetet med undersökningen. I Vetenskapsrådets riktlinjer ställs det så kallade forskningskravet mot individskyddskravet. Å ena sidan påpekas att samhället och samhällets medlemmar har ett berättigat krav på att forskning bedrivs. Å andra sidan hävdas principen om människors skydd mot otillbörlig insyn i sina livsförhållanden och att man inte får utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning i samband med vetenskapliga undersökningar. De forskningsetiska principerna rymmer fyra huvudkrav som konkretiserar det grundläggande individskyddskravet; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Forskaren skall informera uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare om projektets syfte, deras uppgift i projektet, vilka villkor som gäller för deras deltagande, att deltagandet är frivilligt och att man har rätt att av-

bryta sin medverkan när man så önskar. Forskaren skall se till att uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare samtycker till deltagande. Alla personer som ingår i en undersökning som uppgiftslämnare skall ges full konfidentialitet. Personuppgifter skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. I alla delar av undersökningen är dessa krav tillgodosedda.

En ansökan om etikprövning av planen för genomförande av brukarundersökningen behandlades vid *Regionala etikprövningsnämnden vid Uppsala/Karlstads universitet* i december 2009. Ansökan tillstyrktes.

3.5 Metoder för insamling av data

Det empiriska material som är insamlat för bearbetning har dels samlats in genom intervjuer dels genom kartläggning av information på landstingets och de 16 Värmlandskommunernas hemsidor.

Ansatsen kan beskrivas som explorativ²⁹. Syftet har varit att ur ett brukarperspektiv få veta vart man som psykiskt funktionshindrad kan vända sig, var man hamnar, hur man blir bemött och vad man får veta när man söker kontakt med det offentliga välfärdssamhället för stöd och hjälp – och om och hur denna kontakt kan leda till kognitiva hjälpmedel.

²⁹ Explorativa undersökningar har syftet att upptäcka nya dimensioner hos och relationer mellan fenomen som är relativt obeforskade (Kvale, 1997; Patel & Davidson, 1994).

Interjuer

Steinar Kvale (1997) menar att intervjuer är en överlägsen metod för insamling av information om människors upplevelser, tankar och perspektiv på sin egen personliga livsvärld. Kvales tankegångar har varit vägledande för arbetet med de intervjuer som genomförts, såväl telefonintervjuerna som de personliga intervjuerna, liksom William H Banakas (1981) klassiska bok om djupintervjuer.

Fokusgrupper är ”en forskningsteknik där data samlas in genom gruppinteraktion runt ett ämne som bestämts av forskaren”³⁰ (Edvardsson & Forsberg, 2000; Lundkvist & Fahlström, 1999; Obert & Forsell, 2000; Wibeck, 2003). Fokusgrupper riktar intresse mot hur deltagarna i en viss grupp tillsammans tänker kring ett fenomen (Wibeck, 2003). Man kan säga att en fokusgrupp riktar intresset på gemensamma, kulturellt förankrade erfarenheter, kunskaper, föreställningar och attityder.

Kartläggning av information på Internet

En undersökning har gjorts av den information som fanns tillgänglig om kognitiva hjälpmedel på Internet. Informationssökningen har genomförts genom att dokumentera varje sökväg, använda sökorden kognitiva hjälpmedel, psykiskt funktionshinder och psykisk funktionsnedsättning, för att få ett sammanfattande och beskrivande material över den information som finns tillgänglig på de hemsidor vi besökt.

³⁰ Wibeck (2003), sidan 23.

3.6 Metoder för bearbetning av data

De kvalitativa data som samlats in och sammanställts har bearbetas genom så kallad tematisk analys (Hayes, 2000) som ger en tematisk begreppslig struktur som resultat av bearbetningen av den information som samlats in. Bearbetningen har varit såväl induktiv som deduktiv, där urval, datainsamling och analys har skett parallellt under studiens genomförande.

Deduktiva undersökningar baseras på i förväg formulerade analytiska kategorier eller hypoteser vanligtvis härledda ur etablerad teori. Denna typ av undersökningar följer "bevisets väg" för att pröva teori eller antaganden (Holme & Solvang, 1997). Induktiva undersökningar utgår från insamlade empiriska data och har teorikonstruktion och begripliggörande som syfte. De följer "upptäckens väg." Deduktion och induktion syftar i denna undersökning på ett sätt att arbeta i förhållandet mellan teori och empiri. På en utforskande rörelse i flera riktningar. En som i huvudsak går från befintliga teoretiska kategorier mot empiri för att pröva kategoriernas giltighet och en som går från empiri mot formulering av teori som kan begripliggöra den verklighet man samlat in information om. (Danermark, Ekström, Jakobsen, & Karlsson, 1997)

Bearbetningen av det insamlade materialet har varit deduktiv med avseende på den i uppdrag och syfte uttalade och i förväg formulerade analytiska kategorin 'tillgänglighet'. Den har varit induktiv med avseende på andra relevanta fenomen och förhållande som visat sig i materialet i relation till undersökningens syfte och uppdragets karaktär och bakgrund.

3.7 Genomförande

Vår undersökning baseras på;

- ett 60-tal telefonintervjuer genomförda under september-oktober 2009,
- en kartläggning av information på Internet som genomfördes under september-oktober 2009
- fokusgruppsintervjuer med 49 yrkesverksamma som genomfördes under oktober-december 2009 mot bakgrund av telefonintervjuerna och informationskartläggningen på Internet,
- personliga intervjuer med 22 brukare som genomfördes under januari-mars 2010.

De inledande undersökningarna i september-oktober 2009 genomfördes för att teckna en generell bild av hjälpmedelsförmedlande verksamheter i Värmlands län. Vi började med att ringa till alla Värmlands 16 kommuner och ställa följande fråga i kommunväxeln:

”Vart vänder man sig om man har psykiska funktionshinder och vill tala med någon om kognitiva hjälpmedel.”

Vi kontaktade också två vårdcentraler och två av landstingets öppenvårdskliniker i länet.

I ledet efter den första kontakten med kommunernas växeltelefonister presenterades undersökningen, dess bakgrund och syfte för att den person som intervjuades skulle vara informerad om att frågorna ställdes inom

ramen för en vetenskaplig undersökning. Telefonsamtalen dokumenterades genom fortlöpande anteckningar under samtalen.

Parallellt med telefonintervjuerna under september-oktober 2009 samlades information in om den information som fanns på de 16 värmlandskommunernas och landstingets hemsidor om kognitiva hjälpmedel och psykiska funktionshinder.

Med utgångspunkt i resultatet av telefonintervjuerna och kartläggningen av informationen på Internet genomfördes 12 fokusgruppsintervjuer och tre enskilda intervjuer i 9 kommuner med personal verksamma inom kommunala verksamheter, landstingets psykiatri samt personliga ombud. Den "hänvisningsprocess" som visade sig i samband med telefonintervjuerna utgjorde tillsammans med resultatet av kartläggningen av informationen på Internet det underlag som användes för att rekrytera professionella informanter till fokusgruppsintervjuerna. Hänvisningsprocessen utgörs av de "vidarekopplingar" eller "hänvisningar" som ägde rum innan vi nådde fram till en person i respektive kommun som kunde ge direkta och konkreta svar på frågor om kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder. Den inledande frågan ledde vidare in i kommunernas och vårdcentralernas organisation genom hänvisningar till olika befattningshavare den hänvisande föreställde sig hade bäst kunskaper inom området, tills vi fick tag på just den personen, i varje kommun respektive relevant enhet inom landstinget. "Slutstationen" i hänvisningskedjan fram till den befattningshavare i kommunerna som vet mest om kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar var i 11 fall av 14 en arbetsterapeut. Endast två av dessa hade sin inriktning mot den kommunala socialpsykiatrin och en tredje skulle börja arbe-

ta mot socialpsykiatrin när telefonintervjuerna genomfördes. Tre arbetsterapeuter hade sin inriktning mot äldreomsorg och LSS, två var distriktsarbetsterapeuter och tre hade en inriktning som var oklar. Det var med dessa personer som den egentliga telefonintervjun genomfördes. I flera fall ledde dessa telefonintervjuer fram till personliga intervjuer eller fokusgruppsintervjuer för att få fördjupad information.

I en fokusgrupp deltog samtliga personliga ombud i Värmlands län. Två fokusgrupper bestod av olika yrkeskategorier i socialpsykiatriska verksamhet på två orter. Övriga fokusgrupper har innehållit arbetsterapeuter eller haft informanter med varierande yrkesfunktioner i främst kommunala verksamheter.

För att få information om de erfarenheter som personer med psykisk funktionsnedsättning själva har av kognitiva hjälpmedel valde vi att vända oss till verksamheter och föreningar som arbetar med och för personer som är drabbade av psykisk ohälsa. Förfrågan om deltagande skickades till Handikappförbundet, RSMH, Schizofreniförbundet, EBL-skolan³¹ och till fyra kommunala socialpsykiatriska verksamheter i Värmland. Det är olika former av organisationer som arbetar med och för personer med psykisk ohälsa på olika sätt och med olika uppdrag. En väsentlig skillnad är att man måste få ett behov utrett och ett beviljat myndighetsbeslut ge-

³¹ EBL-skolan (Ett bättre liv) startades 2006 av föreningen Sandbäcken som är en ideell förening. EBL-skolans pedagogik grundas i ideér hämtade från Danmark, varav ESL-pedagogiken är en del. Syftet med EBL- skolans verksamhet är att ge en anpassad utbildningsinsats genom att fokusera på att träna kognitiva, sociala och hälsobefrämjande färdigheter genom gruppundervisning. EBL-skolan riktar sig till personer med psykisk ohälsa, dit vem som helst kan söka. Skolan har målsättningen att ge eleverna en relevant utbildningsprocess, att ingå i ett socialt sammanhang för att därmed kunna gå vidare till fortsatt utbildning och/eller arbete samt att få redskap för att mer aktivt kunna delta i samhällslivet. Kursutformningen görs tillsammans med eleverna, där en plan för undervisningen erbjuds. Fokus är både på individens kognitiva utvecklingsprocesser samt på gruppens sociala samspel.

nom Socialtjänstlagen (SoL) för att få tillträde till socialpsykiatriska verksamheter, medan exempelvis EBL-skolan och RSMH vänder sig till alla med en psykisk ohälsa utan krav på behovsbedömning. Valet av de fyra socialpsykiatriska verksamheterna gjordes på basis av den information som framkom under telefonintervjuerna, kartläggningen av information på Internet och fokusgruppsintervjuerna med syftet att få en varierad bild med tanke på kommunernas storlek och organisering. Två arbetsterapeuter har varit behjälpliga med att lämna information till och fråga brukare de kommer i kontakt med i sina verksamheter om de kunde tänka sig att delta i en intervju. Ett informationsmöte om undersökningen gjordes också på EBL- skolan.

Intresserade ombads att ta kontakt via de förmedlande kontaktpersonerna, via svarsbrev eller direkt via telefon eller mail. Dessa kontaktvägar har dels gett informanter möjlighet att ta kontakt med oss utan andras vetskap, dels gett möjligheten att ta hjälp av kontaktpersonerna i kontakten med oss. Informanterna har muntligt och skriftligt informerats om studiens syfte och hur materialet kommer att användas.

Genom detta urvalsförfarande kom 22 personer³² att intervjuas, 12 kvinnor och 10 män. Den yngsta informanten var 23 år och den äldsta dryga 50 år. Samtliga har erfarenhet som brukare av psykiatri och/eller socialpsykiatri. Samtliga besväras eller har besvärats av kognitiva funktionsnedsättningar till följd av psykisk ohälsa. Tre informanter rekryterades genom RSMH, sju personer genom EBL- skolan och tolv personer genom de socialpsykiatriska verksamheterna.

³² Varav en anhörig.

Informanterna har själva fått välja var intervjun ska hållas. En intervju hölls på Karlstads stadsbiblioteks cafeteria, 10 personer har valt att genomföra intervjun i sina egna hem, 10 personer har intervjuats i samtalsrum i den dagliga verksamhet eller sysselsättning som informanterna besöker och är verksamma i. En intervju har genomförts i RSMH's föreningslokaler. 2 av intervjuerna har gjorts med båda intervjuarna närvarande, 4 intervjuer har gjorts med en arbetsterapeut närvarande och delaktig i samtalet. 16 intervjuer har gjorts av en intervjuare.

Innan intervjuerna genomfördes informerades vi om studiens syfte, hur materialet skulle komma att användas och villkoren för deltagande. Informanterna har ombetts att skriva under ett samtyckesformulär, där man som informant försäkrar att man har delgetts informationen om studien och att man har vetskap om att man kan avbryta sin medverkan när som helst, om man så önskar. Samtliga brukare har skriftligen bekräftat sitt samtycke till att delta i studien under de villkor som presenterats.

Intervjuerna har haft en öppen karaktär utifrån en semistrukturerad frågeguide som bygger på de teman som angetts i projektplanen. Fokus har varit på informanternas upplevelse och erfarenhet av tillgänglighet till kognitiva hjälpmedel. Flera av intervjuerna innehåller också beskrivningar av informanternas livshistoria, funktionsnedsättningar och funktionshinder. I materialet framkommer också övergripande beskrivningar över de upplevelser av vård- och stöd som informanterna har erfarenhet av. Intervjuerna varade i genomsnitt 45-60 minuter. Den längsta intervjun knappt tre timmar, den kortaste i 6 minuter. Samtliga intervjuer har spelats in.

Ljudfilerna från intervjuerna har transkriberats till talskrift och skrivits ut i sin helhet. Vissa partier har utelämnats, om de bedömts sakna relevans för studiens syfte. Intervjuerna har huvudsakligen skrivits ut ordagrant men i vissa fall varsamt ändrats till skriftspråk för att öka läsbarheten i texten. Långa pauser, stakningar och hummande ljud, vissa upprepningar och markering av känslouttryck har utelämnats. I vissa fall har känslöstämningar (skratt) markerats inom parentes för att ge en bild av den stämning som präglade samtalet. Intervjuerna har skrivits ut med dubbelt radavstånd och indragen högermarginal för att ge plats för anteckningar under genomläsning och kodning. Det sammanlagda intervjumaterialet omfattar ca 900 sidor.

Informanterna i brukarundersökningen har erbjudits att ta del av intervjuutskriften för att ges möjlighet att kommentera, lägga till och dra ifrån information. 14 har tackat ja till detta, och en av dessa har i efterhand kontaktat intervjuaren för att diskutera intervjun. Inga synpunkter eller ändringar har dock föreslagits av informanterna.

Anteckningar, så kallade memos (Strauss & Corbin, 1998), har genomgående förts under studien, både i direkt anslutning till intervjuer, och under arbetet med att koda och analysera empirin. Analytiska raster har skapats i dialog mellan oss under regelbundna träffar där vi successivt gått igenom vårt material, diskuterat det, dekonstruerat det och sammanfogat det i syfte att skapa en helhetsbild av vårt studieobjekt. Dessa har tagit formen som schematiska bilder och skriftliga sammanställningar.

3.8 Intervjumaterialets bearbetning

Vid kodningen av materialet har samtliga intervjuer genomlästs där innehållet i huvudsak sorterats under de teman som angetts som kvalitetsindikatorer för tillgänglighet i projektplanen;

- 1) information om kognitiva hjälpmedel,
- 2) relation, stöd- och bemötande,
- 3) inflytande samt
- 4) hjälpmedlets kompensatoriska effekter.

Intervjuerna med personal och med brukare har kodats separat. Stycken i texten som faller under de olika teman som angetts ovan har getts respektive siffra för att ange kategori. Vid bearbetningen av det transkriberade empiriska materialet har flera genomläsningar gjorts för att få en helhetsbild av den samlade informationen. En kort sammanfattning av respektive intervju har dessutom gjorts med tanke på materialets omfattning för att få en greppbar översikt över informanternas utsagor. Intervjuerna har avidentifierats, och getts ett kodnummer. Dessa kodnummer har förvarats i en kodnyckel på ett separat ställe från intervjumaterialet. Anteckningar har förts i marginalen av dokumenten under läsandet och innehållsrika stycken har också markerats med färgkodning. Därefter har informationen sorterats under primära teman och temagrupper. Efter att en primär tematisering har gjorts har personal- respektive brukarintervjuerna sammanfattats i matrisform innehållande respektive teman. Stycken i intervjuerna som inte fallit under ovanstående kategorisering men ansetts ha värde för studiens syfte har markerats med en siffermarkering och placerats i en ny temakategori. Dessa har namngetts för att ge en övergripande beskrivning

och definition över innehållet, exempelvis: *socialt sammanhang, ekonomi, daglig struktur, organisationsbeskrivning, design, motivation* etc. Vid varje nytt tema har övrig empiri genomsökts för att finna innehåll i intervjumaterialet som kan lyda under samma tema. Sammanlagt så skapades ett 30-tal induktiva kategorier, där några teman (fyra) till slut har slagits ihop, då de visade sig vara lika varandra. Därefter har de mest centrala och mest innehållsrika teman kondenserats och senare formats till en löpande text i relation till studiens syfte. Texten har sedan getts illustrativa data i form av citat för att förtydliga resonemanget och förankra det i undersökningens empiriska material. I arbetet med att kondensera empirin har regelbundna genomläsningar av intervjuerna i sin helhet gjorts för att behålla känslan och närheten till empirin.

3.9 Om studiens generaliserbarhet, giltighet och trovärdighet

Syftet med vetenskapliga undersökningar är ofta att generalisera de resultat och de slutsatser man kunnat dra av sina undersökningar till andra sammanhang, som då är lika i vissa avseenden men kanske skiljer sig i andra. Säkra prognoser är den ultimata generaliseringen av vetenskapliga undersökningar (Allwood & Erikson, 1999).

Frågan om generalisering av det som blivit resultatet av den undersökning vi gjort av 'tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar i Värmlands län' på uppdrag av Hjälpmedelsinstitutet är både viktig och problematisk. Naturligtvis vill uppdragsgivarna få tillgång till resultat och slutsatser som kan vara tillämpliga i ett större sammanhang än i Värmlands län. Möjligheten att generalisera

resultat av en fallstudie är dock inte självklar, men det är den inte vilken forskningsstrategi man än tillämpar. Yin (2007) skriver följande om fallstudier och generaliserbarhet:

En vanlig fråga är: ”Hur kan man generalisera på grundval av ett enda fall?” Det är inte lätt att besvara en sådan fråga.

. . . . Det kortfattade svaret blir att fallstudier precis som experiment är generaliserbara när det gäller teoretiska hypoteser, men inte populationer. I det avseendet inbegriper fallstudier (i likhet med experiment) inte ett urval, ett ”sampel.” Då man genomför en fallstudie är målet att man ska utveckla och generalisera teorier (*analytisk generalisering*), inte beskriva frekvenser (*statistisk generalisering*).³³

Samma författare skriver om det allvarliga men inte ovanliga misstag man kan göra vid en fallstudie när man uppfattar ’statistisk generalisering’ som generaliseringsmetod eftersom ett fall inte utgör en urvalsenhet i statistisk bemärkelse. ’Analytisk generalisering’ är den generaliseringsform som rekommenderas vid fallstudier, att man använder begreppsdefinitioner och teoretiska utsagor som referens för jämförelser med de resultat man fått från sin fallstudie.

Merriam (1994) menar att det inte går att utgå från ett traditionellt generaliseringsbegrepp när det har gjorts ett ändamålsenligt urval. Tanken med kvalitativ forskning är inte att producera generaliserbara resultat utan att uttala sig om och tolka de fenomen som studeras. Däremot kan fram-

³³ Sidan 28.

ställningen av ett resultat säga något om generella aspekter i ett material (Alvesson & Sköldberg, 1997).

Att lyfta fram och synliggöra brukarnas berättelser på ett trovärdigt sätt kan bidra till en ökad medvetenhet och kunskap om vilka villkor och förställningar som omgärdar brukare i det psykiatriska fältet när det gäller hjälpmedelsområdet. Att lyfta fram yrkeserfarenheter hos informanter som arbetar inom området ger professionella och organisatoriska perspektiv på samma fenomen.

I frågan om vad som är valid (giltig) kunskap innefattas den filosofiska frågan om vad som är sanning säger (Kvale, 1997). Om kunskap ses som giltig kan alltså vara beroende av vilket perspektiv man har för att betrakta sociala fenomen och även vilken tillämpbarhet kunskapen har inom ett område. I detta fall ligger grunden i ett socialt perspektiv när det gäller att betrakta funktionshinder och funktionsnedsättningar samt huruvida resultatet kan bidra till en ökad tillgänglighet till kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Grundläggande i ett vetenskapligt förhållningssätt är att sträva efter genomskinlighet i forskningsprocessen, alltså att så tydligt som möjligt redovisa hur man har gått tillväga i genomförandet av studien (Kvale, 1997; Malterud, 1998). Ovanstående beskrivningar av tillvägagångssättet i studiens olika moment syftar till att skapa en sådan genomskinlighet, väl medvetna om att utrymmet för sådana beskrivningar i relation till studiens omfattning i viss mån har varit begränsade.

Kvale (1997) säger sig vilja avmystifiera validitetsbegreppet när det gäller kvalitativa studier och skriver om forskarens hantverksskicklighet. Att sträva efter överensstämmelse mellan studiens olika delar och ett systematiskt tillvägagångssätt i studiens alla moment syftar till att forma en hållbar metod och kvalitet. Kvale³⁴ hänvisar till Glaser och Strauss när han skriver att validitet i slutändan handlar om trovärdighet, rimlighet och tillförlitlighet. Genom triangulering (Merriam, 1998; Yin, 2007) kan trovärdigheten i en studie stärkas. I denna studie har intervjuer med personal och brukare, samt skriftligt material kring hjälpmedelsverksamheten använts i syfte att få en rimlig och enhetlig uppfattning om de fenomen som studeras.

De brukare som står i fokus och har intervjuats i studien gavs möjlighet att få ta del av intervjuutskriften för att möjliggöra en förtydlig eller korrigerande av innehållet om de ansåg att detta var nödvändigt. Genom seminariebehandling har opponenterna bidragit med värdefulla klagörande kommentarer som stärkt studiens innehåll och struktur. Några nyckelpersoner har också getts möjlighet att kommentera och ge synpunkter på rapportens innehåll. Under seminariebehandlingen bekräftades att den skildring som speglas av tillgängligheten i resultatet väl överensstämde med den bild av tillgänglighet som 'finns i praktiken'. Dessa moment anses av oss vara viktiga i sig men också när det gäller resultatets trovärdighet.

Här finns anledning att kort reflektera över urvalet. Metodologisk strategi för undersökningen har varit att betrakta Värmland som ett fall i en fallstudie. Trots representation från alla kommuner i det empiriska materialet

³⁴ Kvale (1997) sidan 218-219.

kan man se att undersökningens informanter är överrepresenterade från vissa geografiska distrikt i länet, främst när det gäller brukare som informanter. Vad innebär detta faktum för möjligheterna att dra slutsatser om tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel? Är urvalet representativt för Värmland? Är förhållandena i Värmland representativa för landet som helhet? Här finns svåra frågor som gäller undersökningens ansats, urval, omfattning, befintliga ramar och det intresse som visats från tillfrågade att delta i studien. Och säkerligen fler än dessa.

Eftersom studieobjektet, 'tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar', är relativt nytt och okänt så har också arbetet med att samla in informationen kännetecknats av en explorativ referensram. Det har inte på förhand varit givet vilka informanter som ska ingå. Trots flera metodologiska svårigheter och frågetecken menar vi att vårt omfattande och triangulerande urval av information och informanter hänger så pass väl samman att våra resultat kan anses trovärdiga, när det gäller Värmlands län.

4 Resultat

Detta kapitel redovisar det samlade resultatet av de bearbetningar vi gjort av det empiriska material som samlats in. Vi har valt att inledningsvis låta brukarna komma till tals genom att redovisa de teman vi funnit i deras berättelser och svar på våra frågor. Därefter har vi lyft resultatredovisningen till en strukturell nivå för att avslutningsvis summera de viktigaste resultaten av vårt arbete.

4.1 Information om kognitiva hjälpmedel

”.. att de pratar om det direkt man kommer i kontakt med psykiatrin. Och kommunen också då. För att det nämns ju inte, och det är väl därför ni gör det här också, för att det nämns ju inte någonstans egentligen, utan det är först man har kommit långt in i någonting, som man får reda på att det finns.”

Citatet ovan är från en intervju med en ung kvinna som har erfarenhet av såväl slutenvård som socialpsykiatri. Hon svarar på frågan om vad hon tror behövs för att fler personer med psykiska funktionsnedsättningar ska få tillgång till hjälpmedel. Citatet belyser vad vi uppfattar som en av de mest centrala och grundläggande aspekterna när det gäller tillgänglighet ur ett brukarperspektiv idag, att frågan om hjälpmedel inte lyfts upp i kontakten med psykiatri och socialpsykiatri. Utan information och kunskap hos brukarna om hjälpmedlens funktion, så anser några informanter att kognitiva hjälpmedel för de flesta blir ett okänt eller abstrakt begrepp

vilket det är svårt att associera till eller tänka att det här kan hjälpa mig. Citatet belyser också att personer som besväras av kognitiva funktionsnedsättningar måste befinna sig lång tid inom verksamheter som ger vård och stöd innan man får information om kognitiva hjälpmedel och deras funktioner. Att få träffa en person med kunskap om kognition och kognitiva hjälpmedel är i dagsläget ingen självklarhet, då det kräver en grundläggande kunskap hos flera yrkesgrupper om psykiska funktionsnedsättningar och att man remitterar personer vidare till en arbetsterapeut. Vikten av att informationen ges direkt i mötet med personal är ett återkommande tema, såväl i intervjuerna med personal som brukare. Brukarna ger ofta beskrivningar av långa och besvärliga utredningsvägar innan de får tillgång till adekvata vård- och stödinsatser. Hur och var utredningen gjorts påverkar det stöd brukarna upplever att de erhållit.

”Idag vet jag varför jag skulle ha haft en ordentlig utredning. För då skulle jag haft tillgång till arbetsterapeuter och till ett team som har specialistkunskaper om funktionsbinder.”

En bred och anpassad information framträder som viktig.

”Både muntligt och skriftligt. För att alla tar till sig så himla olika, och ibland kan det vara lättare att ta till sig i skrift, men det kan vara det att man vill gå hem och titta på foldern hemma också, men man vill ha det muntligt, inte bara att det sticks till en en folder, för att både och är viktigt, så att man använder alla vägar som finns (...) Det får inte vara ett för tjockt häfte eller så där, det ska vara lite lagom (...) för jag tror att många som inte mår så bra, att man orkar inte med att

läsa sånt där, det tror jag många kan tycka är jobbigt, mycket papper och sådär. Det ska inte vara för krångligt.”

Många betonar vikten av att ha tillgång till olika informationskällor beroende på de individuella förutsättningarna när det gäller att ta till sig information, men den information som ges muntligt betonas när det handlar om att skapa en medvetenhet om vad kognitiva hjälpmedel är. Muntlig information ger också möjligheten att ställa frågor och skapa en dialog om hjälpmedlen och de svårigheter som kan upplevas i vardagen. Att få skriftlig information med sig hem för att få mer kunskap om vilket utbud som finns anses som viktigt, för att få tid att fundera och lära sig mer, men det betonas att den information som ges inte får vara för omfattande. Flera betonar vikten av att information borde finnas där människor befinner sig. Väntrum, sysselsättning och dagliga verksamheter, information i skolor, på apotek och på slutna avdelningar nämns ofta som sociala arenor där information bör finnas tillgänglig både under samtal och i skrift.

Att ges möjlighet att *se*, *känna* och *prova* hjälpmedel framstår som viktigt för förståelsen av vad ett hjälpmedel kan bidra till. Ofta talar inte informanterna om sina hjälpmedel i termer av kognitiva hjälpmedel, utan beskriver dem utifrån deras namn och funktion, alltså bolltäckor, klockor, whiteboard och så vidare. Många av brukarna förhåller sig ganska främmande till begreppet. En brukare ser begreppet kognitiva hjälpmedel som ett abstrakt begrepp som han tror det kan ta tid att få ett naturligt förhållningssätt till.

Merparten av informanterna har fått sin information om hjälpmedel i samband med att de erhållit stöd genom socialpsykiatrin. Ofta har det varit boendestödare som gett den första informationen och bistått i kontakten med en arbetsterapeut som sedan gjort ett hembesök. Genom deltagande i verksamheter som riktar sig till personer med psykisk ohälsa har också några fått information och möjligheter att prova olika hjälpmedel genom att arbetsterapeuterna som arbetar där har köpt in hjälpmedel och kan visa och föreslå för deltagare som har intresse och behov av att prova. Några har också blivit informerade om hjälpmedel av arbetsterapeuter inom psykiatrin. För majoriteten av de intervjuade har kännedomen om hjälpmedel inte funnits innan de föreslagits av personal. Några nämner att man fått veta genom vänner och bekanta att de finns. De senare använder i regel inga egna hjälpmedel.

Trots att de flesta upplever att den information som getts i samband med förskrivningsprocessen varit god kring de aktuella hjälpmedlen som föreslagits, så efterfrågar de allra flesta ett större utbud när det gäller information om vilka hjälpmedel som finns överlag, men också om de rättigheter man har som funktionshindrad och vilket annat samhällsbaserat stöd som kan erbjudas.

”Det är just det här att man inte får information om vad som finns. Man får liksom inte, men det här har du rätt att få och det här finns och, den informationen får man inte. Utan det är sånt som man får ta reda på själv.”

Flera redogör för en osäkerhet när det kommer till att veta vad som kan efterfrågas i kontakten med berörda organisationer och myndigheter och vart man ska vända sig för att få svar på sina frågor.

”Ja, jag kommer inte på nått mer, förutom det här att ja, grejen, som om man säger, i min situation om man har lite psykiska besvär eller handikapp, att jag känner inte direkt att jag fått så jättemycket information om vilket utbud det finns, av hjälpmedel för just psykiska handikapp. Men som sagt, jag har blivit, ja att de har föreslagit saker, som den här Shake Awaken eller den här medicingrejen, så det är klart att de har föreslagit saker men, sen vet jag ju inte alls vad mer det finns för utbud av, det är en grej, att jag kanske känner så. Jag vet inte om jag har så mycket behov av saker, men det är klart att det kanske vore bra att få reda på fler saker som finns, alltså hjälpmedel.”

Information på Internet

Hjälpmiddelsinstitutets hemsida uppges som den oftast använda sidan när informanterna sökt information på Internet om hjälpmedel, likaså olika produktföretag, RSMH's hemsida och Internetforum för olika funktionsnedsättningar. Dock förekommer det sällan att kommunens och landstingets hemsidor används för att söka information om kognitiva hjälpmedel. I de fall det förekommer upplevs informationen som alltför omfattande och hemsidorna som svårnavigerade.

Ålder, ekonomi, vanor och vilken typ av funktionsnedsättning brukaren har är faktorer som sannolikt spelar in i huruvida personer använder dato-

rer eller inte. De informanter som tillhör den yngre generationen uppger i högre utsträckning att de använder och har datorer hemma³⁵. Tillgång till datorer finns också och används av några vid de dagliga verksamheter som informanterna deltar i. Några informanter har lärt sig att använda datorer och göra sökningar på nätet genom att delta vid en daglig verksamhet. Ett förslag som ges för att få upp ögonen för kognitiva hjälpmedel är tidningsannonser med hänvisning både till hemsida och telefonnummer till någon som kan besvara frågor och boka tider. Den viktigaste aspekten gällande information upplevs dock vara att den förmedlas i mötet mellan personal och brukare. Att informationen är sammankopplad med möjligheten till kontakt med en förskrivare är också viktigt för tillgängligheten till produkterna.

”Jag tänkte faktiskt på en sak. Det får man ibland, papper där det står adresser till exempel, till Hjälpmedelsinstitutet och så där, där du kan söka själv, vad det finns för hjälpmedel. Det tror jag att jag någonstans efter vägen har fått. Men jag kan inte riktigt komma ihåg. Men då blir det ju, att då ska du leta upp det själv, och det är jättebra, och du får information om vad hjälpmedel faktiskt kan hjälpa till med. Men det problemet som jag hade tidigare var ju faktiskt att jag inte kunde få de utskrivna, och att man ekonomiskt inte kan köpa dem.”

Att få och finna information

Då informationen om hjälpmedel sällan förekommer i mötet med yrkesprofessionella upplever merparten av informanterna att man som brukare

³⁵ Cirka hälften av de intervjuade uppger att de använder datorer.

måste ta reda på kunskap och information själv. Detta kan många gånger upplevas problematiskt då det råder osäkerhet i vart man kan vända sig. Måendet kan också begränsa möjligheterna att orka och ha förmåga att ta sociala kontakter och att ta till sig information. Att faktiskt få tag på rätt person eller veta vart man ska vända sig upplevs också som ett hinder, undantaget de brukare som redan har en kontakt med en arbetsterapeut vid en socialpsykiatrisk eller en daglig verksamhet. Flera är dock tillfreds med den information som getts i samband med att man fått ett beviljat bistånd och kommit i kontakt med olika verksamheter. De problematiserar istället hur personer som står utanför systemet ska få tillgång till information om kognitiva hjälpmedel och till förskrivare.

”Informationen man får när man väl kommit in i systemet, den är det inget fel på. Men om man inte finns med i systemet riktigt, man har inte blivit utredd för något, men har en liknande problematik, då har vi ju det där, att hur ska man få reda på det då?”

Bråkarna i studien upplever också att kognitiva hjälpmedel är helt okända hos många andra personer med en psykisk problematik:

”Alltså. Jag har ju varit inlagd några gånger så, och man märker när man sitter och pratar om såna här saker (...) att det är många som inte ens vet att de här sakerna existerar. Och inte beller hur man ska gå tillväga när det gäller att få tag på dem, eller ja, så att jag tror att det är jättebra att det lyfts fram. För mig har det i alla fall varit en jättehjälp, med de sakerna jag har.”

4.2 Inflytande

”Här ska de ju tydligen gå efter, ja de kallar det individanpassad hjälp, det är ju det. Jag upplever det så här, att jag nämmer vad jag har svårt för och sen så försöker vi tillsammans att tänka att, ja hur ska vi lösa det här, alltså visst, det är klart att jag har inflytande, det tycker jag. Det tycker jag faktiskt.”

Många beskriver att de upplever inflytande i det stöd som ges av personal och arbetsterapeuter. Inflytandet verkar dock kopplas mer till möjligheterna till egenmakt och till relationen i sig, än till inflytande över vilka produkter som erbjuds. Det brukarinflytande som finns kan därmed säga befinna sig enbart på individnivå och uppstår mot bakgrund av de relationer som brukaren har till personal och i vilken grad de relationerna bidrar till en positiv utveckling hos brukaren.

Arbetsterapeuten som deltog i fyra av intervjuerna med brukare problematiserar utbudet av de hjälpmedel som är förskrivningsbara. Det begränsade utbudet är en orsak till ett begränsat brukarinflytande när det gäller produktsortimentet.

”Jag har ju inte jättemycket möjligheter att erbjuda, för har man svårt med tidsuppfattningen, ja då är det en timstock jag kan erbjuda och punkt slut.”

Att brukare aktivt efterfrågar nya produkter och är villiga att prova nya lösningar ser arbetsterapeuten som viktigt för att utveckla och bredda det

tillgängliga sortimentet. Dock kan brukarna själva uppleva detta som problematiskt då vissa produkter, främst mobila lösningar³⁶, inte finns att tillgå. Dessutom beskriver några brukare att en aktiv efterfrågan från deras sida i vissa fall kan leda till motstånd hos den förskrivare de mött.

Inflytande förutsätter information

Flera brukare anser dock att de saknar inflytande, såväl i det stöd som ges som i förskrivningsprocessen kring hjälpmedel. Möjligheten att påverka sin situation och det stöd som ges upplevs begränsas av en bristande information om vilka möjligheter och rättigheter man har vid psykiska funktionshinder:

- *Känner du att du har inflytande över det stöd som ges?*
- *Det är ju det att jag inte vet vilka alternativ som finns. Nej.*
- *Men är det svårt att göra sin stämning hörd om det är något du funderar på?*
- *Nej, det tror jag inte. Men jag vet ju inte vad man ska ställa för krav beller (...). Ja, man får väl helt enkelt lita på dem.*

Att inte få information om vilket utbud som finns, eller inte veta vart man kan vända sig vid frågor om hjälpmedel reducerar därmed möjligheten till inflytande såväl i allmänhet som i förskrivningsprocessen. En brukare ger följande beskrivning över hur en arbetsterapeut kan gå tillväga under ett uppföljningssamtal:

³⁶ Med mobila lösningar menar vi exempelvis programvara till mobiltelefoner, handdatorer et cetera.

”Det är hon (arbetsterapeuten) som visar mig, att det är en sån, det här är ett sånt hjälpmedel, det här är bra mot ungefär det. Här har du ett papper som det står vad det är för hjälpmedel, här är lite fakta om, ja vad den grejen är (...) hur den funkar och sen så fick jag ju se dem här, för hon hade de på ett bord, ja jag fick känna på den, hålla i dem, testa dem, att kan det här vara något? Varför, varför inte? Du kan ta med hem och testa om du vill. Så hon har också hjälpt till på så vis (...) Javisst, sen så har vi en uppföljningsgrej, hur tycker du den har funkat? Ja sådär, eller den har funkat bra, så vi kollar, ja att hon kollar hur jag tycker att det går. Naturligtvis”:

Ovanstående citat ger en bild över hur en arbetsterapeut i en daglig verksamhet gör för att presentera hjälpmedel. Tillvägagångssättet ger möjligheten att se, prova och låna hem hjälpmedlet om så önskas, och där både muntlig, skriftlig och praktisk information ges. Att hjälpmedlen visas och finns tillgängliga i den miljö där brukaren befinner sig, tillsammans med att arbetsterapeuten finns naturligt i miljön skapar närhet och goda förutsättningar för en god tillgänglighet. Berättelser där förhållandet är det omvända, och där brukaren upplever sig som den mest drivande parten förekommer också:

”(...) Det är ju inget som de bara berättar och säger vad som finns. Utan det är ju ”ja, det är inte bra att du inte kan passa tider.” Men finns det nån hjälp då?” Ja, en timstock.” Ja, men vad är det då? Det är så trögt, man får verkligen dra ur dem. Det är som att man måste plugga på innan man kommer dit för att veta att ”ja, jag har hört att ni har timstockar.”

I intervjuer med arbetsterapeuter betonas ibland att deras professionella bedömning ska ligga till grund för vilket hjälpmedel som föreslås, och att de många gånger är tveksamma till ”beställningslistor”, det vill säga när brukaren själv föreslår ett hjälpmedel i kontakten.

”Helst vill vi undvika att de kommer och ber om saker. Vi ska vara proffs när man kommer till oss (...) De som hör av sig och vill ha till exempel en spisvakt, har oftast inte behov av dem.”

Ovanstående uttalanden skapar en intressant kontrast och motsättning i relation till varandra. Brukarna å ena sidan beskriver behovet att vara pålästa inför ett möte med arbetsterapeuten. Arbetsterapeuten å andra sidan beskriver ett förhållningssätt där brukaren genom att uttala ett behov eller en förfrågan som avser en specifik produkt genom detta också försvårar sina möjligheter att få tillgång till det efterfrågade. En tolkning vi gör utifrån intervjumaterialet är att förskrivningsprocessen och hjälpmedelsorganiseringen i sig verkar vara utformad på ett sätt som försvårar tillgången till hjälpmedel. Medan brukarna redogör för avsaknaden av information i mötet med psykiatri och andra organisationer, och hur man som brukare eller anhörig måste ta reda på kunskap själv, så förutsätts brukarna ändå skapa en efterfrågan genom att påtala behov och efterfråga produkter. Samtidigt som det i dagsläget beskrivs som en nödvändighet att söka kunskap och information på egen hand för att få vetskap och kunskap om kognitiva hjälpmedel, så bygger förskrivningen av hjälpmedel, eller i alla fall tolkningen av den, på att förskrivarna ska föreslå strategier, lösningar och produkter, inte brukarna.

En önskvärd förändring som framhålls är att kunna erbjuda brukare att få prova förutsättningslöst bland de lösningar som finns. Ett sådant förfarande skulle ge brukaren möjlighet till inflytande och bli varse om flera olika alternativ. Ett sådant tillvägagångssätt skulle också kunna leda till positiva effekter när det gäller tidsaspekten, då brukaren ges förutsättningar att snabbare hitta ett hjälpmedel som passar just honom eller henne. En förändring i lagstiftningen kring hjälpmedelsföreskrivning tas också upp i sammanhanget, där en rättighetslagstiftning skulle möjliggöra för brukaren att överklaga ett nekande beslut.

4.3 Var och hur man talar om hjälpmedel spelar roll

Att få besök av en arbetsterapeut i det egna hemmet beskrivs av flera brukare som värdefullt då det för flera är svårt att komma ut på egen hand. Att få se och prova hjälpmedlet i hemmiljö gör också att brukaren lättare kan se och koppla användningen till vardagsrutiner. Det ger också arbetsterapeuten möjlighet, förutom kartläggningssamtalet, att få en bild av boendemiljön och eventuella åtgärder som behöver göras där. Att kunna gå via boendestödet i kontakten med en arbetsterapeut upplevs som underlättande av brukarna. Vid hembesök har också boendestödet möjlighet att närvara när arbetsterapeuten visar och förklarar hjälpmedlet.

Som tidigare nämnts har fyra av intervjuerna gjorts där en arbetsterapeut deltagit i samtalet. Detta har gett en bild av dialoger som kan utspela sig mellan en brukare och en arbetsterapeut vilket också synliggjort betydelsen av relationen mellan dem. Relation till arbetsterapeuten beskrivs av

flera som avgörande för kommunikationen mellan parterna och vilka beslut den leder till.

Den verbala förmågan att beskriva sin situation och förklara vilka svårigheter som följer med den psykiska ohälsan hos brukaren har också betydelse för hur behov och livssituation förmedlas i samtalet med arbetsterapeuten, medan arbetsterapeutens kunskap har betydelse för vilka lösningar som föreslås för brukaren. I det avseendet blir också de känslor som mötet skapar hos brukaren påtagliga, då känslan av trygghet och att bli förstörd ofta upplevs som en förutsättning för att vilja berätta om sin livssituation. Då den kommunikativa förmågan ibland är begränsad hos personer med psykiska funktionsnedsättningar framträder vikten av att det finns personer som kan föra brukarens talan.

”Om man ser utifrån brukarens sida, att ja, tyvärr verkar det vara så att, om man är verbal så är det lättare att få tag i, medan den som inte är verbal, så är det svårare att få tag i (...) Kanske en lösning på problemet skulle vara (...) att det fanns personer som hade i uppdrag att vara de icke-verbals språkrör.”

Hur personal talar om och presenterar hjälpmedel spelar roll för den bild som förmedlas över hjälpmedlets funktion. Flera brukare upplever det främmande att kategorisera sig som en person med psykiska funktionsnedsättningar och har därför reagerat negativt när hjälpmedel har föreslagits.

”Ja, hon pratade om en timstock tror jag det bette, men den tyckte jag verkade lite krånglig att använda (...) Den kanske är bra, det kanske

bara är jag som, jag kände inte för det då, och då kände jag att nej, jag vill inte ha några psykgrejer (...) Det var väl en sån där spontan känsla som jag fick (...) jag vill inte se mig själv i en sån grupp liksom, eller hur ska man säga. Jag vill bara vara mig själv, och vara mitt starka jag (...) så det har väl med självbild att göra antagligen.”

Associationen mellan kognitiva hjälpmedel och psykiska funktionsnedsättningar kan således vara identitetsgivande på ett problematiskt sätt. Därför anses det väsentligt att hjälpmedlens funktion och design är så ”normal” som möjligt, och estetiskt tilltalande.

För vissa personer behövs tid för att fundera över om hjälpmedel kan vara något som kan bidra positivt i den aktuella livssituationen. I det avseendet är det viktigt hur informationen förmedlas och följs upp, då flera menar att det ofta gäller att skapa en nyfikenhet hos brukaren att vilja prova ett hjälpmedel.

” (...) pratar man om kognitiva hjälpmedel då är det ju många som bara backar så här (gestikulerar), och det kan jag tänka mig, att kommer det någon arbetsterapeut på öppensykiatrin och så, och nämner någonting om det här för dig så kanske du tycker att, nej nej nej, det här är inget för mig, och då, näe okej, och så skiter de i det. Och det är ju som arbetsterapeuten här har sagt att hon kan ju inte gå på någon direkt såhär (...) och fråga om det, för hon måste ju liksom hinna med och känna av och så här, är det här lämpligt? Hon kan se personer som hon, att den här är det lämpligt för, men hon måste ändå gå lite försiktigt fram för att den kanske visar ganska tydligt att det här är ingenting för mig.”

4.4 Relationer, stöd och bemötande

Merparten av brukarna redogör för ett bra bemötande i kontakten med arbetsterapeuter och beskriver övervägande positiva erfarenheter från andra vård- och stödfunktioner. Engagemanget hos personal framträder som viktigt, likaså att relationen mellan brukare och personal präglas av jämlikhet och respekt, samtidigt som upplevda svårigheter tas på allvar. Bra bemötande associeras av brukarna till kunskap, attityder, professionalism och empati. Att bli lyssnad på, att bli sedd och att någon uppmärksammat och jobbat för att förbättra de levnadsomständigheter man lever under är också faktorer som lyfts upp. Upplevelsen av tillgänglighet till personal utgår från bemötandet och kopplas ofta till känslor av trygghet som uppstår hos brukaren.

”Ja, att de lyssnar väldigt mycket på, att de lyssnar till vad jag har att säga, att de tar hänsyn till mina åsikter, om man säger så då. Det tycker jag är viktigt, och det tycker jag nog att det har gjort. Sen som sagt kan det vara trögt och man kan bråka och se till att, jag tycker ju att de ska vara mer erbjudande tillexempel, att de ska erbjuda mig saker istället för att jag ska behöva fråga om saker, och fråga igen och igen. Men, liksom vara öppna och trevliga och lyssna på vad jag säger, och de behandlar mig inte nedlåtande på det viset och det är mer liksom lite mer ute i periferin.”

Skillnader framkommer även i upplevelsen av olika organisationer eller arbetsgrupper. Upplevelser av skillnader mellan landsting och kommun,

eller mellan olika arbetsgrupper i den kommunala socialpsykiatrin verkar grunda sig på personalens engagemang och tillgänglighet, samt i vilken mån personal kan anpassa sig till brukarens individuella behov. Vissa brukare kopplar detta till organisationens utformning och struktur, andra till personliga egenskaper. De upplevda skillnaderna speglas framförallt mot det stöd brukaren får i sin vardag. Nedanstående citat får illustrera den upplevda skillnaden mellan kommun och landsting.

”Ehh, på ett sätt har jag faktiskt upplevt, att kommunpsykiatrin var annorlunda, det var bättre, det fanns andra tankar. Inom landstinget så stod det tillslut bara still. Det hände ingenting och det var bara att ösa i dig piller och sen var det liksom inget mer. Och det blir ju så destruktivt och gå hemma så mycket som jag gjorde.”

Vissa uttrycker ett missnöje inför det faktum att de många år gått ovetandes om andra alternativ än landstingets psykiatri, och framhåller betydelsen av att få information om annat samhällsbaserat stöd som brukarföreningar, socialpsykiatri, personliga ombud, anhörigföreningar och EBL-skolan i kontakten med psykiatri och socialtjänst.

”För i alla fall med den typen av problem som jag har haft så är det ju psykiatrin man kommer i kontakt med, vare sig du vill det eller ej, och det kan ju vara ett rimligt grundkrav att i alla fall dem känner till den här verksamheten³⁷.”

Flera informanter problematiserar också svårigheten att få tillgång till de spetskompetenser som finns inom psykiatrin kring främst neuropsykiat-

³⁷ Informanten syftar på kommunal socialpsykiatri.

riska funktionsnedsättningar, vilket ses som angeläget för att man ska få förståelse för sin funktionsnedsättning och de hinder som kan uppstå i relation till omgivningen. Biståndshandläggares förmåga eller oförmåga att förstå de konsekvenser en funktionsnedsättning kan innebära i det vardagliga livet upplevs som avgörande när det gäller huruvida brukaren får en ansökan om stöd från socialtjänsten beviljad eller inte. Kontinuitet i relationerna, täta uppföljningar och upplevelsen av närhet och trygghet verkar vara det mest centrala för brukarna.

”Vad är det som gör det bra? Nej men, det är, det är en helt annan inställning, ehh, jag känner mer att de bryr sig, och jag vet att jag kan ringa dit. Och mår jag dåligt så kommer de hem liksom, och förra gruppen när det var ett sånt tillfälle och jag ringde och sa att jag har skitmycket ångest och kan ni komma hit en stund?” Nej, jag har inte utbildning för det.” Nej men, det är en helt annan mentalitet, jag kan inte förklara och jag tycker att det är konstigt, att två grupper som jobbar under exakt samma enhet i kommunen, jobbar så fruktansvärt olika, det är för mig väldigt konstigt... men de engagerar sig.”

Att som brukare behöva anpassa sig till systemet i stället för det omvända upplevs av många som problematiskt. Arbetsmetoder och förhållningssätt hos personal som bidrar till och är förankrade i brukarens vardagsliv och önskemål framstår som viktiga.

Oavsett vilken organisation som diskuteras framkommer betydelsen av att få hjälp och tips med strategier för *hur* man kan arbeta med sitt mående och sitt vardagsliv. Detta är något som saknas och efterfrågas i stor utsträckning av många informanter i kontakten med yrkesprofessionella.

Trots övervägande positiva erfarenheter av gott bemötande så upplever flera att de upplever brister hos personal när det gäller att se och förstå vilka behov de har. En slutsats vi drar är att det finns ett stort behov av arbetsmodeller som har sin grund i rehabiliterande och kompenserande utgångspunkter där kognitiva hjälpmedel kan vara en del i ett behovsrelaterat stöd. Den kunskap om funktionsnedsättningar som finns hos personal ses som avgörande när det gäller de möjligheter som finns att få tillträde till personer med kunskap om kognition och kognitiva hjälpmedel.

”Jag har haft kontakt med psykiatrin rätt länge nu (...) men det har aldrig liksom vart så att jag ska få nån hjälp, utan att det har mera varit att man ska prata om hur man mår. Och det har ju heller inte varit nån hjälp egentligen. Visst, det är väl hjälp kanske till viss del, att få prata av sig liksom. Men samtidigt kanske man behöver lite hjälpmedel för att få vardagen att fungera också. På olika sätt liksom.”

Frånvaron av ett kompensatoriskt tanke- och förhållningssätt kan illustreras genom den erfarenhet en brukare redovisar i samband med hjälpmedelsförskrivning, när denne brukare genom den kommunala hjälpmedelscentralen beställt en medicinkarusell, för att få bättre rutiner kring sin medicinhantering. Brukaren hade inga svårigheter att få en medicinkarusell förskrivna, men den stoppades av ansvarig läkare och medicinen kom att delas ut dagligen vid den socialpsykiatriska verksamheten. Ett alternativ, med utgångspunkt i ett kompensatoriskt förhållningssätt, skulle ha varit att erbjuda stöttning i att få till hållbara rutiner kring användandet av medicinkarusellen eftersom brukarens aktivt arbetade för att finna en sådan strategi för att kunna hantera sin medicinering självständigt.

4.5 Vardagen och livssituationen

Långvarig erfarenhet av arbetslöshet och sjukskrivning till följd av psykisk ohälsa har gjort att många informanter upplevt svårigheter i att upprätthålla ett fungerande vardagsliv. För många av dem har kombinationen av hjälpmedel och deltagande i sysselsättning eller på aktivitetshus skapat möjligheter till en mer fungerande vardagsstruktur.

”Det är väl dels tack vare dem som jag har kommit så långt, och utvecklat mig, dels här, dels hjälpmedlen, de har jag fått, och medicinering. Kombinationen.”

Flera beskriver ett turbulent liv, utan fungerande vanor och rutiner innan boendestöd, sysselsättning och hjälpmedel kom in i bilden.

”Jaa, det var väl egentligen ett enda kaos om man säger, jag hade ju inga rutiner överhuvudtaget då. Humöret gick ju upp och ner, konstant då, så ja, jag kunde väl i princip inte göra någonting under dagarna här, och ja, det är ju framförallt struktur i tillvaron som ehh, som både boendestödet och de här hjälpmedlen har gett då, känns det som.”

Användningen av hjälpmedel beskrivs som viktigt för att få en grundläggande struktur, för att sova bättre och för att få vardagen att fungera. Flera har boendestöd kontinuerligt eller i perioder när måendet varit sämre, då de haft behov av stöd när det gäller medicintilldelning, att sköta hemmet, att få in rutiner och en fungerande sömn. De svårigheter brukarna beskri-

ver är främst att komma upp på morgonen, att passa tider, att komma ihåg, att påbörja eller avsluta aktiviteter, tidsuppfattning, att ta kontakt med myndigheter, koncentrationssvårigheter och att disponera tiden om man har något inplanerat senare under dagen. Trötthet till följd av stark eller oregelbunden medicinering som påverkar måendet negativt nämns som bidragande orsak när det gäller svårigheter att få en jämn dygnsrytm.

Ensamhet och skam

Ensamhet och skam är återkommande teman under intervjuerna med personal när de beskriver personerna de möter i sitt arbete. Oförmåga att bibehålla eller skapa sociala relationer, liksom slitningarna som kan uppstå i familjebanden på grund av den psykiska ohälsan är några av de aspekter som nämns som förklaring till ensamhet och utsatthet. Skam över att ha drabbats av psykisk ohälsa eller att upplevas vara annorlunda än andra är också ett centralt tema, som tas upp för att beskriva varför många inte söker hjälp för sina besvär. Detta anses också en avgörande betydelse för tillgänglighet, då ensamhet kan leda till avsaknad av de sociala arenor som kan vara nödvändiga för att få vetskap om kognitiva hjälpmedel och stödfunktioner som leder till dessa. Att känna skam för att inte klara sin vardag själv, anses bland personal också vara ett hinder i detta avseende, då detta kan leda till att personen finner strategier för att dölja sin funktionsnedsättning för omgivningen, eller helt enkelt inte söker hjälp för sina besvär. Teman som ensamhet och skam förekommer också i brukarnas berättelser, men upplevs vid en jämförelse av materialen inte vara lika framträdande.

Man kan alltså finna en diskrepans mellan brukarnas och personalens sätt att prata om brukarnas problematik och svårigheter. Centralt i de senares utsagor är relationen *mellan* brukarna själva och omgivningen, där svårigheterna att få tillgång till stöd problematiseras mer än de egna känslorna av ett utanförskap. Föreställningen att behoven av hjälpmedel inte är så stora används ibland som förklaring av personal för att motivera varför de inte heller efterfrågas. Dock kopplar också personal i intervjuerna en bristande tillgång till hjälpmedel till en brist på information om att de finns.

”Om de inte vet att det finns, hur ska man kunna fråga då? Det man inte vet kan man inte fråga om.”

Omgivningens föreställningar om psykisk sjukdom och psykisk ohälsa tas också upp. Det betonas och upplevs angeläget av många att också arbeta med attityder kring psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar.

Hjälpmedel som används

De hjälpmedel som används av brukarna är främst Shake Awake, Handi, mobiltelefonens kalender och alarmfunktion, medicinkarusell, timstock, tidpåminnare med ljudfunktion, bolltäck, Komihåg-klocka, spisvakt, almanacka, nedskrivna rutiner, whiteboardtavla, veckoscheman. Ungefär hälften av de intervjuade använder datorer, antingen hemma eller vid de dagliga verksamheter de besöker. Flera upplever dock svårigheter i att använda datorer och att finna information på Internet. Enkla hjälpmedel som post-it-lappar, kom i håglappar, papper och penna, äggklockor, en spik i väggen för att sätta upp viktiga papper och räkningar på, rutsystem

på kylskåpet tillsammans med kylskåpsmagneter, mänskligt stöd, uppmärkning i hemmet och av tvätt nämns också bland de strategier som används. Några anser dock att de rutiner som skapats kring deltagande i EBL-skolan, dagliga verksamheter eller genom besök av boendestöd är tillräckliga och att hjälpmedel inte behövs för att få till en fungerande vardagsstruktur.

Det framkommer att det är väldigt individuellt hur hjälpmedlen används av brukarna. Bolltäckan till exempel används av flera, inte som sovtäcke under natten, utan när brukaren har ångest. En brukare berättar hur hon försökt göra till rutin att använda bolltacket en stund varje dag i soffan i avslappningssyfte. En annan person använder det innan sänggående och virar in sig i tacket en stund för att lindra ångest samtidigt som han lyssnar på musik. För andra innebär bolltacket att sömnen förbättras och att man orkar somna tidigare.

”Ja bolltacket till att börja med, det gör ju att jag sover bättre, det gör mig piggare på dagen, orkar mer, somnar lättare, jag behöver inte ligga och vrida mig i två timmar.”

Shake Awake används av flera personer, någon i kombination med att boendestöd ringer, någon använder den endast när han ska i väg på viktiga möten och är angelägen om att inte försova sig. Några beskriver svårigheter att få till bra rutiner kring tandborstning, medicinering och toalettrutiner. Där har mobiltelefon eller handdator fungerat bra genom att man programmerar in alarm vid samma tidpunkt morgon och kväll. Ju mer vanorna sätter sig, ju mindre beroende har brukarna i regel känt sig av hjälpmedlet. Flera använder timstockar eller andra tidshjälpmedel för

att ha koll på tiden och för att inte fastna framför datorn, vid matlagning, vid morgonrutiner och när man ska gå hemifrån. Att tid görs synlig genom ett tidshjälpmedel upplever många som underlättande.

”Den är fruktansvärt bra, på grund av att den, jag är en sån person som vill se tiden gå, för att annars känns det som att, annars blir det väldigt lätt för mig att bli stillasittande när jag inte ser (tiden).”

Handdatorer som är inställda för att signalera vid mattider, när hunden ska rastas, när det är dags för mediciner och liknande används också för att underlätta vardagsrutinerna. Då flera upplever svårigheter att komma ihåg saker används också whiteboardtavlor. Att tavlan är synlig gör att det blir lättare att bli påmind om vad som ska göras. Vissa menar dock att en tavla inte passar dem, då de tror att de kommer sluta se den efter ett tag och föredrar tekniska hjälpmedel för att skriva upp kom-ihåg-listor som signalerar påminnelser med ljud.

”Jag har ju som den här lilla handdatorn till exempel, den piper ju när jag ska ha lunch, när jag ska ta middag, när jag ska gå ut med hunden, när jag ska ta mediciner som är vid behovsmediciner som inte är i karusellen då. Och ja, andra saker som jag har inplanerat också då, och ja, så funkar väl det då. Den är väl lite mer kanske att man kan ignorera den på ett annat sätt, för den, den här karusellen den ger sig ju inte förrän man vänder uppochner på den.”

”Jag var väl ganska övertygad om att jag förstod tanken bakom och att det här kan trycka på musklerna så att de kan börja slappna av, slappa lite och kanske även hjärnan också. Den kanske inte behöver gå

på högvarv hela tiden, hela jag gick ju på högvarv eftersom jag mådde så himla dåligt.”

”Alltså, jag kan ju koka pasta i 30 minuter eller i 5 minuter, för jag har inte så bra tidsbegrepp, så jag använder den som en äggklocka kanske (...) Sen har jag en viss tendens att fastna i datorn och tiden försvinner, så då kan jag ställa den att nu måste jag bryta när den här piper. Sen kan jag ju ignorera pipet också då, om jag inte har lust, men i alla fall ger den en påminnelse. Så det handlar ju ändå om att bestämma sig, men den hjälper mig att påminna.”

4.6 Den egna återhämtningen

När det kommer till hjälpmedlens funktions i vardagslivet så betonas vikten av att ha kommit vidare i sin egen återhämtning för att ha förmåga och insikt i eller snarare ha förståelse för de svårigheter och de behov man faktiskt har.

”Sen tog det i och för sig lång tid innan man kom till den punkten att man verkligen fick de här rutinerna, men man börjar jobba på det redan från början.”

”Så det ligger ju mycket i det också, att man har kommit en liten bit och fått insikt i sin problematik, så att man vet att det här, ja, det är fixar jag inte och det här behöver jag hjälp med, och det ser man nog inte i början.”

Att ha kommit någonstans i sin egen process, att ha mognat i sina problem beskrivs alltså som viktigt, dels för att kunna sätta ord på vad det är man behöver, dels för att komma igång med och få till en fungerande hjälpmedelsanvändning.

Ofta beskrivs personalens roll för den egna utvecklingsprocessen som värdefull, då interaktionen och det som sker i relation till professionella möjliggör att sätta ord på de svårigheter man upplever i vardagen. Genom relationerna skapas också grogrund för en ökad självkänsla och ett ökat självförtroende.

”Och det är ju det med bemötandet spelar roll. För många behöver ju jättemycket hjälp att, de behöver hjälp att tro på sig själva (...) att få lära sig att tro på det man tycker och tänker är rätt.”

Att hjälpmedel måste ha en funktion och relevans för den aktuella livssituationen betonas, likaså hur stödet kring användningen ser ut. Även där ses personalens roll som viktig när det gäller metodstöd och att börja använda ett hjälpmedel.

”Det är svårt att sätta in hjälpmedlet i det här perspektivet, alltså att använda, på vilket sätt man använder ett hjälpmedel (...) Det handlar ju mycket om den person som ska hjälpa dig, hur den betar sig.”

Personalens sätt att tänka upplevs som viktigt för vilka utvecklingsmöjligheter som uppstår för den enskilde brukaren. Vikten av att möta personal som inte bara ser till den psykiska ohälsan i sig eller till de egna begränsningarna är viktigt för att få verktyg för att också jobba med sig själv.

”För läkaren har ju ett tänk, att medicin hjälper mot allt.”

Hjälpmedel ställs också i relation till andra insatser och stöd och till medicinsk behandling. Vikten av att få stöd i att aktivt arbeta med sin situation betonas av flera:

”Man behöver ju jobba med sig själv, komma till insikt och får andra hjälpmedel. Jag ser inte medicin som ett hjälpmedel, jag ser det bara som en avtrubning. Problemet är ju kvar.”

De boendestödjare och arbetsterapeuter som har erfarenhet av kognitiva hjälpmedel beskriver både nyfikenhet och skepsis inför kognitiva hjälpmedel hos de personer de möter i sitt arbete. Ibland vill brukarna de har kontakt med, inte gärna vill ha till exempel en whiteboardtavla synlig i sitt hem, då de upplever att den mer fungerar som en påminnare om vad de inte klarar av, samt upplever rädsla för vad vänner ska säga när de hälsar på. På detta sätt kan ett hjälpmedel bli en symbol som manifesterar och cementerar funktionsnedsättningen, istället för att underlätta vardagen och bidra till att till exempel synliggöra veckans struktur eller agera som påminnare för viktiga möten och ”att göra” grejer. Ofta beskrivs tveksamheten hos brukarna försvinna ju mer brukarna märker att hjälpmedlen har effekt.

De flesta brukare som intervjuats uttrycker en nyfikenhet på hjälpmedel och beskriver hur de aktivt söker olika former av rehabilitering för att få livet att fungera. Flera ger beskrivningar på hjälpmedel som inte fungerat eller inte upplevdes som effektiva. När man funnit och använder ett

hjälpmedel som fyller en funktion, alltså kompenserar för svårigheter som finns, beskriver flera att detta har lett till en större självkänsla och till en ökad självständighet. Detta medför att brukarna har känt sig mindre beroende av anhöriga eller personal. Att få självförtroende och känna att man klarar av saker gör att förmågan att klara av saker ökar ytterligare. Ofta upplevs detta vara ett resultat av flera sammanhängande faktorer, där kombinationen av hjälpmedel, medicin, en stöttande omgivning och ett socialt nätverk bidrar till den positiva utvecklingen.

Även för de personer som sökt, men inte fått tillgång till ett hjälpmedel finns en uttalad tanke om en ökad självständighet och att vara mindre beroende av andra som motiv för att vilja ha ett hjälpmedel.

”Ja, så det är därför, men det är ju därför jag vill ha den här karusellen, för den låter ju också, för då skulle jag ju automatiskt veta att jaha, där är den.

Flera av de informanter som inte använder hjälpmedel beskriver hur de tänker om vad en handdator eller ett bolltäckes skulle kunna göra för dem. Någon tror dock att deras problem inte är av sådan omfattning att de skulle få ett hjälpmedel beviljat.

”Jag tror att det skulle hjälpa mig att slappna av litegrann. Att komma till ro. Det är väl lite därför jag tänker på det (...) Men sen så tror jag att de kanske skulle tycka att jag kanske mår lite för bra för ett sånt täcke.”

Flera vet heller inte vart de ska vända sig för att få kontakt med en förskrivare.

Socialt sammanhang

Vikten av ett socialt sammanhang framstår som oerhört betydelsefullt, av flera skäl. Det ger brukaren möjligheten att ha någonstans att gå på dagarna, att knyta kontakter och att få vara en del i ett meningsfullt sammanhang. Det ger också en grundläggande struktur på dagen.

”Mmm, det strukturerar ju upp livet liksom, automatiskt, man har en tid att passa och du har en tid som du slutar (...).”

Att ha någonstans att gå om dagarna ger en grundläggande struktur som möjliggör att skapa ytterligare vanor.

”I och med att jag har några fasta tidpunkter på dagen så har det ju dragit med sig att jag skapar andra rutiner också då, så det är väl det mest positiva känns det som.”

Flera beskriver att det egna sociala nätverket är begränsat och att den verksamhet de besöker fyller en viktig funktion ur en social synpunkt:

”Man känner sig uppskattad (...) för i vardagen så har jag inte så många vänner. Jag har en vän, och sen är det familjen. Jag har det ganska svårt så, jag har svårt att lita på folk, och svårt att prata med folk som jag känner sådär, och jag sluter mig liksom.”

Att vara i en miljö där man känner att man kan vara sig själv och möts av förståelse för den egna situationen är viktigt. Meningsfullhet, möjligheter att utveckla sig och trygga sociala relationer är bärande komponenter. För några är målet att komma in på arbetsmarknaden och där ses EBL- skolan eller dagliga verksamheter som ett viktigt delmål på vägen.

Även hjälpmedel i kombination med de relationer som skapas till andra har stor relevans för den egna utvecklingen och de ses som en ingående del i ett större sammanhang. Flera brukare betonar i intervjuerna det sociala sammanhangets betydelse för själva tillgången till hjälpmedel.

”Det är viktigt att få med det, att det ska bli slutresultatet egentligen.”

Det framkommer en önskan hos några brukare att personal ska vara mer drivande i relationen under de perioder som brukaren mår dåligt och när det gäller att föreslå strategier.

”Jag vet, att när jag var jättenere, alltså, jag skulle ju aldrig orka liksom driva något för mig själv (...) när man mår dåligt liksom, det är för komplicerat, det är för jobbigt. Det är mycket enklare att lägga sig i sängen och dra täcket över sig. Och det är ju då det verkligen behövs någon som drar tag i en och berättar (...) att någon drar tag i en och berättar att det finns hjälp för det.”

Att behöva underkasta sig hjälp i perioder kan dock även skapa en känsla av intrång i den personliga integriteten och ett dubbelt eller ambivalent förhållningssätt till det stöd som ges.

”För det är klart, man blir ju på sätt och vis lite omyndigförklarad om man säger så, i och med att man har personer runt omkring sig som agerar extraföräldrar mer eller mindre så (...) så det får man väl liksom svälja på något vis, om man vill komma nån vart med den här hjälpen (...).”

Motivation och vilja

Att bibehålla motivation och att upprätthålla rutiner i vardagen upplevs av de flesta som svårt. Flera är tydligt medvetna om de problem de upplever i vardagen, och svårigheterna som uppstår till följd av funktionsnedsättningarna, framförallt när det gäller att vara konsekvent och komma igång med eller avsluta aktiviteter. De betonar därför vikten av att hjälpmedelsanvändning ska vara roligt och kännas underlättande för att orka jobba in rutiner.

”Ja det har ju lite med det här att göra att det är kul. För om man har som, jag har svårt att, vad heter det, när man tröttnar på saker, om det inte är viktigt, då blir det ju som, då är det inte intressant, och då är det svårt.

Att uppleva att hjälpmedlet har effekt ganska snabbt är också en faktor som påverkar om brukaren blir motiverad att fortsätta använda det.

”Faktum är att man blir mer motiverad att träna och göra det här när man faktiskt märker att det här har en verkan.”

Någon beskriver också att det kan kännas tryggt att stanna i ett dåligt mående, vilket gör att motivationen att prova eller fortsätta använda ett hjälpmedel inte är så stor. Att då få möta trygg personal som ger tips om hur man kan använda ett hjälpmedel har varit orsak till att flera har velat och vågat prova.

”Lika viktigt som det är för barn är det för vuxna också, det måste vara lite kul att göra det där. Att det ska inte ta emot för mycket och vara krångligt och för besvärligt, för då har man inte orken och uthålligheten att fortsätta med det.”

Trots uppfattningen att hjälpmedel kan bidra till att förändra och förbättra vardagsstrukturen och de positiva aspekter som kan följa med det så tar flera upp komplexiteten i den egna livssituationen för att nyansera och fördjupa förståelsen för de processer som sker på olika plan.

”(...) men jag tror liksom inte att det finns ett hjälpmedel nånstans som skulle ändra allting, utan det är mycket grejer som... (...) däremot att jag kanske får bitta nån centrerad styrka som kan ändra på hela min situation. Det är ju en annan sak och det är nått som kommer inifrån, inte ja... men där på vägen så välkomnar jag ju självklart hjälpmedel.”

Citatet ovan synliggör att hjälpmedel kan vara en värdefull del i en rehabilitering eller återhämtningsprocess, men att det är en del i en helhet där andra faktorer som påverkar måendet på olika livsområden kan vara mer

framträdande och betydande, till exempel de inre processer som pågår och är centrala för hur man upplever och uppfattar sin situation.

Personalen har, som tidigare nämnts, en viktig funktion för många för att bibehålla strategier, rutiner och metoder. En brukare beskriver svårigheterna i att själv avsätta tid för att planera veckan.

”Men om någon hjälper mig att göra det så att det blir gjort, att skapa tid, för jag har svårt att skapa tid för det själv, men någon som skapar tid. Då gör vi i ordning schemat och så är det klart.”

Några informanter beskriver hur användningen av hjälpmedel inte fungerat då avsaknaden av metodstöd eller ingen uppföljning har gjort att motivationen avtagit, då det inte har funnits någon som uppmuntrar och stöttar användandet. Många brukare beskriver hur de genom åren lärt sig strategier för att klara sig igenom vardagen, men att det problematiska kan vara att faktiskt utföra dem.

”Ja men jag visste inte, där har vi det! Jag kunde inte använda mig av det. Men jag visste. Men jag kunde inte bibehålla det (...) Det spelar ju roll att man har en person, nu har jag en person som hjälper mig, att bibehålla det.”

4.7 Design och funktion - normalisering och stämpling

Att betona funktionsnedsättningar och funktionshinder i ett sammanhang där syftet är att kompensera för dem kan bli paradoxalt. Vid ett fler-

tal tillfällen under intervjuerna eller i anslutning till intervjutillfället problematiserar informanterna att bli kategoriserad som en person med psykiska funktionsnedsättningar av andra, vilket ofta följer av att frågan om kognitiva hjälpmedel aktualiseras. Många betonar vikten av att hjälpmedlet inte får bidra till att man känner sig 'handikappad' och att känslan av utanförskap förstärks. Då kan sådana aspekter som hjälpmedlets design och funktion spela stor roll. Man vill kunna använda ett hjälpmedel utan att känna sig stämplad.

”Och det är ju också viktigt, att man vill ju inte känna sig handikappad, alltså just det, för därför är det viktigt. Och man skulle ju känna sig mer handikappad om man drog runt på en timstock än om man hade den här nya tekniken i telefonen.”

Många av de hjälpmedel som finns tillgängliga och används upplevs som omoderna och det är vanligt att brukare föredrar att använda mobiltelefonen. Flera säger sig inte behöva eller vilja ha andra hjälpmedel om de funktioner de efterfrågar fanns i mobiltelefonen. Nyare programvara till mobiltelefoner är dock ofta bara kompatibla med nyare telefoner, vilket leder till alltför stora kostnader för brukaren. Att ha alla funktioner i en och samma produkt är också eftersträvansvärt för att ha kontroll och överblick.

”Och det tänkte jag också på med den här Memon. Den känns ju modern, och det tror jag också är en viktig grej, designfrågan, det kanske låter lite ytligt men visst fasen vill jag ju hellre ha ett snyggt mobilprogram hemma ärligt talat, än en ful timstock (...) i och med att det blir

allt mer ungdomar som mår dåligt och så, det tror jag är viktigt, man får inte glömma den biten.”

Hjälpmedel som kan bidra till att man i större utsträckning kan känna sig ”som alla andra” uppmärksammas av brukarna och i synnerhet när det gäller den yngre generationen. Möjligheten att kunna koppla en handdator eller en mobiltelefon till datorn för att enkelt kunna planera framhålls som en viktig del i användandet. Man påtalar att hjälpmedlen i högre utsträckning ska kunna anpassas till de individuella behoven, speciellt när det kommer till kombinationen av fysiska och psykiska funktionsnedsättningar.

4.8 Ekonomi

Eftersom design och funktion kan vara viktigt för att man ska vilja använda hjälpmedel, så har flera brukare köpt egna mobiltelefoner eller handdatorer då de inte fått hjälpmedel förskrivna, eller för att de förskrivningsbara hjälpmedlen upplevts som oattraktiva, eller saknat funktioner som varit viktiga för brukaren. Flera har försökt få mobila lösningar förskrivna, vilket i dagsläget inte varit möjligt. Vissa har finansierat detta genom sparade pengar eller genom att anhöriga betalat, då många inte har ekonomiska möjligheter att köpa dem själv.

”Jag har ju inte råd att köpa något sånt själv, så vi började titta lite på det ock då vart det ju tvärnej, att nej nej nej, då det var väl pappa som fick gå in och sponsra mig lite där, så att jag fick en mobil med alarm,

klocka och kalender, så att jag fick skriva in vad som skett på dagarna och vad man ska göra och så där.”

Ekonomi beskrivs som en av de viktigaste faktorerna när det gäller tillgänglighet till de hjälpmedel man behöver. Ekonomiska faktorer skapar också osäkerhet hos en del informanter som önskar prova hjälpmedel, vilket gör att några har avstått från att kontakta förskrivare för att försöka få tillgång till dem.

”Jag skulle vilja egentligen men jag tror (...) ska jag vara ärlig så tror jag inte att jag skulle få det beviljat. Jag skulle gärna vilja prova, men jag tror att det kostar fyra eller fem tusen kronor, tror jag, jag tyckte att de sa det i X (en informationsdag om kognitiva hjälpmedel), att få låna ett sånt.”

Att hjälpmedel finns på öppna marknaden ses i regel som positivt av brukarna då det enkelt ger tillgång till dem och att man inte behöver underkasta sig en behovsbedömning. Avsaknaden av metodstöd och ekonomiska begränsningar beskrivs dock som försvårande faktorer när hjälpmedel på öppna marknaden diskuteras. Tillgången till användbara produkter på öppna marknaden anses skapa större möjligheter att sprida kunskaper om kognition överlag. Att *”lyfta kognition till allmän kunskap”* ses av flera som betydelsefullt för att normalisera hjälpmedel och skapa en större medvetenhet om olika hjälpmedels funktioner och betydelse i vardagslivet. I det sammanhanget nämns framförallt de enklare hjälpmedlens nytta och funktion.

”Men här kändes det att gud vad gött att, äntligen något som finns ute i handeln. Och det här med Hjälpmedelscentralen. Jag har för mig att jag inte visste någonting om det innan. (...) För såna här grejer som Shake Awake i det här fallet, fördes på tal och med Hjälpmedelscentralen, ibland tycker jag att det känns som att vissa saker finns bara genom Hjälpmedelscentralen. Men om man själv ska försöka få tag på det, så kan det vara jättesvårt.”

Hjälpmedel - en klassfråga?

”Men sen kan ju jag också tycka att nya produkter som kommer, till exempel mobilprodukter, att man måste ha en sån häftig mobil för att få programvara som ligger inuti, att det är programvaran som är hjälpmedlet, då finns ju inte chansen för de som jag träffar att få någon hjälp av det för man har inte råd att köpa en sån dyr mobiltelefon, och programmen funkar inte i de gamla, så att alltså, den här målgruppen är så väldigt alltså, det är svårt att finna hjälpmedel som funkar, för de har inte de här sakerna som alla andra har. Så de är väldigt utlämnade ändå. Och det här med egenvård, att de ska köpa egna produkter, det funkar inte så.”

(Arbetsterapeut, socialpsykiatri)

Målgruppens ekonomiska förutsättningar att på egen hand införskaffa hjälpmedel från den öppna marknaden beskrivs i intervjumaterialet som mycket begränsad. Den fria marknaden av varor och produkter kan utgöra en resurs för dem som har behov att ett kognitivt hjälpmedel och som samtidigt har ekonomiska förutsättningar att köpa på egen hand. Claes Ohlsson & Co nämns ofta och har ett sortiment med produkter som

bland annat kan användas som kognitiva hjälpmedel. Det händer att brukare använder sig av den möjligheten, när de inser att den finns, att de har behov av ett kognitivt hjälpmedel och har råd att köpa det. Mobila lösningar, alltså handdatorer och mobiltelefoner uppges ofta som en önskvärd lösning, men har då finansierats på egen hand, genom anhöriga eller genom sparade pengar. Begränsningar i ekonomin och svårigheter att vistas i sociala sammanhang, kan leda till svårigheter att komma iväg till affären. Även om de ekonomiska möjligheterna finns, så kan svårigheter att ta sig utanför hemmet på egen hand eller att planera ett inköp av ett hjälpmedel utgöra hindrande faktorer. Vikten av och det värdefulla i att en arbetsterapeut instruerar och stöttar brukaren i användningen riskerar då att gå förlorad. En begränsad ekonomi gör också att ett kognitivt hjälpmedel heller inte framställs som prioriterat i jämförelse med livsnödvändigheter eller saker som bidrar till en ökad livskvalitet. Målgruppens ekonomiska situation anses vara en viktig faktor för att motivera och få in nya produkter på sortimentslistan för att de ska vara förskrivningsbara.

”Det var en diskussion, om ändå en banal produkt, och det är ju whiteboardtavlan, som en del tycker att det kan ju vem som helst köpa och sätta upp och skriva på. Men som för vår målgrupp, och även utvecklingsstörning och habilitering, de fixar det ju inte. Dels så blir det ju, att jag måste göra en anpassning på tavlan, dela upp den i olika rutsystem, så att det blir en struktur i tavlan och att man vet hur man ska använda den, och sen behöver jag följa med hem och sätta upp den och sen berätta hur man gör. Och då kan jag ju tycka att det skulle kunna vara ett förskrivningsbart hjälpmedel, när de behöver den professionella bedömningen och tillvägagångssättet, men då är det ju en produkt som finns ute på öppna marknaden, som vem som helst kan

köpa, och dem jag träffar kanske väljer att inte köpa en tavla för de vill ha pengar till något annat, de få pengar de har.”

Förutom knappa ekonomiska resurser så beskriver arbetsterapeuterna och boendestödjare att de ofta möter personer som bor i miljöer med låg boendestandard. Boendemiljöns standard och hur den är utformad beskrivs också som en viktig aspekt när det gäller möjligheterna att få en fungerande vardag och blir därför direkt kopplat till tillgänglighet. Ibland saknas förutsättningar för att få en fungerande struktur och ordning hemma. Att vidga blicken och också se till omgivningens påverkan och betydelse för funktionsförmågan genom att samtidigt arbeta med boendemiljöfrågor anses i intervjuer vara ett område som i dagsläget behöver utvecklas. Det ses ofta som en nödvändighet att få en fungerande boendemiljö och en grundläggande vardagsstruktur innan ett hjälpmedel kan sättas in.

4.9 Tjänster och stöd

Brukarnas upplevelse av tillgängligheten till tjänster och stöd varierar. De som erhåller stöd och fått hjälpmedel genom socialpsykiatrin eller landstingets psykosteam upplever i hög grad att personal är tillgängliga och lätta att få tag i. Relationen till och kontakten med arbetsterapeuter inom den kommunala socialpsykiatrin och psykiatri problematiseras sällan. Den beskrivs i regel som bra men oftast inte som central i de kontakter som finns med yrkesprofessionella.

Personer som vistas i verksamheter där arbetsterapeuter är handledare har en daglig och naturlig kontakt med dem. De som har sporadiska kontak-

ter med psykiatriska verksamheter upplever en lägre tillgänglighet till tjänster och stöd inom området. Framförallt belyser brukarna svårigheterna innan de "hamnat rätt" för att få ett stöd som är anpassat efter deras behov. Vägen dit beskrivs ofta som lång, genom olika utredningar och många olika aktörers inblandning.

"Man måste komma rätt väg för att få tillgång till ett hjälpmedel, och det här att man ska veta, nån ska veta vad som är rätt för dig, då måste man lära känna personer och såna där saker, det är ju det viktiga i det här, i det här tänker jag (...) För att vissa klappar en på huvudet och andra överskattar ens förmåga och då får man liksom inte den vägen in i systemet som man behöver därför att det är någonting som inte fungerar i samarbetet."

Att träffa "rätt" person framträder som en nödvändighet. Enskilda personers engagemang och arbete framhålls ofta som centralt för att få tillgång till hjälpmedel. När informanterna blickar tillbaka upplevs tillgången till hjälpmedel ofta som slumpartad genom att någon har nämnt ett hjälpmedel i förbigående.

Väntetiden för att faktiskt få tillgång till hjälpmedel uppskattas av de brukare som står i kö upp till ett halvår och ingen av de informanter som stod i kö för ett hjälpmedel hade vid intervjutillfället fått tillgång till de hjälpmedel som diskuterats med arbetsterapeut eller kurator. Kommunikationen och den tid det tar i kontakterna mellan olika parter inom psykiatrin, exempelvis mellan kurator och arbetsterapeut, uppfattas som en faktor som påverkar tillgängligheten.

”Det är väldigt trögt, det är svårt att få till det med de här hjälpmedlena, för vem är det som ska skriva ett papper och vad, vilka, varifrån ska det komma rent praktiskt, och ska det, är det arbetsterapin på sjukhuset som ska köpa in det här täcket så att de kan låna ut det till mig, eller, det känns som att det är mycket sånt där. De har inte riktigt bestämt sig för vem som ska stå för pengarna och var kommer det ifrån och hur och så, och då liksom går det ju bara månad efter månad efter månad.”

En informant tar också upp de långa väntetiderna på ett bolltäck i relation till de medicinska alternativ som finns vid sömnsvårigheter. Informanten är skeptisk till läkemedel och problematiserar det faktum att omfattningen och konsekvenserna till följd av sömnlöshet kan leda till att tillvaron faller ihop ganska snart på flera plan utan tillgång till andra alternativ förutom mediciner.

De konsekvenser som kan uppstå till följd av olika funktionsnedsättningar, exempelvis att inte komma upp på morgonen, att missa viktiga tider, att glömma att betala räkningar eller att förvärra sitt mående genom exempelvis bristande sömn och matvanor kan få betydelse både för det sociala livet och för ekonomin och i slutändan också påverka möjligheterna till egen försörjning och den egna självständigheten. Därför framhålls vikten av en enklare förskrivningsprocess vid behovsbedömning för att snabbare få tillgång till hjälpmedel och stöd.

Personalens sätt att tänka och kunskap framstår i intervjuerna med brukare som avgörande för tillgängligheten. Informations- och utbildningsinsatser för personal föreslås därför av brukarna liksom informationskam-

panjer riktade till personer med psykiska funktionsnedsättningar om vilka personer som kan ge information om, prova ut och förskriva hjälpmedel.

”Dels tror jag att all personal som jobbar med människor som har psykiska funktionshinder, att de vet till att börja med. För det tror jag, att mycket fallerar där (...) Nu tror jag att boendestödjare har ganska bra koll ändå, för de jobbar ju så nära dig, men att, som när du är på en avdelning och du pratar med en läkare att jag har problem med det här och det här, de har ju inte en susning om att såna saker finns.”

”Men kortfattat, att det finns nått ställe som också, så att det inte blir så, Hjälpmedelscentralen till exempel, jag vet inte ens vart det ligger. Det är också en sån sak, det är ju lite pissigt. Men att det ska finnas ett ställe som, det behöver ju inte vara så jättesynligt, neonskylt och...inge sånt, utan att det finns ett ställe dit du blir hänvisad till personer som kan om det här (...) Och sen det här om det ska finnas information, istället, om man ska besöka det själv då, att information, vart ska man få den, alltså någon person som berättar det för en. Om man inte vet, var ska man kunna vända sig. Turistbyrån, neej! Men förstår du tänket eller, att är det något man har frågor om eller gällande hjälpmedel eller om det finns något liknande, någon som svarar på det, oavsett om det är i telefon, eller att man blir kopplad kanske, sånt. Och så ska det ju vara kunnig personal som vet vad de pratar om. Och diskretion också.”

4.10 Hänvisningsprocessen i kommuner och landsting

Genom att genomföra ett 60-tal telefonintervjuer i Värmlands 16 kommuner och landsting fick vi möjligheter att kartlägga den 'hänvisningsprocess' som ägde rum innan vi nådde fram till den person i varje kommun respektive relevant enhet inom landstinget som hade bäst kunskaper inom området kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder.

I genomsnitt fick vi tala med 4 olika personer exklusive växeltelefonisten innan vi kom fram till den person som visste mest om detta, vilket alltid var en arbetsterapeut. För att få tag i var och en av dessa 4 personer i genomsnitt krävdes mellan 2 och 15 "påringningar", innan vi kom fram. Begränsade telefontider gjorde också att det kunde ta flera veckor att nå rätt person. I vissa fall kom vi aldrig fram till den vi sökte.

Vi kopplades till de kommunala rehabverksamheterna, till kommunala psykiatrisjuksköterskor, dagliga verksamheter, LSS-handläggare, rehab-assistenter inom handikappomsorgen, biståndshandläggare i äldreomsorg, enhetschefer inom handikappomsorgen och socialförvaltningens informationsdisk i en kommun. Vi blev hänvisade vidare i en omfattning som alltså innebar att vi i genomsnitt fick ställa samma fråga till 4 befattningshavare innan vi till slut hamnade hos den som visste, en arbetsterapeut vid en rehabverksamhet. Även bland dessa arbetsterapeuter blev vi dock ofta hänvisade vidare till mer erfarna kollegor, eller till kollegor som inriktat sig på kognitiva hjälpmedel. De arbetsterapeuter som har kunskap om kognitiva hjälpmedel visade sig i regel vara inriktade mot äldre- och han-

dikappomsorg, vilket innebär att de sällan träffar personer med psykiska funktionshinder.

Arbetsterapeuter visar sig således vara centrala kunskaps- och kulturbärare när det gäller kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder. Det är där man hamnar till slut efter en hänvisningsprocess som oftast, men inte alltid, är lång, tidskrävande, ostrukturerad och förvirrande.

I våra kontakter med kommuner och landsting fick vi tidigt uppfattningen att det i praktiken kan uppstå stora svårigheter³⁸ för personer med psykiska funktionshinder att få kontakt med personer som känner till betydelsen av kognitiva hjälpmedel för personer med sådana svårigheter via kommunernas eller landstingets öppna och direkta kontaktvägar eller entréer för allmänheten via sina telefonväxlar. Behöver man nå in i de organiserade sammanhang där resurser av kunskap, tjänster och produkter finns så måste man ta sig in i detta sammanhang via andra kanaler och på andra sätt.

4.11 Information på Internet

Begreppet kognitiva hjälpmedel förekom³⁹ endast på två av Värmlands kommuners hemsidor, varav i ena fallet i en pdf-fil i form av ett mötesprotokoll. På landstingets hemsida fanns information, men den var svårtillgänglig och utformad för personal. På denna hemsida hänvisades

³⁸ Vi fick aldrig anledning att ändra denna uppfattning.

³⁹ Hösten 2009.

de som ville tala med någon om kognitiva hjälpmedel till kommunerna genom länkar till kommunernas hemsidor. Av dessa länkar fungerade endast tre av åtta och de ledde i samtliga fall till den ordinarie startsidan på respektive kommuns hemsida. Detta utgjorde därmed ett ”moment 22” genom att man hänvisade till en källa som framstod som en specifik källa inom området men visade sig vara den allmänna startsidan för alla som sökte information om den kommunen.

Hemsidornas utformning och bristen på information antyder att det inte finns någon tillgänglighet denna väg⁴⁰. Begreppet kognitiva hjälpmedel förekommer i princip inte i den information som ges vare sig på de primär- eller sekundärkommunala hemsidorna vilket också ger en indikation om att kognitiva hjälpmedel inte är en del av det stöd som ges till personer med psykiska funktionshinder.

Det finns således inga direktlinjer att tillgå. Ska man ta sig fram, få tillgång till produkter man är i behov av och som vi benämner kognitiva hjälpmedel och de tjänster som hör samman med dem, måste man redan vara brukare, det vill säga klient eller patient, av primär- eller sekundärkommunala tjänster. Det är ett nödvändigt men dock inte tillräckligt villkor. Det räcker inte med att vara brukare av psykiatri eller socialtjänst för att få tillgång till hjälpmedel man är i behov av. Ytterligare villkor måste uppfyllas för faktisk tillgång. En kedja av tillgängliggörande händelser måste äga rum i de verksamheter som förmedlar tjänster till brukare inom detta område.

⁴⁰ Med undantag för Karlstad kommun.

4.12 En krånglig organisation av resurser

Möjligheten att förskriva kognitiva hjälpmedel har tidigare varit relaterad till den vårdnivå en patient eller brukare befunnit sig på, alltså om personen befunnit sig i sluten- eller primärvård och om det varit landstinget eller kommunen som haft betalningsansvar för hjälpmedlet. Det politiska beslutet, att alla i behov av ett kognitivt hjälpmedel ska få tillgång till det, uppges ännu inte ha nått alla beslutsnivåer, främst inom psykiatrin. Organisationen av förskrivning av kognitiva hjälpmedel framträder som ”krånglig”, där flera olika aktörer beskriver svårigheter i att förklara varför vissa personer ges möjlighet att få ett kognitivt hjälpmedel, medan andra saknar den möjligheten. Svårigheter i att utröna vem som har betalningsansvar för hjälpmedlen anses också vara en faktor som försvårar en förskrivning:

”I Handikappsinstitutets rapport står det vem som ska betala och varför. Ingen blir riktigt klok på det. Jag har inte skrivit ut några hjälpmedel, så jag är inte så insatt (...) Det kräver ju också att man vet något om sortimentet. Annars hittar man ju andra lösningar.”

De gemensamma riktlinjer som utarbetats möjliggör dock numera förskrivning av kognitiva hjälpmedel båda via kommuner och landsting vilket skapat bättre förutsättningar för en ökad tillgänglighet, men erfarenheterna om detta inom arbetsområdet framträder i intervjuerna hittills som begränsade. Att inga ekonomiska resurser sattes in i samband med att riktlinjerna kom har skapat begränsade möjligheter att aktivt arbeta med att utveckla arbetet med förskrivning såväl i kommunerna som inom landstinget. Det förskrivningsbara sortimentet är också begränsat och det upp-

levs förekomma kunskapsbrister bland förskrivare kring vilka hjälpmedel som finns på sortimentslistan.

Arbetsterapeut: Kognitiva hjälpmedel? Vi har inte förskrivit kognitiva hjälpmedel i kommunen - vi är väl lite fattiga så här, jag tror att det är mer enkla handgjorda grejer som man kommer på hos just den individen. Men de förskrivningsbara hjälpmedlen har vi inte kommit igång med. Tyvärr.

Intervjuares: Vad beror det på?

Arbetsterapeut: Kunskap, brist på kunskap. Kognitiva hjälpmedel tar ganska lång tid att förskriva, bedömningen innan tar jättelång tid. Vi är underbemannade och gör mest akutärenden, man kan inte göra bra förskrivningar utan bra bedömning. Skulle vara en särskild arbetsterapeut som hade hand om det.

Arbetet kring kognition och kognitiva hjälpmedel när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar framstår som nytt och relativt okänt. Orsakerna till detta, förutom ekonomiska faktorer beskrivs som flera, där bristande kunskapsnivå och avsaknaden av ett aktivt utvecklingsarbete framträder som de främsta orsakerna i informanternas utsagor. Kommunernas organisering har också betydelse för tillgängligheten, där bristen på förskrivare med kompetens och uppdrag mot målgruppen framstår som avgörande då arbetsterapeuterna i regel är riktade mot äldre och handikappomsorg.

Det finns också en föreställning bland yrkesprofessionella informanter att behoven av kognitiva hjälpmedel inte är så stora då få brukare efterfrågar dem. Det finns dock en generell medvetenhet, främst hos boendestödare

och arbetsterapeuter om att kognitiva hjälpmedel finns och kunskapen om hjälpmedlens funktion och nytta anses ha ökat i flera kommuner, bland annat genom utbildning, HumanTekniks visningslägenhet och kontakter med Hjälpmedelsservice.

Tillgängligheten till hjälpmedel i praktiken upplevs hittills som begränsad och beroende av enskilda personer med kompetens inom området. Den har till övervägande del varit begränsad till brukare av socialpsykiatri dit en arbetsterapeut varit knuten. I dagsläget förekommer detta endast i ett fåtal kommuner.

Att implementera nya sätt att tänka och arbete framställs som en långsam process. Det är ett arbete som ska ske parallellt med övrigt arbete i den dagliga verksamheten vilket begränsar utrymmet för att aktivt arbeta med dessa frågor. Flera av de mindre kommunerna saknar också uppbyggda socialpsykiatriska verksamheter.

Förutom Karlstad så uppger man i Hagfors och Forshaga att en ökad närhet till arbetsterapeuter ökat tillgången till hjälpmedel för de brukare som finns inom den kommunala socialpsykiatrin. Sunne har en arbetsterapeut inriktad mot LSS- och socialpsykiatri och Kil och Hammarös arbetsterapeuter uppger att de vid intervjutillfället kommer att börja arbeta mot socialpsykiatrins brukare. I Säffle, Storfors, Munkfors, Filipstad, Torsby, Eda, Kristinehamn, Grums, Årjäng och Arvika uppger man att förskrivning av kognitiva hjälpmedel i princip inte förekommer för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

”Men då kan jag ju säga direkt att det inte finns någon tillgänglighet i kommunen. Vi har en arbetsterapeut, ring henne, det kan ju vara kul att höra vad hon säger. Vi har ju inga direkta hjälpmedel. Eller ja, det finns en förståndshandikappad kvinna som har en klocka som säger; ”Gå tillbaks, gå och lägg dig igen”, förstår du? Men inom psykiatrin som du frågar om så finns det inte.”

Socialpsykiatrin i Arvika var vid intervjutillfället på väg att anställa en arbetsterapeut inom den socialpsykiatriska verksamheten, dock utan förskrivningsrätt. Årjäng bjöd vid intervjutillfället in den kommunala arbetsterapeuten i syfte att starta ett samarbete kring kognitiva hjälpmedel.

Huvudmannaskap

För personer med psykiska funktionsnedsättningar är och har tillgängligheten alltså varit beroende av vilken huvudman som har behandlingsansvaret, kommun eller landsting. De båda huvudmännen verkar under olika lagrum, har olika uppdrag och varsin budget. Man verkar inom olika kunskapsområden med olika begreppsapparater, språkbruk, förklarings- och behandlingsmodeller. Genom psykiatrireformen förtydligades psykiatrens kliniska uppdrag, med ansvar för vård och behandling, vilket skiljer sig från kommunernas ansvar för boende, stöd, fritid och sysselsättning. Olika kunskapsbas påverkar också hur psykisk ohälsa betraktas och vilka insatser eller vilket stöd som föreslås och kan därmed även ha inverkan på en brukares tillgång till kognitiva hjälpmedel. Omfattningen och behovet av det stöd som kan behövas påverkar var man som psykiskt funktionshindrad kan få hjälp:

”Ja det är ju sällan man behöver bara en sak om man kommer i kontakt med oss. (...) Det är till landstinget man kommer om man inte behöver så mycket hjälp. (...) Om någon behöver hjälp att lägga upp en dagsplanering, då kommer man inte till oss, det är inte vanligt. För det funkar så här, om vi får ett ärende så måste vi lägga upp en journal, och för en, ja dagsplanering som jag sa så är det väldigt mycket jobb. Landstinget kan förskriva, men det är kommunen som betalar. Men behöver man mer från kommunen, då tar vi hela rubbet. Och är det något vi inte behärskar, eller om det handlar om väldigt dyra hjälpmedel, då tar vi konsulthjälp.”

(Kommunal arbetsterapeut)

I Karlstad kommun har brukare inom socialpsykiatrin haft tillgång till förskrivare av kognitiva hjälpmedel genom att projektet HumanTeknik integrerades i den ordinarie verksamheten efter projekttidens slut. Landstingets patienter har inte haft denna möjlighet, då arbetsterapeuterna där, trots förskrivningsrätt, saknat budget för faktisk förskrivning. Vuxenhabiliteringens arbetsterapeuter uppges nyligen ha fått förskrivningsrätt och deras arbete kring kognition framställs som etablerat och välgrundat över tid. Inom psykiatrin har det funnits oklarheter om vilka som ska ha förskrivningsrätt.

”Men nu när vi vet att vi kan skriva ut så har man ju mer i tankarna att det finns alternativ, men det har varit en sån lång väg dit så man har inte ens brytt sig om att tänka tanken.”

(Arbetsterapeut, psykiatrin)

Arbetsterapeuterna inom landstingets psykiatri beskriver problematiken kring förskrivning som ett etiskt dilemma. Där har man på grund av ekonomiska faktorer undvikit att informera om och föreslå kognitiva hjälpmedel för att inte skapa förväntningar som sedan inte kan infrias, trots att man som arbetsterapeut sett och tänkt att ett kognitivt hjälpmedel skulle kunna vara verksamt. Trots vetskapen under flera år att kognitiva hjälpmedel funnits som komplement eller alternativ till exempelvis medicinsk behandling och medvetenheten om att kognitiva hjälpmedel kan ha god effekt exempelvis när det gäller struktur, oro och sömnsvårigheter, har detta inte funnits som ett reellt alternativ inom landstingets psykiatri. Detta har i sin tur bidragit till att reducera möjligheterna att skapa efterfrågan och intresse hos de patienter som kommer i kontakt med arbetsterapeuterna, då kunskapen och informationen om kognitiva hjälpmedel inte har förmedlats vidare. Det saknas också arbetsterapeuter vid tre av Värmlands sex psykiatriska öppenvårdsmottagningar.

Kostnadsaspekten uppges i flera fall ha stor betydelse för hur man resonerar gällande kognitiva hjälpmedel i relation till annat stöd och behandling. Då kognitiva hjälpmedel konkurrerar med andra delar som ingår i budgeten, anser några att andra alternativ ofta prioriteras. Kostnadsaspekten gör också att man från landstingets håll många gånger bollar över frågan till kommunerna. Ekonomiska faktorer ska dock inte påverka behovsbedömningen då beslutet att alla i behov av ett hjälpmedel ska få tillgång till det har tagits.

Beslutet att avsätta en budget i november månad 2009 för kognitiva hjälpmedel inom psykiatrin öppnar upp för en större tillgänglighet för de personer som får vård eller behandling där. Dock råder under intervju till-

fället oklarheter i hur det faktiska arbetet kring förskrivningen kommer att se ut, då det inte utarbetats rutiner för hur arbetet ska gå tillväga.

Hjälpmedel till låns

Tillgång till kognitiva hjälpmedel är att ha dem till låns. Vid förskrivning lånas hjälpmedel ut så länge brukaren har behov av dem. Ett par kommunala verksamheter har köpt in egna hjälpmedel för att deltagare ska ges möjlighet att se, prova, känna och få en bild av vad kognitiva hjälpmedel är och hur de kan kompensera för vissa funktionsnedsättningar. Det har dock rätt osäkerhet om hjälpmedlen kan förskrivas i de fall där hjälpmedlen haft effekt och personen önskar fortsätta använda det. Detta har hittills lösts med att brukaren får låna hjälpmedlet så länge han eller hon är deltagare i verksamheten.

Då förskrivning inte varit möjlig via psykiatrins arbetsterapeuter, har brukare ibland getts möjligheten att också där låna kognitiva hjälpmedel under en begränsad period genom arbetsterapeuter (1 månad) inom öppenpsykiatri. Dessa hjälpmedel härstammar från HumanTeknik-tiden, och köptes in med projektmedel. Oavsett hjälpmedlets faktiska kompensatoriska effekter i vardagen, så har brukarna tvingats lämna det tillbaka, eftersom de varit till låns på begränsad tid. Antalet förskrivna hjälpmedel till patienter inom öppenpsykiatri uppskattas till ett dussin de senaste fem åren, och har då varit beroende av hemkommunens möjlighet att finansiera förskrivningen. Det alternativ som funnits när kommunerna inte haft möjlighet att betala för hjälpmedlet, har varit att söka fondmedel, eller

bistånd hos socialtjänsten. En av landstingets arbetsterapeuter reflekterar över tiden som projektet HumanTeknik var igång:

”En del av våra patienter ingick i projektet. Då fick vi lite pengar till hjälpmedel, för att testa och prova ut. Men efter projekttiden så fick de inte behålla hjälpmedlen. Och projektet var jättebra, jätteviktigt. Men ibland i mina mörka stunder så undrade jag om det var en björntjänst vi hade gjort dem, när vi inte visste om de fick hjälpmedel efteråt. Så vi sökte fonder och försökte övertyga kommunerna om att de skulle betala för det här. Men nu, nu får vi förskriva egna och det känns så skönt.”

Diagnos

En behovsbedömning kan inte vägras någon med hänvisning till vilken diagnos eller vilket funktionshinder man har (SOU 2004:83). En diagnos blir dock i praktiken många gånger avgörande för möjligheten att få bistånd inom socialpsykiatrin, eller att få tillgång till vissa enheter inom psykiatrin. I många verksamheter blir därför diagnoser eller en dokumenterad problematik avgörande för beslut, insatser och tillträde till resurser, vilket i sin tur är en avgörande faktor för att komma i kontakt med en arbetsterapeut med kunskap om kognition och kognitiva hjälpmedel.

”Sen har vi ju kommunens gråzonsfråga, vart personer med neuropsykiatriska svårigheter, var de hör, hör de till vård- och omsorg eller till arbetsmarknads- och socialförvaltningen?”

En person med diagnosen ADHD kan innefattas eller uteslutas från det stöd som socialpsykiatrin kan erbjuda beroende på hur kommuner orga-

niserar den socialpsykiatriska verksamheten. Detta trots att vardagliga funktionshinder för en person med ADHD kan vara minst lika hindrande som för personer med andra funktionsnedsättningar. Såväl i intervjuer med personal som brukare framkommer att personer med diagnosen ADHD verkar uppleva det svårare att få tillgång till kognitiva hjälpmedel.

Det har ju blivit mer och mer så att vi har inom autismspektrumstörningar området, det är ju den diagnos man får mest idag. Det är ju väldigt sällan rena psykiatriska diagnoser dyker upp. Det är väldigt ovanligt, då bajar man till. Oj.

(Boendestödjare socialpsykiatri)

Personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och tillstånd inom autismspekrat nämns dock i hög utsträckning av boendestödjare i de mindre kommunerna som en betydande målgrupp inom socialpsykiatris verksamhet.

4.13 En nödvändig kedja av händelser

Att få tillgång till kognitiva hjälpmedel vid psykisk funktionsnedsättning verkar kräva en sammanhängande kedja av händelser för att hjälpmedlet faktiskt ska komma brukaren till del. För det första krävs det att man redan befinner sig inom en organisation som brukare av annat stöd, service, vård eller behandling, fram tills nyligen som brukare av kommunal socialpsykiatri.

”Jag tror att man måste vara kopplad till verksamheten på något sätt för att bli medveten. De här hjälpmedlen, de är ju inte lika utbredda som till exempel en rollator. De (rollatorer) syns och de går att ta på så att säga, och efterfrågan är inte densamma.”

För det andra krävs det att den personal som finns runt brukaren har kunskap och medvetenhet, dels om den psykiska funktionsnedsättningen i sig och hur den tar sig i uttryck i vardagslivet, dels måste personalen göra kopplingen mellan problembilden och eventuella kognitiva hjälpmedel. Brukarens egen motivation och vilja att använda ett hjälpmedel eller att aktivt arbeta med strategier för att få en hållbar struktur beskrivs som det mest centrala. Vidare krävs det att behovet förmedlas vidare till en arbetsterapeut som har kunskap och möjlighet att förskriva ett kognitivt hjälpmedel.

”Du kan ju inte bara ringa och säga att du vill ha ett kognitivt hjälpmedel, nej.”

För att få tillgång till vård-, stöd och service kan man vända sig till psykiatri eller söka bistånd via socialtjänstens socialpsykiatri. Utformningen av de insatser eller den behandling som erbjuds är beroende på problembild eller omfattningen av de problem som psykisk ohälsa eller sjukdom innebär. Det finns således inga öppna och direkta kontaktvägar att använda sig av för att få tillgång till kognitiva hjälpmedel. Man måste ”ta sig in i systemet” genom att kvalificera sig för vård eller stöd. Såväl den formella organiseringen som de informella kontaktvägarna för ”nyinskrivna” brukare i socialpsykiatri är en viktig faktor för att arbetsterapeuter ska komma i kontakt med brukarna:

- *Jag är också med på just vårdplanering och så blir vi kallade, så det är ju vi tillsammans som träffar deltagaren. Men det är ju personer som jag inte haft en susning om som kommer och som jag heller inte blir kallad till. Det har alltså varit lite dåligt det här med att se till att jag också kommer med på vårdplaneringar.*
- *Och vem är det som kallar, är det biståndsbedömaren?*
- *Ja, det brukar det vara, formellt. Men det har inte alltid varit så. Det har blivit bättre (...) Och det är ju nått organisatoriskt som inte riktigt funkar..*
- *Men du kan gå hem och göra funktionsbedömning?*
- *Ja det kan jag göra, men jag kommer ju inte i kontakt med personen om jag inte får veta det via psykiatrisjuksköterska eller biståndsbedömare. Ibland ringer de mig från det neuropsykiatriska teamet (landstinget) för där känner jag arbetsterapeuten som jag har ett nära samarbete med.*

Fram tills nyligen, så skulle handläggningen av ett ärende gällande en person som tidigare inte haft någon hjälp från kommun eller landsting, alltså bli hänvisad till landstingets öppenvårdspsykiatri i Karlstad. För att arbetsterapeuterna där skulle kunna förskriva ett hjälpmedel så skulle behandlingsansvaret först behöva utredas, och kontakt med hemkommunens arbetsterapeuter eller biståndshandläggare skulle vara nödvändigt då kommunerna haft det primära betalningsansvaret för förskrivningen.

”Ja, det är ju till mig (psykiatrisjuksköterska) eller till en arbetsterapeut. När jag ser behov hos en brukare kommer jag ju naturligtvis att arbeta tillsammans med arbetsterapeuten för att försöka få till bra lös-

ningar. Jag skulle nog hänvisa de andra till landstinget, jag vet ju om att det finns människor som hör till psyk i Karlstad (...) Jag skulle nog titta på vilka kontakter de har sedan innan, och försöka titta på vem som ska handlägga ärendet, för nån hjälp måste de ju få.”

Medan flera informanter menar att det krävs en grundläggande och omfattande bedömning som grund redan när man kontaktar arbetsterapeut för att en förskrivning ska komma till stånd, så menar några kommunala distriktsarbetsterapeuter att de kan bistå med funktionsbedömningar och utprovning av kognitiva hjälpmedel, bara de blir kontaktade av de personer som upplever sig ha ett behov. Möjligheten att kontakta en distriktsarbetsterapeut i kommunen eller att skriva en ansökan till den öppningspsykiatriska psykiatrin för att få tillgång till hjälpmedel uppges som tänkbara vägar som dock inte anses som kända av målgruppen i dagsläget. Ett sådant förfarande kräver också att personen kan formulera sin problematik, eller få hjälp av närstående eller personal med detta, samt att han eller hon möter en arbetsterapeut som har kunskap om kognition.

4.14 Personliga ombud

Personliga Ombud (PO) är en fristående funktion som inte kräver biståndsbedömning, och som arbetar på uppdrag av klienten. De personliga ombudens uppgift beskrivs som att agera lots för personer med psykiska funktionsnedsättningar och bistå med stöd i kontakten med olika myndigheter. I uppdraget ingår också att avhjälpa systemfel när samarbetet mellan organisationer inte fungerar kring den enskilde. De personliga ombuden är indelade på 4 geografiska distrikt i Värmland. Verksamheten

startade ungefär samtidigt med projektet HumanTeknik 2001, vilket gjorde att ombuden tidigt blev medvetna om att kognitiva hjälpmedel kan kompensera för psykiska funktionshinder.

Ombuden upplever dock inte att kognitiva hjälpmedel är vanligt förekommande bland deras klienter. Inte heller anger de att klienter efterfrågar kognitiva hjälpmedel i kontakten med dem, utan att detta uppmärksammas genom att sådana föreslås av ombuden de gånger de upptäcker behov eller gör kopplingen mellan klientens problematik och att ett hjälpmedel skulle kunna kompensera de svårigheter som klienter har. De personliga ombudens egen statistik visar att de det senaste året har hjälpt 10% av sina klienter vidare till personer som kan förskriva kognitiva hjälpmedel; 25 personer av 250 under 2009. De personliga ombuden uppfattas därför som en resurs när det gäller tillgång till och användning av kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Dock anser de att tillgängligheten kan förbättras genom att de i egenkap av personliga ombud i större utsträckning tänker på och informerar om kognitiva hjälpmedel i mötet med sina klienter.

De personliga ombuden tror att det kan vara svårare att nå ut främst i de mindre kommunerna med information och kunskap om kognitiva hjälpmedel, och att det kan vara svårt för klienten att föreställa sig hur de fungerar och ser ut och vad de kan bidra med. Att man som brukare inte har en klar bild av vad det är och handlar om, kan bidra till att många är skeptiska och aviga när de får information om kognitiva hjälpmedel. Ombuden beskriver erfarenheter av en fungerande hjälpmedelsanvändning, och ger under intervjun exempel på personer som tack vare datahjälpmedel kunde klara av studier och arbete. De tror dock att man i

dagsläget associerar begreppet mer till fysiska hjälpmedel som rollatorer och liknande istället för till handdatorer etc, och att de tekniska hjälpmedel som finns tilltalar en yngre generation mer. Det betonas under intervjun att det krävs motivation åt flera håll, både när det gäller att motivera klienter att våga pröva hjälpmedel men också att motivera exempelvis socialförvaltning att se nyttan och vilja bistå med hjälpmedel. En tanke som ombuden anser viktigt att lyfta upp och problematisera handlar om den minskade tillgängligheten och ökade avståndet till organisationer överlag:

”Den minskade tillgängligheten får jag väl lov att säga har försvårat mycket för en del, speciellt de unga, jag menar, de har ju inga fasta telefoner, de kanske, de tycker inte om att använda buss och sånt där om de bor ute i länet, så jag menar många gånger har de bara kanske en mobiltelefon med ett kontantkort på med några kronor på och då är det ju svårt att ringa försäkringskassan och de kontakter som, ja det ska stå i telefonkö och, det blir ju alldeles för stora hinder för dem, så de låter ju bli helt enkelt (...)

Och så att man avskärmar sig själv genom att inte öppna sin post till exempel, så det minskar tillgängligheten ännu mera, och att myndigheterna är fyrkantiga i sin tur, det vill säga ja, de kommer inte till folk och kommer de hem som två socialsekreterare som sitter vid köksbordet så har man med en gång försämrat anknytningen, person till person, som det skulle kunna vara. Säkerhetsrutiner på socialkontor, försäkringskasskontor, allt det där handlar om säkerhetsvanor, som om myndigheterna vore livrädda. Och då är det inte lätt som klient att komma nära de tjänster som man har rätt till, så det är mycket som inte harmonierar ihop med våra klienters situation.

Det är ju osynliga funktionshinder, eller funktionsnedsättningar som man pratar om, det är ju mycket när vi pratar om det här med tillgängligheten så handlar det ju mycket om fysiska funktionsnedsättningar att det ska vara lätt att komma in på en myndighet och upp för en trottoarkant, men medan med osynliga funktionsnedsättningar så tycker ju jag att tillgängligheten har minskat, för att myndigheter är centraliserade, igen, och då har alla dessa telefonkontakter och datorer och många, ja, de har nog en önskan många att ha en dator men de har inga datorer, för de har inte pengar till det.”

(Personligt ombud)

4.15 Arbetsmodeller och utvecklingsområden

Arbeterapeuter beskriver att de på några orter har börjat bygga upp samverkan med boendestödjare genom att arbeta i team kring brukare av socialpsykiatri. I två kommuner har distriktsarbetsterapeuterna vid intervju-tillfället precis fått veta att de ska börja arbeta mot socialpsykiatrins brukare, men har hittills inte fått information om hur arbetet ska se ut i praktiken. En förhoppning genom detta arbete är dock att baspersonal ”ska börja lära sig” hur de ska använda arbetsterapeuterna. Förskrivningsrätten i sig har inte medfört att förskrivningen ökat och en uppfattning om varför det förhåller sig så upplevs vara den bristande kommunikationen mellan boendestöd och arbetsterapeuter. Det finns en förhoppning bland de sistnämnda att genom samordning av personal och att ge information om kognitiva hjälpmedel skapa en plattform för en ökad och gemensam kunskapsbas kring brukarna och deras behov, genom att baspersonalen ges verktyg för att lättare kunna upptäcka behov och förmedla dessa till ar-

betsterapeuterna. Samverkan mellan yrkesgrupper förutsätter dock att det finns naturliga kontaktvägar och en organisatorisk struktur som möjliggör detta.

”Ja, vi försöker bygga upp en kontakt med boendestödjare. Vi har startat upp ett samarbete med dem. För så här är det, de har ju liksom inte frågat oss förut. De hade ingen arbetsterapeut knuten till socialpsykiatrin, och de vet inte hur man ska arbeta kring det. Och det är ju klart. Vi har ju kännedom om det, vi arbetsterapeuter. Vi vet ju mer än vad vi gjorde förut, men de fick väl inte, ja om de inte vet om att det finns så kan man ju inte göra något.”

(Kommunal distriktsarbetsterapeut)

Bristen på samverkan med andra yrkeskategorier nämns också i intervjuerna där kringliggande professioner upplevs sakna kunskap, såväl om kognitiva hjälpmedel som om de kommunala verksamheterna:

”Vi undrar ju, var är de personerna (personer med psykiska funktionsnedsättningar), och hur kommer vi i kontakt med dem? Vi försöker ju besöka vårdcentralen, på deras möten som de har, en gång i halvåret, för att berätta vad vi gör och vad vi kan stå till tjänst med. Och när jag var på ett sånt möte så sa läkaren att ohh, vad har du för telefonnummer, jag fick skriva mitt telefonnummer på armen under mötet. Och de liksom brann för idén om att det fanns socialpsykiatri, men vi har inte fått fler klienter för det.”

(Arbetsterapeut, socialpsykiatri)

Att bedöma behov

Biståndsbedömarnas funktion är att utreda om en person bedöms ha långvariga funktionsnedsättningar till följd av psykisk sjukdom och på grund av detta kan behöva insatser från socialtjänstens socialpsykiatri. Ett beslut om boendestöd eller daglig sysselsättning blir därför en nödvändighet för att också komma i kontakt med en arbetsterapeut inom socialpsykiatri, förutsatt att det finns en sådan knuten till verksamheten. Ingången till socialpsykiatri beskrivs ofta i termer som ”smal”, där det kan uppstå svårigheter i handlägningsprocessen att bedöma om en person har varaktiga funktionsnedsättningar på grund av psykisk sjukdom.

”Och kriterierna som vi har då, att man ska ha en varaktigt psykisk problematik, man kan inte ha tillstånd, och där är det ibland lite så där, jaha, vem tillhör våra kriterier för vem vi ska jobba med? Någon tycker att näe, den här personen tillhör inte vår målgrupp som vi ska jobba med, för den personen har ju den här problematiken, trots att personen kanske har haft en problematik sedan 23 års ålder och nu är 50. Och alltså, vem är det egentligen som säger att personen inte har den här problematiken, alltså (...) Du ska via en psykiatrisjuksköterska som är anställd i kommunen, och sedan biståndsbedömare.”

Ett vanligt förfarande är att biståndsbedömaren tillsammans med en kommunal psykiatrisköterska utreder behovet av insatser från socialtjänsten. Bedömningen av ett hjälpmedelsbehov ska dock göras av arbetsterapeut. Biståndsbedömarnas utredning ligger till grund för om en person är berättigad till bistånd inom socialpsykiatri, arbetsterapeutens kartläggning av funktionsförmåga och vardag beskrivs som tänkt att fungera som

underlag för beslut och som en påminnare och underlag bland annat för boendestöd när det gäller att bidra till att hjälpa brukaren att bibehålla vardagsstrukturen och användningen av ett hjälpmedel.

Arbetsterapeuters behovsbedömning

Arbetsterapeuternas behovsbedömning eller kartläggning av vardagen utgår vanligen från ADL-taxonomin, där man ber personen berätta utifrån olika områden vad som upplevs som problem inom de olika områdena. Kartläggningen är tänkt som en nulägesbeskrivning, och ger en bild över såväl resurser som funktionsnedsättningar. Denna kartläggning ligger till grund för de hjälpmedel som föreslås av arbetsterapeuten. Flera arbetsterapeuter beskriver svårigheter med att få till en bra kartläggning, att få en helhetsbild.

”Men det som är specifikt med kognitiva besvär det är ju att du tar, du behöver, man behöver lägga väldigt mycket tid, både på utredningar och att, sortera upp och se efter vad det är för svårigheter och vad det är för färdigheter man har, som man kan använda sig av. Och att få en bild utav detta, och sen tar det också väldigt lång tid att hitta lösningar, oftast.”

Bristande resurser, tidsbrist och underbemanning anges som huvudsakliga orsaker till att det många gånger är svårt att göra en ordentlig kartläggning av en persons situation. Tillgången till kognitiva hjälpmedel från det att behov upptäckts till att det kommer brukaren till användning beskrivs genomgående som en tidskrävande process. Dels på grund av ofta långa

utredningsvägar innan personer med psykiska funktionsnedsättningar hamnar rätt eller får tillgång till ett adekvat stöd, dels för att det tar tid att formulera en problembild. Det handlar om att få en rimlig uppfattning om vad personens problematik består av, hur problemen kommer till uttryck, hur väl personen i fråga kan förmedla och kommunicera sina svårigheter och hur motiverad personen är när det gäller att prova och att använda ett hjälpmedel. Flera framhåller också vikten av att som arbetsterapeut våga fråga personen om vardagslivet, och att komma ihåg att ställa de enkla frågorna om sådant som ofta tas för givet att alla klarar av i vardagslivet.

Att prova sig fram - det enkla först

Ett vanligt förfarande är att anhöriga eller personal ringer och beskriver en ganska diffus problembild som visar sig vara långt ifrån den egentliga problematiken. Det kan krävas flera kontakter och många samtal för att komma åt den egentliga orsaken till att personen sökt hjälp av en arbetsterapeut. Många gånger kan det också vara omgivningen som besväras mer än personen med funktionsnedsättningen. Det är heller inte ett hjälpmedel som efterfrågas i första hand, utan hjälp att hantera en problematisk situation.

”Sen gäller det ju att vara smart i sitt tänk, och inte presentera lösningar som kostar sen.”

”Det enkla först” är en princip som ofta framhålls. Med detta menas att arbetsterapeuten börjar med att föreslå enkla lösningar, som papper och

penna, scheman, almanackor, uppmärkning av tvättsystem och kök i hemmet samt andra icke- teknologiska hjälpmedel för att skapa struktur i hemmet och vardagen. Om strategin inte fungerar så går man vidare och prövar ett nytt hjälpmedel eller en ny rutin och provar sig på så sätt fram bland lösningarna en efter en. Denna princip förespråkas, dels för att enkla lösningar ofta beskrivs som effektiva och tillräckliga för att hitta en fungerande lösning, dels för att kostnadsrationella motiv samt tillgängliga produkter på sortimentslistan också spelar in i behovsbedömningen. Behov bedöms och speglas därför mot bakgrund av ekonomiska resurser, då förskrivningen ska ingå i ordinarie budget, inte mot de faktiska svårigheter och behov som kan finnas i brukarens vardag.

Nätverk

”Nätverket är det viktigaste, vi har inte möjlighet alla gånger att vara med i processen när hjälpmedlet ska jobbas in, vi är mer på konsultbasis, så det kräver att anhöriga och personal finns där (...)

För de personer som har funktionsnedsättningar till följd av psykisk sjukdom betonas nätverkets betydelse för att ett hjälpmedel ska fylla en funktion. Många menar att det kräver ett enhetligt tänkande i personalgruppen eller att exempelvis anhöriga ser och förstår betydelsen av att använda ett hjälpmedel. Användandet av ett hjälpmedel kan stupa på en ovilja eller oförmåga hos omgivningen att bidra till användandet. Även om en person med funktionsnedsättning till största del klarar sig själv så kan det sociala nätverkets stöd vara avgörande och bidra till huruvida användningen kommer till stånd eller inte. För en person som använder en

handdator kan det handla om att få den rätt inställd, för en person som har svårt att strukturera vardagen och komma ihåg tider kan det handla om att tillsammans med boendestöd, arbetsterapeuter eller närstående göra ett schema för veckan och lägga in påminnelser i mobiltelefonen, att skriva upp dagliga aktiviteter och göromål, eller att avsätta tid för att tillsammans gå igenom räkningar och strukturera i hemmet. Anhörigas betydelse framträder som betydelsefull i intervjumaterialet. Dock beskrivs anhörigas roll och stöttande funktion i brukarnas berättelser mer i termer av emotionellt och ekonomiskt stöd än i hjälpmedelsanvändningen.

Brukarens egen motivation beskrivs som det mest centrala för användandet av kognitiva hjälpmedel. Personal beskriver ofta sin funktion som att bidra till att hjälpa och stötta brukaren att behålla motivationen och uppmuntra till att hålla en grundläggande struktur i vardagen.

”Ja, för den patientkategorin jag träffar så är det svårt ju motivationen, att få de med på tåget, det ju det som är svårt. Ofta kan ju vi se ett behov, men det är ju inte säkert att patienten gör det.”

Att få brukaren ”med på tåget” beskrivs som den stora utmaningen när det gäller att föreslå kognitiva hjälpmedel och kognitivt stöd. När informanterna har ombetts att beskriva sitt arbete och de människor de möter så får nedanstående beskrivning ge en sammanfattande bild:

”Vårt arbete består mycket av att finna lösningar på problem. Det handlar ofta om scheman och att skapa en struktur på dagen. Vi möter människor från 18 år och uppåt. De människor vi träffar har ofta svårt med struktur och dygnsrytm, svårt att finna startknappen, att

komma ihåg, svårt att passa tider, organisera, planera, ”hur städar jag?”, ekonomi- hur planerar jag? ”Vad gör jag när jag kommer upp på morgonen?, vad gör jag på toaletten?” Sånt som vi har i ryggraden. Många är väldigt impulsiva och tänker inte på konsekvenser. De kan ha svårt att sortera intryck, och att fokusera i samtal. Det är en väldigt heterogen grupp, med olika behov. Det är allt från total omvårdnad till egna företagare. De vi har störst bekymmer med, är unga personer med ADHD, och personer med schizofreni. Vi har inte riktigt kunskap om deras problematik, och det är svårt att hjälpa dem. Ofta förstår de inte varför det blir kaos, och det kan vara svårt att prata om funktionshindren utan att de känner sig kränkta. Det går upp och ner, men det är svårt att behålla den röda tråden i vårt arbete med brukaren.

Vårt jobb är att vara en stöttande funktion, att ge möjlighet att de får prata om sina bekymmer. Den hjälp de får är behovsbedömd, men samtidigt kan det komma fram mycket annat under vägen, så man får försöka hjälpa dem att finna vad problemet är. De är ofta inte medvetna om vari svårigheterna ligger. De flesta bor hemma, själva. Ensamheten är ett stort problem för våra brukare. Det är ofta tufft när det är helger och storhelger. Nästan ingen av dem har ett jobb att gå till.

Vi försöker skapa struktur i vardagen, erbjuda gemenskap, försöka få människor att vara delaktiga i ett sammanhang. Många gånger funkar det bra med enkla hjälpmedel och det personliga stödet, vissa klarar sig med enkla grejer som en mobil. Det handlar ofta om att göra pappersscheman, och att man tar lite i taget, bestämmer gemensamt vad som ska göras och vad man börjar med. Ofta tar det väldigt lång tid, och vi

arbetar mycket med motivationssamtal. Det är viktigt att förklara vad saker och ting innebär och förklara varför man föreslår saker.

För många är det viktigt med det fysiska stödet och relation till att börja med, för att brukaren ska få prova på olika saker och hitta en struktur som håller för just henne eller honom. Då vårt arbete handlar om att skapa en relation, så bygger arbetet mycket på känsla, att du är lyhörd för att kunna se vilka behov som finns. Ofta brister det när det gäller motivationen hos brukaren. Om man mår dåligt så kan det vara svårt nog att komma upp på morgonen, eller att ens läsa tidningen. Många har också negativa erfarenheter av andra människor och det kan vara svårt att släppa in människor i sitt hem. Därför är det så viktigt med tilliten till varandra. Den får man inte utan en bra relation och det är ett arbete som tar tid.”

Arbetsterapeuter som arbetar på distrikt har ofta inte personkunskap om de människor som kan tänkas ha behov av hjälpmedel. Därför anses relationen till boendestödjare vara viktig då dessa många gånger är mellanlänken mellan brukare och arbetsterapeuter. I intervjuerna framkommer dock att baspersonal generellt upplevs ha otillräcklig kunskap om brukarnas behov då de sällan signalerar att behov kan finnas.

”Jag tycker helt enkelt att de som arbetar med dem inte tar kontakt med oss, även om de ser ett behov. Och sen så är det inte vanligt att de här människorna tar kontakt med oss.”

(Arbetsterapeut)

När boendestödjare tar kontakt med arbetsterapeuter så beskriver de senare att boendestödjare inte tänker på eller talar om kognitiva hjälpmedel utan verkar tänka mer i termer av hela hjälpmedelsbegreppet överlag. Den övergripande frågan är då ”hur kan vi hjälpa den här människan”? Det finns också en uppfattning att boendestödjare inte har tillräcklig kunskap om hjälpmedel.

”Jag tycker att personalen har bra kunskaper och fokuserar mycket på kompensation, tar reda på varför det inte går bra, jobbar mycket med kompensation. Men hjälpmedel är vi inte så bra på, för vi vet inte vad som finns. Det är ingen som har tagit tag i det.”

(Verksamhetschef socialpsykiatri)

Boendestödjare efterfrågar på vissa håll i sin tur större samarbete med arbetsterapeuter, för att få mer metodstöd och kunskap om vilka hjälpmedel som finns. Det verkar därför vara av vikt att skapa en organisation som möjliggör en nära och naturlig kontakt mellan boendestöd och arbetsterapeuter på flera orter. Flera betonar också vikten av att arbetsterapeuter finns med i ett sammanhang, och aktivt arbetar i teamet runt brukaren, för att få en naturlig kontakt med brukarna och baspersonalen.

”...och jag tror också på att en arbetsterapeutfunktion finns i verksamheten, för jag hör ju, när vi har behandlingsteam, och då kan ju jag vara med på tåget, och säga att jag kan följa med till den och så, så att man ändå uppmärksammar det i ett tidigt skede, och det är lätt att få tag på mig, att jag finns tillgänglig här. För det tror jag kan vara svårt om man sitter på något annat ställe och bara blir indragen i nått

och har ingen kunskap om nått, hur personalen jobbar eller (...) så det är plus alltså att man får vara mitt i verksamheten.”

I en kommun deltog socialpsykiatrins arbetsterapeut i ”Utbildning för utbildare”⁴¹. Där uppges att en ökad medvetenhet hos baspersonal har bidragit till en ökad förskrivning, vilket i sin tur ledde till att en särskild budget avsattes för att kunna förskriva till socialpsykiatrins brukare, då man kunde påvisa en ökad efterfrågan av kognitiva hjälpmedel.

”Ja det var alltså en utbildning som jag och en annan tjej gick, som kallades för utbildning för utbildare. Efter den så fick vi i uppdrag att utbilda personal inom psykiatrin. Jag tror att det var -07. Det var för att få de mer medvetna. För det är ju svårt om de inte vet att, så är det också svårt att veta hur man ska arbeta och upptäcka.

Ett förändrat tänkesätt kring psykiska funktionsnedsättningar och funktionshinder bland baspersonal har också uppmärksamats efter utbildningsinsatsen där personalen upplevs vara mer nyskapande och inte fastna i gamla tankebanor. Personalen upplevs också ha blivit bättre på att använda sig av arbetsterapeutens kunskap för att finna lösningar för att hjälpa brukarna att strukturera sin vardag, speciellt när det kommer till medicinhantering.

”I och med utbildningen så har vi väl fått lite kött på benen och fått mer information. Det här har ju varit helt nytt för personalen, så det är ju en del att jobba med (...) De (baspersonal) försöker att inte fastna

⁴¹ Ett delprojekt inom projektet Nationellt kunskapsnätverk med inriktning på psykiska funktionshinder och kognitiva hjälpmedel (www.humanteknik.se).

i det gamla, utan att vara nytänkande. Och vi försöker ha en kontinuerlig kontakt med dem. Men det blir ju så för oss som är distriktsarbetsterapeuter, att vi får ärenden från personal eller biståndsbedömare som jag sa förut, när de tycker att vi ska gå in och göra en bedömning.”

På lokal nivå kan man tydligt se vikten och värdet av arbetsterapeuternas sätt att introducera och vidareutbilda personal i kognitiva hjälpmedel genom att ha gått ”Utbildning för utbildare”. Att öka kunskapsnivån och samarbetet mellan boendestöd och arbetsterapeuter framträder som en viktig del för att öka tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel. Dock nämns utbildningsinsatsen bara vid ett fåtal tillfällen i intervjuerna med personal.

Att det finns ekonomiska resurser för förskrivning är också en avgörande faktor och förutsättning för att öka tillgängligheten. Dock betonas det från en arbetsterapeut som tidigare haft en försöksbudget för förskrivning av kognitiva hjälpmedel vikten av en större enhetlighet och tydlighet i länet, både när det gäller ekonomiska resurser och vart man kan vända sig vid hjälpmedelsfrågor.

Behovet av en sammanhängande hjälpmedelsorganisation både när det gäller somatiska och kognitiva hjälpmedel betonas i intervjuer med forskrivare.

Det är jätteviktigt att det är ett ställe, att där sköts allt, allt är lika, alla hjälpmedel är lika viktiga, och man ska kunna ha kunskap om alla hjälpmedel, så att man utifrån en helhetsbild kan se om det nu är so-

matiska eller kognitiva hjälpmedel som en person behöver. Ofta kan det ju vara så att man är i behov av bägge delarna.”

Visningsmiljöer, mötesfora, kunskapsutbyte och information

Lokala projekt som genomförts och HumanTekniks visningslägenhet nämns ofta i intervjuer då dessa verksamheter upplevs ha gett informanterna möjlighet att reflektera och tänka kring kognitionsfrågor på ett nytt sätt. Många framhäver vikten av att det finns forum och miljöer där kognitiva hjälpmedel uppmärksammas och finns tillgängliga. Flera arbetsterapeuter berättar att brukare återkommande under tiden för projektet HumanTeknik kunde ringa och efterfråga hjälpmedel, men att efterfrågan inte är densamma idag.

Kollegiala utbyten, diskussionsgrupper och lokala projekt används ibland som exempel för att beskriva hur den egna kunskapen och medvetenheten ökat, både hos brukare och personal. Utbytet och dialogen med andra beskrivs också som en förutsättning för att få upp ögonen för nya sätt att tänka. Det efterfrågas också en funktion som har ansvar för att driva utvecklings- och utbildningsfrågor kring kognition i kommunerna och att det ansvaret inte ska ligga ute i basverksamheterna. Förutom hjälpmedelskonsulenten så nämns Hjälpmedelsinstitutets roll i sammanhanget, och det finns en önskan bland flera informanter att Hi är mer synligt i verksamheterna.

”Hjälpmedelsinstitutet skulle behöva komma i kommunala verksamheter på något sätt, dels med ja kanske utbildning och såna saker för man

har inte, det är en annan värld, nu pratar jag utifrån socialpsykiatrin, det ploppar ju ändå upp lite såna ute i Sverige, socialpsykiatriska verksamheter, men där har man ju inte alls den erfarenheten eller det tänket alltså utifrån Socialtjänstlagen, och så, och det är ju arbetsterapeuter, det finns ju inte så många av oss, och sen så tror jag också, och nu tänker jag utifrån psykiatrin, där vet man ju inte heller vad Hjälpmedelsinstitutet är. Så de har ju en funktion att fylla, till socialpsykiatrin och psykiatrin område, att det finns utvecklingsprojekt och såna saker och dels information också, om psykiska funktionsnedsättningar och att det finns hjälpmedel och så, jag tror att det är, de har ju en hemsida och så, men just det att få ut informationen (...) Näe men, hur får de ut det när de ändå lägger en massa tid på det, de lägger ju en jättemassa tid på, och gör en jättebra jobb, men hur kommer det ut? Jag tänker som Kognitek, de erfarenheterna där, skickar de ut, näe men alltså, det är ju jättebra att det görs, men hur får man ut? Är det bara konferenser som man själv ska åka till för att ta del av eller, ofta är det ju sånt man får söka efter själv, men alltså för att få in det i verksamheter så behövs det i alla fall att det kommer information, men det kanske det gör, fast jag inte får.”

(Arbetsterapeut, socialpsykiatri)

I en fokusgrupp gör man en jämförelse med tandvårdens besök i verksamheten. Tandvården gör regelbundna besök, informerar om nya produkter och tekniker och gör hembesök hos brukarna. Det framkommer att flera upplever att det är svårt att hålla sig uppdaterad med ny kunskap när man ska söka efter den själv och tror att ett sådant sätt skulle möjliggöra för dem att få mer kunskap och reflektera mer över fler lösningar på brukarnas vardagsproblem.

”Jag tror att det behöver ramla över oss, att det kommer hit någon och visar oss. Som med tandvården. De kommer regelbundet och det gör ju att man måste skärpa till sig i tänket (...) Och hjälpmedel, det är ju så mycket runt omkring det, det ju mycket lagstiftning kring det och man ska hålla sig ajour, om att det ska vara lika i landet och riktlinjer och gud vet vad. Det är därför jag skulle vilja att det kommer hit någon regelbundet och liksom håller det över oss (...) Ja det är viktigt att ha tillgång till någon som kan det”

Att få fram information om kognitiva hjälpmedel till yrkesprofessionella och brukare är en kärnfråga, där en allmänt riktad information beskrivs som viktig men inte tillräcklig. Att i mötet med berörda aktörer inom hälso- och sjukvård få en anpassad information beskrivs som en grundläggande förutsättning för att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska få kännedom och tillgång till kognitiva hjälpmedel.

”Därför tänker jag också, att det här med att sprida kunskapen om att, många har inte så många vänner heller. Det blir inte det här flödet i det som man tänker i kanske andra funktionsnedsättningar, att man har ett socialt liv fast man har en funktionsnedsättning, men det här drabbar det sociala livet, den här funktionsnedsättningen, så de blir så utlämnade även i det. Därför är det svårt med information här också, det kanske måste vara den här öga mot öga informationen att det här

gäller dig, den här möjligheten har du. Alltså att det blir specialinformation.”

Den stora utmaningen för en ökad tillgänglighet upplevs vara att nå fram till de personer som inte befinner sig som brukare inom psykiatri och socialpsykiatri. För dessa betonas vikten av att öka kunskapen om vart man kan vända sig samt behovet av en ökad kunskap hos de yrkesgrupper i kringliggande yrkesfält som kan tänkas komma i kontakt med dessa personer, till exempel i primärvården, på arbetsförmedling och socialtjänsten. Framförallt betonas en kompetenshöjning bland förskrivare.

”När jag tänker på de jag träffar- det är inte så lätt att, ja visst, tryck upp information, men de orkar inte läsa en dagstidning, de mår för dåligt. Jag vet inte riktigt hur man ska nå ut med det här. Mer utbildning för oss, jag tror det är den vägen man måste gå. Allmän info räcker inte, de har inte förmåga att ta initiativet själva.”

Psykiatrin

Ett angeläget verksamhetsområde för att fler personer med psykiska funktionsnedsättningar ska få tillgång till kognitiva hjälpmedel är landstingets psykiatriska verksamheter. Psykiatrin i Värmland beskrivs ibland sakna traditionen att arbeta rehabiliterande och ansatserna att införa kognitiva hjälpmedel som en del i stödet för psykiatrins patienter beskrivs som ett arbete som skett i motvind under många år. Arbetet med att utveckla mål och gemensamma riktlinjer på nämndnivå har inte fått påtagligt genom-

slag i praktiken. Flera har uppfattningen att diskussionen om kognitiva hjälpmedel inom psykiatri stått still och varit den samma sedan 2005.

Den bild som framträder i undersökningen är att arbetet med att möjliggöra tillgång till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar hittills har drivits fram av engagerade eldsjälar inom både psykiatri och socialpsykiatri. Att få in hjälpmedel som en del i stödet för personer med psykiska funktionsnedsättningar beskrivs som en kamp underifrån. En orsak till att det inom psykiatri tagit tid att få möjlighet att förskriva upplevs av informanter ha med förankringen i organisationen att göra. Detta visar sig bland annat genom att tillsättningen av ekonomiska resurser har dröjt. Beslut i organisationerna och en ledning som stödjer och driver arbetet anses vara en förutsättning för att det ska vara möjligt att påbörja ett implementeringsarbete i organisationerna.

En medicinsk modell med fokus på sjukdom och symtom har länge varit dominerande i sättet att arbeta med målgruppen inom psykiatri. Att tänka i termer av funktionsnedsättning och kompensation beskrivs av många informanter som ett nytt sätt att tänka. Bland arbetsterapeuter har fokus länge varit på fysiska hjälpmedel och vissa framför att ett generationsskifte i yrkeskåren kan vara en nödvändighet för att ge kompensationstanken mer utrymme. För många handlar det om ett helt nytt sätt att betrakta, beskriva och tänka som utgår från människors vardagsliv. Då blir det viktigt att se till de individuella behoven och hur funktionsnedsättningarna påverkar individens möjligheter till delaktighet i samhället, i det sociala livet och i arbetslivet. Att få en helhetsbild och en förståelse över de svårigheter som en funktionsnedsättning kan innebära i vardagslivet och också ha kunskap om hur man kan komma tillrätta med dem kräver

en förankring i en kunskapsmodell som gör det möjligt att tänka att svårigheter är möjliga, nödvändiga att arbeta med, för att personer ska kunna återhämta sig från sin problematik.

4.16 Våra resultat i sammanfattning

Syftet med FoU Välfärd Värmlands uppdrag har varit att undersöka tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel i Värmland för personer som är i behov av men ännu inte använder sig av sådana för att kompensera för psykisk funktionsnedsättning.

Vår generella slutsats av vår undersökning är att tillgängligheten är låg och att det tar tid att få ett hjälpmedel man behöver.

Detta faktum beror på en mängd olika förhållanden, faktorer, fenomen och villkor. Mot bakgrund av vår resultatredovisning ovan har vi sammanfattat dessa nedan.

Det finns inga direkta vägar till ett hjälpmedel

Man måste "ta sig in" i de sammanhang där det finns en möjlighet att träffa på en förskrivare av kognitiva hjälpmedel. Det vill säga göra sig till eller bli föremål för samhällets insatser i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, bli patient eller klient. Detta är ett nödvändigt men inte tillräckligt villkor.

Det visar sig att kommunal socialpsykiatri i allmänhet bidrar till en högre tillgänglighet för sina brukare än landstingets psykiatri. Vår slutsats är att denna skillnad har att göra med skillnader i lagstiftning, uppdrag, organisation, tankemodeller, kunskaper, informationsflöden och arbetsformer.

Komplexiteter i brukares nätverk

För att en person med psykisk funktionsnedsättning ska få tillgång till ett kognitivt hjälpmedel måste en kedja av händelser äga rum inom ramen för ett organisatoriskt nätverk. Det är inte tillräckligt att vara klient eller patient. Brukaren behöver ett vardagligt nätverk av personal som uppmärksammar behov, förmedlar information och ger stöd. Brukaren behöver få information om kognitiva hjälpmedel och uppmuntran eller hjälp till kontakt med en förskrivare, som i stort sett alltid är en arbetsterapeut. Boendestödjare och personliga ombud är mycket viktiga för att etablera kontakt mellan en brukare och en förskrivande arbetsterapeut. Även biståndsbedömare och baspersonal i dagliga verksamheter och socialpsykiatriska enheter är viktiga i den tillgängliggörande processen.

Ytterligare nödvändiga villkor i en tillgängliggörande process är;

- för det första att det finns en arbetsterapeut/förskrivare direkt knuten till den verksamhet vars tjänster brukaren tar del av,
- för det andra att arbetsterapeuten har kompetens både när det gäller psykiska funktionshinder och kognitiva hjälpmedel som kan kompensera för sådana,
- för det tredje att arbetsterapeuten har förskrivningsrätt,
- för det fjärde att den förskrivande arbetsterapeuten har en budget för förskrivning av kognitiva hjälpmedel till denna målgrupp,

- för det femte att förskrivaren har tillgång till ett lämpligt och varierat utbud av kognitiva hjälpmedel och
- för det sjätte att brukaren får möjlighet att etablera en god relation till den förskrivande arbetsterapeuten.

Relationer och bemötande är känsliga verktyg

Relationen mellan en brukare och de personer med olika yrkesprofessioner brukaren möter är det ”verktyg” som ska bära brukaren framåt i sin rehabilitering och återhämtning. Bemötandet kan vara helt avgörande för hur vägen fram till ett hjälpmedel kommer att gestalta sig.

Arbetsterapeuter med ”dubbelkompetens” är sällsynta

Det är arbetsterapeuter med dubbelkompetens som förskriver de hjälpmedel en brukare med psykiska funktionsnedsättningar behöver. De är centrala aktörer och således avgörande i det flöde eller den process som ger tillgång till hjälpmedel.

De är samtidigt de främsta kunskaps- och kulturbärarna i sina organisationer genom sin dubbelkompetens och det inflytande de kan få för den kunskap, den information och de arbetsrutiner som utformas i en verksamhet.

Okunskap och bristande information

Kompensationstanken är bärande tanke i den process som ger en brukare tillgång till kognitiva hjälpmedel. Alla aktörer brukaren samarbetar med

behöver tänka denna tanke – för att arbetsprocessen verkligen ska leda fram till ett hjälpmedel. Förutom att tänka denna tanke behöver dessa olika aktörer, inte minst brukarna själva, ha kunskap och information av olika slag.

Även om den bild som vuxit fram under vår undersökning är att kunskapen om kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar har ökat under senare år begränsas tillgängligheten fortfarande av bristande kunskap om den vardagliga nyttan av dessa hjälpmedel för personer med en sådan problematik.

Numera finns, genom en mängd olika projekt och utvecklingsarbeten, en utvecklad och växande kunskaps- och informationsbas men den sprider sig inte så som den behöver göra för att tillgängligheten ska öka mot en punkt där tillgång och användning motsvarar människors behov. Vår slutsats är att det beror på hinder i flödet på grund av olika tanke-, förklarings-, arbets- och organisationsmodeller. Vissa modeller är kunskapsbefrämjande och tillgängliggörande, andra inte.

Olika tanke-, förklarings-, arbets- och organisationsmodeller

Tillgänglighet är kunskapsrelaterat. Tanke, tal och handling i form av beslut, insatser, åtgärder, interventioner, behandlingar med mera inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården är ofta förankrade i en dominerande och normativ modell för att beskriva, begripa, förklara och hantera verkligheten och de uppgifter och utmaningar man möter, till exempel en person med psykiska funktionsnedsättningar i behov av hjälp. En klinisk medicinskt-biologisk förklaringsmodell leder till att man ser andra förklar-

ingar till och lösningar på problem än en psykosocial förklaringsmodell. Den senare utgår från människors vardagsliv och rymmer föreställningar om kompensation, rehabilitering och återhämtning. Den förra fokuserar symtom för att kunna ställa diagnos och förskriva läkemedel.

Vi är väl medvetna om att man kan kombinera förklaringsmodeller på olika sätt, ofta framgångsrikt, men för att spetsa till det för tydlighetens skull vill vi ställa medicinerings mot stöd i vardagslivet. En medicinsk position förhindrar⁴² spridningen av kunskap och information om kompensation och hjälpmedel medan en psykosocial position bidrar till en spridning – och därmed till en faktisk tillgång på sikt.

Vi har sett genom vår undersökning att dessa modeller är relaterade till huvudmannaskap om än inte helt konsekvent och renodlat. Vi har också sett att diagnos är av betydelse för tillgång till kognitiva hjälpmedel på så sätt att det finns ”rätt” diagnos, sådana som leder till hjälpmedel, och ”fel” diagnos som inte leder dit, trots att man kan ha motsvarande kognitiva svårigheter.

I hög utsträckning organiserar man en verksamhet och det arbete som bedrivs inom den i enlighet med ett sätt att tänka, beskriva och förklara fenomen. En av våra slutsatser är att en arbetsorganisation som formeras runt människors vardagsliv, som bygger på rehabilitering och återhämtning och också involverar kompensationstanken – ger brukare bättre tillgång till kognitiva hjälpmedel än en arbetsorganisation som inte gör det.

⁴² Vi menar inte att detta är ett personligt medvetet förhindrande utan ser det som fenomen förankrade på system-, organisations- och teoretisk nivå.

Begränsad sortimentlista

Den så kallade Sortimentlistan, förteckningen över hjälpmedel som är förskrivningsbara, kan ses som ett konkret exempel på eller uttryck för kompensationstankens genomslag och status i praktiken. Om Sortimentlistan innehåller de kognitiva hjälpmedel som kan kompensera för psykiska funktionsnedsättningar, då har kompensationstanken slagit igenom i det politiskt administrativa och formella ledet, bland dem som beslutar om vad som ska föras in i denna förteckning. Sortimentlistan lägger då inga formella hinder i vägen för förskrivare att förskriva sådana hjälpmedel för denna målgrupp. Men så ser den inte ut i dag.

Bristande ekonomiska resurser

Eftersom huvudmännens tilldelning i budget och därmed förskrivares möjligheter och svängrum i arbetet är begränsade så kan brukares privat-ekonomiska förutsättningar vara avgörande för tillgång till hjälpmedel. Generellt sett har gruppen psykiskt funktionshindrade mycket små ekonomiska möjligheter att själva finansiera sina hjälpmedel.

Avvikande design

Den design och funktion ett hjälpmedel har är viktig för många för att man ska vilja använda ett hjälpmedel. Hjälpmedel behöver se ”normala” ut för att man inte ska känna sig avvikande och skämmas i olika sammanhang. På så sätt är även design och funktion en aspekt av det som gör ett hjälpmedel tillgängligt eller inte genom att kunna avgöra användandet av det i brukarens vardagsliv.

Stämpling

Att uttala kompensationsstämplingen, att föra kognitiva hjälpmedel på tal och föreslå en person att pröva, innebär att man samtidigt placerar denna person i kategorin 'personer med psykiska funktionsnedsättningar'. Att föra kognitiva hjälpmedel på tal är således dels omsorgsfullt dels identitetsgivande på ett sätt som betyder att man är annorlunda och avvikande i en problematisk mening. Detta kan upplevas på olika sätt beroende på person men också på relationen mellan den som för detta på tal och den som blir tilltalad. Alltså relationen mellan den professionella yrkesutövaren och brukaren. Detta ofrånkomliga och paradoxala moment av 'stämpling' i den tillgängliggörande processen kan för vissa personer sätta hinder i vägen för tillgången till kognitiva hjälpmedel i den mening vi givit begreppet.

Brukaren själv

Brukaren själv har givetvis en viktig roll i det som kan göra ett hjälpmedel tillgängligt för honom eller henne. Även om vardagslivet för många i målgruppen kännetecknas av stora svårigheter, till exempel med att ta initiativ och kontakt, måste en brukare sätta sig i rörelse mot ett mål, för att få tillgång till ett hjälpmedel. På vägen behövs mycket stöd, goda relationer, ett gott bemötande, ändamålsenlig och anpassad information och kunskap i och genom de professionella nätverk som i praktiken gör hjälpmedel tillgängliga för brukare.

5 Förslag till åtgärder

Det är långt kvar och mycket finns att göra innan tillgången till kognitiva hjälpmedel blivit så omfattande och snabb att den kan tillgodose behoven hos personer med psykiska funktionsnedsättningar inom rimlig tid.

Kompensationstanken, det vill säga tanken att kognitiva hjälpmedel kan kompensera för psykiska funktionshinder, är bärande genom alla led och processer som ger tillgång till kognitiva hjälpmedel. Utan att den tanken tänks kontinuerligt har en brukare ingen möjlighet att röra sig fram till den punkt där han eller hon får ett hjälpmedel förskrivet för sina psykiska funktionsnedsättningar. Utöver denna tanke behöver en mängd information och kunskap spridas på olika sätt beroende på vem man vänder sig till och när, var och varför den förmedlas.

Brukarna själva önskar för egen del stöd och information om kognitiva hjälpmedel i ett tidigt skede i sina kontakter med det omsorgs- och vårdgivande samhället. De efterfrågar en ökad kunskap om psykiska funktionsnedsättningar och kognitiva hjälpmedel hos den personal de möter. De efterfrågar också visningslokaler som är lätt tillgängliga där funktionsbedömning och förskrivning kan göras utan remiss. När det gäller produktutbudet så önskas framförallt förskrivningsbara mobila lösningar och mer moderna tekniska hjälpmedel. Man önskar också att hjälpmedlen i större utsträckning ska kunna anpassas efter individuella behov, exempelvis vid kombinationer av fysiska och psykiska funktionsnedsättningar.

Vi vill betona vikten av information som är synlig i de miljöer brukare besöker; arbetsförmedlingen, vårdcentraler, socialkontor, dagliga verksamheter, väntrum, slutenvård och så vidare. Den ska vara rak och enkel i sin information om kognitiva hjälpmedel vid psykisk funktionsnedsättning och den ska tala om vart man kan vända sig.

Allmänna informations- och mediekampanjer kan vara lämpliga för att bidra till en mer omfattande medvetenhet om kopplingen mellan psykiska funktionsnedsättningar och kognitiva hjälpmedel och ett sätt att försöka påverka människors föreställningar, kunskap, attityder och fördomar i rätt riktning.

En ökad tillgänglighet kräver en ökad allmän medvetenhet om arbetsterapeuters centrala roll och funktion i den tillgängliggörande processen. Vi ser ett tydligt behov av en förstärkning av arbetsterapeuters roll och antal inom psykiatri och socialpsykiatri. En ökad tillgänglighet kräver en god tillgång till förskrivare inriktade mot kognitionsområdet.

Undersökningens resultat indikerar att en ökad tillgänglighet kräver enklare utredningsvägar för bedömning av behov och funktionsförmåga och möjligheter att prova hjälpmedel förutsättningslöst bland alternativ som finns. För personer som inte "tillhör" någon huvudman med behandlingsansvar anser vi att distriktsarbetsterapeuternas roll bör utvecklas och tydliggöras. Vi menar att det kan bidra till en normalisering och förenkling i och med att kontakter med en distriktsarbetsterapeut inte kräver remiss och långa utredningsvägar.

Vi vill också föreslå att man undersöker om en lagändring är möjlig för att skapa möjlighet att överklaga nekande beslut om kognitiva hjälpmedel. Förskrivningsprocessens utformning i sig verkar försvåra tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Det finns anledning att uppmuntra till en förändring av förskrivningsprocessens utformning med hänvisning exempelvis till försöksverksamheter som Fritt val (se sidan 43).

Våra slutsatser när det gäller förslag till åtgärder är att de behöver genomföras längs två spår eller med två syften. Dels ett spår som gäller information, kunskap och kompetens, alltså hur man tänker, talar, bemöter människor, fattar beslut och genomför åtgärder. Dels ett spår som gäller tillskapande, organisering och användning av resurser som ekonomiska medel, informationskällor, policydokument, kontaktvägar, tjänster, produkter. Kort sammanfattat krävs å ena sidan ett större medvetande om de kompensatoriska egenskaperna hos kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar och å den andra enklare och fler vägar för att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska ”komma fram” – få tillträde till personer med kompetens och produkter med förmågan att kompensera. Det, menar vi, kommer att öka tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

I det följande presenterar vi tre förslag till åtgärder varav det tredje är det mest konkreta.

Sprid kompensationsstanken

Det är en avgörande skillnad mellan att tänka tanken att - *kognitiva hjälpmedel kan kompensera för psykiska funktionsbinder* – och att inte göra det. Denna tanke påverkar samtal som förs i olika sammanhang och därmed beslut och åtgärder som genomförs på olika nivåer i olika verksamheter. Kompensationsstanken är avgörande för tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel. Därför är det också en huvudfråga att sprida kompensationsstanken till alla som behöver tänka den – för att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska få tillgång till de hjälpmedel man behöver i sitt vardagsliv, som kan bidra till en ökad trygghet, en högre grad av självständighet, större delaktighet i samhället och ett mer aktivt liv.

Vi vill betona att vårdcentralerna och den öppna psykiatrin bör få en viktigare roll när det gäller att informera brukare, patienter och anhöriga om kognitiva hjälpmedel. Det kräver att man inom dessa verksamheter får en ökad kännedom om kognitiva hjälpmedel, känner till kompensationsstanken och vet vart man kan vända sig för att få hjälp. Distriktsarbetsterapeuterna skulle kunna ha en viktig roll för de personer som inte befinner sig inom psykiatri och socialpsykiatri och vi föreslår en aktiv förstärkning av deras roll och position i sammanhanget.

Främja rehabiliterande organisationskulturer

Vår undersökning visar att det har betydelse såväl vilka kunskapsmodeller som organisations- som arbetsmodeller som tillämpas för att undersöka, beskriva, förstå, förklara och arbeta med människors problematik. Arbets- och organisationsmodeller som utgår från människors vardagsliv och

bygger på ett tänkande om återhämtning och rehabilitering ger brukare en snabbare och enklare tillgång än arbetsmodeller som bygger på utredning av symtom, diagnostisering och medicinsk behandling. I det förra fallet anpassas arbetssättet efter brukarens vardagsliv och behov, i det senare är det brukaren som får anpassa sig till organisationen, dess logistik och arbetsmetoder.

Den modell som i vår undersökning visat sig ge brukare bäst tillgång till kognitiva hjälpmedel har vi funnit i kommuner med en socialpsykiatri;

- som bedriver *uppsökande verksamhet*,
- som kan få personer i behov av stöd och hjälp att ansöka om bistånd,
- som leder till att personer med behov av bistånd får det i form av exempelvis boendestöd, daglig verksamhet, boende med särskilt stöd,
- som har *boendestödjare* med kännedom om kompensationsförmågan hos kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder,
- som ser problem och behov i vardagen, uppmärksammar dessa och
- som enkelt kan koppla brukaren till en *arbetsterapeut* med kompetens inom området och
- som har *förskrivningsrätt* och *budget*.

Vi menar också att förskrivningsprocessen, på basis av en hållbar relation och ett gott bemötande, bör följa de steg som Hjälpmedelsinstitutet rekommenderar:

- Bedöma behov av insatser.
- Prova ut, anpassa och välj lämplig produkt.
- Eventuellt specialanpassa produkten.
- Instruera, träna och informera.
- Följ upp och utvärdera funktion och nytta. (www.hi.se)

I anslutning till dessa steg vill vi betona vikten av att ge en anpassad information om olika alternativ och om utbudet av produkter för att möjliggöra ett så stort brukarinflytande som möjligt i förskrivningsprocessen.

För att öka tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionshinder behöver man främja ett sätt att tänka, tala, fatta beslut, organisera resurser och genomföra åtgärder som motsvarar denna modell.

Etablera lokala kognitionscentra med en aktiv visningsmiljö

Vi föreslår att "man" avsätter medel för att skapa lokala kognitionscentra⁴³. Dessa miljöer behöver vara lokaliserade i "närheten" och utformade så att personer med psykiska funktionsnedsättningar på ett enkelt sätt kan finna dem och få tillträde till dem, kort sagt; lättillgängliga.

Syftet med ett *Kognitionscentrum* är att skapa lättillgängliga miljöer med möjligheter;

- för intresserade personer att enkelt kunna ta direkt kontakt,
- att kunna visa kognitiva hjälpmedel i ett vardagligt sammanhang,
- till funktionsbedömning, utprovning, förskrivning och uppföljning,
- att samla och systematisera kunskap och erfarenheter, på såväl lokal som nationell och internationell nivå,
- att lokalt och i nära samverkan bedriva utbildning och sprida kunskap om kognitiva hjälpmedel till brukarorganisationer och yrkesverksamma inom området

⁴³ I Värmland föreslår vi att arbetet med och finansieringen av ett sådant kognitionscentrum knyts till det arbete som bedrivs av Hjälpmedelsservice (www.liv.se).

- att genomföra riktade informationskampanjer till allmänheten och aktörer som träffar människor som kan vara i behov av kognitiva hjälpmedel.

Ett sådant Kognitionscentrum bör finansieras genom ett huvudmannaskap i samverkan mellan huvudmännen och ledas av en styrgrupp bestående av representanter för brukare, kommun, landsting och vetenskapsamhälle och utgöres av politiker, tjänstemän, brukare, praktiker och forskare.

Arbetsterapeuter med kunskap och kompetens inom området kognitiva hjälpmedel och psykiska funktionsnedsättningar ser vi, mot bakgrund av våra forskningsresultat, som en given, och nödvändig, central resurs i en sådan verksamhet. Arbetsterapeuterna behöver då givetvis ha förskrivningsrätt och budget för att kognitiva hjälpmedel verkligen ska bli tillgängliga för personer som behöver dem.

Referenser

- Allwood, C. M., & Erikson, M. G. (1999). *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (1997). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G. (2009). *Vardagsliv och boendestöd- en studie om människor med psykiska funktionshinder*: Rapport i socialt arbete nr 131 - 2009. Stockholms universitet.
- Argentzell, E., & Leufstadius, C. (2010). Teoretiska grunder inom psykosocial arbetsterapi. /I/ M. Eklund, B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red), *Aktivitet & Relation- Mål och medel inom psykosocial rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur.
- Askheim, O.-P., & Starrin, B. (Red). (2007). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups Utbildnings AB.
- Banaka, W. H. (1981). *Djupintervjuer. Teknik och analys*: Malmö. Natur och Kultur.
- Barse Persson, G., & Olsson, I. (2007). *Slutrapport. Nationellt Kunskapsnätverk med inriktning på psykiska funktionshinder och hjälpmedel. Projekt nr 300/2005*. www.humanteknik.se: Karlstads kommun, Arbetsmarknads- och socialförvaltningen, Avdelningen för socialpsykiatri.
- Barse Persson, G., Olsson, I., & Ullman, P. (2007). *Hjälpmedel- en del av stöd i boendet för personer med psykiska funktionsnedsättningar*. Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete-boendeprojektet. Växjö Universitet.
- Bejerholm, U. (2010). Bedömning av aktivitetsförmåga. /I/ M. Eklund, B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red), *Aktivitet & Relation - Mål och medel inom psykosocial rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur.
- Boman, I.-L. (2009). *New technology and everyday functioning at home for persons with cognitive impairments after aquired brain injury*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Brun, C. (2005). *Projektet HumanTeknik - hjälpmedel och psykiska funktionshinder*. Stockholm. Hjälpmedelsinstitutet.
- Brun, C., Grönberg Eskel, M., & Fritzson, M. (2008). *Hjälpmedel och annat stöd för personer med psykiska funktionsnedsättningar - man kan inte ha kaos både i huvudet och hemma* Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.

- Dahlberg, Å. (2010). *Kostnadsnyttbedömning av hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning*. För hjälpmedel i fokus. Stockholm. Hjälpmedelsinstitutet.
- Danermark, B., Ekström, M., Jakobsen, L., & Karlsson, J. C. (1997). *Att förklara sambället*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, B., & Forsberg, D. (2000). *Fokusgruppmetoden - för framtagning av kvalitetskarta: KVT*.
- Eklund, M., & Svensson, B. (2010). Behandlingsrelationens betydelse. /I/ D. Brunt & L. Hansson (Red), *Att leva med psykiska funktionshinder - livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, B. G., & Karlsson, P.-Å. (2008). *Att utvärdera välfärdsarbete*. Stockholm: Gothia.
- Ershammar, D., & Hulth-Wallgren, D. (2007). *Hitta rätt! Vägledning till brukarinflytande i psykiatri och socialtjänsten*: Inflytandeprojektet, Ersta Diakoni, NSPH.
- Folkesson, P. (2009). *Nationellt Kunskapsnätverk med inriktning på psykiska funktionshinder och hjälpmedel, en utvärdering*. IKU-rapport 2009:2: Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper, Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete (IKU), Karlstads universitet.
- Foucault, M. (1983). *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Lund: Arkiv förlag.
- Foucault, M. (1993). *Diskursens ordning*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag Symposion.
- Grönberg Eskel, M. (2005). *För första gången på länge är jag en vanlig människa. En kvalitativ utvärdering av projekt HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel*. IKU-rapport 2005:3: Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper. Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete.
- Hagberg, L. (2006). *Om lika värde och rätt. 16 brukar- och anhörigrepresentanters syn på möjligheten att påverka psykiatri och socialtjänsten*. Inflytandeprojektet, Ersta Diakoni.
- Hayes, N. (2000). *Doing Psychological Research*. Buckingham: Open University Press.
- Hi (2009). *Hjälpmedelsinstitutets plan för genomförande av uppdraget att sprida kunskap om och utveckla hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning*. Dnr 2009/0073. Stockholm. Hjälpmedelsinstitutet.
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

- Hydén, L.-C. (Red). (2005). *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, H. (2010). Behandlingsrelationens betydelse. /I/ M. Eklund, B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red). *Aktivitet & Relation- Mål och medel inom psykosocial rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, P. (2006). *Brukarinflytande i praktiken. Om planering, tydlighet och maktutjämnin. Återgivna erfarenheter från andra länder*. Inflytandeprojektet. Ersta Diakoni.
- Kvale, S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindkvist, R., Markström, U., & Rosenberg, D. (2010). *Psykiska funktionshinder i samhället*. Falkenberg: Gleerups.
- Lindstedt, H. (2008). *Utvärdering av delprojektet KogniTek i Uppsala*. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. Uppsala Universitet.
- Lindström, M. (2007). *Vardagslivets rehabilitering - Del B: Vy över arbetsterapeutiska insatser i svensk psykiatri*. Umeå universitet.
- Lundin, L., & Ohlsson (2009). *Psykiska funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundkvist, A., & Fahlström, C. (1999). *Fokusgrupper. En metod i kommunalt kvalitetsarbete*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Malterud, M. (1998) *Kvalitativa studier i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Markström, U. (2003). *Den svenska byråkratreformen. Bland brukare, eldsjälur och byråkrater*. Umeå: Borea.
- Markström, U. (2005). Från mentalsjukhus till samhälle. /I/ Brunt D & L. Hansson (Red), *Att leva med psykiska funktionshinder- livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Merriam, S. B. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Merriam, S. B. (1998). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Modig, A., & Wemminger (2009). *Hjälpmiddel vid psykiska funktionshinder- En undersökning bland beslutsfattare*. NovusOpinion.
- Obert, C., & Forsell, M. (2000). *Fokusgrupp. Ett enkelt sätt att mäta kvalitet*. Höganäs: Bokförlaget Kommunlitteratur.
- Patel, R., & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Rask, M., & Brunt, D. (2010). *Vårdande och stödjande handlingar inom psykiatriska vård och boendeformer*. Lund: Studentlitteratur.

- Regeringen (2009). *Regeringsskrivelse (2009/10:166) Uppföljning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken och grunden för en strategi framåt.*
- Regeringsbeslut (2009). I:8 – S2006/9394/HS. *Uppdrag att sprida kunskap om och utveckla hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning samt uppdrag att utbetala medel.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Rosenberg, D. (2009). *Psychiatric disability in the community. Surveying the social landscape in the postdeinstitutional era.* Doktorsavhandling; Umeå Universitet.
- Rosenberg, L. (2009). *Navigating through technological landscapes. View of people with dementia or MCI and their significant others.* Thesis for doctoral degree. Ph. D. Karolinska Institutet: Stockholm.
- Sandlund, M. (2005). *Vad är psykiskt funktionshinder? /I/ Brunt D & L. Hansson (Red), Att leva med psykiska funktionshinder- livssituation och effektiva vård- och stödinsatser.* Lund: Studentlitteratur.
- Schön, U.-K. (2009). *Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa.* Doktorsavhandling Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Socialstyrelsen (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.* Stockholm.
- Socialstyrelsen (2005). *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder från en nationell tillsyn 2002-2004.* Socialstyrelsen Länsstyrelserna: Elanders Götab Vällingby.
- Socialstyrelsen (2009a). *Nationell brukarundersökning inom vården och omsorgen om äldre 2008.* Stockholm: www.socialstyrelsen.se.
- Socialstyrelsen (2009b). *Lägesrapport om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättningar.* Stockholm.
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2010 - stöd för styrning och ledning. Preliminär version* www.socialstyrelsen.se.
- SOU 2004:83 *Hjälpmiddel. Betänkande av LSS- och hjälpmedelsutredningen.* Fritzes offentliga publikationer.
- SOU 2006:100 *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.* Fritze.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.* Thousand Oaks: Sage.
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper. Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem.* Stockholm: Natur & Kultur.

- Topor, A., Broström, K., & Strömwall, R. (Red). (2007). *Vägen vidare - Verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa*: RSMH och FoU-enheten, Psykiatri Södra Stockholm.
- Wibeck, V. (2003). *Fokusgrupper - Om fokuserade fokusgrupper som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- www.codex.vr.se 13 maj 2009.
- www.hi.se. 9 januari 2009
- www.humanteknik.se 9 januari 2009.
- www.liv.se *Riktlinjer och råd för hjälpmedelsverksamheten*. 28 september 2010.
- www.notisum.se 28 september 2010.
- www.scb.se 17 april 2009.
- www.socialstyrelsen.se 17 april 2009.
- Yin, R. K. (2007). *Fallstudier: design och genomförande*. Malmö: Liber AB.
- Yin, R. K. (Red). (2004). *The Case Study Anthology*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Tidigare publicerade IKU-/FoU-rapporter

- 2010:5 Lars-Gunnar Engström och Hans Ovall. *Beroendecentrum Värmland - En utvärdering av en läns gemensam resurs i missbruksvården*
- 2010:4 Bengt G Eriksson, Birgit Häger och Ann-Charlotte Thuresson. *Omsorgens vardag och villkor - ett personalperspektiv*
- 2010:3 Markus Arvidsson. *Utvärdering av SIM-projektet - hur har deltagarna upplevt projektet?*
- 2010:2 Lars-Gunnar Engström och Hans Ovall. *Implementering av BBiC i Värmland - Kartläggning av implementeringsarbetet av BBiC i 16 värmländska kommuner.*
- 2010:1 Jan-Olof Åberg. *System för kvalitetsarbete inom Vård- och omsorgscollege Värmland*
- 2009:5 Bengt G Eriksson, Birgit Häger och Ann-Charlotte Thuresson. *Omsorgens vardag och villkor - ett personalperspektiv*
- 2009:4 Birgit Häger. *Mat är mera än bara mat - En utvärdering av Eda kommuns kostorganisation*
- 2009:3 Per Folkesson, Bengt G Eriksson & Marit Grönberg Eskel. *11 veckor av oro och kraftsamling. Fallstudie av ett lokalsamhälles reaktioner på dödligt våld mellan barn.*
- 2009:2 Per Folkesson. *Nationellt Kunskapsnätverk med inriktning på psykiska funktionshinder och hjälpmedel - En utvärdering*
- 2009:1 Lena Ede, Berit Sundgren-Grinups och Bengt G Eriksson. *Projekt Jobbcentrum i Storfors kommun - En utvärdering*
- 2008:2 Hans Ovall och Bengt G Eriksson. *Lyckas Lycke? Utvärdering av missbruksbehandling i öppenvård, i Arvika kommun*
- 2008:1 Maiwor Grundh. *Utvärdering av Värmlands ansvar - Ett projekt för regionalt stöd i kommunernas utveckling av ett hållbart alkohol- och drogförebyggande arbete*
- 2007:3 Lisbeth Bekkengen. *Förändrad organisation – förändrat arbetssätt – Processutvärdering av ett förändringsarbete inom vård- och omsorgsavdelningarna i Arvika och Årjängs kommuner*

- 2007:2 Per Folkesson. *Projektet Gemet – Gemensam verksamhet för människor med psykisk ohälsa – En utvärdering*
- 2007:1 Åse-Britt Falch & Kerstin Gustafsson. *”Förändringens konsekvenser” – beskrivning och analys av ett förändringsarbete vid Individ och familjeomsorgsförvaltningen i Kristinehamns kommun*
- 2006:5 Per Folkesson. *Modeller för lokala skattningar av missbruk - Delstudie två i utvärderingen av Modellkommun Karlstad.*
- 2006:4 Eva Bernesjö. *Öppenvårdsinsatser inom missbruksvården i värmland. - En kartläggning.*
- 2006:3 Maiwor Grundh. *Kan Karlstad bli klotterfritt? - Utvärdering av ett projekt för implementering av klotterbekämpande metoder.*
- 2006:2 Bengt G Eriksson. *Modellkommun för missbruksarbete. Utvärdering av ett projekt i Karlstads kommun.*
- 2006:1 Bengt G Eriksson, Pia Adenmark och Erica Andersson. *Korttidfamiljen som LSS-resurs - behov, begränsningar och möjligheter.*
- 2005:9 Lena Ede & Barbro Strandell. *En Hel Del – Munkforsmodellen. Utvärdering av ett förändringsarbete inom äldre- och handikappomsorgen i Munkfors kommun.*
- 2005:8 Lena Ede. *Heltid åt alla – Filosofi i vården. Utvärdering av ett förändringsarbete inom äldreomsorgen i Torsby kommun.*
- 2005:7 Maiwor Grundh. *Filipstad Allas Ansvar – Ett projekt för implementering av ett hälsofrämjande förhållnings- och arbetsätt.*
- 2005:6 Bengt Eriksson & Marit Grönberg Eskel. *Socialtjänst och högskola i samverkan – Utvärdering av Adela-projektet i Jönköpings län.*
- 2005:5 Lena Ede. *Äldreomsorgens organisering – Utvärdering av projekt Tänk Vidare i Hammarö kommun.*
- 2005:4 Bengt G Eriksson, Lena Ede, Berndt Fagrell, Britt-Marie Johansson. *Kvalitet och utveckling av rehabilitering inom socialtjänsten – KUR-projektet i Forshaga kommun*
- 2005:3 Marit Grönberg Eskel. *”För första gången på länge är jag en vanlig människa” – en kvalitativ utvärdering av projekt HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel.*
- 2005:2 Berith Nyqvist Cech, Katarina Lantz & Rolf Mononen – *”Att få människor att växa”*

- 2005:1 Bengt Eriksson, Lena Ede. *Anhörigas insatser och samhällets stöd*
- 2004:5 Annika Rudqvist. *Utvärdering av Nationella hjälplinjen – För människor i psykisk kris och deras närstående*
- 2004:4 Bengt Eriksson och Lena Ede. *Läkemedelsassisterad psykosocial behandling vid heroinmissbruk*
- 2004:3 Marit Grönberg Eskel. *Rönngården – boende för personer med psykiska funktionshinder och missbruk i Karlstad kommun, en kvalitativ utvärdering*
- 2004:2 Maiwor Grundh. *Utvärdering av Råd och Rätt – ett projekt för utökad medvetenhet och tillgänglighet inom konsumentområdet*
- 2004:1 Lena Ede, Hillevi Adolfsson. *Rehabiliterande förhållningssätt? Projekt KRAFT inom äldre- och handikappomsorgen i Filipstads kommun*
- 2003:2 Lena Ede, Lena Karlsson. *Resurs- och bemanningsteam – en arbetstidsmodell*
- 2003:1 Bengt G Eriksson, Karin Haster. *Socialpsykiatri i Eda kommun – utvärdering och vidareutveckling rapport*
- 2002:2 Bengt G Eriksson, Lena Andersson. *Funktionshindrade om samhällets stöd – en kvalitetsundersökning inom LSS, Vård- och omsorgsförvaltningen i Karlstads kommun.*
- 2002:1 Lena Ede, Lisbeth Sjödén. *Högre sysselsättningsgrad – ett sätt att göra vård – och omsorgsarbetet mer attraktivt?*

Tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning

Rapport 2010:6 från FoU Välfärd Värmland redovisar resultatet av en undersökning av tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Den har genomförts på uppdrag av Hjälpmedelsinstitutet med huvudsyftet att ge kunskap som kan användas för att förbättra tillgängligheten.

Undersökningen visar att tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar är låg och att det tar tid att få ett hjälpmedel man behöver. Kompensationstanken, tanken att kognitiva hjälpmedel kan kompensera för psykiska funktionshinder, är central när det gäller tillgång till kognitiva hjälpmedel. Resultatet och slutsatserna av den undersökning som genomförts har lett författarna till rapporten fram till tre uppmaningar till uppdragsgivaren:

- Sprid compensationstanken!
- Främja rehabiliterande organisationskulturer!
- Etablera lokala kognitionscentra med en aktiv visningsmiljö!